



Journal of Health Science and Community Public Health: JHSCPH

วารสาร

วิทยาศาสตร์สุขภาพ

และการสาธารณสุขชุมชน ปีที่ 2 ฉบับที่ 2

กรกฎาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2562

ISSN : 2651-1193



วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน
(Journal of Health Science and Community Public Health: JHSCPH)
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ อันจะนำไปสู่การสร้างนวัตกรรมและองค์ความรู้ใหม่ด้านการดูแลสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิต
2. เพื่อเป็นสื่อกลางของบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข อาจารย์และนักศึกษาในการส่งเสริมการผลิตผลงานวิชาการและงานวิจัย
3. เพื่อตอบสนองพันธกิจหลักในการสร้างองค์ความรู้และเผยแพร่ผลงานวิชาการรวมทั้งงานวิจัยของสถาบันและเครือข่าย

ขอบเขตบทความตีพิมพ์

1. การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ การแพทย์ฉุกเฉินและคุ้มครองผู้บริโภค
2. ระบบสุขภาพและการประเมินผลโครงการด้านสุขภาพ
3. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายด้านสุขภาพ
4. ชุมชนกับการพัฒนาสุขภาพและนวัตกรรม
5. พัฒนาการจัดการเรียนการสอนด้านสุขภาพ

ประเภทของบทความ

1. บทความวิจัย (Research Article)
2. บทความวิชาการ (Academic Article)
3. บทความปริทัศน์ (Literature Review Article)

สำนักงานกองบรรณาธิการ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

90/1 หมู่ 4 ถนนอนามัย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

โทรศัพท์: 0-4322-1770, 0-4322-1493, 0-4322-2741 โทรสาร: 0-4322-1770 ต่อ 102

E-mail: jhscph@scphkk.ac.th

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

คณะกรรมการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.นพ.ศาสตรี เสาวคนธ์

นพ.วินิช เลหาพันธ์

นพ.ชูชัย ศรชำนิ

ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

มหาวิทยาลัยบูรพา

ที่ปรึกษามูลนิธิหมอวนิช เลหาพันธ์

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

บรรณาธิการ

ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

อีเมล: tphajan@gmail.com มือถือ: 098 1028159

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	อีเมล: drwongsa@gmail.com	โทร:087-373-1199
รศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดี	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	อีเมล: songkramchai@gmail.com	โทร:08-0742-9991
รศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	อีเมล: vorapoj_p2004@hotmail.com	โทร:081-873-6864
ผศ.ดร.ณัฐพงษ์ พัฒนพงษ์	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	อีเมล: nattapong@econ.tu.ac.th	โทร:08-9761-1252
ดร.กฤษณา วุฒิสินธุ์	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์	อีเมล: kridsana.wu@ksu.ac.th	โทร:08-3023-9119
ผศ.ดร.กฤษณ์ ขุนลึก	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์	อีเมล: kris.khunluek@gmail.com	โทร:08-0421-5777
ดร.ประเสริฐ ประสมรักษ์	มหาวิทยาลัยมหิดล	อีเมล: prasert.pra@mahidol.ac.th	โทร:08-8890-1302
ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์อำ	มหาวิทยาลัยรามคำแหง	อีเมล: mornsak1.poum@gmail.com	โทร:081-972-6118
ดร.นภาฯ สิงห์วีระธรรม	สถาบันพระบรมราชชนก	อีเมล: noppcha@hotmail.com	โทร:061-551-3399
Dr.Mya Thandar	University of Public Health, Yangon, Myanmar	อีเมล: myathandar72@gmail.com	โทร +9595004916
ดร.พิทยา ศรีเมือง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: phitthaya12@gmail.com	โทร:092-904-1874
ดร.สุทิน ขนบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: sutinchanabun@gmail.com	โทร:081-708-5954
ดร.ประทีป กาลเขว้า	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: kankhwao@hotmail.com	โทร:084-793-6265
ดร.สุพัฒน์ อาสนะ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: su_assana@yahoo.com	โทร:089-863-4616
ดร.กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: kritkantorn@gmail.com	โทร:084-684-3546
ดร.วรรณศรี แวงงาม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: wanasri@scphkk.ac.th	โทร:085-005-8108
ดร.ลำพึง วอนอก	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: lampung@scphkk.ac.th	โทร:082-872-9878
ฝ่ายจัดการ			
นายสุทธิพงษ์ อุพลเลียร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: suddipong.su@gmail.com	โทร:089-842-9616
น.ส.ทวินันท์ หาญประเสริฐ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: tawinan@scphkk.ac.th	โทร:080-419-2241

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีครับ วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน กรกฎาคม-ธันวาคม 2562 ฉบับนี้ เป็นฉบับต้อนรับพระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2562 มีผลบังคับใช้ เมื่อวันที่ 5 เมษายน 2562 ที่ผ่านมา ซึ่งเป็นการยกฐานะของสถาบันพระบรมราชชนกให้เป็นมหาวิทยาลัย เรามีความพยายามที่จะคัดสรรผลงานวิชาการจากสหสาขาวิชาชีพ อันจะนำไปสู่การสร้างนวัตกรรมและองค์ความรู้ใหม่ด้านการดูแลสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิต รวมถึงเป็นสื่อกลางของบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข อาจารย์และนักศึกษา ในการส่งเสริมการผลิตผลงานวิชาการ บทความในวารสารฉบับนี้น่าสนใจหลายเรื่อง เช่น การพัฒนากระบวนการเพิ่มศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดสุโขทัย การพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมวัณโรคในพื้นที่อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย วิธีการดำเนินชีวิตสมัยใหม่ของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เป็นต้น ซึ่งทุกผลงานสามารถนำไปเป็นแนวทางการปฏิบัติและพัฒนางานได้เป็นอย่างดี

คณะทำงานมีความมุ่งมั่นพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องและทันสมัย โดยนำบทความเข้าสู่เว็บไซต์ระบบการจัดการวารสารออนไลน์(Thai Journals Online: ThaiJO) ผู้สนใจสามารถเข้าเว็บไซต์ <http://www.tci-thaijo.org> จากนั้นพิมพ์ชื่อ “วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน” คลิก Register เพื่อลงทะเบียนสมาชิก หรือคลิกที่ Online submissions เพื่อส่งบทความได้อย่างสะดวก ท้ายสุดคณะทำงานขอขอบพระคุณเจ้าของผลงานที่กรุณานำผลงานวิจัยมาตีพิมพ์เผยแพร่ และขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ทางวิชาการ เพื่อต่อยอดและพัฒนางานด้านสุขภาพ ต่อไป

ดร.ธีรศักดิ์ พาจันทร์

บรรณาธิการ

ใบสมัครสมาชิกวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ (โปรดกาเครื่องหมาย ☒ ใน ☐ ตามที่ท่านต้องการ)

☐ ขอสมัครสมาชิกวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน จำนวน.....ปี (ปีละ 200 บาท)
ตั้งแต่วันที่.....เดือน..... ปี พ.ศ.....ถึงวันที่เดือน..... ปี พ.ศ.....
รวมเป็นเงิน.....บาท ตัวอักษร (.....)

☐ ขอต่ออายุสมาชิกวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน จำนวน.....ปี (ปีละ 200 บาท)
ตั้งแต่วันที่.....เดือน..... ปี พ.ศ.....ถึงวันที่เดือน..... ปี พ.ศ.....
รวมเป็นเงิน.....บาท ตัวอักษร (.....)

☐ ขอตีพิมพ์บทความวิจัย/วิชาการและจ่ายค่าตีพิมพ์ รวมเป็นเงิน.....บาท
ตัวอักษร (.....)

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท ตัวอักษร (.....)

ที่อยู่ในการจัดส่งวารสาร

ชื่อ.....นามสกุล.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....
Email:.....

ข้อแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

1. คำแนะนำสำหรับผู้เขียน (Instructions for the Authors)

1.1. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน (Journal of Health Science and Community Public Health: JHSCPH) กำหนดตีพิมพ์ปีละ 2 ครั้ง (1 มกราคม - 30 มิถุนายน และ 1 กรกฎาคม - 31 ธันวาคม)

1.2. วารสารพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน เป็นบทความที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ การแพทย์ฉุกเฉินและคุ้มครองผู้บริโภค ระบบสุขภาพและการประเมินผลโครงการด้านสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายด้านสุขภาพชุมชนกับการพัฒนาสุขภาพและนวัตกรรมพัฒนาการจัดการเรียนการสอนด้านสุขภาพ โดยต้องเป็นงานที่ไม่เคยถูกนำไปตีพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาลงในวารสารใดๆ สามารถแบ่งได้ 3 ลักษณะดังนี้

- บทความวิจัย (Research Article) เป็นบทความทั้งวิจัยพื้นฐานและวิจัยประยุกต์
- บทความวิชาการ (Academic Article) เป็นบทความที่วิเคราะห์ประเด็นตามหลักวิชาการ โดยมีการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิทยาศาสตร์สุขภาพและการเรียนการสอน
- บทความปริทัศน์ (Literature Review Article) เป็นบทความที่รวบรวมองค์ความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่ตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสือ นำมาเรียบเรียง วิเคราะห์ วิจัยให้เกิดความกระจ่างมากในประเด็นนั้นๆมากยิ่งขึ้น

1.3. กองบรรณาธิการจะพิจารณาต้นฉบับ (Manuscript) ตามข้อกำหนดของรูปแบบวารสารและส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวนอย่างน้อย 2 ท่าน เป็นคนอ่าน

2. ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

- 2.1 ต้นฉบับหน้าเดียวบนกระดาษขนาด เอ 4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (รวมเนื้อหาทุกส่วน)
- 2.2 กรอบของข้อความ ขอบบน 3.5 ซม. ขอบล่าง 2.5 ซม. ขอบซ้าย 3.5 ซม. ขอบขวา 2.5 ซม.
- 2.3 ตัวหนังสือใช้ TH Sarabun ขนาด 16 point

3. การเรียงลำดับเนื้อหา

3.1 ชื่อเรื่อง (Title)

- ภาษาไทย ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

3.2 ชื่อผู้เขียน (Authors)

- ชื่อผู้เขียน (ทุกคน) ภาษาไทย –ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point ตัวธรรมดา จัดชิดขวา ได้ชื่อเรื่อง โดยระหว่างชื่อผู้เขียนคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma ,)
- ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้เขียน ภาษาไทย –ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point ตัวธรรมดา จัดชิดซ้าย ท้ายบทความย่อ
- E-mail address ของผู้รับผิดชอบประสานงาน (Corresponding author) ท้ายบทความย่อ ต่อจากตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน

3.3 บทคัดย่อ (Abstract)

- ชื่อบทคัดย่อ และ Abstract ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ ความยาวภาษาไทยไม่เกิน 300 คำ

3.4 คำสำคัญ (Keyword)

- ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 3 - 5 คำ ขนาด 16 point ตัวหนา (เฉพาะหัวข้อคำสำคัญ) ส่วนคำที่ใช้เป็นคำสำคัญ ตัวธรรมดา จัดชิดซ้าย

3.5 บทนำ (Introduction)

- บรรยายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า งานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

3.6 วัตถุประสงค์การวิจัย (Objective)

- ระบุวัตถุประสงค์การวิจัยให้ชัดเจน สะท้อนถึงตัวแปรและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับประเด็นที่ผู้วิจัยสนใจ

3.7 วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

- ประกอบไปด้วย รูปแบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง, เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย, การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ, วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล, สถิติที่ใช้ในการวิจัย, การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

3.8 ผลการวิจัย (Result)

- อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัยโดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วสรุปตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้

3.9 การอภิปรายผล (Discussion)

- การเขียนอภิปรายผล ในประเด็นหลักที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมแสดงเหตุผลสนับสนุนผลการวิจัย

3.10 ข้อเสนอแนะ

- ข้อเสนอแนะในการนำผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์และหรือข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป สะท้อนถึงการต่อยอดหรือประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัย ต่อไป

3.11 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

3.12 เอกสารอ้างอิง (Reference)

- ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver

- การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง (In-text citation) ใช้ตัวเลขอารบิก แทนลำดับเอกสารที่อ้างอิง โดยใช้ตัวเลขเหนือบรรทัด (Superscript) ไว้ท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิง โดยไม่มีวงเล็บ หากต้องการอ้างอิงเอกสารที่เคยอ้างแล้วซ้ำอีกครั้ง ให้ใส่หมายเลขเดิมที่เคยอ้างไว้ครั้งแรก
- การอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ (Reference citation) เรียงตัวเลขตามลำดับที่อ้างอิง ตั้งแต่เลข 1 เป็นต้นไป จนครบทุกลำดับที่มีการอ้างอิงในเนื้อหา
- เอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับเอกสารอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

1. บทความจากวารสารมาตรฐาน (Standard journal article)

1.1 กรณีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma- ,)

- แพรวพรรณ แสงทองรุ่งเจริญ, รพีพรรณ วิบูลย์วัฒนกิจ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์. พยาบาลสาร. 2554; 4(2): 21-27.
- Phajan T, Nilvarangkul K, Settheetham D, Laohasiriwong W. Work-related musculoskeletal disorders among sugarcane farmers in north-eastern Thailand. Asia Pac J Public Health. 2014;26(3):320-327.

1.2 กรณีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma ,) และตามด้วย et al.

- จริญญา เลิศอรรถมณีนี, เอมอร รักชมณี, อนุพันธ์ ตันติวงศ์, กรุณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒจิพรรณ วีรกิจโกศาทร, และคณะ. ความเสี่ยงและประสิทธิผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. จดหมายเหตุทางแพทย์. 2545;85:1288-95.
- Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med. 2009;361:1529-38.

2. บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization as author)

- สภาเทคนิคการแพทย์. คู่มือการเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาและเลือด. วารสาร การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2556;36:84-91.
- World Health Organization Cancer. An overview on CALR and CSF3R mutations and a proposal for revision of WHO diagnostic criteria. Ann Oncol. 2013;24:13-17.

3. หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบุคคล

- ยงยุทธ สหัสกุล. ECG ทางคลินิก. เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เอ็น.พี. เพรส; 2552.
- Cleland JA. Netter's orthopedic clinical examination: an evidence-based approach. 2nd ed. Philadelphia: Elsevier; 2011.

4. หนังสือที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization)

- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. Manual of medical therapeutics. กรุงเทพฯ: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
- Association of British Theatre Technicians. Theatre buildings: a design guide. New York, NY: Routledge; 2010.

5. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

- การประชุมวิชาการคณะเทคนิคการแพทย์ประจำปี, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. การประชุมวิชาการคณะเทคนิคการแพทย์ ประจำปี พ.ศ. 2553 เนื่องในโอกาสเฉลิมพระเกียรติแห่งการบรมราชาภิเษก ปีที่ 60 และการเฉลิมพระชนมพรรษา; วันที่ 30 พฤศจิกายน - วันที่ 3 ธันวาคม 2553; ณ โรงแรมโลตัสปางสวนแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัย; 2553.
- JSPS-NRCT Core University Exchange System on Pharmaceutical Sciences, National Research Council of Thailand. Advance in research on pharmacologically active substances from natural sources; 1992 Dec 3-5, Holiday Garden Hotel, Chiang Mai. Chiang Mai: The University; 1992.

6. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

- กชพร ศรีพรรณ. การพัฒนาแบบทดสอบมาตรฐานทักษะการรู้สารสนเทศสำหรับนักศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสารสนเทศศึกษา]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
- Napaporn Apiratmateekul. Development of high efficiency hybridoma technology for production of Monoclonal antibodies [dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2012.

7. บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

- จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายการอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551 [เข้าถึง เมื่อ 18 ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก <http://liblog.dpu.ac.th/analyresource/wpcontent/uploads/2010/06/reference08.pdf>.
- Fanti S, Farsad M, Mansi L. Atlas of PET/CT: a quick guide to image interpretation [Internet]. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2009 [cited 2011 Jun 15]. Available from: http://www.amazon.com/Atlas-PETCT.-QuickInterpretation/dp/3540777717#reader_3540777717.

3.13 ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม ผู้วิจัยต้องคำนึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เคารพในบุคคล (Respect to person) เช่น การขอคำยินยอม ความเป็นส่วนตัว การเก็บรักษาความลับ

3.14 การส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

- ให้ผู้เขียน ส่ง file ต้นฉบับในรูปแบบ Word document โดยนำบทความเข้าสู่เว็บไซต์ระบบการจัดการวารสารออนไลน์ (Thai Journals Online: ThaiJO) สามารถเข้าเว็บไซต์ <http://www.tci-thaijo.org> จากนั้นพิมพ์ชื่อ “วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน” คลิก Register เพื่อลงทะเบียนสมาชิก จากนั้นคลิกที่

Online submissions หรือส่งต้นฉบับมาที่กองบรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Journal of Health Science and Community Public Health: JHSCPH) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
E-mail: jhscph@scphkk.ac.th

- วารสารที่ผ่านการพิจารณาจาก peer review ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการตีพิมพ์ จำนวน 2,500 บาท

การติดต่อบรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน

ส่งถึง บรรณาธิการ วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

จังหวัดขอนแก่น 90/1 หมู่ 4 ถนนอนามัย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

โทรศัพท์: 0-4322-1770, 0-4322-1493, 0-4322-2741 โทรสาร: 0-4322-1770 ต่อ 102

E-mail: jhscph@scphkk.ac.th Website: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/jhscph>

ติดต่อสอบถาม: ดร.ธีรศักดิ์ พาจันธุ์ โทร 0-98102-8159, ดร.พิทยา ศรีเมือง โทร 0-92904-1874

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
การพัฒนากระบวนการเพิ่มศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดสุโขทัย A Development Process of Increasing Ability for Infectious Waste Management among Health Personnel of Sub-District Health Promoting Hospital in Sukhothai Province อนุ เอี่ยมทอง, เสน่ห์ แสงเงิน	1
ทักษะการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จังหวัดภูเก็ต Caregiver's Performance Practicing of Rehabilitation Health Care for Elderly Dependents at Phuket Province อานนท์ แก้วบำรุง	13
ประสิทธิผลโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เขตอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก Effectiveness Program of Rehabilitation Care for Elderly Dependents at Mae Sot district, Tak Province ชนิษฐา ก่อสัมพันธ์กุล	26
การพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมวัณโรคในพื้นที่ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย Development of Prevention and Control on Tuberculosis Model in Thabo District, Nong Khai Province นิรันดร์ ถาละคร	38
วิถีการดำเนินชีวิตสมัยใหม่ของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น Modern lifestyle among Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen ปิยธิดา อุประ, กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์, สุทธิพงษ์ อุพลเกียรติ, วีระชาติ ยุทธชาวิทย์	50

เรื่อง	หน้า
ปริมาณสารอาหารที่ได้รับและภาวะโภชนาการของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนรัฐบาลแห่งหนึ่งในเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น Quantity of Food Consumption and Nutritional Status of Primary School Students a Public School in Municipal, Muang District, KhonKaen Province นิธิพัฒน์ โพชนะโน, เบญญภา กาละเขว้า, ประทีป กาละเขว้า	64
พฤติกรรมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มน้ำอัดลมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น The Soft Drinks Behavior and Essential Relation of Mathayomsuksa 1 Students in a Middle School, Aumper Mueang, Khonkaen ศุภรัตน์ กุลเสน, สุทิน ชนะบุญ, ลำพึง วอนอก	75
พฤติกรรมการใช้ยาชุดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาชุดของประชาชน ตำบลเปือยใหญ่ อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น Polypharmacy Use Behavior and Factors Associated with The Use of Polypharmacy Among People in Puey Yai Sub-District Non Sila District Khon Kaen Province รุ่งทิพย์ ทิศแดง, สุปัทม์ จำปาหวาย	87
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรบ้านหนองหัววัว ตำบลโคกสีอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น Factors Related to Hazard Preventive Behavior on Chemicals Pesticide Uses of Farmers in Ban Nong Hua Wua Khok Si Sub-District, Muang District, Khon Kaen Province วิภาดา กระตุตนาค, สายัณต์ แก้วบุญเรือง, บุญร่วม แก้วบุญเรือง	96
การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ อำเภอนายูง จังหวัดอุดรธานี Health Belief Model in Iodine Defficiency Prevention of Pregnancues in Nayung District, Udon Thani Province ชไมพร ศักดิ์ดีศรี, บุญจิตา สัตยกิจกุล, วรุฒิ ชมพูพาน	106

เรื่อง	หน้า
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน จังหวัดขอนแก่น Effects on Self-Care Behavior Promotion Program Applying Self Efficacy Theory with Social Support Theory among Hypertension Patients of Hypertension Clinic in Kranuan Crown Prince Hospital, Khon Kaen นิตติยา สีหาราช	117
การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลเขารูปช้าง อำเภอมะนัง จังหวัดสงขลา Development of Food and Nutritional Management Among Elderly Group in Khao Rup Chang Sub-District Muang District, Songkhla province เทอดศักดิ์ นำเจริญ, จารุณี วาระหัส, ศักรินทร์ สุวรรณเวหา	129

การพัฒนากระบวนการเพิ่มศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดสุโขทัย

อนุ เอี่ยมทอง¹, เสน่ห์ แสงเงิน²

(วันที่รับบทความ: 1 สิงหาคม 2562; วันที่แก้ไข: 13 กันยายน 2562; วันที่ตอบรับ: 24 พฤศจิกายน 2562)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา พัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของกระบวนการเพิ่มศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดสุโขทัย การศึกษาประกอบด้วยขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่าง 225 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ความรู้ ทักษะ ทศนคติ แรงจูงใจและแรงสนับสนุนจากผู้บริหารในการจัดการขยะติดเชื้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนากระบวนการเพิ่มศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วย 1) การศึกษาความต้องการและข้อเสนอแนะของผู้ที่เกี่ยวข้อง 2) พัฒนากระบวนการซึ่งประกอบด้วย 2.1) กิจกรรมให้ความรู้ 2.2) กิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ 2.3) กิจกรรมการฝึกปฏิบัติการจัดการขยะติดเชื้อ 2.4) กิจกรรมการให้คำปรึกษาและแรงสนับสนุนจากผู้บริหาร ขั้นตอนที่ 3 การทดสอบประสิทธิภาพกระบวนการเพิ่มศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุข พบว่า คะแนนพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ ดังนั้น การเพิ่มศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุข ควรให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ การให้คำปรึกษาและสนับสนุนจากผู้บริหาร

คำสำคัญ: ขยะติดเชื้อ, บุคลากรสาธารณสุข, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, E-mail: aiemthong@yahoo.com

² อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

Corresponding author: เสน่ห์ แสงเงิน, E-mail: sane.s@ru.ac.th

A Development Process of Increasing Ability for Infectious Waste Management among Health Personnel of Sub-District Health Promoting Hospital in Sukhothai Province

Anu Aiemthong¹, Sane Saengngoen²

(Receive 1st August 2019; Revised: 13th September 2019; Accepted 24th November 2019)

Abstract

The objective of this study was to develop and examine the effectiveness of process of increasing ability in infectious waste management among health personal of sub-district health promoting hospital in Sukhothai province. The study was conducted in 3 phases. The first phase aimed to assess factors associate with infectious waste management among health personal of sub-district health promoting hospital. The samples were 225 participants recruited by multistage random sampling. A questionnaire was administered by face to face interviews and analysis by Pearson's product moment correlation coefficient. The result showed that such variables as knowledge, attitude, motivation, counseling and supporting from manager were associated with infectious waste management among health personal of sub-district health promoting hospital statistical significance (p -value <0.05). The second phase was to construct process of increasing ability which consisted of the study on needs suggested by stakeholders and the content validity which was approved by experts. The resulting program consisted of 4 steps: (1) the learning infectious waste management; (2) exchange experiences; (3) practice in infectious waste management (4) counseling and supporting from manager. The third phase was to evaluate effectiveness of increasing ability program in infectious waste management; and it was found that there was a significant increasing in the average score of infectious waste management behavior after the intervention (p -value <0.05). Therefore, this increasing ability program in infectious waste management should be input knowledge, practice, counseling and supporting from manager.

Keywords: infectious waste, health personnel, sub-district health promoting hospital

¹ Public health technical officer, professional level, Sukhothai Provincial of Public Health Office, E-mail: aiemthong@yahoo.com

² Lecturer of master of public health program, Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University. Corresponding author: Sane Saengngoen, E-mail: sane.s@ru.ac.th

บทนำ

สถานการณ์ด้านการสาธารณสุขและอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศไทยได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของบริบทโลก และปัจจัยภายในประเทศหลายประการ ทั้งจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ การเพิ่มขึ้นของประชากรและสภาพความเป็นเมืองที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹ ตลอดจนการพัฒนาเศรษฐกิจและการลงทุนที่ทำให้มีการใช้ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจนเกินศักยภาพและความสามารถในการรองรับของระบบนิเวศ ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหามลพิษเพิ่มขึ้น ได้แก่ ปัญหาด้านมลพิษอากาศ น้ำเสีย ขยะ และของเสียอันตราย² จากการเปลี่ยนแปลงบริบทของสังคมไทยอย่างรวดเร็ว ทำให้สถานการณ์ปัญหาการจัดการขยะมีความรุนแรงมากขึ้น เนื่องมาจากขาดความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและขาดการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะปัญหาการจัดการขยะติดเชื้อที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญและจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่กระบวนการคัดแยก ณ แหล่งกำเนิด การขนส่ง การกำจัด รวมทั้งการควบคุมกำกับติดตามการจัดการขยะติดเชื้อให้เป็นไปตามมาตรฐานและกฎหมายกำหนด³ จากรายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559 ได้คาดการณ์ปริมาณขยะติดเชื้อที่เกิดขึ้น จำนวน 55,646 ตัน เพิ่มขึ้นจาก ปี พ.ศ. 2558 จำนวน 1,778 ตัน หรือคิดเป็นร้อยละ 3.3 จำแนกเป็นขยะติดเชื้อที่เกิดขึ้นจากโรงพยาบาลรัฐ ร้อยละ 56.79 โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 17.05 คลินิก ร้อยละ 19.21 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 6.37 สถานพยาบาลสัตว์ ร้อยละ 0.58 และห้องปฏิบัติการเชื้ออันตราย ร้อยละ 0.01⁴ ซึ่งขยะติดเชื้อเหล่านี้เกิดจากการให้บริการรักษาพยาบาล การตรวจวินิจฉัย การให้ภูมิคุ้มกันโรค และการศึกษาวิจัยที่ดำเนินการทั้ง

ในมนุษย์และสัตว์ ถ้าจัดการไม่ถูกต้องจะเป็นแหล่งแพร่กระจายของเชื้อโรคก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนและสิ่งแวดล้อม ปัญหาสุขภาพจากขยะติดเชื้อได้แก่ โรคตับอักเสบ บี และ ซี บาดทะยัก โรคเอดส์ และโรคผิวหนังอักเสบเกิดจากการถูกเข็มตาหรืออุปกรณ์ที่มีความคมบาด โรคภูมิแพ้ ผื่นผิวหนังเป็นผื่น ระบายเคืองตา โรคหืด และภาวะหายใจลำบากจากการสูดดมสารที่ใช้ฆ่าเชื้อโรค น้ำยาทำความสะอาด ยารักษาโรค และสารเคมีในห้องปฏิบัติการและโรคเมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจและอาการเจ็บป่วยอื่นๆ⁵ จากสารเคมีที่เป็นพิษเกิดจากเตาเผาขยะติดเชื้อ เช่น สารไดออกซิน โดยวิกฤตปัญหาขยะขยะที่เกิดขึ้นนี้ จำเป็นที่จะต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน⁶

จากเหตุผลดังกล่าว การศึกษาการพัฒนากระบวนการเพิ่มศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดสุโขทัย จึงเป็นแนวทางหนึ่งในการแก้ปัญหาการจัดการทั้งขยะติดเชื้อที่ไม่ถูกวิธี ป้องกันอันตรายจากขยะติดเชื้อ ป้องกันการกระจายเชื้อโรค ลดค่าใช้จ่ายในการกำจัดขยะติดเชื้อ และเพิ่มรายได้ให้กับหน่วยงานในการบริหารจัดการขยะรีไซเคิล รวมทั้งปลูกจิตสำนึกของบุคลากรสาธารณสุขให้รักสิ่งแวดล้อม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อพัฒนากระบวนการเพิ่มศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดสุโขทัย

3. เพื่อทดสอบประสิทธิผลของกระบวนการเพิ่มศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดสุโขทัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัย และพัฒนา (Research and development) ใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method) ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากร โดยการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดสุโขทัย จำนวน 480 คน

1) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง หลักเกณฑ์ของ Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970)⁷ กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 214 ตัวอย่าง และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างหรือการได้ข้อมูลไม่สมบูรณ์ การวิจัยครั้งนี้ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน จำนวน 225 ตัวอย่าง

2) ทำการสุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) โดยสุ่มอำเภอ สุ่มตำบล และสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified sampling) โดยสำรวจรายชื่อบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดสุโขทัย จากนั้นสุ่มตัวอย่างจากประชากรแต่ละกลุ่มย่อยในสัดส่วนจำนวนที่

เท่าๆ กัน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็นบุคลากรสาธารณสุข

2) ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกี่ยวข้องกับการตรวจรักษาผู้ป่วย

3) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา และอาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัยระหว่างการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ ทักษะ แรงจูงใจ แรงสนับสนุนจากผู้บริหารและพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสหสัมพันธ์เพียร์สัน Pearson product-moment correlation coefficient)

ระยะที่ 2 พัฒนากระบวนการเพิ่มศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรโดยการวิจัยเชิงคุณภาพ

1) ศึกษาความต้องการและข้อเสนอแนะของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะติดเชื้อ ดังนี้

1.1 วิธีดำเนินการ ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ความต้องการและข้อเสนอแนะของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อกระบวนการเพิ่มศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดสุโขทัย

1.2 ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย 1) กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2) กลุ่มผู้รับผิดชอบการจัดการขยะติดเชื้อระดับอำเภอ 3) กลุ่มผู้รับผิดชอบการจัดการขยะติดเชื้อระดับจังหวัด

โดยผู้วิจัยได้ใช้วิธีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย 1) กลุ่มบุคลากร

สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Purposive sampling) 2) กลุ่มผู้รับผิดชอบการจัดการขยะติดเชื้อระดับอำเภอ และ 3) กลุ่มผู้รับผิดชอบการจัดการขยะติดเชื้อระดับจังหวัด การคัดเลือกใช้วิธี Snowball sampling technic

1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ในประเด็นด้านความต้องการ และข้อเสนอแนะของผู้ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเพิ่มศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดสุโขทัย

1.4 การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยการจำแนก และจัดระบบข้อมูล เพื่อจัดข้อมูลที่จะกระจายให้เป็นระบบ โดยจำแนกข้อมูลที่มีความคล้ายกันมารวมไว้เป็นหมวดหมู่เดียวกันให้สามารถเข้าใจได้ง่าย และมีความสัมพันธ์เชิงเหตุผล

2) สังเคราะห์ความสอดคล้องของความต้องการ และข้อเสนอแนะต่อกระบวนการเพิ่มศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดสุโขทัย

2.1 วิธีดำเนินการ นำผลการศึกษา ความต้องการ และ ข้อเสนอแนะ ของ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเพิ่มศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดสุโขทัย ของ 3 กลุ่ม ผวนวเข้ากับผลการศึกษา ในขั้นตอนที่ 1 แล้วนำมากำหนดเป็น องค์ประกอบ และจัดทำร่างกระบวนการเพิ่ม ศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากร สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน เขตจังหวัดสุโขทัย

2.2. การวิเคราะห์ข้อมูล นำ สารสนเทศทั้งหมดมาทำการสังเคราะห์เนื้อหา

(Content synthesis) และ นำมาาย กร่าง องค์ประกอบของกระบวนการเพิ่มศักยภาพ ในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากร สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน เขตจังหวัดสุโขทัย

3) การพัฒนากระบวนการเพิ่ม ศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากร สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน เขตจังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย

3.1 การตรวจสอบความตรง เชิงเนื้อหา

วิธีดำเนินการ 1) ตรวจสอบความ ตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของ ความหมายองค์ประกอบของร่างกระบวนการ เพิ่มศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อของ บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลในเขตจังหวัดสุโขทัย โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ พิจารณาความถูกต้องตรงตามเนื้อหา ความ ครบคลุม ครอบคลุม สำนวนภาษา ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไข 2) การ แก้ไข ปรับปรุงกระบวนการเพิ่มศักยภาพในการ จัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัด สุโขทัย

ผู้เชี่ยวชาญ ที่ใช้ในการตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ดังนี้ 1) เป็น ผู้ เชี่ยว ชาญ ที่เกี่ยวข้องกับการสอนวิชานามัยสิ่งแวดล้อม และมี ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะ ติดเชื้อ จากสถาบันการศึกษา จำนวน 1 ท่าน 2) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการ จัดการขยะติดเชื้อ และปฏิบัติงานในระดับ อำเภอ 1 ท่าน และระดับจังหวัดสุโขทัย จำนวน 1 ท่าน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อร่างกระบวนการเพิ่มศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดสุโขทัย ซึ่งประกอบด้วยประเด็นเกี่ยวกับความหมายองค์ประกอบ ความถูกต้องตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม ความครบถ้วนสมบูรณ์ สำนวนภาษา และข้อเสนอแนะ

3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาใช้การคำนวณดัชนีความสอดคล้องในเรื่องความถูกต้องและความชัดเจนของเนื้อหา (Index of Congruence) และใช้วิธีการสังเคราะห์เนื้อหา (Content synthesis) ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อปรับปรุงร่างกระบวนการเพิ่มศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดสุโขทัย

ระยะที่ 3 ทดสอบประสิทธิผลของกระบวนการเพิ่มศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากร โดยการวิจัย กึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (Quasi-experimental research : one group, pre-test and post-test design) มีวิธีดำเนินการ ดังนี้

1. คัดเลือกบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 30 คน ซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่มีคะแนนการจัดการขยะติดเชื้อในระดับต่ำและปานกลางเท่านั้นและยินดีเข้าร่วมทดสอบประสิทธิผลของกระบวนการเพิ่มศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดสุโขทัย

2. ดำเนินการทดลองใช้กระบวนการเพิ่มศักยภาพในการจัดการขยะติด

เชื้อของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดสุโขทัย โดยดำเนินการทดลองระหว่าง 15 มกราคม 2562-14 กุมภาพันธ์ 2561 โครงสร้างกระบวนการประกอบด้วย 1) กิจกรรมให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อโดยอบรม แจกคู่มือ แจกแผ่นพับเรื่องการจัดการขยะติดเชื้อ 2) กิจกรรมการเสนอตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการจัดการขยะติดเชื้อที่ประสบผลสำเร็จ 3) กิจกรรมการฝึกปฏิบัติการจัดการขยะติดเชื้อโดยใช้วิดีโอ 4) กิจกรรมการสร้างแรงจูงใจและการสนับสนุนโดยผู้บริหาร และวัดประสิทธิผล โดยวัดพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อ

3. เครื่องมือ ใช้แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดสอบกับบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 ส่วนเครื่องมือเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยนำประเด็นคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกไปทดลองกับบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย เพื่อศึกษาความชัดเจนของคำถาม การเข้าใจความหมาย และความครอบคลุมของเนื้อหา แล้วนำข้อบกพร่องที่ได้จากการทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไขแล้วจึงนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนักวิจัย และผู้ช่วยนักวิจัยทำการสอบถามกลุ่มตัวอย่างโดยนักวิจัย และผู้ช่วยนักวิจัย ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละประมาณ 20 นาที

4. สถิติที่ใช้ในการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ และกำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ 0.05 สถิติที่ใช้ประกอบด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เลขที่ IRB 1/2562 โดยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษา ให้ทราบทุกรายขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยการตอบรับหรือปฏิเสธจากนั้นผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำข้อมูลมาใช้เฉพาะในการศึกษาในครั้งนี้เท่านั้น โดยระหว่างตอบคำถาม หากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการตอบคำถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผล

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยระยะที่ 1

ข้อมูลทั่วไปพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 19.60 เพศชาย ร้อยละ 80.40 เพศหญิง อายุเฉลี่ยเท่ากับ 39.60 ปี ร้อยละ 64.90 สถานภาพคู่ ร้อยละ 68.40 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 48.40 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระยะเวลาทำงานเฉลี่ยเท่ากับ 17.15 ปี

ความรู้การจัดการขยะติดเชื้อ พบว่า ร้อยละ 18.70 มีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 48.00 มีความรู้ในระดับปานกลาง และร้อยละ 33.30 มีความรู้ในระดับสูง

ทัศนคติการจัดการขยะติดเชื้อ พบว่า ร้อยละ 8.0 มีทัศนคติในระดับต่ำ ร้อยละ 55.90 มีทัศนคติในระดับปานกลาง และร้อยละ 3.10 มีทัศนคติในระดับสูง

แรงจูงใจในการจัดการขยะติดเชื้อ พบว่า ร้อยละ 75.60 มีแรงจูงใจในระดับต่ำ ร้อยละ 20.90 มีแรงจูงใจในระดับปานกลาง และร้อยละ 3.60 มีแรงจูงใจในระดับสูง

แรงสนับสนุนจากผู้บริหารในการจัดการขยะติดเชื้อ พบว่า ร้อยละ 57.80 มีแรงสนับสนุนในระดับต่ำ ร้อยละ 35.60 มีแรงสนับสนุนในระดับปานกลาง และร้อยละ 6.70 มีแรงสนับสนุนในระดับสูง

พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อ

- 1) ด้านการคัดแยกขยะติดเชื้อ พบว่า ร้อยละ 12.40 มีการคัดแยกในระดับต่ำ ร้อยละ 81.80 มีการคัดแยกในระดับปานกลาง และร้อยละ 60.00 มีการคัดแยกในระดับสูง
- 2) ด้านการเก็บรวบรวมขยะติดเชื้อ พบว่า ร้อยละ 7.60 มีการเก็บรวบรวมในระดับต่ำ ร้อยละ 84.80 มีการเก็บรวบรวมในระดับปานกลาง และร้อยละ 7.60 มีการเก็บรวบรวมในระดับสูง
- 3) พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อภาพรวม พบว่า ร้อยละ 27.60 มีการจัดการในระดับต่ำ ร้อยละ 64.90 มีการจัดการในระดับปานกลาง และร้อยละ 7.60 มีการจัดการในระดับสูง

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อภาพรวม พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.180$, $p\text{-value} = 0.007$) ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.253$, $p\text{-value} < 0.001$) แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.213$,

p-value=0.001) แรงสนับสนุนจากผู้บริหารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมกรรมการจัดการขยะติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($r = 0.354$, p-value <0.001) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมกรรมการจัดการขยะติดเชื้อภาพรวม (n=225)

ปัจจัยคัดสรร	พฤติกรรมกรรมการจัดการขยะติดเชื้อ	
	r	p-value
อายุ	-0.023	0.729
ระยะเวลาการทำงาน	-0.100	0.133
ความรู้การจัดการขยะติดเชื้อ	0.180	0.007
ทัศนคติการจัดการขยะติดเชื้อ	0.253	<0.001
แรงจูงใจการจัดการขยะติดเชื้อ	0.213	0.001
แรงสนับสนุนจากผู้บริหารในการจัดการขยะติดเชื้อ	0.354	<0.001

ผลการวิจัยระยะที่ 2

ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 6 คน กลุ่มผู้รับผิดชอบการจัดการขยะติดเชื้อระดับอำเภอ จำนวน 3 คน และกลุ่มผู้รับผิดชอบการจัดการขยะติดเชื้อระดับจังหวัด จำนวน 2 คน

ผลการพัฒนากระบวนการเพิ่มศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อ ของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลักคือ

1) กิจกรรมให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อ โดยอบรม แจกคู่มือ แจกแผ่นพับเรื่องการจัดการขยะติดเชื้อ จำนวน 3 ชั่วโมง

2) กิจกรรม การเสนอตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการจัดการขยะติดเชื้อที่ประสบผลสำเร็จ จำนวน 1 วัน เวลา 3 ชั่วโมง

3) กิจกรรมการฝึกปฏิบัติการจัดการขยะติดเชื้อ โดยการใช้วีดีโอ จำนวน 1 วัน 3 ชั่วโมง

4) กิจกรรมการสร้างแรงจูงใจและการสนับสนุนโดยผู้บริหาร จำนวน 4 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์

โดยผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของการพัฒนากระบวนการเพิ่มศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดสุโขทัย โดยผู้เชี่ยวชาญ และนักวิชาการ พบว่า ความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) มีค่าระหว่าง 0.50-1 และเสนอแนะให้ปรับปรุงสำนวนภาษาให้มีความชัดเจนมากขึ้น

ผลการวิจัยระยะที่ 3

ผลการทดสอบประสิทธิภาพของกระบวนการเพิ่มศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดสุโขทัย พบว่า ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการขยะติดเชื้อเพิ่มขึ้นเท่ากับ 6.76 คะแนน โดยพบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 32.80 คะแนน (S.D.=1.03) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ

39.56 คะแนน (S.D. = 3.24) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนกับหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า คะแนนการจัดการขยะ

ติดเชื่อเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.001 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการขยะติดเชื่อระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง (n=35)

พฤติกรรมกรรมการจัดการขยะติดเชื่อ	n	mean	S.D.	mean difference	(95%CI)	t	p-value
ก่อนการทดลอง	35	32.68	1.03				
				-6.62	(-8.10- -5.15)	-9.213	<0.001
หลังการทดลอง	35	39.31	3.24				

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 48.0 มีความรู้ในระดับปานกลาง และร้อยละ 33.3 มีความรู้ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีและได้รับข้อมูลข่าวสารการจัดการขยะติดเชื่อจากเอกสารของหน่วยงานสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อีระวัฒน์ คำโถม (2556)⁸ ที่พบว่าการจัดการขยะติดเชื่อของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ในระดับกลาง แต่แตกต่างกับการศึกษาของ วารุณี ระเบียบดี (2561)¹ พบว่าความรู้การจัดการขยะติดเชื่อระดับสูงร้อยละ 70.30

จากผลการวิจัยพบว่า พบว่า ร้อยละ 57.80 มีแรงสนับสนุนจากผู้บริหารในการจัดการขยะติดเชื่อระดับต่ำทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับสนับสนุนด้านวิชาการและอุปกรณ์การจัดการขยะที่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติ ผลทับทิม (2553)⁹ ที่พบว่าขาดการสนับสนุนงบประมาณและนโยบายในการจัดการขยะติดเชื่อและขาดการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ในการจัดการขยะติดเชื่อ แต่แตกต่างกับการศึกษาของทีปกา ชัยสุนทร (2556)¹⁰ ที่พบว่า เจ้าของสถานพยาบาล

สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ในการจัดการขยะติดเชื่ออยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.73 คะแนน

จากผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนจากผู้บริหารในการจัดการขยะติดเชื่อมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมกรรมการจัดการขยะติดเชื่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.354$, $p\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีข้อปฏิบัติที่ถูกต้องและชัดเจนในการจัดการขยะติดเชื่อหน่วยงานเน้นเรื่องการใช้อุปกรณ์ป้องกันเพื่อความปลอดภัยของตนเองโรงพยาบาลสนับสนุนในการคัดแยก และการเก็บรวบรวมขยะติดเชื่อให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุบล ชราศรี (2558)¹¹ พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการรับรู้ นโยบายกับคะแนนการปฏิบัติตามหลักหลักการป้องกันการติดเชื้อมาตรฐานมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.51$, $p\text{-value} < 0.001$) แต่แตกต่างกับการศึกษาของ วารุณี ระเบียบดี (2561)¹ พบว่าแรงสนับสนุนจากผู้บริหารและทีมนำการจัดการขยะติดเชื่อไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการขยะติดเชื่อของบุคลากรโรงพยาบาลกันดังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.194$, $p\text{-value} = 0.23$)

จากผลการวิจัยพบว่า กระบวนการเพิ่มศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลักคือ 1) กิจกรรมให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อ 2) กิจกรรมการเสนอตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการจัดการขยะติดเชื้อที่ประสบผลสำเร็จ 3) กิจกรรมการฝึกปฏิบัติการจัดการขยะติดเชื้อ 4) กิจกรรมการสร้างแรงจูงใจและการสนับสนุนโดยผู้บริหาร ทั้งนี้เนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขควรได้รับความรู้เพื่อเป็นฐานในการนำไปปฏิบัติและควรมีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้มีประสบการณ์เพื่อเป็นแรงจูงใจในการจัดการขยะติดเชื้อรวมถึงกิจกรรมการฝึกปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความถูกต้องในการปฏิบัติและกิจกรรมการซักถาม ให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ที่ไม่แน่ใจว่าจะปฏิบัติได้สำเร็จ เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติเพื่อจัดการขยะติดเชื้อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า โปรแกรมอบรม ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่อง 1) แนวทางการจัดการขยะในโรงพยาบาล 2) ความรู้เรื่องการจัดการขยะติดเชื้อ 3) ทักษะปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อ และ 4) การสร้างเสริมความปลอดภัยในขณะปฏิบัติงาน ซึ่งทำให้คะแนนพฤติกรรมความปลอดภัยในการจัดการขยะติดเชื้อ หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)¹²

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1. จากผลการวิจัย แรงจูงใจในการจัดการขยะติดเชื้อ พบว่า ร้อยละ 75.60 มีแรงจูงใจในระดับต่ำ ดังนั้น ผู้บริหารควรสร้างแรงจูงใจด้วยการมอบรางวัล เชิดชูเกียรติ

บุคลากรสาธารณสุขที่จัดการขยะติดเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพ

2. จากผลการวิจัย พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อภาพรวม พบว่า ร้อยละ 27.60 มีพฤติกรรมการจัดการในระดับต่ำ ร้อยละ 64.90 มีพฤติกรรมการจัดการในระดับปานกลาง ดังนั้น ควรให้ความรู้และทบทวนแนวปฏิบัติการจัดการขยะติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง

3. จากผลการวิจัย แรงสนับสนุนจากผู้บริหารในการจัดการขยะติดเชื้อ พบว่า ร้อยละ 57.80 มีแรงสนับสนุนในระดับต่ำ ดังนั้น ผู้บริหารควรกำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติการจัดการขยะติดเชื้อที่ชัดเจน

4. จากผลการวิจัย พบว่า กระบวนการเพิ่มศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดสุโขทัย สามารถเพิ่มคะแนนพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อจากก่อนการทดลองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ ดังนั้น ควรนำกระบวนการดังกล่าวไปใช้ในเพิ่มศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้ขยะติดเชื้อได้รับการจัดการที่ถูกต้องเหมาะสม

ข้อเสนอในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้นแบบในการจัดการขยะติดเชื้อ

2. ควรศึกษาผลกระทบทางสุขภาพจากขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. ควรศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพการจัดการขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตเมืองและเขตชนบท

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์แล้วได้ด้วยดีอันเนื่องมาจากความกรุณาอย่างยิ่งของ นายแพทย์ปองพล วรปาณี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย นายแพทย์บริรักษ์ ลักษณะกุล นายแพทย์เชี่ยวชาญ นางสาวสมจิตต์ ศิริวนารังสรรค์ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ และนายอเนก สุขสมพันธ์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ ที่ให้ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ ทำให้งานวิจัยสำเร็จลงได้ ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง คณะผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. วารุณี ระเบียบดี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรโรงพยาบาลกันตัง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง [การศึกษาอิสระสาขาสารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2561.
2. กรมอนามัย. รายงานสถานการณ์สิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประเทศไทย ปี 2557 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; [เข้าถึง เมื่อ 10 พ.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก <http://hia.anamai.moph.go.th>
3. กรมควบคุมมลพิษ. แผนปฏิบัติการ “ประเทศไทย ไร้ขยะ” ตามแนวทาง “ประชารัฐ” ระยะ 1 ปี (พ.ศ. 2559-2560) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม; [เข้าถึง เมื่อ 10 พ.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก www.dla.go.th.
4. ผู้จัดการ. ปีเดียว “ขยะติดเชื้อ” เพิ่มขึ้น 1,700 กว่าตัน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: [เข้าถึง เมื่อ 10 พ.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก <https://mgronline.com/qol/detail/9600000128764>
5. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม. คู่มือการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานขยะติดเชื้อหลักสูตรการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากขยะติดเชื้อ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์ จำกัด; 2557.
6. สุทธินันท์ ฉันทธนกุล. ขยะติดเชื้อ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: [เข้าถึง เมื่อ 10 พ.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก <https://www.ayo.moph.go.th>
7. Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement. 30(3): 607-610.
8. ธีระวัฒน์ คำโณม. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดเพชรบูรณ์ [ดุชนิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาสิ่งแวดล้อมศึกษา]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2556.
9. กิตติ ผลทับทิม. สถานการณ์การจัดการขยะติดเชื้อในสถานีนอนามัย อำเภอรพท.บุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ [การศึกษาอิสระสาขาสารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2553.
10. ทิปกา ชัยสุนทร. การศึกษาการจัดการขยะติดเชื้อ กรณีศึกษาสถานพยาบาลเอกชนประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนในเขตเทศบาลเมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี [สารนิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการเทคโนโลยีอาคร]. มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต; 2556.

- 11.อุบล ชราศรี พิพัฒน์ ลักษมีจรัสกุล ดุสิต สุจิ
รารัตน์ และนารา กุลวรรณวิจิตร. การรับรู้
นโยบายและการปฏิบัติตามหลักการป้องกัน
การติดเชื้อมาตรฐานจากการปฏิบัติงานของ
บุคลากรในโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่ง
หนึ่ง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์(ฉบับ
พิเศษ). 2558; 3-17.
- 12.วิริยะภูมิ จันทร์สุภาแสน. ผลของโปรแกรม
อบรม “Cleaners Safety” ต่อความรู้และ
พฤติกรรมความปลอดภัยในการจัดการขยะ
ขยะติดเชื้อในพนักงานทำความสะอาด
โรงพยาบาลพะเยา. วารสารการพยาบาล
การสาธารณสุขและการศึกษา. 2560;
18(1):113-112.

ทักษะการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จังหวัดภูเก็ต

อานนท์ แก้วบำรุง¹

(วันที่รับบทความ: 10 สิงหาคม 2562; วันที่แก้ไข: 19 กันยายน 2562; วันที่ตอบรับ: 25 พฤศจิกายน 2562)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัย ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่มีผลต่อทักษะของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จังหวัดภูเก็ต ประชากรคือ ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแล 70 ชั่วโมง ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ดูแลในปีงบประมาณ 2561 จำนวน 219 คน โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Daniel จำนวน 140 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ แบบสอบถามประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ การรับรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและทักษะของผู้ดูแล ทดสอบคุณภาพของแบบสอบถามโดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย กลุ่มอายุความรู้ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมทัศนคติด้านความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยการได้รับการอบรมคำแนะนำและปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุขตามลำดับ ปัจจัยทำนายทักษะของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย กลุ่มอายุ ($p\text{-value}=0.030$), ความรู้ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสม ($p\text{-value}<0.001$), ทักษะด้านความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ ($p\text{-value}=0.002$), การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย ($p\text{-value}=0.006$) สามารถทำนายได้ร้อยละ 21.8 ($R^2=0.218$) ดังนั้น ผู้วิจัยจะนำตัวแปรจากผลการวิจัยมาใช้ในการออกแบบกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุเขตจังหวัดภูเก็ตต่อไป

คำสำคัญ : ผู้ดูแล, ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง, การฟื้นฟูสุขภาพ

¹ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต, E-mail: anon.kaew@gmail.com

Corresponding author: อานนท์ แก้วบำรุง, E-mail: anon.kaew@gmail.com

Caregiver's Performance Practicing of Rehabilitation Health Care for Elderly Dependents at Phuket Province

Anon Kaewbamroong¹

(Receive 10th August 2019; Revised: 19th September 2019; Accepted 25th November 2019)

Abstract

This analytic research study aimed to study either selected factors association or jointly factorpredicting, enabling factors, and reinforcing factors) effected to caregiver's performance of rehabilitation health care for elderlydependentsatPhuket Province. Population in this study consisted of 219caregivers who have been training elderlycare program within 70 hours which be registered in Phuket Province,in fiscal year 2017, and the sample size calculating used Daniel formula for 140 cases, and systematic random sampling was determine for collecting data. Data collected by questionnaires composed of 7 parts including, characteristics, predisposing factors (knowledge, attitude, health perception) , enabling factors, reinforcing factors, and performance of elderly dependentscare. In addition to check questionnaire standardization, validity was checked by 3 experts and try out testing reliability by Cronbach's coefficient alpha about 0.87. Data analyzed using statistical as Pearson product moment correlation coefficient and Stepwise multiple regression analysis.An association analyzed found that, factor was associated with caregiver's performance of rehabilitation health care for elderly dependents at Phuket Province,with statistic significantly at 0.05 level including, age group, knowledge of elderly' exercising, attitude for elderly care, perceived of risk, training and consulting from health worker, respectively.Prediction model analyzed reported that factor effecting to caregiver's performance of rehabilitation health care for elderly dependents at Phuket Province, including; age group (p-value=0.030), knowledge of elderly' exercising (p-value<0.001), attitude for elderly care (p-value=0.002), perceived of risk (p-value=0.006), all predicting factors accounted for 21.8($R^2 = 0.218$). Thus, researcher should be modified program to develop care giver' performance in Phuket Province.

Keywords: Caregiver, Elderlydependents, Rehabilitation

¹ Physician Senior Professional Leve, Phuket Provincial Public Health Office. E-mail:

anon.kaew@gmail.com

Corresponding author: AnonKaew bamroong, E-mail: anon.kaew@gmail.com

บทนำ

องค์การสหประชาชาติ ได้นิยามว่า ประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนเกิน ร้อยละ 10 หรือมีอายุ 65 ปีขึ้นไป เกิน ร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยสมบูรณ์ (Aged society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 20 และอายุ 65 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 14 โดยได้คาดการณ์ว่าในอีก 8 ปีข้างหน้าคือ ปี พ.ศ.2564 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) เนื่องจากจะมีสัดส่วนคนอายุ 60 ปีขึ้นไปเกิน ร้อยละ 10 ตามนิยามองค์การสหประชาชาติและคาดว่าจะเป็สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) ในอีก 20 ปี หรือปีพ.ศ.2578 คือมีจำนวนผู้สูงอายุมากถึง ร้อยละ 30 ¹

ปี พ.ศ.2562 จังหวัดภูเก็ต มีจำนวนผู้สูงอายุ 30,879 คน จากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดภูเก็ต ปีพ.ศ. 2562 พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อประเมิน ADL (Activities of daily living) จำนวน 23,936 คน (ร้อยละ 77.52) พบว่าเป็นผู้สูงอายุที่ติดสังคม 23,119 คน (ร้อยละ 74.87) และเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือกลุ่มติดบ้านติดเตียง จำนวน 817 คน (ร้อยละ 3.41) ซึ่งต้องได้รับการดูแลทั้งด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจจากระบบการดูแลสุขภาพที่เรียกว่า ระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่สถานบริการสาธารณสุขและศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน² ปัญหาสุขภาพทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถดำเนินชีวิต

ได้เท่าเทียมคนปกติไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ทำให้ขาดการช่วยเหลือดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุถดถอยลง มีการเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานจากชนบทสู่เมือง สตรีมีบทบาทในการทำงานนอกบ้านมากขึ้น ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของสังคมจากสังคมชนบทไปสู่สังคมเมืองมากขึ้น ส่งผลให้แนวโน้มผู้สูงอายุอยู่คนเดียวหรืออยู่ลำพังกับคู่สมรสเพิ่มมากขึ้น หากเปรียบเทียบสัดส่วนของประชากรวัยทำงานต่อประชากรวัยสูงอายุ 1 คน พบว่าจากเดิมที่มีประชากรวัยทำงานจำนวนประมาณ 4.5 คน คอยดูแลประชากรผู้สูงอายุ 1 คน ซึ่งอีกประมาณ 14 ปีข้างหน้า สัดส่วนดังกล่าวจะลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยคงเหลือประชากรวัยทำงานจำนวนเพียงแค่ 2.5 คน ที่ดูแลประชากรวัยสูงอายุ 1 คน ส่งผลให้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยคนพิการที่มีภาวะทุพพลภาพปรากฏต่อสังคมยิ่งขึ้น³ การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนจึงถือเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน โดยมีญาติหรือผู้ดูแลและคนในชุมชนมีส่วนร่วม ปีพ.ศ. 2561 จังหวัดภูเก็ตมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านติดเตียง) จำนวน 817 คน (ร้อยละ 3.41) แต่มีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและคนพิการ (Care giver) ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขจำนวน 219 คน ซึ่งยังไม่เพียงพอ เนื่องจากสัดส่วนที่เหมาะสมต่อการช่วยเหลือของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประมาณ 1:4 คน จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาเพิ่มศักยภาพและ

ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานดูแลช่วยเหลือและฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาทักษะการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจังหวัดภูเก็ตเพื่อนำผลวิจัยดังกล่าวมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลในการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจังหวัดภูเก็ตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนาย ประกอบด้วย คุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่มีผลต่อทักษะของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จังหวัดภูเก็ต

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytic research study) กำหนดตัวแปรอิสระประกอบด้วย 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล 2) ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทักษะการรับรู้ด้านสุขภาพ 3) ปัจจัยเอื้อ 4) ปัจจัยเสริมโดยใช้แนวคิดของ Green and Kreuter⁴ ตัวแปรตามคือทักษะของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ดูแลผู้สูงอายุเขตจังหวัดภูเก็ต จำนวน 219 คนโดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาคือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 70 ชั่วโมง ปีงบประมาณ 2561 สามารถอ่านเข้าใจภาษาไทยและสามารถกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองได้เกณฑ์การคัดออก

คือ เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel⁵ กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 140 คนใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสอบถามประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วยอายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ดูแล

ส่วนที่ 2 ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ เกณฑ์การให้คะแนน โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom⁶ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความรู้ระดับสูง ($\geq$ ร้อยละ 80) ความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 61-79) และความรู้ระดับต่ำ ($\leq$ ร้อยละ 60)

ส่วนที่ 3 ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 5 ปัจจัยเอื้อของผู้ดูแล ผู้สูงอายุลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 6 ปัจจัยเสริมของผู้ดูแล ผู้สูงอายุได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว และชุมชน, การสนับสนุนจากบุคลากร สาธารณสุข ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 7 ทักษะของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย การให้ยาทางปาก การวัดอุณหภูมิซีฟิเจอร์ อัตราการหายใจ การวัดความดันโลหิต การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ การทำแผล Dry dressing การทำแผล Wet dressing การเช็ดตัวลดไข้ การดูดเสมหะ การให้อาหารทางสายยาง การดูแลผู้ป่วยใส่สายออกซิเจน ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

แบบสอบถามส่วนที่ 3, 4, 5, 6, 7 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W.⁷ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง (3.67–5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน) ระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน) แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)⁸ เท่ากับ 0.86

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Pearson's product moment correlation coefficient, Stepwise multiple regression analysis

งานวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต เอกสารรับรองเลขที่ PKPH 2019-009

ผลการวิจัย

ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.43) มีอายุระหว่าง 40-60 ปี (ร้อยละ 60) ($\bar{X}$ =51.18, S.D.=10.479, Min=23, Max=75) มีสถานภาพสมรส/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 64.29) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 43.57) มีเพียงร้อยละ 2.14 ที่ไม่ได้ศึกษา การประกอบอาชีพส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน (ร้อยละ 48.57) ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยระหว่าง 10,000 ถึง 20,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 50.71) ($\bar{X}$ =15,42, S.D.=7,777.31, Min=3,000, Max=50,000) ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุระหว่าง 2 – 5 ปี (ร้อยละ 44.29) ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่ดูแล คือพ่อแม่ (ร้อยละ 50.71)

ปัจจัยนำด้านความรู้ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 80) ($\bar{X}$ =2.60, S.D.=0.491) เมื่อพิจารณาความรู้จำแนกรายด้าน พบว่า ความรู้ด้านโรคและปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุมีค่าคะแนนอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 71.43) ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 64.29) ความรู้ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.57) ความรู้

ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 67.86) สำหรับด้านทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 97.86) ($\bar{X}=2.97$, S.D.=0.145) เมื่อพิจารณาทัศนคติจำแนกรายด้าน พบว่า ทัศนคติด้านบทบาทของผู้สูงอายุในสังคมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 87.86) ทัศนคติด้านความสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ (91.43) ทัศนคติด้านบทบาทของผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 95.00) การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 95.71) ($\bar{X}=2.95$, S.D.=0.203) เมื่อพิจารณาการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลจำแนกรายด้าน พบว่ารับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 97.14) การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 94.29) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ใน

ระดับสูง (ร้อยละ 100) การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 77.86) ปัจจัยเอื้อ ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 94.29) ($\bar{X}=2.94$, S.D.=0.232) เมื่อพิจารณาปัจจัยเอื้อของผู้ดูแลจำแนกรายด้าน พบว่าการได้รับการอบรมคำแนะนำและปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุขมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 96.43) การได้รับการสนับสนุนมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 77.14) ปัจจัยเสริม ในภาพรวมด้านความรู้มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 96.43) ($\bar{X}=2.96$, S.D.=0.186) เมื่อพิจารณาปัจจัยเสริมของผู้ดูแลจำแนกรายด้าน พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 94.29) การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 91.43) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับคะแนนปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จังหวัดภูเก็ต (n=140)

ตัวแปร	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปัจจัยนำด้านความรู้	84	60.00	56	40.00	-	-	2.60	0.491
-โรคและปัญหาสุขภาพ	100	71.43	34	24.29	6	4.29	2.67	0.555
-อาหารและโภชนาการ	90	64.29	44	31.43	6	4.29	2.60	0.572
- การออกกำลังกายเหมาะสม	53	37.86	68	48.57	19	13.57	2.24	0.677
- การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	95	67.86	41	29.29	4	2.86	2.65	0.535
ปัจจัยนำด้านทัศนคติ	137	97.86	3	2.14	-	-	2.97	0.145
- บทบาทของผู้สูงอายุในสังคม	123	87.86	17	12.14	-	-	2.87	0.327
- ความสำคัญการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	128	91.43	12	9.57	-	-	2.91	0.280
- บทบาทของผู้ดูแล	133	95.00	5	5.00	-	-	2.95	0.218

ตัวแปร	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การรับรู้ด้านสุขภาพ	134	95.71	6	4.29	-	-	2.95	0.203
- การรับรู้โอกาสเสี่ยง	136	97.14	4	2.86	-	-	2.97	0.167
- การรับรู้ความรุนแรง	132	94.29	8	5.71	-	-	2.94	0.232
- การรับรู้ถึงประโยชน์	140	100.00	-	-	-	-	3.00	0.000
- การรับรู้อุปสรรค	109	77.86	27	19.29	4	2.86	2.75	0.496
ปัจจัยเอื้อ	102	95.30	5	4.70	-	-	2.95	0.212
- การได้รับการอบรมคำแนะนำ	135	96.43	5	3.57	-	-	2.96	0.186
และปรึกษาจาก								
- การได้รับการสนับสนุน	108	77.14	32	22.86	-	-	2.77	0.421
ปัจจัยเสริม	135	96.43	5	3.57	-	-	2.96	0.186
- การสนับสนุนจากครอบครัวและ	132	94.29	8	5.71	-	-	2.94	0.232
ชุมชน								
- การสนับสนุนจากบุคลากร	128	91.43	11	7.86	1	0.71	2.90	0.315
สาธารณสุข								

ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในภาพรวม มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 92.86) ($\bar{X}=2.92$, S.D.=0.258) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ทักษะการปฏิบัติในระดับสูง ได้แก่ การให้ยาทางปาก (ร้อยละ 80.00) การวัดอุณหภูมิ ชีพจร อัตราการหายใจ (ร้อยละ 85.00) การวัดความดันโลหิต (ร้อยละ 89.29) การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวน

ปัสสาวะ (ร้อยละ 74.29) การทำแผล Dry dressing (ร้อยละ 92.86) การทำแผล Wet dressing (ร้อยละ 92.14) การเช็ดตัวลดไข้ (ร้อยละ 94.29) การดูดเสมหะ (ร้อยละ 63.57) การให้อาหารทางสายยาง (ร้อยละ 57.14) การดูแลผู้ป่วยใส่สายออกซิเจน (ร้อยละ 58.57) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับการปฏิบัติด้านทักษะของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (n=140)

ทักษะ	ระดับการปฏิบัติ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
- การให้ยาทางปาก	112	80.00	28	20.00	-	-	2.80	0.401
- การวัดอุณหภูมิ ชีพจร อัตราการหายใจ	119	85.00	19	13.57	2	1.43	2.83	0.408
- การวัดความดันโลหิต	125	89.29	14	10.00	1	0.71	2.88	0.341

ทักษะ	ระดับการปฏิบัติ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
- การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ	104	74.29	31	22.14	5	3.57	2.70	0.529
- การทำแผล Dry Dressing	130	92.86	8	5.71	2	1.43	2.91	0.328
- การทำแผล Wet Dressing	129	92.14	10	7.14	1	0.71	2.91	0.305
- การเช็ดตัวลดไข้	132	94.29	8	5.71	-	-	2.94	0.232
- การดูดเสมหะ	89	63.57	49	35.00	2	1.43	2.62	0.515
- การให้อาหารทางสายยาง	80	57.14	52	37.14	8	5.71	2.51	0.605
- การดูแลผู้ป่วยใส่สายออกซิเจน	82	58.57	44	31.43	14	10.00	2.48	0.673
ภาพรวมทักษะของผู้ดูแล	130	92.86	10	7.14	-	-	2.92	0.258

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ (ความรู้ ทักษะ การรับรู้ด้านสุขภาพ) ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับทักษะของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จังหวัดภูเก็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ กลุ่มอายุ ($r=-0.166$,

$p\text{-value}=0.049$) ความรู้ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสม ($r=0.266$, $p\text{-value}=0.002$) ทักษะด้านความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ ($r=0.245$, $p\text{-value}=0.003$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวก ($r=0.285$, $p\text{-value}=0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ตัวแปรต้น	ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
คุณลักษณะส่วนบุคคล			
- กลุ่มอายุ	-0.166	0.049*	มีความสัมพันธ์ทางลบ
ความรู้	0.257	0.046*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- โรคและปัญหาสุขภาพ	0.014	0.867	ไม่พบความสัมพันธ์
- อาหารและโภชนาการ	0.146	0.086	ไม่พบความสัมพันธ์
- การออกกำลังกายที่เหมาะสม	0.266	0.002*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	0.130	0.126	ไม่พบความสัมพันธ์
ทัศนคติ	0.630	0.041*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- บทบาทของผู้สูงอายุในสังคม	0.067	0.434	ไม่พบความสัมพันธ์
- ความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ	0.245	0.003*	มีความสัมพันธ์ทางบวก

ตัวแปรต้น	ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
- บทบาทของผู้ดูแล	0.064	0.455	ไม่พบความสัมพันธ์
การรับรู้ด้านสุขภาพ	0.218	0.038*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย	0.285	0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	0.051	0.548	ไม่พบความสัมพันธ์
- การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ	0.073	0.455	ไม่พบความสัมพันธ์
- การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ	0.028	0.742	ไม่พบความสัมพันธ์
ปัจจัยเอื้อ	0.068	0.423	ไม่พบความสัมพันธ์
- การได้รับการอบรมคำแนะนำและปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุข	0.246	0.003*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การได้รับการสนับสนุน	0.047	0.580	ไม่พบความสัมพันธ์
ปัจจัยเสริม	0.053	0.531	ไม่พบความสัมพันธ์
- การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน	-0.068	0.423	ไม่พบความสัมพันธ์
- การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข	0.095	0.266	ไม่พบความสัมพันธ์

Note:** ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.01

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายทักษะของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พบว่าตัวแปรที่ศึกษาสามารถร่วมกันทำนายทักษะของผู้ดูแลได้ร้อยละ 21.8 ($R^2=0.218$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย 4 ตัวแปร ได้แก่ กลุ่มอายุ ($p\text{-value}=0.030$), ความรู้ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสม ($p\text{-value}<0.001$), ทักษะด้านความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ ($p\text{-value}=0.002$), การรับรู้โอกาสเสี่ยงของ

การเจ็บป่วย ($p\text{-value}=0.006$) ตามลำดับ (ตารางที่ 4) โดยเขียนเป็นสมการทำนายได้ดังนี้ Y (ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ) $= 0.104 + [-0.107* \text{กลุ่มอายุ}] + [0.173* \text{ความรู้ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสม}] + [0.354* \text{ทัศนคติด้านความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ}] + [0.511* \text{การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย}]$ (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนที่มีผลต่อทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จังหวัดภูเก็ต

ตัวแปรอิสระ (ตัวพยากรณ์)	B	S.E.	Beta	t	p-value
1. กลุ่มอายุ	-0.107	0.049	-0.167	-2.196	0.030
2. ความรู้ด้านการออกกำลังกาย	0.173	0.045	0.292	3.815	0.000
3. ทักษะด้านความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ	0.354	0.110	0.247	3.220	0.002
4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย	0.511	0.184	0.212	2.773	0.006

Constant	0.104	0.630	-	0.165	0.000
ค่าคงที่ = 0.104, F = 3.398, p-value<0.001, R = 0.467, R ² = 0.218					

การอภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปัจจัยที่ศึกษาสามารถร่วมทำนายผลทำนายทักษะของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จังหวัดภูเก็ต ได้ร้อยละ 21.8 โดยตัวแปรที่สามารถทำนายผลได้ประกอบด้วย กลุ่มอายุ, ความรู้ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสม, ทักษะด้านความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ, การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย

กลุ่มอายุมีความสัมพันธ์กับทักษะการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (p-value=0.049) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มอายุของผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ย 51.18 ปี (S.D.=10.479) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 40-60 ปี (ร้อยละ 60) ซึ่งถือว่าเป็นวัยกลางคนที่ทำหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้ดูแลกลุ่มนี้จึงมีความเข้าใจถึงความจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ครอบครัวเข้ามารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้นคือหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบภาระผู้สูงอายุเพื่อเป็นการทดแทนบุญคุณ⁹ เนื่องจากสังคมไทยจะให้ความสำคัญกับความกตัญญูกตเวทียเป็นอย่างมาก การมีค่านิยมทางสังคมในเรื่องความกตัญญูกตเวทียส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวจะต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวตนเอง เหตุผลสำคัญประการหนึ่งในการรับบทบาทหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุคือ ผู้ทำหน้าที่ผู้ดูแลเป็นผู้

ที่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ตนเองดูแลอยู่ เพราะส่วนใหญ่เป็นการดูแลพ่อแม่ของตนเอง (ร้อยละ 50.71) และดูแลปู่ย่า/ตายาย (ร้อยละ 17.86) ดังนั้นผู้ดูแลจึงทำหน้าที่ทั้งเป็นผู้ดูแลหลักหรือญาติผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) และผู้ดูแลรองหรือญาติผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) ทำให้เกิดสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวจากการมีส่วนร่วมในการดูแลกันและกัน การสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวจะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถพัฒนาทักษะการปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง สามารถจัดการปัญหาต่างๆรวมทั้งสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ดีขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแล¹⁰ การมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในฐานะบิดามารดา บุตร สามีภรรยา ญาติพี่น้องหรือตอบแทนบุญคุณที่ผู้สูงอายุเคยช่วยเหลือผู้ดูแลมาก่อน การที่ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมกับผู้สูงอายุนั้น ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลจะก่อให้เกิดความเข้าใจและสงสารที่ผู้ดูแลมีต่อผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลมีความตั้งใจและเต็มใจในการดูแลนอกจากนั้น เหตุผลของการรับหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ อาจเกิดจากผู้ดูแลส่วนหนึ่งมีความผูกพันกับผู้สูงอายุ โดยเป็นสามีภรรยา บิดาหรือมารดากับบุตร เป็นความผูกพันที่ผู้สูงอายุมีต่อกันตั้งแต่ก่อนการเจ็บป่วย¹¹

ความรู้ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับทักษะการ

ปฏิบัติงานของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ (p-value <0.001) อธิบายเหตุผลได้ว่า ความรู้เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยนำ (Predisposing factors) ซึ่งเป็นปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลหรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะมีความพอใจของบุคคลซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ (Education experience) ซึ่งความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของปัจจัยโน้มน้าวได้แก่ความรู้ จากข้อมูลวิจัยพบว่า ผู้ดูแลมีระดับความรู้ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.57) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลกระทบต่อการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมต่างๆของบุคคลความรู้เป็นปัจจัยนำที่สำคัญในการที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมได้แก่ ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 3 วันขึ้นไป ครั้งละ 30 นาทีจะทำให้สุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ ($\bar{X}$ =0.93, S.D.=0.258) รองลงมาคือ การประเมินภาวะวิกฤติในผู้ป่วยสูงอายุประเมินได้จากข้อมูลของผู้สูงอายุการสังเกตการติดต่อสื่อสาร ($\bar{X}$ =0.82, S.D. = 0.384) ตามลำดับสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา¹² ได้ข้อค้นพบว่าผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ มีความจำเป็นต้องมีความรู้ด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุและทราบถึงปัญหาสุขภาพที่เกิดจากความเสื่อมของสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ แต่ถ้าผู้ดูแลหลักไม่มีความรู้ด้านปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุแล้ว ตนเองยังจะได้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแล คือ สภาวะความเครียดของผู้ดูแลจะเพิ่มขึ้น

ทัศนคติด้านความสำคัญของการดูแล ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับทักษะการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (p-value = 0.003) อธิบายเหตุผลได้ว่า ทัศนคติเป็นความเชื่อหรือการยอมรับประการหนึ่งของบุคคลที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกทั้งในทางปฏิบัติตามและการไม่ปฏิบัติตาม ซึ่งเกิดจากทัศนคติที่มีต่อสิ่งนั้นทั้งในทัศนคติที่ดี (เชิงบวก) หรือทัศนคติที่ไม่ดี (เชิงลบ) ซึ่งสอดคล้องกับ Thurstone¹³ กล่าวว่า ทัศนคติเป็นระดับความมากน้อยของความรู้สึกในด้านบวกหรือลบที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งเป็นความรู้สึกที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย เช่นเดียวกับ Ajzen&Fishbein¹⁴ กล่าวว่า ทัศนคติที่มีผลต่อพฤติกรรมหมายถึงการประเมินทางบวกและทางลบของบุคคลต่อการกระทำนั้นหรือเป็นความรู้สึกโดยรวมของบุคคลที่เป็นทางบวกทางลบหรือสนับสนุนและต่อต้านการกระทำนั้นๆ ทัศนคติเป็นความสัมพันธ์ที่คาบเกี่ยวระหว่างความรู้สึกและความเชื่อ โดยพฤติกรรมที่แสดงออกมักเป็นการตอบโต้ต่อเป้าหมายของทัศนคติ ซึ่งทัศนคดีย่อมมีความแตกต่างไปตามความเชื่อและวัฒนธรรมของชุมชนซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านทัศนคติจะต้องใช้วิธีการที่หลากหลายและใช้ระยะเวลาพอสมควร หากเราสามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติให้เป็นทัศนคติที่เป็นด้านดีได้ย่อมนำไปสู่พฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ดีได้เช่นกันซึ่งการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้ดูแลอาจต้องใช้กิจกรรมการเสริมทักษะด้านการปฏิบัติให้แก่ผู้ดูแล เช่น การให้อาหารทางสายยาง การใส่สายสวนปัสสาวะหรือการเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติจริงในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการ

ปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ดีและถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบิดาหรือมารดาของตนเอง (ร้อยละ 50.71) ถือว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำอยู่แล้ว ส่งผลให้เกิดความเคยชินในการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุหรือกลายเป็นกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้ดูแลปฏิบัติอยู่ ทำให้ผู้ดูแลเอาใจใส่และให้ความสำคัญกับสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัยและผู้ดูแลยังเกิดความความตระหนักถึงสุขภาพของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไปจนเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงเพราะผู้ดูแลคิดว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามกระบวนการชราภาพทำให้ผู้ดูแลได้เกิดการพัฒนาทักษะของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุเพราะทักษะในการดูแลบางเรื่องจะต้องอาศัยความใส่ใจเป็นพิเศษ เช่น การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะหรือการดูดเสมหะ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับทักษะการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ($p\text{-value}=0.001$) สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของบุคคลมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับที่แตกต่างกัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยเป็นโรคต่างๆ ด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อป้องกันโรคและมีการรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่¹⁵ และสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Becker¹⁶ ที่กล่าวว่าบุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะ

ปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อเป็นการป้องกันและฟื้นฟูสภาพทราบเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความเสี่ยงมากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น บุคคลจะต้องมีความรู้สึกกลัวต่อโรคหรือรู้สึกกลัวโรคคุกคามตนและจะต้องมีความรู้สึกว่าตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเป็นการคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ จะทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเอง จากผลการศึกษาวิจัย พบว่า ผู้ดูแลมีการรับรู้ผู้สูงอายุเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นด้วยหรือผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวแต่เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นก็จะมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยได้มากกว่าคนปกติหรือผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารประเภทไขมันอิ่มตัว เช่น น้ำมันหมู หากทานมากเกินไปจะทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงขึ้นได้และผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยได้มากกว่าคนอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะ

ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของโรงพยาบาลชุมชนและสถานบริการสาธารณสุขเขตจังหวัดภูเก็ต ควรให้การสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเน้นความรู้ด้านการออกกำลังที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งจัดกิจกรรมเพื่อปรับทัศนคติที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้ดูแลเห็นถึงความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และบุคคลต้นแบบ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ดูแลได้รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงในการ

เจ็บป่วยและปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นกับ
ของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. ชมพูนุช พรหมภักดี.การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย (Aging society in Thailand). วารสารสำนักวิชาการสำนักเลขาธิการวุฒิสภา. 2556; 3(16):3.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต.การคัดกรองประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ. ข้อมูลเดือนกันยายน; 2562.
3. ชิต บุญมาก และคณะ. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตเทศบาลนครแม่สอด. โรงพยาบาลแม่สอด; 2559.
4. Green, L. W. and Kreuter, M. W. Health promotion planning: and environmental approach. Toronto: Mayfield Publishing; 1991.
5. Daniel W.W. Biostatistics: Basic concepts and methodology for the health sciences. (9thed). New York: John Wiley & Sons; 2010.
6. Bloom, B.S. Taxonomt of Education. David McKay Company Inc., New York; 1975.
7. Best, John W. Research is Evaluation. (3rded) . Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall; 1977.
8. Cronbach. Essentials of Psychological Testing. New york: Harper and Row; 1997.
9. Beach, E.K., Moloney, B.H., and Arkon, O.H. "The spouse: A factor in recovery after myocardial infarction." In Heart & Lung: Journal of Clinical Care. 1992;1: 30-38.
10. ศิริพันธ์ สาสัตย์. รายงานผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการ การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และมูลนิธิสถาบันและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2552.
11. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร.ระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.); 2548.
12. ขวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ. การดูแลและพัฒนาผู้สูงอายุโดยชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. กรุงเทพ มหานคร: มหาวิทยาลัยสวนดุสิต; 2559.
13. Thurstone, L.L. Reading in attitude theory and measurement. New York: John Wiley and Sons, Inc; 1970.
14. Ajzen, I., Fishbein, M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1980.
15. Rosenstock. History origins of the health belief model: Health Education Monograph; 1974.
16. Becker, Marshall H. The health belief model and preventive behavior. Health Education Monographs; 1974.

ประสิทธิผลโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

ชนิษฐา ก่อสัมพันธ์กุล¹

(วันที่รับบทความ: 15 กรกฎาคม 2562; วันที่แก้ไข: 4 พฤศจิกายน 2562; วันที่ตอบรับ: 18 พฤศจิกายน 2562)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแล (Care giver) เขตอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก เป็นผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 70 ชั่วโมง ปีงบประมาณ 2560 จำนวน 31 คน โปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงพัฒนาขึ้นโดยการนำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 มาใช้ในการออกแบบโปรแกรมฯ ได้แก่ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และมีผลต่อทักษะของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย ความรู้ด้านปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ระดับการศึกษาโดยผนวกเข้ากับทฤษฎีการรับรู้ด้านสุขภาพและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างความรู้ ทักษะคิดและการรับรู้ด้านสุขภาพ กิจกรรมที่ 2 ทิมสหวิชาชีพและผู้ดูแลผู้สูงอายุออกเยี่ยมบ้านกิจกรรมที่ 3 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล กิจกรรมที่ 4 การให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ 5 การเสริมสร้างพลังอำนาจระยะเวลาทดลองใช้ 5 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลองใช้สถิติ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองตัวแปรที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ทักษะการดูแล (p-value=0.001), ความรู้ในการดูแล (p-value<0.001), ทักษะคิดในการดูแล (p-value=0.050), การรับรู้ด้านสุขภาพ (p-value=0.004), ปัจจัยเอื้อ (p-value<0.001), ปัจจัยเสริม (p-value<0.001) ตามลำดับ ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภายหลังทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.050) ดังนั้น การพัฒนาทักษะผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง, ทักษะผู้ดูแล, การฟื้นฟูสมรรถภาพ

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก, E-mail: rosekhom@gmail.com

Corresponding author: ชนิษฐา ก่อสัมพันธ์กุล, E-mail: rosekhom@gmail.com

Effectiveness program of rehabilitation care forelderly dependents at Mae Sot district, Tak province

Khanittha Kosumpunkun¹

(Receive 15th July 2019 ; Revised: 4th November 2019; Accepted 18th November 2019)

Abstract

This quasi-experimental research was to study one group pretest-posttest design which aimed to study effectiveness program of caregiver's performance of rehabilitation care for elderly dependents at Mae Sot district, Tak Province. Population in this study consisted of 31 caregivers who have been training elderly care program within 70 hours which be registered in Mae Sot district, Tak Province, in fiscal year 2017. This program was developed from all significantly factors at 0.05 level from research study in phase 1 including, knowledge of elderly' health problem, education, respectively. The program of caregiver's performance of rehabilitation care for elderly dependents was developed activity in by applying health perception theory and the concept of self-efficacy and empowerment composed of 5 activities including, step 1: increasing knowledge, attitude and health perception, step 2: home visit by Health teams with care giver, step 3: consulting for care giver, step 4: to support activities for daily living, step 5: empowerment and assessment with in lasted 5 months. The instrument used for data collection was questionnaire and data analyzed to test research hypothesis by Paired t-test. The result showed that after an experimentation, the factors had mean score increased with statistic significantly such as; caregiver's performance of rehabilitation care for elderly dependents (p-value=0.001), knowledge (p-value<0.001), attitude (p-value=0.050), health perception (p-value=0.004), enabling factors (p-value<0.001), reinforcing factors (p-value<0.001), respectively. On these finding, care givers should to develop caregiver's performance continuously will be built confidence for their practicing of rehabilitation care for elderly dependents, and elderly could be activities for daily living.

Keyword: Elderly dependents, Caregiver's performance, Rehabilitation

¹Registered nurse professional level, Mae Sot Hospital, Tak Province, E-mail: rosekhom@gmail.com
Corresponding author: Khanittha Kosumpunkun, E-mail: rosekhom@gmail.com

บทนำ

ผู้สูงอายุหรือคนชราตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก หมายถึง คนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าในอีก 8 ปีข้างหน้าคือปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” เนื่องจากจะมีสัดส่วนคนอายุ 60 ปีขึ้นไปเกิน 10% ตามนิยามองค์การสหประชาชาติและคาดว่าจะเป็สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) ในอีก 20 ปี หรือปี พ.ศ.2578 คือมีจำนวนผู้สูงอายุมากถึง ร้อยละ 30²สำหรับในประเทศไทยข้อมูลผู้สูงอายุของสถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2557 พบว่ามีประชากรวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จำนวน 9,928,000 คน (ร้อยละ 15.30) ³มีการคาดการณ์ว่าประชากรวัยสูงอายุจะมีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยคาดว่าจำนวนผู้สูงอายุในปี 2563 จะมีจำนวน 10,954,000 คน⁴จากการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดปัญหาต่างๆโดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่กำลังก้าวเข้าสู่สูงวัยสูงอายุจะต้องประสบกับสภาพการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เสื่อมโทรมตามธรรมชาติและจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพของร่างกาย จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวย่อมมีผลต่อการปรับเปลี่ยนสถานภาพและบทบาทใหม่ของผู้สูงอายุในสังคมด้วย เช่น การขาดรายได้จากการทำงาน ท้อแท้ เกิดความเหงา ความกังวลที่ถือว่าตนเองอยู่ในช่วงบั้นปลายของชีวิต

จังหวัดตาก มีจำนวนผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2559 จำนวน 57,191 คน โดยพบว่าเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือกลุ่มติดบ้านติดเตียง จำนวน 54,291 คน (ร้อยละ 5.07) ซึ่งต้องได้รับการดูแลทั้งด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจจากระบบการดูแลสุขภาพที่เรียกว่าระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ในสถานบริการ

และศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ⁵จากการประเมิน

ภาวะผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลแม่สอด ปี พ.ศ. 2559 พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง ร้อยละ 69.40 ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ต้องมีผู้อื่นดูแล ร้อยละ 0.70 และผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว ร้อยละ 8.10⁶ ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้เท่าเทียมกับคนปกติไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ทำให้ขาดการช่วยเหลือดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ในขณะที่ศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุถดถอยลง มีการเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานจากชนบทสู่เมืองตลอดถึงการเปลี่ยนแปลงของสังคมจากสังคมชนบทไปสู่สังคมเมืองมากขึ้น ส่งผลให้แนวโน้มผู้สูงอายุอยู่คนเดียวหรืออยู่ลำพังกับคู่สมรสเพิ่มมากขึ้น หากเปรียบเทียบสัดส่วนของประชากรวัยทำงานต่อประชากรวัยสูงอายุ 1 คน พบว่าจากเดิมที่มีประชากรวัยทำงานจำนวนประมาณ 4.5 คน คอยดูแลประชากรผู้สูงอายุ 1 คน ซึ่งอีกประมาณ 14 ปีข้างหน้า สัดส่วนดังกล่าวจะลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยคงเหลือประชากรวัยทำงานจำนวนเพียงแค่ 2.5 คน ที่ดูแลประชากรวัยสูงอายุ 1 คน ส่งผลให้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยคนพิการที่มีภาวะทุพพลภาพปรากฏต่อสังคมยิ่งขึ้น การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุในชุมชนจึงถือเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนโดยมีญาติหรือผู้ดูแลและคนในชุมชนมีส่วนร่วม ในปี พ.ศ. 2559 อำเภอแม่สอดมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านติดเตียง) จำนวน 2,900 คน แต่มีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและคนพิการ (Care giver) ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย

กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 110 คน ซึ่งยังไม่เพียงพอ เนื่องจากสัดส่วนที่เหมาะสมต่อการช่วยเหลือของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประมาณ 1: 5-10 คนจึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาเพิ่มศักยภาพและทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานดูแลช่วยเหลือและฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ในการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกายและจิตใจให้ดีขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบ กลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) วิจัยระหว่างเดือน มกราคม-พฤษภาคม พ.ศ.2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ดูแล (Care giver) เขตอำเภอแม่สอด จังหวัดตากจำนวน 150 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุเขตอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก เป็นผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 70 ชั่วโมง ปีงบประมาณ 2560จำนวน 31 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกได้แก่ เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนผู้ผ่านการอบรมหลักสูตร ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 70 ชั่วโมง ปีงบประมาณ 2560 เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม 2) เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

การสุ่มตัวอย่าง

ใช้การสุ่มอย่างง่ายจากรายชื่อของผู้ดูแลที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแล

ผู้สูงอายุของอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก จำนวน 150 คน โดยนำรายชื่อผู้ดูแลมาเขียนลงในสลาก แล้วทำการหยิบรายชื่อขึ้นมา โดยไม่ใส่กลับคืนให้ได้จำนวน 31 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมทดลองคือโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยพัฒนามาจากผลวิจัยระยะที่ 1⁷ นำตัวแปรมาประยุกต์รวมกับการใช้ทฤษฎีการรับรู้ด้านสุขภาพ (Health perception theory) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) มาออกแบบกิจกรรมของโมเดลพัฒนาทักษะให้แก่ผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจำนวน 5 กิจกรรมประกอบด้วย

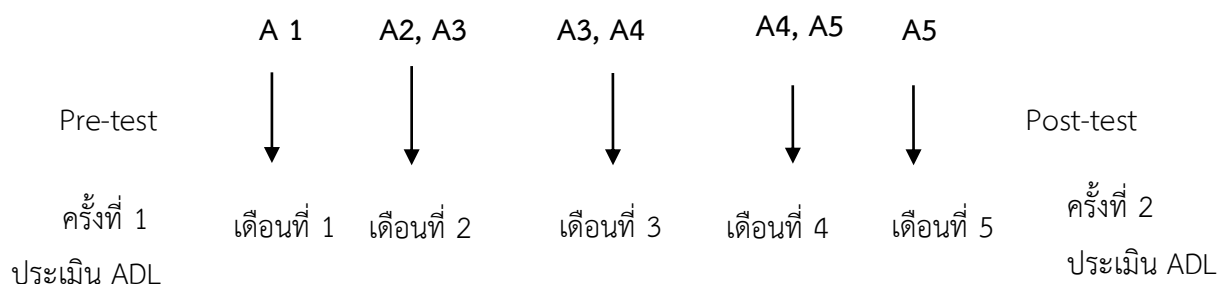
กิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างความรู้ทัศนคติและการรับรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้ดูแล เป็นการพัฒนาทักษะผู้ดูแล (A1)

กิจกรรมที่ 2 ทิมสหวิชาชีพและผู้ดูแลผู้สูงอายุออกเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามแบบ ADL และการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล(A2)

กิจกรรมที่ 3 ทิมสหวิชาชีพให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล เพื่อเป็นการให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาปัญหาในการดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุและวิธีการดูแล (A3)

กิจกรรมที่ 4 ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุ (A4)

กิจกรรมที่ 5 การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ให้แก่ผู้ดูแล เป็นการสร้างการรับรู้ความสามารถ โดยการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเป็นการสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล (A5)



2. แบบสอบถาม ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วยอายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ดูแล ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ทักษะของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 1) การให้ยาทางปาก 2) การวัดอุณหภูมิ ชีพจร อัตราการหายใจ 3) การวัดความดันโลหิต 4) การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ 5) การทำแผล Dry dressing 6) การทำแผล Wet dressing 7) การเช็ดตัวลดไข้ 8) การดูดเสมหะ 9) การให้อาหารทางสายยาง 10) การดูแลผู้ป่วยใส่สายออกซิเจน ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนั้นปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุดใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W.⁸ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ

ระดับสูง คะแนนระหว่าง 3.67–5.00

ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 2.34–3.66

ระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 1.00–2.33

ส่วนที่ 3 ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (ADL) ลักษณะคำตอบเป็นแบบตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous data)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และคำนวณค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.86 เมื่อพิจารณาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามจำแนกเป็นรายด้าน ดังนี้ด้านความรู้ 0.85 ด้านทัศนคติ 0.73 การรับรู้ด้านสุขภาพ 0.88 ปัจจัยเอื้อ 0.83 ปัจจัยเสริม 0.82 ทักษะของผู้ดูแล 0.99

การทดลองและการเก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัย 2 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลและอำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรมกลุ่มเตรียมผู้ช่วยวิจัยด้วยการอธิบายวัตถุประสงค์วิธีการเก็บข้อมูลและขั้นตอนการวิจัย และให้ผู้ช่วยวิจัยฝึกการใช้แบบสอบถามจนเกิดทักษะในการเก็บข้อมูล

1. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ด้วยการให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถาม หลังจากดำเนินกิจกรรมครบ 5 กิจกรรม แล้วผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บข้อมูลหลังทดลองเช่นเดียวกับก่อนทดลอง

2. การทดลอง

กิจกรรมที่ 1 (มกราคม) การเสริมสร้างความรู้ ทักษะและการรับรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้ดูแลเป็นการพัฒนาทักษะผู้ดูแลโดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุโดยเน้นประเด็นการรับรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ด้วยวิธีการอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติและการบันทึกข้อมูลในคู่มือบันทึกการดูแลสุขภาพ

กิจกรรมที่ 2 (กุมภาพันธ์-มีนาคม) ทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแลผู้สูงอายุออกเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามแบบ ADL และการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลเพื่อสนับสนุนให้กำลังใจและเป็นการกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 3 (มีนาคม-เมษายน) ทีมสหวิชาชีพให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล เพื่อเป็นการให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาปัญหาในการดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุและวิธีการดูแล ผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลเป็นรายบุคคล เพื่อสนับสนุนให้ผู้ดูแลได้ทำการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล

กิจกรรมที่ 4 (เมษายน-พฤษภาคม) ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านการทานอาหาร ดูแลสุขภาพช่องปาก การอาบน้ำและแต่งตัว การออกกำลังกาย กิจกรรมคลายเครียด การทานยาที่จำเป็น การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับบริการทางการแพทย์ ได้แก่ การพบแพทย์ ตรวจรักษาโรค การสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์ช่วยเหลือ การบริการส่งต่อ

กิจกรรมที่ 5 (พฤษภาคม) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ให้แก่ผู้ดูแลเป็นการสร้างการรับรู้ความสามารถ โดยการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเป็นการสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล และผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และพูดคุยถึงการดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมา และเป็นการกระตุ้นเตือนโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยการจัดกิจกรรม Self help group ในกลุ่มผู้ดูแลและญาติของผู้สูงอายุ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับ ADL ของผู้สูงอายุ, ทักษะการดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ, ความรู้ของผู้ดูแล, ทักษะการดูแลผู้ดูแล, การรับรู้ด้านสุขภาพ, ปัจจัยเอื้อ, ปัจจัยเสริม เปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ใช้วิธีการวิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล

ผู้ดูแลทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 35-55 ปี (ร้อยละ 71) ($\bar{X}=46.77, S.D.=10.88, \text{Max}=64, \text{Min}=20$) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 84.00) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 48.40) จบการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 48.40) ประกอบอาชีพแม่บ้าน/ทำงานบ้านตนเอง (ร้อยละ 38.70) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวระหว่าง 5,000-25,000 บาท (ร้อยละ 41.90) ($\bar{X}=17,428.39, S.D.=17,429.42, \text{Max}=80,000, \text{Min}=1,500$) มีระยะเวลาประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ น้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 64.50) สำหรับความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ ส่วนใหญ่เป็นการดูแลพ่อแม่ของตนเอง (ร้อยละ 54.80) ดูแลปู่ย่า/ตายาย (ร้อยละ 16.10) ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (ร้อยละ 29) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n=31)

	คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	หญิง	31	100.00
อายุ (ปี)	< 35	5	16.10
	35 – 55	22	71.00
	>55	4	12.90
	Mean=46.77, S.D.=10.880, Min=20, Max=64		
สถานภาพสมรส	โสด	4	12.90
	คู่ แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน	15	48.40
	หม้าย/หย่า/แยก	12	38.70
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	13	41.90
	มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	15	48.40
	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	1	3.20
	ปริญญาตรี	2	6.50
การประกอบอาชีพ	ไม่ได้ทำงาน	9	29.00
	แม่บ้าน/ทำงานบ้านตนเอง	12	38.70
	รับจ้าง	2	6.50
	ค้าขายทั่วไป/นักธุรกิจ	4	12.90
	เกษตรกร (ทำนา ทำสวน ทำไร่)	4	12.90
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	< 5,000	9	29.00
	5,000 – 25,000	13	41.90
	>25,000	9	29.00
	Mean=17,428.39, S.D.=17,429.42, Min=1,500, Max=80,000		
ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ (ปี)	< 5	20	64.50
	5-10	7	22.60
	>10	4	12.90
	Mean=5.48, S.D.=6.526, Min=1, Max=30		
ความสัมพันธ์ของท่านกับผู้สูงอายุที่ท่านดูแลอยู่	ปู่ย่า/ตายาย	5	16.10
	พ่อ/แม่	17	54.80
	ผู้สูงอายุในชุมชน	9	29.00

2. ทักษะของผู้ดูแลเพื่อฟื้นฟู

สมรรถภาพผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ผู้ดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบทักษะของผู้ดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุจำแนกรายด้านก่อนและหลังทดลอง (n=31)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean diff	95%CI	t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
ทักษะของผู้ดูแล	3.83	1.115	4.52	0.646	1.25	0.23-1.15	3.005	0.001
- การให้ยาทางปาก	4.29	0.714	4.83	0.296	0.73	0.26-0.82	3.920	<0.001
- การวัดอุณหภูมิซีพจร อัตราการหายใจ	3.97	1.147	4.62	4.623	1.34	1.11-1.90	2.825	0.002
- การวัดความดันโลหิต	4.23	0.967	4.76	0.381	0.34	0.15-0.90	2.840	<0.001
- การดูแลผู้ที่ใส่สายสวนปัสสาวะ	3.68	1.390	4.43	0.765	1.87	0.17-1.32	2.630	0.001
- การทำแผล Dry dressing	3.84	1.340	4.51	0.786	1.69	0.10-1.22	2.388	0.003
- การทำแผล Wet dressing	3.80	1.304	4.54	0.651	1.63	0.21-1.26	2.822	0.002
- การเช็ดตัวลดไข้	3.94	1.321	4.48	0.799	1.13	0.01-1.09	1.961	0.022
- การดูแลแผล	3.56	1.450	4.31	0.931	1.65	0.30-1.36	2.422	0.001
- การให้อาหารทางสายยาง	3.67	1.434	4.44	0.867	1.89	0.17-1.37	2.571	<0.001
- การดูแลผู้ป่วยใส่สายออกซิเจน	3.44	1.617	4.35	0.904	1.36	0.24-1.57	2.723	<0.001

3. ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโดยใช้ผลการประเมิน ADL ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และผลการประเมิน ADL หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}=7.40$,

S.D.=1.064) เพิ่มขึ้น เมื่อเทียบก่อนทดลอง ($\bar{X}=8.30$, S.D.=1.752) ผลการวิจัยสรุปว่าระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.050$) (ดังตารางที่ 3 และ 4)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุก่อนและหลังทดลอง (n=31)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean diff	95%CI	t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ(ADL)	7.06	2.920	8.68	3.646	2.54	0.43-0.79	1.922	0.050

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุก่อนและหลังทดลอง (n=31) (ต่อ)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ(ADL)				
≤12	31	100.00	29	93.54
>12	0	0	2	6.46
Mean ± S.D.	7.06± 2.920		8.68 ± 3.646	

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยสรุปว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลที่เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ มีการเปลี่ยนแปลงทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย ได้ผ่านการอบรมโดยใช้กระบวนการอบรมเชิงปฏิบัติการทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อพัฒนาทักษะของผู้ดูแลในการดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวน 10 ทักษะประกอบด้วยการให้ยาทางปาก,การวัดอุณหภูมิ ชีพจร อัตราการหายใจ,การวัดความดันโลหิต, การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ, การทำแผล Dry dressing, การทำแผล Wet dressing, การเช็ดตัวลดไข้, การดูดเสมหะ, การให้อาหารทางสายยาง, การดูแลผู้ป่วยใส่สายออกซิเจน ทั้ง 10 ทักษะนี้จะเป็นบทบาทของผู้ดูแลที่จะต้องปฏิบัติเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ในการพัฒนาทักษะให้แก่ผู้ดูแลนี้ จะมีการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีการจัดกิจกรรมเพื่อช่วยเพิ่มพูนทักษะให้กับผู้ดูแล โดย

เป็นการจัดกิจกรรมที่ 4 เพื่อให้ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านการทานอาหาร ดูแลสุขภาพช่องปาก การอาบน้ำและแต่งตัว การออกกำลังกาย กิจกรรมคลายเครียด การทานยาที่จำเป็น การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับการบริการทางการแพทย์ ได้แก่ การพบแพทย์ ตรวจรักษาโรค การสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์ช่วยเหลือ การบริการส่งต่อ หลังจากดำเนินการกิจกรรมที่ 4 เสร็จเป็นที่เรียบร้อยแล้ว จะทำให้ผู้ดูแลมีคะแนนทักษะการดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของทักษะการดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เพิ่มขึ้นโดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.83 และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.52 ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่มีความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและวิธีการดูแลผู้สูงอายุถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่มีผลต่อทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ดูแลที่มีความรู้ความสามารถ และอ่านออกเขียนได้ทำให้มีทักษะการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาทักษะของตนเองเพราะทักษะของผู้ดูแลถือว่าเป็นทักษะที่ต้องอาศัยความรู้ความสามารถและการฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

เช่น การวัดความดันโลหิตสูง มีความจำเป็นอย่างมากที่ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ที่ถูกต้องด้านเทคนิคและวิธีการ ซึ่งตรงกับแนวคิดของ Green & Kreuter⁹กล่าวว่า ความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมหรือการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งความรู้เป็นปัจจัยที่เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลสอดคล้องกับความหมายของทฤษฎี KAPModel (Knowledge Attitude Practice) ของ Roger¹⁰กล่าวว่า โดยทั่วไปบุคคลมีความรู้ มีทัศนคติอย่างไรก็จะแสดงพฤติกรรมไปตามนั้น กล่าวคือ หากบุคคลนั้นได้รับการเพิ่มพูนความรู้ที่ถูกต้องจะส่งผลให้เกิดทัศนคติที่ดีและเมื่อเกิดทัศนคติที่ดีแล้วจะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่ดีตามมาด้วย ทั้งนี้ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะได้รับการพัฒนาด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุ ตามโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีการจัดกิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างความรู้ ทัศนคติและการรับรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้ดูแล ดังนั้นกิจกรรมที่ 1 มีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลได้มีความรู้ที่เพิ่มขึ้น และเกิดทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ หลังจากนั้นมีการจัดกิจกรรมที่ 4 ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุในด้านต่างๆที่จำเป็น ดังนั้นทักษะของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นจะเกิดขึ้นมาจากการประสบการณ์ตรงที่ผู้ดูแลได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง และสอดคล้องกับทฤษฎีของ Dewey, J.¹¹ แบ่งประสบการณ์ของบุคคลที่เกิดขึ้นเป็น 2 ประเภทคือ

1) ประสบการณ์ระดับปฐมภูมิ (Primary experience) เป็นประสบการณ์ที่ยังไม่เป็นความรู้หรือยังไม่ได้มีการคิดไตร่ตรอง เป็นเพียงกระบวนการของการกระทำและการประสบความเปลี่ยนแปลงระหว่างอินทรีย์และสภาพแวดล้อม

หรืออาจกล่าวได้ว่าประสบการณ์ระดับปฐมภูมิเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นมาจากการได้รับการอบรมให้ความรู้ที่ดีและมีทัศนคติที่ดี ซึ่งผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการอบรมให้ความรู้และปรับทัศนคติเพื่อทำให้เกิดประสบการณ์ระดับปฐมภูมิในเบื้องต้น และ 2) ประสบการณ์ระดับทุติยภูมิ (Secondary experience) เป็นประสบการณ์ประเภทที่เป็นความรู้คือได้ผ่านกระบวนการคิดไตร่ตรองมาแล้ว ประสบการณ์ระดับปฐมภูมิจะเป็นเนื้อหาของประสบการณ์ระดับทุติยภูมิเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับคิดวิเคราะห์และไตร่ตรอง ประสบการณ์ที่เกิดจากการคิดไตร่ตรอง (Reflective thought) เรียกอีกอย่างว่าประสบการณ์การเรียนรู้ (Cognitive experience) เป็นสิ่งที่เกิดมาจากการเรียนรู้หรือการปฏิบัติด้วยตนเอง โดยผู้ดูแลที่ได้ลงมือปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะที่เกิดจากการเรียนรู้โดยตรง โดยปรัชญาของดิโอเป็นปรัชญาที่สะท้อนออกมาเด่นชัดในเรื่องการกระบวนการสร้างสรรค์ประสบการณ์ใหม่ที่ต่อเนื่องกับประสบการณ์เดิมไปเรื่อยๆ ต้องส่งเสริมให้เกิดประสบการณ์ใหม่เพื่อเป็นวิธีนำไปสู่ความรู้ความเข้าใจในปัจจุบันและอนาคตได้ เช่นเดียวกับการจัดกิจกรรมที่ 4 โดยให้ผู้ดูแลได้นำความรู้ที่ได้จากการอบรม และการปรับทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุในด้านต่างๆที่จำเป็น ดังนั้นสิ่งที่ตามมาคือ ความรู้ ความเข้าใจ และเกิดทักษะการปฏิบัติอย่างถูกต้อง

ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยใช้ผลการประเมิน ADL ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและผลการประเมิน ADL หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่าผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแล

ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้นโดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเท่ากับ 7.06 และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยของระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเท่ากับ 8.68 ผลการวิจัยสรุปว่าระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}=0.050$) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า โปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีการดำเนินกิจกรรมที่ 2 ทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแลผู้สูงอายุออกเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้สูงอายุหรือแบบ ADL และการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลในการติดตามและประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นการออกปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแลผู้สูงอายุ จะเป็นการออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ โดยทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลแม่สอด เพื่อเป็นการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ รวมทั้งเป็นการสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลและเป็นการกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องในการติดตามและประเมินผลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามแบบ ADL นั้น สามารถนำมาใช้ในการประเมินทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้ ซึ่งถ้าหากผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดีแล้วจะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี และการดำเนินกิจกรรมที่ 4 เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุของกรมอนามัยจำนวน 70 ชั่วโมง ผสมกับการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ

ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้ออกปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้ดูแลได้ปฏิบัติงานจริงในการดูแลผู้สูงอายุที่ตนเองรับผิดชอบ เพื่อให้เกิดทักษะจากการปฏิบัติงานและเกิดประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ

สรุปผลวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก สามารถทำให้ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นในทุกด้านเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ข้อเสนอแนะ

ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลแม่สอด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการจัดประชุมเพื่อสรุปผลและประเด็นทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เพื่อจัดทำเป็นคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับผู้ดูแลหลัก ในการใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลหลักเพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับบริบทในการปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก นอกจากนี้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยครอบครัว เป็นบทบาทภาระของผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัว ควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักมีการเตรียมความพร้อม เพิ่มศักยภาพสมาชิกในครอบครัวและช่วยแบ่งเบาภาระและผลกระทบของผู้ดูแลหลักให้สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. อาหารทั่วไปและอาหารเฉพาะโรคผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข; 2549.
2. ชมพูนุช พรหมภักดี. การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ของ ประเทศไทย (Aging society in Thailand). วารสารสำนักวิชาการสำนัก เลขานุการวุฒิสภา. 2556; 3(16): 3.
3. สถาบันพัฒนาสุขภาพ อาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. การดูแลผู้สูงอายุแบบ บูรณาการในชุมชน;2555.
4. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. โครงการระบบการดูแล ระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย; 2549.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก. การคัดกรอง ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ.ข้อมูลเดือนกันยายน 2559;2559.
6. ชิด บุญมาก และคณะ. ภาวะสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตเทศบาล นครแม่สอด. โรงพยาบาลแม่สอด;2559.
7. ขนิษฐา ก่อสัมพันธ์กุล, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ. รวม บทความการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 6 ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ประจำปี 2561“การดูแลทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ” ในวันที่ 4-5 เมษายน 2561. คณะ แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ศูนย์การแพทย์ กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล;2561.
8. Best, John W. Research is evaluation. (3rded). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall; 1977.
9. Green, L. W. and Kreuter, M.W. Health promotion planning: and environmental approach. Toronto:Mayfield Publishing; 1991.
10. Roger, C. R. On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy. Boston: HoughtonMifflin; 1961.
11. Dewey, J. Moral principle of education. Boston : Houghton Mifflin Co; 1976.

การพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

นรินทร์ ธาระคร¹

(วันที่รับบทความ: 12 ตุลาคม 2562; วันที่แก้ไข: 24 พฤศจิกายน 2562; วันที่ตอบรับ: 30 พฤศจิกายน 2562)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาแบบในการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม จากกลุ่มตัวอย่าง 200 คน คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2562 นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป แจกแจงข้อมูลด้วยค่าสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และการทดสอบความแตกต่างของค่ากลางของสองประชากรไม่อิสระต่อกัน ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้และความพึงพอใจการพัฒนาแบบในการป้องกันและควบคุมโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาแบบในการป้องกันและควบคุมโรค คือ 1) การมีส่วนร่วมในชุมชน 2) ภาวการณ์ช่วยเหลือในชุมชน 3) การดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการพัฒนาที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ ภาวการณ์ช่วยเหลือในการควบคุมและป้องกันโรคควรมีการทบทวนการปฏิบัติงานด้วยเทคนิค AAR เพื่อทราบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

คำสำคัญ: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ, โรค, ความพึงพอใจ

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย , E-mail:

Nirantalakorn@hotmail.com

Corresponding author: นรินทร์ ธาระคร, E-mail: Nirantalakorn@hotmail.com

Development of Prevention and Control on Tuberculosis Model in Thabo District, Nong Khai Province

Niran Thalakorn¹

(Receive 12th October 2019 ; Revised: 24th November 2019; Accepted 30th November 2019)

Abstract

This action research aims to study the operation and development of prevention and control on Tuberculosis model in Thabo district, Nong Khai province. 200 samples were selected by simple random sampling. This study was used questionnaires and focus group discussion as tools for the data collection conducted in March 2019. The data were analyzed by computer programs to acquire percentage, mean, standard deviation, median, minimum, maximum and using paired sample t-test to determine the mean score difference of knowledge satisfaction and action. Qualitative data were analyzed by content analysis.

The findings revealed that a group had an average score of knowledge about tuberculosis, satisfaction increased significantly (p -value <0.05). the key success factor was do the good tracking system by 1) community participations 2) community partnerships and 3) closely monitor continuously.

It is suggested that the staff of Thabo tuberculosis networks should reflect the operations using after-action review (AAR) and lesson learned techniques to keep the results updated throughout the cycle.

Keywords: action research, tuberculosis, satisfaction

¹ Public health technical officer, professional level; Thabo District, Nong Khai Province,
E-mail: Nirantalakorn@hotmail.com

Corresponding author: Niran Thalakorn, E-mail: Nirantalakorn@hotmail.com

บทนำ

โรควัณโรค (Tuberculosis) เป็นโรคติดต่อที่เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพ 1 ใน 10 อันดับต้น ๆ ของการเสียชีวิตทั่วโลกและต้นเหตุของการเสียชีวิตส่วนมากเกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี สาเหตุของการเกิดโรคมาจากเชื้อไมโคแบคทีเรีย (Mycobacterium tuberculosis) ที่เป็นแพร่กระจายเมื่อคนที่ป่วยด้วยเชื้อแบคทีเรียวัณโรคแพร่เชื้อในอากาศ เช่น โดยการไอ จาม เป็นต้น เชื้อมักจะส่งผลกระทบต่อปอด แต่ยังส่งผลกระทบต่อส่วนอื่นๆ ได้ (วัณโรคนอกปอด) ประมาณ 1 ใน 4 ของประชากรทั่วโลกติดเชื้อวัณโรค และมีความเสี่ยง¹

ในปัจจุบันมีการรักษาโรควัณโรคที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยผู้ป่วยสามารถหายขาดได้ด้วยการกินยาปฏิชีวนะภายใน 6 เดือน ทำให้ลดจำนวนการติดเชื้อวัณโรคในแต่ละปีได้เป็นจำนวนมาก ประกอบกับหากสามารถลดความเสี่ยงของปัจจัยที่จะทำให้เกิดการติดเชื้อลงได้ เช่น การสูบบุหรี่ การควบคุมโรคเบาหวาน การลดการติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงเพิ่มการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานจากทุกภาคส่วนก็จะสามารถควบคุมโรคได้

สถานการณ์วัณโรคของอำเภอท่าบ่อ พบอัตราป่วยด้วยวัณโรคทุกระบบในปีงบประมาณ 2559 เท่ากับ 104.62 ต่อแสนประชากร การดำเนินงานระหว่างปีงบประมาณ 2555-2559 พบว่ามีผลสำเร็จของการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคทุกระบบ คิดเป็นร้อยละ 78.79, 82.35, 84.21, 79.49 และ 81.82 ตามลำดับ ซึ่งผลสำเร็จของการรักษาแต่ละปีงบประมาณที่ผ่านมา ยังไม่บรรลุเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขคือต้องมากกว่าร้อยละ 85 สาเหตุที่ผลสำเร็จของการรักษาไม่บรรลุเป้าหมาย เนื่องจากมีอัตราการตายและขาดยาระหว่างการรักษา โดยพบว่ามียอดตายในปีงบประมาณ 2555-2559 คิดเป็นร้อยละ 11.37, 8.22, 6.60, 12.82 และ 6.74 ตามลำดับ ซึ่งอัตราการตายดังกล่าวยังสูงกว่าที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือเป้าหมายน้อยกว่า

ร้อยละ 5 สาเหตุการตายเนื่องมาจากมีโรคร่วมอื่น ๆ เช่น เบาหวาน โรคเอดส์ ไตวาย มะเร็ง ส่วนอัตราการขาดยาในปีงบประมาณ 2555-2559 คิดเป็นร้อยละ 10.23, 8.23, 6.60, 2.56 และ 6.36 ตามลำดับ ซึ่งอัตราการขาดยาที่สูงกว่าที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดคือเป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 1 ส่วนสาเหตุการขาดยาเนื่องจากผู้ป่วยติดสุรา ไม่ยอมรับการรักษา และย้ายที่อยู่เพื่อไปทำงานต่างจังหวัดไม่สามารถติดตามได้^{2,3}

จากสถานการณ์วัณโรคดังกล่าว สรุปได้ว่าการดำเนินงานควบคุมและป้องกันวัณโรคพบปัญหาทั้งการวินิจฉัย การตรวจพบ อีกทั้งผลการรักษายังต้องเพิ่มความสำเร็จให้สูงขึ้น การดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาวัณโรคจะบรรลุผลสำเร็จตามตัวชี้วัดและเป้าหมายได้นั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่หน่วยงาน องค์การทั้งภาครัฐ และเอกชนทุกภาคส่วน จะต้องเข้าใจในทิศทางและกรอบยุทธศาสตร์การควบคุมวัณโรคของประเทศ การจัดสรรทรัพยากร การบูรณาการ ตลอดจนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันจะทำให้เราเอาชนะปัญหาดังกล่าวได้ แผนงานยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560-2564 ได้กำหนดแนวทางการควบคุมโรคโดยมุ่งเน้น ค้นหาค้นพบ จัดหายา พัฒนาระบบและเครือข่าย นโยบายมุ่งมั่น และสร้างสรรค์นวัตกรรม⁴ ผู้วิจัยร่วมกับชุมชนได้ให้ความสำคัญที่จะหากระบวนการที่เหมาะสมในการควบคุมและป้องกันวัณโรค เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในวัณโรค ผู้ป่วยได้รับการดูแล กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองและเข้าถึงบริการ อีกทั้งเครือข่ายได้มีส่วนร่วมในการเชื่อมโยงการดำเนินงานร่วมกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา การพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมวัณโรคในพื้นที่อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและควบคุมวัณโรคของ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาารูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาารูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ศึกษาระหว่างพฤษภาคม – ธันวาคม 2560 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยใช้แบบสอบถาม การสังเกต แบบบันทึกการประชุม และแบบนิเทศติดตามกลุ่มประชากรที่ศึกษาประกอบด้วย

กลุ่มประชากรในการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคและผู้ดูแล ผู้นำชุมชนและกรรมการชุมชน ตัวแทนกลุ่ม/ชมรมต่าง ๆ ในชุมชน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 358 ราย เก็บข้อมูลความรู้โรคโควิด-19 ความพึงพอใจในรูปแบบการดำเนินงาน

2. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 30 คน ได้แก่ ผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคและผู้ดูแล ผู้นำชุมชนและกรรมการชุมชน ตัวแทนกลุ่ม/ชมรมต่าง ๆ ในชุมชน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้ โดยตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปปรับแก้ตามผู้เชี่ยวชาญแนะนำ โดยมีค่า IOC เท่ากับ 0.91 (Index of Concurrently) และนำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้วไป

ทดลองกับกลุ่มตัวอย่างในอำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่วิจัยในครั้งนี้ แบบสอบถามความรู้โรคโควิด-19 ได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient⁵ เท่ากับ 0.83 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.82 แบบสอบถามความพึงพอใจได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.83 เชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสังเกต แบบบันทึกการประชุม และแบบนิเทศติดตาม

รูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย 4 ระยะ 6 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning)

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาบริบทของพื้นที่ เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับรูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย วิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ประเด็นปัญหา

ขั้นตอนที่ 2 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วยการประชุมคณะกรรมการพัฒนาารูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย และการจัดทำแผนปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 3 จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan)

ระยะที่ 2 ขั้นลงมือปฏิบัติงาน (Action)

ขั้นตอนที่ 4 ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ ดังนี้

1. โครงการอบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านโรคโควิด-19
2. โครงการออกหน่วยเคลื่อนที่เชิงรุก (ออกหน่วยเยี่ยมบ้าน เฝ้าระวังโรคโควิด-19 และส่งต่อการรักษา)

ระยะที่ 3 ขั้นการสังเกตผล (Observation)

ขั้นตอนที่ 5 นิเทศติดตามสนับสนุนการดำเนินงาน รวมถึงรวบรวมผลที่ได้จากแผนงานกิจกรรม โดยการสรุปกิจกรรมตามเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

หลังจากดำเนินกิจกรรม ในขั้นตอนนี้จะเป็นการสังเคราะห์และสรุปแผนปฏิบัติการ

ระยะที่ 4 ขั้นการสะท้อนผล (Reflection)

ขั้นตอนที่ 6 สรุป ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนในการแก้ไขปัญหาวงรอบต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ คือ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติ เชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ การเปรียบเทียบ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ โดยใช้ สถิติ Paired sample t-test ก่อนและหลังการพัฒนา

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์สภาพปัญหาการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ในแต่ละด้าน พบว่า ด้านผู้ป่วยโรค ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ใส่ใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง มารับการรักษาช้า เนื่องจากผู้ป่วยโรคส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้ที่ประกอบอาชีพโดยการไร่แรงงานและในกลุ่มที่มีฐานะยากจนและด้อยการศึกษา ขาดคนกำกับดูแลผู้ป่วยในการกินยาอย่างต่อเนื่อง ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรค ระบบการควบคุมและป้องกันโรคในชุมชนก็ยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน ขาดการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ การติดตามคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงยังไม่ครอบคลุม ระบบ DOT ยังไม่มีประสิทธิภาพ

ระยะที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning)

จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วยการประชุมคณะกรรมการพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย และการจัดทำแผนปฏิบัติการและปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการจำนวน 2 โครงการ 1. โครงการอบรมพัฒนาศักยภาพ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านโรค 2. โครงการออกหน่วยเคลื่อนที่เชิงรุก (ออกหน่วยเยี่ยมบ้าน เฝ้าระวังโรคติดต่อ และส่งเสริมสุขภาพ)

ระยะที่ 2 ขั้นลงมือปฏิบัติงาน (Action)

1.โครงการอบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดต่อ เพื่อสร้างเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคในชุมชนเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้โรคติดต่อ และสามารถนำไปปฏิบัติได้

2. โครงการออกหน่วยเคลื่อนที่เชิงรุก (ออกหน่วยเยี่ยมบ้าน เฝ้าระวังโรคติดต่อ) เพื่อควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังดำเนินการตามโครงการ

ระยะที่ 3 ขั้นการสังเกตผล (Observation)

ขั้นตอนที่ 5 เป็นกิจกรรมการสังเกตการณ์และการบันทึกพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในการพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย โดยใช้แบบสังเกต แบบประเมิน แบบสำรวจ และการนิเทศติดตามงานวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้น และข้อค้นพบที่สำคัญ เพื่อสรุปข้อมูลในแต่ละกิจกรรม

ระยะที่ 4 ขั้นการสะท้อนผล (Reflection)

ขั้นตอนที่ 6 สรุป ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนในการแก้ไขปัญหาวงรอบต่อไป เป็นการพิจารณาผลสะท้อนของการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการเพื่อสรุปปัญหาอุปสรรคข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไขปัญห เปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ นอกจากนี้ได้มีการประชุมกลุ่มย่อย เพื่อหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ

3. ผลการพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

3.1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างความรู้ในการควบคุมป้องกันโรค ก่อนและหลังการ

พัฒนา จำนวน 200 คน พบว่า หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการควบคุมป้องกันโรคเพิ่มขึ้น (ดังตารางที่ 1 และดังตารางที่ 2)

3.3 ผลการวัดระดับความพึงพอใจในการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่

3.4 การเปรียบเทียบรูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย รูปแบบเดิมและรูปแบบใหม่ที่พัฒนา

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
1. การมีส่วนร่วมของอสม. และภาคีเครือข่าย	
1.1 การดำเนินงานควบคุมโรค จะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขภาคีเครือข่ายไม่ได้มีส่วนร่วมดำเนินการ	1.1 ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
1.2 ไม่มีการจัดทำแผนการแก้ไขปัญหาด้านการควบคุมโรคอย่างเป็นระบบ	1.2 มีการวางแผนในการแก้ไขปัญหาภายใต้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งนำข้อมูลสภาพปัญหาการดำเนินงานมาวิเคราะห์
1.3 ไม่มีนโยบายด้านการควบคุมโรค	1.3 มีนโยบายสาธารณะด้านการควบคุมโรค
2. การพัฒนาศักยภาพของผู้แทนโรคและภาคีเครือข่ายในชุมชน	
ผู้แทนโรคส่วนใหญ่ ยังไม่เคยได้รับการอบรม	มีการพัฒนาศักยภาพผู้แทนโรคและภาคีเครือข่ายในการดูแลควบคุมโรค
3. ระบบการเฝ้าระวังโรค	
ยังไม่มีระบบในการเฝ้าระวังโรค	การแจ้งข่าวเตือนภัยไข้เจ็บโรค โดยผู้นำชุมชน/ผู้ใหญ่บ้าน และสถานวิทย์ มีการจัดประชาสัมพันธ์เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคทางหอกระจายข่าวเป็นประจำทุกสัปดาห์
3.การสนับสนุนและจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการควบคุมโรค	
ไม่มีการสนับสนุนและจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการควบคุมโรค	มีการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม โดยมีการกำหนดวันทำความสะอาดหรือ Big Cleaning Day เป็นของแต่ละชุมชนเองในทุกชุมชน

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
4.ระบบเยี่ยมบ้าน ยังไม่มีระบบเยี่ยมบ้าน	มีระบบเยี่ยมบ้านโดย แกนนำวัณโรคในตำบลร่วมกัน ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค มีการประชุมปรึกษาหารือ และได้ประสานขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องจนผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามสมควร
5. การกำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน ไม่มีระบบการกำกับ ติดตามการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม	มีการนิเทศ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน โดยการออกตรวจเยี่ยม สังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม ให้คำแนะนำและให้กำลังใจระหว่างปฏิบัติงานตาม แผนโครงการ วิเคราะห์ข้อมูลสิ่งที่ได้จากการปฏิบัติ ประเมินความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การมีส่วนร่วม วิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินการ พัฒนา

4. รูปแบบการพัฒนาการป้องกันและควบคุมวัณโรค อำเภอท่าบ่อ

สรุปการดำเนินการพัฒนาการป้องกันและควบคุมวัณโรคอำเภอท่าบ่อ ด้วยการนำกระบวนการ (AIC) มาวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหามาตรฐานการพัฒนาการป้องกันและควบคุมวัณโรคอำเภอท่าบ่อที่เหมาะสมมากขึ้นเนื่องจากทำให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนคือ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และหน่วยงานภาคีเครือข่ายอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงานร่วมกันเป็นรูปแบบการพัฒนาการป้องกันและควบคุมวัณโรคอำเภอท่าบ่อ มีกระบวนการดำเนินงานทั้งสิ้น 8 ขั้นตอน ดังนี้

1.1 การวิเคราะห์สภาพปัญหาการป้องกันและควบคุมวัณโรคในพื้นที่ในแต่ละด้าน พบว่า ด้านผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ใส่ใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง มารับการรักษาล่าช้า เพราะคิดว่าเป็นเพียงแค่อาการไอเล็กน้อยจึงเดินทางไปรักษาตามสถานพยาบาลหลายแห่ง บางรายมีการเคลื่อนย้ายที่

อยู่บ่อย ดื่มสุราในระหว่างการรักษา ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ขาดคนดูแลและต้องกินยาเอง เพียงลำพัง ด้านผู้ดูแลและญาติ ขาดความระมัดระวังในการป้องกันตนเองในการที่จะได้รับเชื้อ จากการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ขาดการกำกับดูแลผู้ป่วยในการกินยาอย่างต่อเนื่อง ด้านชุมชน ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ระบบการควบคุมและป้องกันวัณโรคในชุมชนก็ยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน และด้านหน่วยงานภาครัฐ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำงานเพียงฝ่ายเดียว ขาดการเชื่อมโยงการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ การติดตามคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงยังไม่ครอบคลุม ระบบ DOT ยังไม่มีประสิทธิภาพ การประชาสัมพันธ์เรื่องวัณโรคยังเข้าไม่ถึงกลุ่มเสี่ยงรวมทั้งประชาชนทั่วไป

1.2 การประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้เทคนิคกระบวนการเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม โดยการสนทนาแบบมีส่วนร่วม (AIC) เป็นการเอื้ออำนาจให้กลุ่มได้พบปะสนทนา และสนทนาที่จะช่วยให้กลุ่ม

เกิดปัญหาและเกิดความคิดสร้างสรรค์อย่างลึกซึ้งในหัวข้อหรือประสบการณ์ร่วมกัน สมาชิกจะได้แลกเปลี่ยนมุมมองที่หลากหลายมากมายโดยปราศจากการเผชิญหน้า วิธีการนี้ยังช่วยให้กลุ่มมองเห็นว่าจะยินยอมให้ความเห็นพร้อมกันว่าจะมีขอบเขตอยู่ที่ตรงไหน

1.3 จัดทำแผนปฏิบัติการ โดยนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อมาวิเคราะห์ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ

1.4 การอบรมผู้แทนโรคระดับตำบล โดยผู้ผ่านการอบรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคมากขึ้น ทราบบทบาทหน้าที่ของตนเองมากขึ้น ได้ช่วยสร้างความเข้าใจให้แก่เพื่อนบ้านเกี่ยวกับโรค ได้ร่วมเป็นแกนนำในการออกคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคในชุมชน รวมทั้งร่วมติดตามเยี่ยมบ้านและกำกับการกินยาของผู้ป่วยโดย DOT

1.5 การแจ้งข่าวเตือนภัยไข้เจ็บโรค โดยผู้นำชุมชน/ผู้ใหญ่บ้าน และสถานวิฑู มีการจัดประชาสัมพันธ์เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคทางหอกระจายข่าวเป็นประจำทุกสัปดาห์ การเดินรณรงค์ให้ประชาชนเกิดความตระหนักในความรุนแรงหรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นแก่ตนเองและคนในชุมชน

1.6 การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม โดยมีการกำหนดวันทำความสะอาดหรือ Big Cleaning Day เป็นของแต่ละชุมชนเองในทุกชุมชน มีกิจกรรมการออกมาร่วมกันทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมในชุมชน ทั้งยังมีการร่วมบริจาคเงินเพื่อเป็นค่าน้ำดื่มหรือร่วมกันทำอาหารรับประทานร่วมกันหลังจากเสร็จสิ้นภารกิจ เป็นกิจกรรมที่เสริมสร้างความสามัคคีให้เกิดขึ้นในชุมชน รวมทั้งเป็นรากฐานให้ชุมชนเห็นความสำคัญหรือตระหนักในการร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการป้องกันและควบคุมโรคระบาดที่อาจเกิดขึ้นในชุมชนของตนเอง

1.7 การเสริมพลังใจให้ผู้ป่วยวัณโรค โดยแกนนำวัณโรคในตำบลร่วมกันออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค มีการประชุมปรึกษาหารือและได้ประสานขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจนผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามสมควร

1.8 การนิเทศ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน เป็นการกระตุ้นให้มีการดำเนินโครงการและกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตำบลท่าบ่อ โดยการออกตรวจเยี่ยมสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม ให้คำแนะนำและให้กำลังใจระหว่างปฏิบัติงานตามแผนโครงการ วิเคราะห์ข้อมูลสิ่งที่ได้จากการปฏิบัติ ประเมินความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค วิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนา

2. การเปรียบเทียบความรู้ การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในการป้องกันและควบคุมวัณโรค

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.15 อายุระหว่าง 50-60 ปี ร้อยละ 58.26 ($\bar{X}$ = 50 ปี S.D.= 3.11) สถานภาพสมรส ร้อยละ 68.57 ระดับการศึกษาสูงสุดคือประถมศึกษา ร้อยละ 63.

ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน มีระดับความรู้หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้น โดยคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับวัณโรคก่อนและหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 79.17 และ 85.05 ตามลำดับ เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการพัฒนาสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value < 0.001) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับวัคซีนของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนา (n=200)

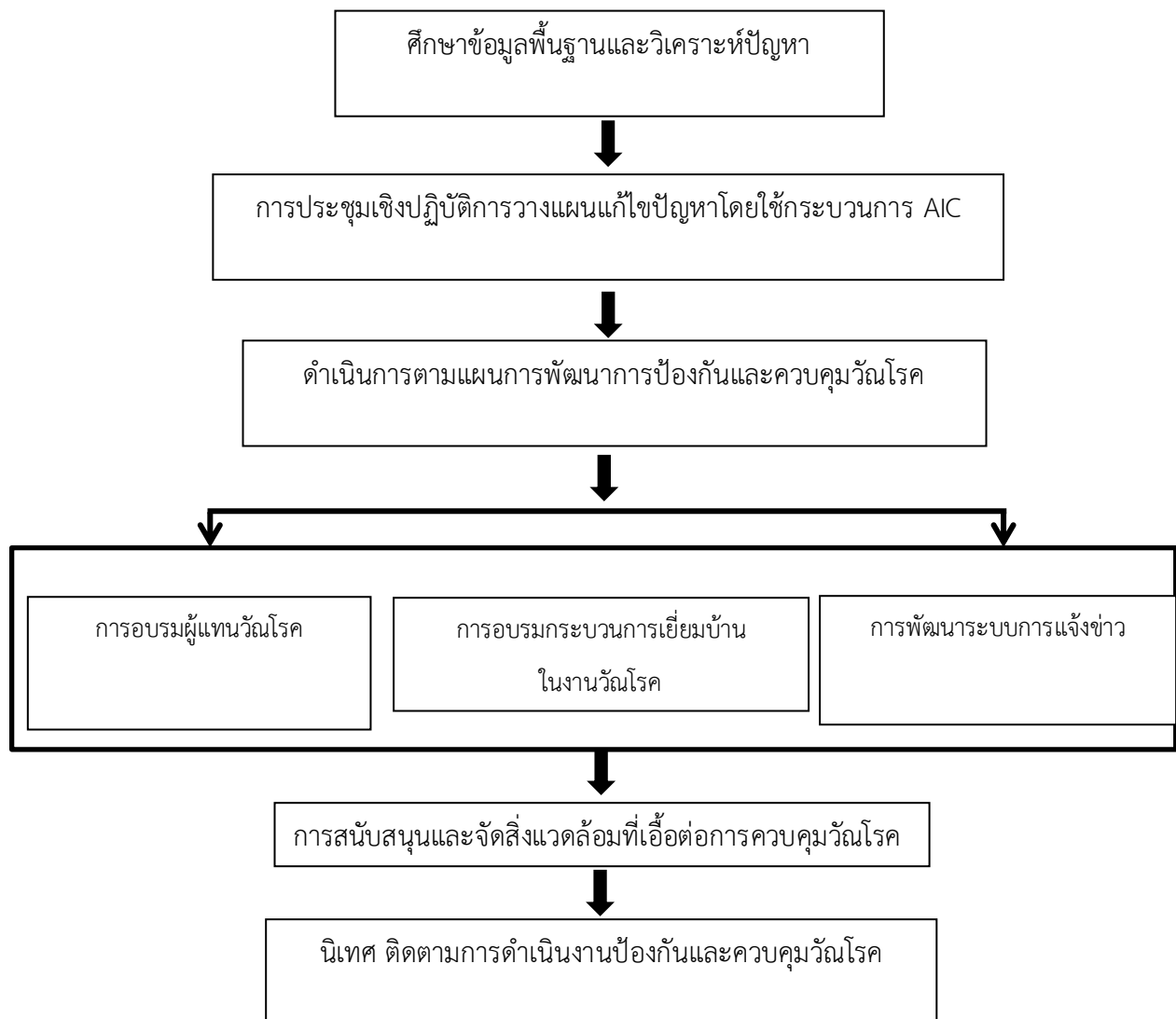
ระดับความรู้	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูง (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)	100	50.00	186	92.86
ปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60 – 79)	30	42.86	14	7.14
ต่ำ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)	70	7.14	0	0.00
คะแนนเฉลี่ยก่อนการพัฒนา 79.17 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.26				
คะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนา 85.05 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.26				

ความพึงพอใจในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจหลังการพัฒนาระบบการเพิ่มขึ้น มีระดับความพึงพอใจปานกลาง ร้อยละ 51.43 ระดับความพึงพอใจมาก ร้อยละ 45.71 และระดับการมีส่วนร่วม ร้อยละ 2.86 ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจก่อนและหลังพัฒนามีค่าเฉลี่ย 2.13

และ 2.54 ตามลำดับ เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังการพัฒนาสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.028$) (ดังตาราง ที่ 3)

ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจต่อการดำเนินงานระบบคลังเวชภัณฑ์ไม่ไขยาของบุคลากรกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลท่าบ่อและรพ.สต.เครือข่าย ก่อนและหลังการพัฒนา(n=200)

ระดับความพึงพอใจ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูง (3.68-5.00)	29	14.28	137	68.57
ปานกลาง (2.34-3.67)	100	50.00	51	25.71
ต่ำ (1-2.33)	71	35.71	11	5.71
ค่าเฉลี่ยก่อนการพัฒนา 3.39 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.35 คะแนนต่ำสุด 1 คะแนนสูงสุด 5				
ค่าเฉลี่ยหลังการพัฒนา 4.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.86 คะแนนต่ำสุด 1 คะแนนสูงสุด 5				



ภาพที่ 1 รูปแบบการดำเนินงานเพื่อพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรค อำเภอบ้านดง จังหวัดหนองคาย

การอภิปรายผล

สรุปการรูปแบบการดำเนินงานเพื่อพัฒนาการป้องกันและควบคุมวัณโรค อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ผู้วิจัยขอเสนอประเด็นในการอภิปรายผลและสรุปผลการดำเนินงาน ดังนี้

การพัฒนาการรูปแบบการดำเนินงานเพื่อพัฒนาการป้องกันและควบคุมวัณโรค อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย มีการวิเคราะห์สภาพปัญหาการดำเนินงานเพื่อพัฒนาการป้องกันและควบคุมวัณโรค ตามแผนปฏิบัติการโดยการถอดบทเรียนหลังการดำเนินกิจกรรมเสนอแนะแนวคิดและแนวทางการปฏิบัติ ซึ่งทำให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความราบรื่นและได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่าย และมีแผนที่มีความสอดคล้องกับสภาพปัญหา สอดคล้องกับผลการศึกษาของวิทยา กาพินและพงศ์พิชญบุญดา⁶ ที่พบว่ารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ใช้หลักการการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทุกขั้นตอนโดยเริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาการดูแลผู้ป่วย วัณโรค การร่วมกันหาแนวทางปฏิบัติที่มีความชัดเจนและสอดคล้อง กับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แสดงความคิดเห็นในการพัฒนาและมีแผนการดูแลผู้ป่วยวัณโรค (care plan) ของทีมสหสาขาวิชาชีพโดยมีพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬารวรรณ จิตดอน, วนิดา ดุรงฤทธิชัยและกมลทิพย์ ขลังธรรมเนียมที่ศึกษาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ⁷ ที่พบว่า ควรค้นหา ปรับ

หรือเพิ่มกิจกรรมที่ ควรปฏิบัติในแต่ละสัปดาห์ของการเยี่ยมบ้านรวม ทั้งสร้างสื่อการให้สุขศึกษาที่เหมาะสม เช่น การส่ง ต่อข้อมูล/การปรึกษาปัญหาที่พบผ่านสารสนเทศที่ ทันสมัย เช่น SMS และไลน์กลุ่ม เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การดำเนินการพัฒนาการรูปแบบการดำเนินงานเพื่อพัฒนาการป้องกันและควบคุมวัณโรค อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย สิ่งที่สำคัญคือ ต้องให้ทุกส่วนที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม ในการดำเนินงาน ร่วมค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางแก้ไข ส่งผลให้เกิดการพัฒนากระบวนการดำเนินการ รวมถึงควรมีการอบรมให้ความรู้การป้องกันและควบคุมวัณโรคกับภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยในพื้นที่อื่นๆ ด้านการป้องกันและควบคุมวัณโรค เพื่อประโยชน์ในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาการป้องกันและควบคุมวัณโรค ได้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ได้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (Internet), Global Tuberculosis Report 2019. Latest status of the tuberculosis epidemic (cited 2019 Dem 19) Available from: <https://www.who.int/tb/global-report-2019>.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและ

- ควบคุมวัณโรค ประจำปี 2561. (เอกสารอัดสำเนา); 2561.
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าบ่อ. สรุปรายงานผู้ป่วยวัณโรคประจำปี 2561. (เอกสารอัดสำเนา); 2561.
 4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560-2564. (เอกสารอัดสำเนา); 2560..
 5. Cronbach, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika, 16, 297-334; 1951.
 6. วิทยา กาพินและพงศ์พิชญ์ บุญดา. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลอุดรดิตถ์.การประชุมวิชาการระดับชาติด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ครั้งที่ 1 วันที่ 7-8 ธันวาคม 2560 ณ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง.เชียงใหม่: มหาวิทยาลัย; 2560.
 7. จุฬาวรรณ จิตดอน, วนิดา ดุรงฤทธิชัย และกมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม. แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ปอดในอำเภอเมืองจังหวัดสมุทรปราการ.วารสาร มฉก. วิชาการ. 2560; 20(40):1-11.

วิถีการดำเนินชีวิตสมัยใหม่ของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ปิยธิดา อุประ¹, กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์², สุทธิพงษ์ อุพลเกียรติ³, วีระชาติ ยุทธชาวิทย์⁴

(วันที่รับบทความ: 31 กรกฎาคม 2562; วันที่แก้ไข: 20 พฤศจิกายน 2562; วันที่ตอบรับ 30 พฤศจิกายน 2562)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิถีการดำเนินชีวิตสมัยใหม่ของนักศึกษาในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ นักศึกษาที่กำลังศึกษาในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง 395 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน 2 ครั้ง ตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาช เท่ากับ 0.92 นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมการวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป แจกแจงข้อมูลด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับน้ำหนักเกินร้อยละ 10.63 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 85.57 อายุเฉลี่ย 20.28 ปี (S.D.=1.71) ส่วนใหญ่สังกัดหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน ร้อยละ 35.44 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 10,000-20,000 บาท ต่อเดือน (ร้อยละ 56.71) กลุ่มตัวอย่างกู้ยืมเงินเพื่อการศึกษา ร้อยละ 45.57 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มี โรคประจำตัว ร้อยละ 92.15 พฤติกรรมการบริโภคอาหารสมัยที่มีความถี่ของการบริโภคตั้งแต่ 3 วันขึ้นไปในหนึ่งสัปดาห์ มากที่สุด ประเภทอาหาร คือ การรับประทานเนื้ออย่างเกาหลี ร้อยละ 47.85 ส่วนการใช้อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติ 3-7 วันขึ้นไปในหนึ่งสัปดาห์สูงสุด คือ ใช้สื่อสังคมออนไลน์(ไลน์ เฟซบุ๊ก อินสตาแกรม,แชท) ร้อยละ 92.65 ด้านข้อมูลกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการมีความถี่ของการปฏิบัติตั้งแต่ 3 วันขึ้นไปในหนึ่งสัปดาห์สูงสุดคือ คือ ชัก ริด เสื้อผ้า ร้อยละ 82.02 และข้อมูลการพักผ่อน และนันทนาการพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความถี่ของการปฏิบัติตั้งแต่ 3 วันขึ้นไปในหนึ่งสัปดาห์สูงสุด คือ ดูหนังฟังเพลงผ่านอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 76

ข้อเสนอแนะ ควรมีการส่งเสริมพฤติกรรมวิถีชีวิตสมัยใหม่ที่ถูกต้องให้กับนักศึกษา เช่น การไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อคลายเครียด การลดการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อความบันเทิง เป็นต้น

คำสำคัญ : วิถีการดำเนินชีวิตสมัยใหม่, ภาวะโภชนาการ, นักศึกษา

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, E-mail: 590842022@scphkk.ac.th

² วิทยากรชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, E-mail: kritkantorn@gmail.com

³ นักเทคโนโลยีสารสนเทศ, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, E-mail: suddipong.su@gmail.com

⁴ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, E-mail: ywerachat@hotmail.com

* Corresponding author: กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์, E-mail: kritkantorn@gmail.com

Modern Lifestyle among Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen

Piyatida Upara¹, Kritkantorn Suwannaphant², Suttipong Upontean³, Werachat Yudthachawit⁴

(Receive 31th July 2019 ; Revised: 20th November 2019; Accepted 30th November 2019)

Abstract

This descriptive research aimed to study modern lifestyle among students in Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen province. The total of 395 students was two multistage randomly selected to response to a structured questionnaire that was validated by 3 experts and had a high reliability (Cronbach's alpha coefficient = 0.92). The data was analyzed by analysis programs to acquire percentage, mean and standard deviation.

The finding revealed that the samples have over nutrition was 10.63 and most of the samples were female (85.57%). The average age was 20.28 years (S.D. 1.71). The family income was 10,000-20,000 baht per month. Half of them loans for education 45.57%. Most of them don't have congenital disease (92.15%). Modern dietary behaviors that have the frequency of consuming more than 3 days in a week was Korean BBQ (47.85%). Usage of the internet and social media was 3-7 days/week and using social media (Line Facebook, Instagram, Chat) (92.65%). Regarding physical activity and exercise, it was found that most of the participants had the frequency of practice from 3 days or more in one week was laundry (82.02%). Leisure information and recreation found that most of the participants had the frequency of practice from 3 days or more in a week was watching movies and listening to music on the internet (76.71%).

It was recommended that there should be promoting modern lifestyle behaviors for students, such as not drinking alcohol to relieve stress, reducing the use of social media and entertainment, etc.

Keywords: Modern lifestyle, over nutrition, Student

¹ Bachelor of public health Sirindhorn of public health Khon Kaen, E-mail: 590842022@scphkk.ac.th

² Instructor, senior professional level, Sirindhorn of public health Khon Kaen, E-mail: kritkantorn@gmail.com

³ Information technologist, Sirindhorn of public health Khon Kaen, E-mail: suttipong.su@gmail.com

⁴ Dentist, senior professional level, Sirindhorn of public health Khon Kaen, E-mail: ywerachat@hotmail.com

* Corresponding author: Kritkantorn Suwannaphant, E-mail: kritkantorn@gmail.com

บทนำ

วัยรุ่นไทยในปัจจุบันมีวิถีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างไปจากในอดีต เช่น การรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ด การเล่นเกมคอมพิวเตอร์เป็นเวลานาน ๆ มากกว่าการออกไปเล่นในที่กลางแจ้ง และการใช้ลิฟท์แทนการเดินขึ้นลงบันได เป็นต้น¹ ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านเศรษฐกิจสังคม วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีใหม่ๆ และการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมของประเทศตะวันตก รวมทั้งความไม่สมดุลระหว่างปริมาณแคลอรีที่ได้รับและปริมาณแคลอรีที่ใช้ไปสำหรับการเจริญเติบโต กระบวนการเผาผลาญอาหารที่เกิดขึ้นในร่างกายและการเคลื่อนไหวออกแรง ทำให้มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจึงส่งผลให้เกิดโรควิถีชีวิต ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน²

ภาวะโภชนาการเกิน (Over nutrition) เป็นสภาวะของร่างกายที่ได้รับอาหารหรือสารอาหารบางอย่างเกินกว่าที่ร่างกายต้องการเกิดการสะสมพลังงานหรือการบริโภคที่ไม่สมดุล ปลอดภัย ขาดการออกกำลังกายและมีภาวะเครียดสะสมจนส่งผลต่อสุขภาพ นำไปสู่ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น³ จากการรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 (พ.ศ.2557) พบว่าความชุกของภาวะอ้วน (BMI ≥ 25 kg/m²) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 37.5 (ชายร้อยละ 32.9 และหญิงร้อยละ 41.8) ความชุกของภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอว ≥ 90 ซม. ในชาย และ ≥ 80 ซม. ในหญิง) มีร้อยละ 26.0 ในผู้ชาย และร้อยละ 51.3 ในผู้หญิง เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจฯ ครั้งที่ 4⁴ เมื่อปี 2552 ความชุกของ

ภาวะอ้วน (BMI ≥ 25 กก./ตร.เมตร) มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในผู้หญิงความชุกเพิ่มจากร้อยละ 40.7 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 41.8 ในปี 2557 ส่วนในผู้ชายเพิ่มจากร้อยละ 28.4 เป็นร้อยละ 32.9 ในการสำรวจปัจจุบันภาวะอ้วนลงพุงมีความชุกเพิ่มขึ้นเช่นกัน ในผู้หญิงร้อยละ 45 และผู้ชายร้อยละ 18.6 ในปี 2552 เพิ่มเป็นร้อยละ 51.3 และ 26.0 ในปี 2557 ตามลำดับ⁵

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เป็นสถาบันการศึกษาที่มีนักศึกษาอยู่ในช่วงของวัยรุ่น ซึ่งมีภาวะโภชนาการเกินเหมือนกับสถาบันการศึกษาอื่น เช่น พฤติกรรมการดำเนินชีวิตและการบริโภคของกินเอง กรณีศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา⁶ พฤติกรรมการใช้โทรศัพท์มือถือของวัยรุ่นไทยที่มีผลกระทบต่อด้านลบต่อตนเองและสังคม⁷ รูปแบบการดำเนินชีวิตและแรงจูงใจที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการสถานที่ออกกำลังกายของกลุ่มผู้บริโภคที่เคยใช้บริการสถานที่ออกกำลังกายในเขตกรุงเทพมหานคร⁸ ซึ่งวิถีการดำเนินชีวิตของวัยรุ่นวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่นไม่ได้มีความแตกต่างไปจากสถาบันการศึกษาอื่น ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาวิถีการดำเนินชีวิตสมัยใหม่ เพื่อนำข้อมูลวิถีการดำเนินชีวิตสมัยใหม่นักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่นไปใช้ได้อย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาวิถีการดำเนินชีวิตสมัยใหม่นักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้คือนักศึกษาที่กำลังศึกษาในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ปีการศึกษา 2561 จำนวน 568 คน การสุ่มแบบหลายขั้นตอน 2 ครั้ง (Two multi-stage random sampling) โดยสุ่มตัวอย่างจากในแต่ละหลักสูตร (Stratified random sampling) คำนวณตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรในแต่ละหลักสูตรจนครบ 395 คน

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์มาประมวลและวิเคราะห์ทางสถิติ นำเสนอด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับการรับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE 612007

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 85.57 มีอายุเฉลี่ย 20.28 ปี อายุสูงสุด 38 ปี ต่ำสุด 18 ปี ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ร้อยละ 35.44 เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 39.75 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 10,000-20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 56.71 (Median=20,000, IQR=20,000) ส่วนใหญ่ได้รับค่าใช้จ่ายจากครอบครัวมากกว่าหรือเท่ากับ 5,999 บาท ร้อยละ 48.86 (Median =6,000, IQR=4,000) รายจ่ายในชีวิตประจำวันต่อเดือน มากกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 55.44 (Median=5,000, IQR=3,000) และพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 92.15 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 395)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	57	14.43
หญิง	338	85.57
อายุ (ปี)		
≤19	119	30.00
20	141	35.00
21	83	21.00
≥22	52	14.00
Mean =20.28, SD = 1.71 Median = 20 Min = 18, Max =38		

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
สังกัดหลักสูตร		
สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน	140	35.44
สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาทันตสาธารณสุข	135	34.18
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาเทคนิคเภสัชกรรม	64	16.20
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาขาปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์	56	14.18
ชั้นปี		
1	147	37.22
2	157	39.74
3	85	21.52
4	6	1.52
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน(บาท)		
<10,000	44	11.14
10,000-19,999	224	56.71
20,000-30,000	47	11.90
≥ 30,001	80	20.25
Mean=25,463.88,SD=22,670.35Median=20,000,Min=3000,Max=200,000 (IQR=20,000)		
ค่าใช้จ่ายที่ได้รับจากครอบครัว(บาทเดือน)		
≤5,999	193	48.86
6,000-10,000	170	43.04
≥10,001	32	8.10
Mean =6,953.42 SD=5,068.95 Median =6,000 Min=1,000, Max =50,000		
โรคประจำตัว		
ไม่มี	364	2.53
มี	31	6.08

ข้อมูลวิถีการดำเนินชีวิตสมัยใหม่ของ
นักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดขอนแก่น
ข้อมูลด้านนิสัยการบริโภคอาหาร
สมัยใหม่

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนิสัยการบริโภค
อาหารสมัยใหม่ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า การ
บริโภคอาหารสมัยใหม่ที่มีความถี่ของการบริโภค
ตั้งแต่ 3 วันขึ้นไปในหนึ่งสัปดาห์ มากที่สุด
ประเภทอาหาร คือ การรับประทานเนื้ออย่าง

เกาหลี ร้อยละ 47.85 รองลงมาเป็นการรับประทานไก่ทอด ร้อยละ 42.53 และการรับประทานบุฟเฟต์ ร้อยละ 33.92 ประเภทขนมหวาน คือ การรับประทานไอศกรีม ร้อยละ 46.58 การรับประทานช็อกโกแลต ร้อยละ 37.47 และการรับประทานเบเกอรี่ ร้อยละ 29.36 ประเภทเครื่องดื่ม ได้แก่ การดื่มน้ำหวาน ร้อยละ 50.63 รองลงมาเป็นการดื่มน้ำอัดลม ร้อยละ 42.27 และเป็นการดื่มน้ำชา ร้อยละ 28.10 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติของนิสัยการบริโภคอาหารสมัยใหม่ (n=395)

ข้อที่	กิจกรรม/การปฏิบัติ	ความถี่ในการปฏิบัติในหนึ่งสัปดาห์(จำนวน ร้อยละ)				
		ไม่เคย	1-2 วัน	3-4 วัน	5-6 วัน	ทุกวัน
1	พาสต้า	314 (79.49)	51 (12.91)	25 (6.33)	3 (0.76)	2 (0.51)
2	พิซซ่า	290 (73.42)	74 (18.73)	25 (6.33)	5 (1.27)	1 (0.25)
3	แฮมเบอร์เกอร์	284 (71.90)	80 (20.25)	24 (6.08)	5 (1.27)	2 (0.51)
4	สเต็ก	260 (65.82)	91 (23.04)	35 (8.86)	7 (1.77)	2 (0.51)
5	เนื้อย่างเกาหลี	86 (21.77)	120 (30.38)	104 (26.33)	57 (14.43)	28 (7.09)
6	ไก่ทอด	79 (20.00)	148 (37.47)	101 (25.57)	54 (13.67)	13 (3.29)
7	มันฝรั่งทอด	180 (45.57)	121 (30.63)	66 (16.71)	25 (6.33)	3 (0.76)
8	ซูชิ หรือ อาหารญี่ปุ่น	150 (37.97)	145 (36.71)	64 (16.20)	27 (6.84)	9 (2.28)
9	บุฟเฟต์	130 (32.91)	131 (33.16)	76 (19.24)	45 (11.39)	13 (3.29)
10	ไอศกรีม	83 (21.01)	128 (32.41)	99 (25.06)	62 (15.70)	23 (5.82)
11	เค้ก	167 (42.28)	124 (31.39)	70 (17.72)	28 (7.09)	6 (1.52)
12	เบเกอรี่	150 (37.97)	129 (32.66)	80 (20.25)	30 (7.59)	6 (1.52)
13	ช็อกโกแลต	127 (32.15)	120 (30.38)	78 (19.75)	52 (13.16)	18 (4.56)

ข้อที่	กิจกรรม/การปฏิบัติ	ความถี่ในการปฏิบัติในหนึ่งสัปดาห์(จำนวน ร้อยละ)				
		ไม่เคย	1-2 วัน	3-4 วัน	5-6 วัน	ทุกวัน
14	กาแฟ	250 (63.29)	73 (18.48)	39 (9.87)	24 (6.08)	9 (2.28)
15	ชา	191 (48.35)	93 (23.54)	61 (15.44)	37 (9.37)	13 (3.29)
16	น้ำหวาน	87 (22.03)	108 (27.34)	113 (28.61)	64 (16.20)	23 (5.82)
17	น้ำอัดลม	111 (28.10)	117 (29.62)	96 (24.30)	39 (9.87)	32 (8.10)
18	เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	249 (63.04)	82 (20.76)	43 (10.89)	14 (3.54)	7 (1.77)
19	เครื่องดื่มชูกำลัง	333 (84.30)	42 (10.63)	17 (4.30)	3 (0.76)	0 (0.00)
20	อาหารเสริม เช่น ชุปไก่ สกัด	274 (69.37)	70 (17.72)	29 (7.34)	12 (3.04)	10 (2.53)

ข้อมูลด้านการใช้อินเตอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์รายข้อ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านการใช้อินเตอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติ 3-7 วันขึ้นไปในหนึ่งสัปดาห์สูงสุด คือ ใช้สื่อสังคมออนไลน์

(ไลน์ เฟซบุ๊ก อินสตราแกรม,แชท) ร้อยละ 92.65 รองลงมาเป็น ใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อความบันเทิง เช่น ดูหนัง/ฟังเพลง มากกว่าหนึ่งชั่วโมงต่อครั้ง ร้อยละ 91.64 และใช้อินเตอร์เน็ตในการสืบค้นข้อมูลวิชาการ ร้อยละ 87.09 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติการใช้อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ (n=395)

ข้อที่	กิจกรรม/การปฏิบัติ	ความถี่ในการปฏิบัติในหนึ่งสัปดาห์(ร้อยละ)				
		ไม่เคย	1-2 วัน	3-4 วัน	5-6 วัน	ทุกวัน
1	ใช้ในการสืบค้นข้อมูลวิชาการ	11 (2.78)	40 (10.13)	98 (24.81)	107 (27.09)	139 (35.19)
2	ใช้ในการเรียนหลักสูตรออนไลน์	53 (13.42)	67 (16.96)	116 (29.37)	71 (17.97)	88 (22.28)
3	ใช้สื่อสังคมออนไลน์(ไลน์ เฟซบุ๊ก อินสตาแกรม, แชน)	14 (3.54)	15 (3.80)	48 (12.15)	61 (15.44)	257 (65.06)
4	ใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการซื้อขายสินค้าออนไลน์	90 (22.78)	63 (15.95)	108 (27.34)	55 (13.92)	79 (20.00)
5	ใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อความบันเทิง เช่น ดูหนัง/ฟังเพลงมากกว่าหนึ่งชั่วโมงต่อครั้ง	7 (1.77)	26 (6.58)	73 (18.48)	71 (17.97)	218 (55.19)
6	ใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อเล่นเกมส์มากกว่าหนึ่งชั่วโมงต่อครั้ง	85 (21.52)	67 (16.96)	88 (22.28)	46 (11.65)	109 (27.59)
7	ใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อส่งเอกสารในรูปแบบไฟล์ต่างๆ	19 (4.81)	46 (11.65)	114 (28.86)	97 (24.56)	119 (30.13)
8	ใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อโพสต์รูปภาพ แชร์กิจกรรมต่างๆของตนเอง	33 (8.35)	70 (17.72)	109 (27.59)	73 (18.48)	110 (27.85)
9	ใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อเล่นพนันออนไลน์	298 (75.44)	24 (6.08)	34 (8.61)	12 (3.04)	27 (6.84)
10	คุยโทรศัพท์มากกว่าครึ่งชั่วโมงต่อครั้ง	157 (39.75)	99 (25.06)	73 (18.48)	22 (5.57)	44 (11.14)

ข้อมูลกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการมีความถี่ของการปฏิบัติตั้งแต่ 3 วันขึ้นไปในหนึ่งสัปดาห์สูงสุดคือ คือ ชัก รีด

เสื้อผ้า ร้อยละ 82.02 รองลงมาเป็นทำงานบ้าน เช่น ทำความสะอาดห้องน้ำ ห้องนอน ร้อยละ 81.02 และเดินทางไปเรียนหรือที่ต่างๆ ด้วยรถยนต์หรือไซด์ ร้อยละ 75.95 (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายรายข้อ (n=395)

ข้อที่	กิจกรรม/การปฏิบัติ	ความถี่ในการปฏิบัติในหนึ่งสัปดาห์ (ร้อยละ)				
		ไม่เคย	1-2 วัน	3-4 วัน	5-6 วัน	ทุกวัน
1	ออกกำลังกายในโรงยิม	238 (60.25)	88 (22.28)	40 (10.13)	18 (4.56)	1 (2.78)
2	วิ่งจ็อกกิ้ง	161 (40.76)	101 (25.57)	89 (22.53)	28 (7.09)	16 (4.05)
3	เล่นกีฬากลางแจ้ง	195 (49.37)	98 (24.81)	62 (15.70)	28 (7.09)	12 (3.04)
4	ออกกำลังกาย โดยการปั่นจักรยาน หรือปั่นจักรยานไปยังที่ต่างๆ	229 (57.97)	92 (23.39)	53 (13.42)	11 (2.78)	10 (2.53)
5	เดินทางไปเรียนหรือที่ต่างๆ ด้วยรถยนต์	58 (14.28)	37 (9.37)	44 (11.14)	29 (7.34)	227 (57.47)
6	เดินทางไปเรียนหรือสถานที่ต่างๆด้วยรถประจำทางหรือรถสาธารณะ	220 (55.70)	87 (22.03)	55 (13.92)	16 (4.05)	17 (4.30)
7	เดินทางไปเรียนหรือสถานที่ต่างๆด้วยรถยนต์ส่วนตัว	253 (64.05)	57 (14.43)	45 (11.39)	9 (2.28)	31 (7.85)
8	เดินไปยังที่ต่างๆที่ใช้เวลาไม่น้อยกว่า 10 นาที	96 (24.30)	121 (30.63)	101 (25.57)	47 (11.90)	30 (7.59)
9	ทำงานบ้าน เช่น ทำความสะอาดห้องน้ำ ห้องนอน	28 (7.09)	47 (11.90)	120 (30.38)	84 (21.27)	116 (29.37)
10	ซัก รีดเสื้อผ้า	32 (8.10)	39 (9.87)	86 (21.77)	85 (21.52)	153 (38.73)

ข้อมูลการพักผ่อน และนันทนาการ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการพักผ่อนและนันทนาการพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความถี่ของการปฏิบัติตั้งแต่ 3 วันขึ้นไปในหนึ่งสัปดาห์สูงสุด คือ ดูหนังฟังเพลงผ่าน

อินเทอร์เน็ต ร้อยละ 76.71 รองลงมาเป็นต้นนอนก่อน 07.00 น. (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติด้านการพักผ่อนและนันทนาการ รายข้อ (n=395)

ข้อที่	กิจกรรม/การปฏิบัติ	ความถี่ในการปฏิบัติในหนึ่งสัปดาห์(ร้อยละ)				
		ไม่เคย	1-2 วัน	3-4 วัน	5-6 วัน	ทุกวัน
1	เข้านอนก่อน 22.00 น.	169 (42.78)	118 (29.87)	69 (17.47)	22 (5.57)	17 (4.30)
2	ตื่นนอนก่อน 07.00 น.	73 (18.48)	78 (19.75)	91 (23.04)	67 (16.96)	86 (21.77)
3	นอน 7-8 ชั่วโมงต่อคืน	91 (23.04)	110 (27.85)	114 (28.86)	47 (11.90)	33 (8.35)
4	ดูหนังในโรงภาพยนตร์	156 (39.49)	99 (25.06)	89 (22.53)	25 (6.33)	26 (6.58)
5	ดูหนัง ฟังเพลงผ่าน อินเทอร์เน็ต	16 (4.05)	25 (4.05)	76 (6.33)	80 (20.25)	198 (50.13)
6	ดูคอนเสิร์ต/การแสดง ดนตรี	162 (41.01)	83 (21.01)	76 (19.24)	33 (8.35)	41 (10.38)
7	เดินซื้อของตาม ห้างสรรพสินค้า	72 (18.23)	118 (29.87)	112 (28.35)	56 (14.18)	37 (9.37)
8	เที่ยวสถานบันเทิง	248 (62.78)	61 (15.44)	53 (13.42)	20 (5.06)	13 (3.29)
9	เที่ยวตามแหล่งท่องเที่ยว ธรรมชาติ	116 (29.37)	114 (28.86)	104 (26.33)	37 (9.37)	24 (6.08)
10	อ่านหนังสือ	56 (14.18)	131 (33.16)	140 (35.44)	45 (11.39)	23 (5.82)

การอภิปรายผล

จากการศึกษาวิถีการดำเนินชีวิตสมัยใหม่ของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น พบว่า ข้อมูลด้านการบริโภคอาหารสมัยใหม่ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการบริโภคอาหารสมัยใหม่อยู่ในระดับน้อย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการบริโภคอาหารสมัยใหม่ ที่มีความถี่ของการบริโภคอาหารตั้งแต่ 3 วันขึ้นไปในหนึ่งสัปดาห์มากที่สุดคือ การรับประทานเนื้อย่างเกาหลี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรวรรณ และธวัชชัย 2557⁹ ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการใช้บริการร้านหมูกระทะบุฟเฟต์ ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เป็นกลุ่มนักเรียนนักศึกษา และมีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี รองลงมาเป็นการรับประทานไก่ทอด และการรับประทานบุฟเฟต์ ประเภทขนมหวาน คือ การรับประทานไอศกรีม การรับประทานช็อกโกแลต และการรับประทานเบเกอรี่ ประเภทเครื่องดื่ม ได้แก่ การดื่มน้ำหวาน รองลงมาเป็นการดื่มน้ำอัดลม และเป็นการดื่มน้ำชา และยังพบว่ามึ้นักศึกษาที่ยังบริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์, ไวน์ ทั้งนี้เป็นเพราะเป็นอาหารประเภทที่สามารถรับประทานได้ง่าย สะดวกสบายต่อผู้บริโภค และจากการสำรวจพบว่าในอำเภอเมืองขอนแก่นมีร้านชาบู เนื้อย่างเกาหลี ประมาณเกือบถึง 30 ร้าน รวมทั้งด้านผลิตภัณฑ์ ด้านราคา ด้านทำเลที่ตั้ง ด้านบริการ ด้านการส่งเสริมการตลาดต่าง ๆ จึงส่งผลให้ผู้บริโภคมี

ความคิดเห็นต่อการบริโภคอาหารสมัยใหม่บ่อยมากขึ้น

ข้อมูลด้านการใช้อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ทำให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการใช้อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์มีการปฏิบัติ 3-7 วันขึ้นไปในหนึ่งสัปดาห์สูงสุด ได้แก่ การใช้สื่อสังคมออนไลน์(ไลน์ เฟซบุ๊ก อินสตาแกรม, แชนท) การใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อความบันเทิง เช่น ดูหนัง/ฟังเพลง มากกว่าหนึ่งชั่วโมงต่อครั้ง และการใช้อินเทอร์เน็ตในการสืบค้นข้อมูลวิชาการ เพราะในยุคปัจจุบันเป็นยุคของเทคโนโลยีไม่ว่าจะทำอะไรคนส่วนใหญ่ก็มักจะพึ่งพาการใช้อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์เพื่อการสื่อสาร เพื่อความบันเทิง เพื่อการศึกษา เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณรัตน์ ศรีชูศิลป์ 2554¹⁰ พบว่า พฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักศึกษาปริญญาบัณฑิต คณะครุศาสตร์ศึกษาศาสตร์ ในมหาวิทยาลัยของรัฐ มีการใช้งานด้านการสื่อสารมากที่สุด และพบว่ามีผู้ใช้ประโยชน์ในแอปพลิเคชันต่างๆบนเครือข่ายสังคมออนไลน์อยู่ในระดับมาก

ข้อมูลด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย โดยพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีระดับกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัชกร คงชีวกุล และคณะ(2557)¹¹ จากการวิจัยพบว่า นักศึกษามีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ทำให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการมีความถี่ของการปฏิบัติตั้งแต่ 3 วันขึ้นไปในหนึ่งสัปดาห์สูงสุดคือ คือ การซัก รีดเสื้อผ้า รองลงมาเป็นการทำงานบ้าน เช่น ทำความสะอาดห้องน้ำ

ห้องนอน และการเดินทางไปเรียนหรือที่ต่างๆ ด้วยรถยนต์ เพราะการซักผ้า การรีดเสื้อผ้า การทำความสะอาดบ้านหรือสถานที่พัก เป็นการออกกำลังกายที่ทำได้ง่าย สะดวก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัชกร คงชีวกุล และคณะ²⁵⁵⁷¹¹ จากการวิจัยพบว่า นักศึกษามีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

ข้อมูลระดับการปฏิบัติในการพักผ่อนและนันทนาการ โดยพบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีระดับการพักผ่อน และนันทนาการอยู่ในระดับปานกลาง ทำให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความถี่ของการปฏิบัติตั้งแต่ 3 วันขึ้นไปในหนึ่งสัปดาห์สูงสุด คือ การดูหนัง ฟังเพลงผ่านอินเทอร์เน็ต รองลงมาเป็นการตื่นนอนก่อน 07.00 น. และการอ่านหนังสือ ซึ่งสอดคล้องกับวิจัยของชเนตติ สยนาพันธ์²⁵⁵⁵¹² ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมและปัญหาการใช้ อินเทอร์เน็ตของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา พบว่านักศึกษาปริญญาตรี ในด้านความบันเทิง มีพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ต โดยรวมในระดับมาก เพราะสามารถค้นหาข้อมูลต่าง ๆ ได้ ไม่ว่าจะเป็นฟังเพลง ดูหนัง ดูลิขสิทธิ์ หรือข้อมูลเกี่ยวกับความบันเทิงได้มากมาย ในการพักผ่อนหย่อนใจ

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้

1. ควรมีการจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ในกลุ่มนักศึกษาที่ยังมีความรู้ไม่ถูกต้องในเรื่องการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ความเชื่อที่ผิดเรื่องแอลกอฮอล์ช่วยลดความเครียด และสร้างความมั่นใจ เป็นต้น

2. ควรจัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อแก้ไขปัญหาการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อเล่นเกมสในนักศึกษา เช่น กิจกรรมชุมนุมต่าง ๆ เป็นต้น

3. ควรส่งเสริมหรือจัดกิจกรรมให้นักศึกษามีพฤติกรรมทางกายและออกกำลังกายมากขึ้น เช่น กิจกรรมสนับสนุนการเดินวิ่ง การเล่นกีฬา การปั่นจักรยาน เป็นต้น

4. ควรส่งเสริมให้นักศึกษามีการพักผ่อนและนันทนาการไปในทางที่ถูกต้อง เพื่อสุขภาพที่ดี เช่น กิจกรรมการอ่านหนังสือ การให้ความรู้การพักผ่อนให้เพียงพอ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตสมัยใหม่ของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

2. ควรมีการศึกษาวถีชีวิตสมัยใหม่ของนักศึกษากลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่น ๆ เช่น พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ แพทย์ เป็นต้น เพื่อเปรียบเทียบลักษณะของวิถีชีวิตสมัยใหม่

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีด้วยความช่วยเหลือของอาจารย์ ดร.กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย และนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่นทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กัลยาณี โนอินทร์. ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในวัยเรียนและวัยรุ่นไทย [อินเทอร์เน็ต]. วารสารพยาบาลทหารบก; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2 ก.ย. 2561]. เข้าถึงได้จาก

- <https://www.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/101572>
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. 6 พฤติกรรมบั่นทอนสุขภาพ หม่อมสาววัยทำงาน 2559 [อินเทอร์เน็ต]; 2559 [เข้าถึง เมื่อ 4 ก.ย. 2561]. เข้าถึงได้จาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/30835-html>
 3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ภาวะโภชนาการเกิน [อินเทอร์เน็ต]; 2557 [เข้าถึง เมื่อ 9 ต.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/26723-html>.
 4. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การสำรวจสุขภาพ ประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2554.
 5. วิชัย เอกพลากร,บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2559.
 6. ศิวีไล ชยางกูร. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ, มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 8 ; วันที่ 20 มีนาคม 2561; ณ ห้องประชุมใหญ่มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร; 2561.
 7. พิชญ์ เพชรคำและพรทิพย์ เย็นจะบก. พฤติกรรมการใช้โทรศัพท์มือถือของวัยรุ่นไทยที่มีผลกระทบด้านลบต่อตนเอง และสังคม [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 5 ก.ย. 2561]. เข้าถึงได้จาก <https://www.spu.ac.th/commart/files/2014/06/13.%E0%B8%9A%E0%B8%97%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1.pdf>
 8. วรท แสงสว่างวัฒนะ. รูปแบบการดำเนินชีวิตและแรงจูงใจที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการสถานที่ออกกำลังกายของกลุ่มผู้บริโภครายที่เคยใช้บริการสถานที่ออกกำลังกาย ในเขตกรุงเทพมหานคร. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: หลักสูตรบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยกรุงเทพ; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 7 ก.ย. 2561]. เข้าถึงได้จาก <http://dspace.bu.ac.th/bitstream/123456789/2119/1/warot.seag.pdf>
 9. จิรวรรณ บุญมีและธวัชชัย บุญมี. พฤติกรรมการใช้บริการร้านหมูกระทะบุฟเฟต์ ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 7 ก.ย. 2561]. เข้าถึงได้จาก <http://www.management.cmru.ac.th/e-book/file/1-2557.pdf>
 10. อรุณรัตน์ ศรีชูศิลป์. พฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักศึกษาปริญญาบัณฑิต คณะครุศาสตร์ศึกษาศาสตร์ในมหาวิทยาลัยของรัฐ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: หลักสูตรปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีการศึกษา ภาควิชาเทคโนโลยีการศึกษา. มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2554 [เข้าถึงเมื่อ 7 ก.ย. 2561]. เข้าถึงได้จาก

http://www.thapra.lib.su.ac.th/thesis/showthesis_th.asp?id=0000006536

11. ฌัซกร คงชีวสกุล และคณะ. พฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัย เทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย วิทยาเขตสงขลา [อินเทอร์เน็ต]. สงขลา: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 6 ก.ย. 2561]. เข้าถึงได้จาก https://so01.tci-thaijo.org/index.php/NUR_YIU/article/view/29746/25614.
12. ชเนตตี สยนานนท์. พฤติกรรมและปัญหาการใช้อินเทอร์เน็ตของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการอุดมศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2555 [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ย. 2561]. เข้าถึงได้จาก http://thesis.swu.ac.th/swuthesis/Hi_Ed/Chanettee_S.pdf.

ปริมาณสารอาหารที่ได้รับและภาวะโภชนาการของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนรัฐบาลแห่งหนึ่งในเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

นิธิพัฒน์ โพชนะโน¹, เบญญาภา กาลเขว้า², ประทีป กาลเขว้า³

(วันที่รับบทความ: 25 กรกฎาคม 2562; วันที่แก้ไข: 8 พฤศจิกายน 2562; วันที่ตอบรับ: 30 พฤศจิกายน 2562)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปริมาณสารอาหารที่ได้รับ ภาวะโภชนาการ และความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะโภชนาการ น้ำหนักตามเกณฑ์อายุของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนรัฐบาลแห่งหนึ่งในเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 68 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และเก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องชั่งน้ำหนัก, เครื่องวัดส่วนสูง, กราฟการเจริญเติบโตตามเกณฑ์ช่วงอายุของกระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะโภชนาการ น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ โดยใช้ไคสแควร์ (Chi-square)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.94 มีอายุเฉลี่ย 11 ปี (S.D.=0.90) ปริมาณพลังงานและสารอาหารในภาพรวม พบว่า ปริมาณไม่เพียงพอ และภาวะโภชนาการพบว่า ส่วนใหญ่มีน้ำหนักตามเกณฑ์ ร้อยละ 80.56 ส่วนใหญ่มีส่วนสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 55.88 ส่วนใหญ่มีภาวะสมส่วน ร้อยละ 70.59 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ น้ำหนักตามเกณฑ์อายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value 0.17) ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการเก็บข้อมูลเชิงลึก โดยการบันทึกอาหารที่บริโภคโดยผู้ดูแล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและสมบูรณ์ โดยสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร รูปแบบการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง และครอบครัวที่มีภาวะโภชนาการที่เกินเกณฑ์และต่ำกว่าเกณฑ์

คำสำคัญ : ปริมาณสารอาหาร ภาวะโภชนาการ น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษา

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, E-mail: dph59019@scphk.ac.th

² วิทยากรชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น E-mail: kankhwao@yahoo.com

³ วิทยากรชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น E-mail: ben_yak@hotmail.com
Corresponding author: เบญญาภา กาลเขว้า, E-mail: ben_yak@hotmail.com

Quantity of Food Consumption and Nutritional Status of Primary School Students a Public School in Municipal, Muang District, Khon Kaen Province

Nithiphat Phochan¹, Benyapa Kankhwao², Prateep Kankhwao³

(Receive 25th July 2019 ; Revised: 8th November 2019; Accepted 30th November 2019)

Abstract

This Cross-sectional descriptive research report to study the amount of nutrients received, nutritional status and the relationship between gender and nutritional status, weight according to age criteria of Upper elementary level in a government school in the municipality, Muang District, KhonKaen Province. Data were collected by Use the interview form and collect data using scales, height gauges, growth graphs according to age criteria of the Ministry of Public Health. Analyze general data using descriptive statistics. And analyze the relationship between gender and nutritional status, weight according to age criteria by using Chi-Square

The study indicated that most of the respondents are female, 52.94%, average age 11 years (S.D. = 0.90). The amount of energy and nutrients in the overall, found that the amount is not enough and nutritional status found that Most of them have weight according to the criteria of 80.56%, most have the height according to the criteria of 55.88%, most have asymmetry 70.59%. The relationship test shows that sex has relationship with nutritional status, weight according to age criteria without insignificance. Statistics at the level of 0.05 (p-value 0.17). Therefore, in the next research Should have a qualitative study In order to see more clear findings Since it is a retrospective interview Data may have discrepancies. And the data depends on the recognition of the sample Should be specific to the sample To get the most accurate and complete information And should be studied in quality By retrospective interview about food consumption behavior Food consumption patterns of sample groups Families with overweight and underweight nutrition.

Keywords: Quantity of food consumption, Nutritional status, Senior primary school

¹ Bachelor of Public Health (Community of Public Health), Sirindhorn College of Public Health, Khonkaen, E-mail: dph59019@scphkk.ac.th

² Lecturer, senior professional level, Sirindhron College of Public Health, KhonKaen Province, E-mail: kankhwao@yahoo.com

³ Lecturer, senior professional level, Sirindhron College of Public Health, KhonKaen Province, E-mail: ben_yak@hotmail.com

Corresponding author: BenyapaKankhwao, E-mail: ben_yak@hotmail.com

บทนำ

คนเราจำเป็นต้องบริโภคอาหารมื้อหลักให้ครบ 3 มื้อ และได้รับสารอาหารครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะเด็กวัยเรียนที่ต้องการพลังงานและสารอาหาร ใช้ในการเจริญเติบโตของร่างกาย อาหารจึงมีบทบาทสำคัญ เป็นส่วนที่สร้างเสริมให้เด็กวัยเรียนได้รับสารอาหารที่มีคุณค่า และจำเป็นต่อร่างกาย¹ อาหารจึงมีความสำคัญต่อระบบโครงสร้างร่างกาย สติปัญญาและสุขภาพ เด็กวัยเรียนที่รับประทานอาหารเช้า 5 หมู่ มีความหลากหลาย ปริมาณเหมาะสม ร่างกายจะเจริญเติบโตดี สูงสมส่วน สมอ้อมมีพัฒนาการดี เรียนรู้ได้เร็ว มีภูมิต้านทาน เจ็บป่วยน้อยลง¹ แต่อาหารส่วนใหญ่มักมีสาร อาหารจำพวกแป้ง น้ำตาล และไขมัน เป็นส่วนประกอบหลัก ทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียน ส่งผลต่อการเจริญเติบโต หากเด็กในวัยนี้ ขาดสารอาหารหรือขาดการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้อง ร่างกายและสมอง จะเจริญเติบโตไม่เต็มที่ การรับรู้สิ่งต่างๆ จะบกพร่อง มีผลเสียระยะยาวทั้งสุขภาพร่างกายและจิต รวมทั้งความสามารถในการเรียนรู้ การทำงาน ดังนั้นการดูแลเอาใจใส่ โดยเฉพาะทางด้านอาหารและโภชนาการ ผลต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย สมอง ระบบประสาท สติปัญญา รวมทั้งพัฒนาการทางอารมณ์และบุคลิกภาพ เพราะเด็กวัยนี้เป็นกลุ่มเยาวชนที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการสร้างรากฐานความมั่นคงต่อการพัฒนาประเทศทั้งในปัจจุบันและอนาคต เพราะการที่เด็กจะเจริญเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่ที่มีศักยภาพโดยสมบูรณ์นั้น ต้องได้รับการเลี้ยงดูและการสร้างเสริมสุขภาพตามวัยที่ถูกต้องและเหมาะสม²

จากรายงานของสำนักงานนโยบาย และยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2559 พบว่า เด็กวัยเรียนที่มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วนเพียง ร้อยละ 64.2 มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 13.1 จะเห็นได้ว่า ปัญหาทุพโภชนาการในเด็กวัยนี้ ยังคง

เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ต้องเร่งแก้ไข เนื่องจากเด็กที่เป็นโรคอ้วน เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ จะมีโอกาสเป็นโรคอ้วน 1 ใน 4 และหากอ้วนจนถึงวัยรุ่นมีโอกาสเสี่ยงสูง 3 ใน 4 ผลเสียจากการเกิดโรคอ้วน นำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ถ้าหากเด็กวัยนี้ได้รับอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จะทำให้การเจริญเติบโตไม่ดีและผอม หากขาดอาหารเรื้อรังเป็นเวลานาน จะทำให้เด็กเตี้ยส่งผลกระทบต่อพัฒนาสมอง และระดับสติปัญญาต่ำกว่าเด็กที่มีส่วนสูงตามเกณฑ์ปกติ³

จากการรายงานผลการดำเนินงานการพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 7 จังหวัดขอนแก่น โดยรับผิดชอบ 4 จังหวัด ได้แก่ ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์ นักเรียนระดับประถมศึกษาทุกสังกัด ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ซึ่งมีบทบาทหน้าที่หลักของศูนย์อนามัย ในการลดปัญหาภาวะโภชนาการเกิน (เริ่มอ้วน และอ้วน) มีแนวโน้มเริ่มอ้วนและอ้วนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.64 เมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่า เด็กวัยเรียนในจังหวัดมหาสารคาม มีภาวะโภชนาการเกินมากที่สุด (เริ่มอ้วนและอ้วน) คือร้อยละ 13.14 รองลงมาได้แก่ จังหวัดขอนแก่น ร้อยเอ็ด และกาฬสินธุ์ ร้อยละ 11.04, 9.68 และ 8.83 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กวัยเรียนมีปัญหาขาดสารอาหาร โดยพบว่าจังหวัดกาฬสินธุ์ มีเด็กผอม ร้อยละ 19.9 มหาสารคาม ร้อยละ 10.37 และพบเด็กเตี้ยในจังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 13.39 กาฬสินธุ์ ร้อยละ 9.6 และมหาสารคาม ร้อยละ 3.96⁴

จากปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะโภชนาการไม่เหมาะสม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยเด็ก เป็นกลุ่มที่มีปัญหาภาวะโภชนาการที่หลากหลายซับซ้อน ทั้งภาวะขาดสารอาหารและโภชนาการเกิน ในปัจจุบันได้มี

สัญญาณอันตรายที่บ่งชี้ว่า ควรเร่งให้ความสำคัญในการส่งเสริมภาวะโภชนาการที่เหมาะสมในเด็ก และอัตราการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นอันเป็นปรากฏการณ์ที่ผิดปกติเป็นอย่างยิ่ง โดยความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นผลสะสมมาจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต ที่ได้ปลูกฝังพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมให้แก่คนในสังคมตั้งแต่วัยเยาว์⁵ ปัญหาภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี มีแนวโน้มที่สูงขึ้นทุกปี เป็นปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องของเด็กวัยนี้ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งของประเทศไทย เพราะมีผลกับภาวะโภชนาการนำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำให้เกิดปัญหาทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ²

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปริมาณสารอาหารที่ได้รับ ภาวะโภชนาการ และความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะโภชนาการน้ำหนักตามเกณฑ์อายุของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย เนื่องจากอยู่ในช่วงอายุ 9-12 ปี เป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตร่างกายที่เปลี่ยนแปลง ทั้งด้านน้ำหนัก ส่วนสูงอย่างรวดเร็ว พัฒนาการด้านสติปัญญา สามารถคิด วิเคราะห์ ตอบคำถามได้ด้วยตนเองทำให้สะดวกในการเก็บข้อมูล เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปเป็นแนวทางการพัฒนาแก้ไขปัญหภาวะโภชนาการของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาอย่างถูกต้องและเหมาะสมในโอกาสต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปริมาณสารอาหารที่ได้รับประจำวันของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนรัฐบาลแห่งหนึ่งในเขตเทศบาล

2. เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนรัฐบาลแห่งหนึ่งในเขตเทศบาล

3. ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะโภชนาการน้ำหนักตามเกณฑ์อายุของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนรัฐบาลแห่งหนึ่งในเขตเทศบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนรัฐบาลแห่งหนึ่งในเขตเทศบาลทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 110 คน ได้ขนาดตัวอย่าง 68 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร กรณีประชากรมีขนาดเล็ก⁶ ดังนี้

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{e^2 (N-1) + Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

n = ขนาดของตัวอย่าง

N = จำนวนประชากรทั้งหมด เท่ากับ 110 คน

Z = ค่าสถิติแจกแจงมาตรฐานเมื่อกำหนด $\alpha = 0.05$ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนั้น $Z_{0.025}$ มีค่าเท่ากับ 1.96

p = สัดส่วนในการประมาณค่า = 0.10 (จากการทบทวนงานวิจัยของ นภาพร เหมาะเหม็ง⁷ พบว่า มีนักเรียนเริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ 10.1 ได้ค่า p = 0.10)

e = ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยินยอมให้เกิดขึ้นมีค่าเท่ากับ 0.05

ดังนั้น $n \approx 62$ คนเพื่อความถูกต้องของข้อมูล จึงเก็บตัวอย่างเพิ่มอีก 10% รวมจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 68 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว อาชีพของบิดาและมารดา จำนวนเงินที่ใช้จ่ายเกี่ยวกับการซื้ออาหารบริโภคประจำวัน น้ำหนัก ส่วนสูง (ผู้วิจัยลงให้ตามแบบบันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพในสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวนักเรียน) ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 11 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง มีเนื้อหาเกี่ยวกับปริมาณสารอาหารที่ได้รับใน 1 วัน จำนวนมื้ออาหารใน 1 วัน โดยการสัมภาษณ์ 3 วัน เป็นวันธรรมดา 2 วัน และวันหยุด 1 วัน ข้อคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ จำนวน 4 ข้อ นำข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณอาหารที่บริโภค ที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ นำมาคำนวณและวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคำนวณภาวะโภชนาการ (อายุ 1 วันถึง 19 ปี) INMUCAL8

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับการพิจารณาการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE 622009

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

1.สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด และค่ามัธยฐาน ใช้อธิบายข้อมูลทั่วไป

2.สถิติเชิงอนุมาน หาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะโภชนาการน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ โดยทดสอบความสัมพันธ์ด้วยค่า ไคสแควร์ (Chi-Square)

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.94 มีอายุเฉลี่ย 11 ปี (S.D.=0.90) โดยอายุต่ำสุด 9 ปี และอายุสูงสุด 13 ปี เป็นนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 42.65 น้ำหนักเฉลี่ย 42 กก. (S.D.=11.00) โดยน้ำหนักต่ำสุด 22 กก. น้ำหนักสูงสุด 76 กก. ส่วนสูงเฉลี่ย 150 ซม. (S.D.=9.08) โดยส่วนสูงต่ำสุด 130 ซม. ส่วนสูงสูงสุด 172 ซม. ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 97.06 บิดาประกอบอาชีพรับจ้าง/ลูกจ้างมากที่สุด ร้อยละ 32.35 มารดาประกอบอาชีพค้าขายมากที่สุด ร้อยละ 32.35 การพักอาศัยอยู่กับอยู่กับบิดา-มารดาร้อยละ 61.76 ได้รับเงินมาโรงเรียนวันละ 10-20 บาท ร้อยละ 41.18 เงินใช้จ่ายเกี่ยวกับการซื้ออาหารที่บริโภคเฉลี่ย 36.18 บาท (S.D.=22.36) มัธยฐาน เท่ากับ 32.5 รับประทานอาหาร 3 มื้อต่อวัน ร้อยละ 67.65 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไป (n=68)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	36	52.94
ชาย	32	47.06
อายุ (ปี)		
10	21	30.88
11	26	38.24
≥12	21	30.88
Mean = 11.06 (S.D. = 0.90) Median = 11 Min = 10 Max = 13		
ระดับชั้นประถมศึกษา(ปีที่)		
4	18	26.47
5	21	30.88
6	29	42.65
น้ำหนัก(กิโลกรัม)		
Mean = 41.62 (S.D. = 11.00) Min = 22 Max = 76		
ส่วนสูง (เซนติเมตร)		
Mean = 149.43 (S.D. = 9.08) Min = 130 Max = 172		
โรคประจำตัว		
ไม่มี	66	97.06
มี	2	2.94
อาชีพของบิดา		
รับจ้าง/ลูกจ้าง	22	32.35
พนักงานบริษัท	10	14.71
ข้าราชการ	12	17.65
ค้าขาย	13	19.12
ธุรกิจส่วนตัว	6	8.82
อื่นๆ(เกษตรกร,พนักงานรัฐวิสาหกิจ,ไม่ได้ประกอบอาชีพ)	5	7.35

ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพของมารดา		
รับจ้าง/ลูกจ้าง	16	23.53
พนักงานบริษัท	10	14.71
ข้าราชการ	6	8.82
ค้าขาย	22	32.35
ธุรกิจส่วนตัว	8	11.77
อื่นๆ(เกษตรกร,พนักงานรัฐวิสาหกิจ,ไม่ได้ประกอบอาชีพ)	6	8.82
การพักอาศัย		
อยู่กับบิดา-มารดา	42	61.76
อยู่กับมารดา	11	16.19
อยู่กับตา-ยาย	7	10.29
อื่นๆ(อยู่กับญาติ, อยู่กับปู่-ย่า, อยู่กับบิดา)	8	11.76
จำนวนเงินที่ใช้จ่ายเกี่ยวกับการซื้ออาหารที่บริโภค (บาท)		
10-20	28	41.18
21-30	6	8.82
31-40	16	23.54
≥50	18	26.46
Mean = 36.18 (S.D. = 22.36) Median = 32.5 Min = 10 Max = 100		
จำนวนมื้ออาหารที่รับประทานต่อวัน (มื้อ)		
3	46	67.65
2	22	32.35

2.ปริมาณสารอาหารที่ได้รับประจำวัน

จากการใช้แบบสัมภาษณ์การบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง จำนวน 3 วัน แล้ววิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ใน 1 วัน ของพลังงานและสารอาหารได้ดังนี้

เพศชาย 32 คน พบว่า การบริโภคอาหารส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ ได้แก่ พลังงาน, คาร์โบไฮเดรต, โปรตีน, ไขมัน, แคลเซียม, เหล็ก, วิตามินเอและวิตามินซีมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 868.38, 99.50, 43.80, 32.48, 245.26, 5.72, 238.91 และ 9.08 ตามลำดับ โดยมีค่าสัดส่วน

การกระจายพลังงาน คาร์โบไฮเดรต : โปรตีน : ไขมัน เท่ากับ 60 : 19 : 21

เพศหญิง 36 คน พบว่า การบริโภคอาหารส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ ได้แก่ พลังงาน, คาร์โบไฮเดรต, โปรตีน, ไขมัน, แคลเซียม, เหล็ก, วิตามินเอและวิตามินซีมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 988.21, 107.13, 53.07, 38.13, 250.31, 5.73, 160.80 และ 12.84 ตามลำดับ โดยมีค่าสัดส่วนการกระจายพลังงาน คาร์โบไฮเดรต : โปรตีน : ไขมัน เท่ากับ 62 : 20 : 18

3.ภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียน

ดัชนีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ พบว่า มีน้ำหนักตามเกณฑ์ ร้อยละ 80.56 รองลงมา คือน้ำหนักเกินเกณฑ์ ร้อยละ 25.00 และน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 1.47 ตามลำดับ ดัชนีส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ พบว่า มีส่วนสูงตาม

เกณฑ์ ร้อยละ 55.88 รองลงมา คือ สูง ร้อยละ 44.12 ตามลำดับ ดัชนีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบว่า มีภาวะสมส่วน ร้อยละ 70.59 รองลงมา คือ ผอม ร้อยละ 16.18 และอ้วน ร้อยละ 13.24 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียน (n = 68)

ภาวะโภชนาการ	ชาย (n = 32)		หญิง (n = 36)		รวม(n = 68)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ						
น้อยกว่าเกณฑ์			1	2.78	1	1.47
ตามเกณฑ์	21	65.63	29	80.56	50	73.53
เกินเกณฑ์	11	34.38	6	16.67	17	25.00
ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ						
สูงตามเกณฑ์	14	43.75	24	66.67	38	55.88
สูง	18	56.25	12	33.33	30	44.12
น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง						
ผอม	5	15.63	6	16.67	11	16.18
สมส่วน	23	71.88	25	69.44	48	70.59
อ้วน	4	12.50	5	13.89	9	13.24

4. ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะโภชนาการน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ

ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะโภชนาการน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ พบว่า

เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการน้ำหนักตามเกณฑ์อายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value 0.171) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เพศกับภาวะโภชนาการน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ

เพศ	ภาวะโภชนาการน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ			χ^2	p-value
	น้อยกว่าเกณฑ์	ตามเกณฑ์	เกินเกณฑ์		
	n(%)	n(%)	n(%)		
ชาย		21(65.63)	11(34.38)	3.52	0.17
หญิง	1(2.78)	29(80.56)	6(16.67)		

การอภิปรายผล

จากการใช้แบบสัมภาษณ์การบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง จำนวน 3 วัน แล้ววิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ใน 1 วัน ของพลังงานและสารอาหารของเพศชาย 32 คน พบว่า การบริโภคอาหารส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ ได้แก่ พลังงาน, คาร์โบไฮเดรต, โปรตีน, ไขมัน, แคลเซียม, เหล็ก, วิตามินเอและวิตามินซีมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 868.38, 99.50, 43.80, 32.48, 245.26, 5.72, 238.91 และ 9.08 ตามลำดับ โดยมีค่าสัดส่วนการกระจายพลังงาน คาร์โบไฮเดรต : โปรตีน : ไขมัน เท่ากับ 60 : 19 : 21 และเพศหญิง 36 คน พบว่า การบริโภคอาหารส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ ได้แก่ พลังงาน, คาร์โบไฮเดรต, โปรตีน, ไขมัน, แคลเซียม, เหล็ก, วิตามินเอและวิตามินซีมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 988.21, 107.13, 53.07, 38.13, 250.31, 5.73, 160.80 และ 12.84 ตามลำดับ โดยมีค่าสัดส่วนการกระจายพลังงาน คาร์โบไฮเดรต : โปรตีน : ไขมัน เท่ากับ 62 : 20 : 18 ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องใด เพราะการได้มาซึ่งข้อมูลที่แตกต่างกัน ด้านวิธีการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล โดยเก็บการบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมงวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม INMUCAL โดยในการประเมินแต่ละวิธีนั้นมีข้อดีข้อเสียและข้อจำกัดแตกต่างกัน ซึ่งในการศึกษารั้งนี้ผู้วิจัยเห็นว่า ความถูกต้องของข้อมูลขึ้นอยู่กับความร่วมมือ และความตั้งใจอย่างมากจากผู้ถูกประเมิน การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่บันทึกต่างๆ และความจำของผู้ถูกประเมินเป็นสิ่งที่มีความสำคัญยิ่งต่อความถูกต้องของข้อมูล ดังนั้นจึงไม่นิยมใช้กับเด็กและผู้สูงอายุหรือผู้มีความผิดปกติทางจิต และมีความคลาดเคลื่อนของปริมาณอาหารที่บริโภคจากการสัมภาษณ์การบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง (24-hour dietary recall) ซึ่งหากมีการได้มาซ้ำของข้อมูลที่ถูกต้องเป็นจริง จะทำให้ทราบถึงรายละเอียด

ของความเพียงพอปริมาณสารอาหารที่ชัดเจนเจาะจง และเป็นประโยชน์ในการนำไปประยุกต์ใช้

ดัชนีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ พบว่า มีน้ำหนักตามเกณฑ์ ร้อยละ 80.56 รองลงมา คือน้ำหนักเกินเกณฑ์ ร้อยละ 25.00 และน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 1.47 ตามลำดับ ดัชนีส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ พบว่า มีส่วนสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 55.88 รองลงมา คือ สูง ร้อยละ 44.12 ตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยของนภาพร เหมะเหม็ง⁷ ที่พบว่า โดยมีนักเรียนสูงดี (ส่วนสูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูงและสูงกว่าเกณฑ์) ร้อยละ 93.9 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยทำการศึกษามีช่วงอายุที่ใกล้เคียงกัน ดัชนีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบว่า มีภาวะสมส่วน ร้อยละ 70.59 รองลงมา คือ ผอม ร้อยละ 16.18 และอ้วน ร้อยละ 13.24 ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิภากร สอนสนาม⁸ ที่พบว่า ระดับภาวะโภชนาการส่วนใหญ่อยู่ระดับปกติ ร้อยละ 74.5 รองลงมา ผอม ร้อยละ 10.3 ค่อนข้างผอม ร้อยละ 7.8 ค่อนข้างอ้วน ร้อยละ 5.0 และอ้วน ร้อยละ 2.5 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษามีความแตกต่างแตกต่างกัน ในด้านของอายุ ด้านบริบทของพื้นที่อยู่ในสังคมเมืองกับพื้นที่ที่อยู่นอกเขตเมือง รวมไปถึงขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะโภชนาการน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการน้ำหนักตามเกณฑ์อายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value 0.17) สอดคล้องกับงานวิจัยของ นพร อึ้งอำภรณ์⁹ ที่พบว่า เพศกับภาวะโภชนาการด้านน้ำหนักตามเกณฑ์อายุไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value 0.38)

สรุปผลการวิจัย

นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนรัฐบาลแห่งหนึ่งในเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นเพศชาย 32 คน พบว่าการบริโภคอาหารส่วนใหญ่ไม่เพียงพอมีค่าสัดส่วนการกระจายพลังงาน คาร์โบไฮเดรต : โปรตีน : ไขมัน เท่ากับ 60 : 19 : 21 และเพศหญิง 36 คน พบว่าการบริโภคอาหารส่วนใหญ่ไม่เพียงพอมีค่าสัดส่วนการกระจายพลังงาน คาร์โบไฮเดรต : โปรตีน : ไขมัน เท่ากับ 62 : 20 : 18 น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ พบว่า มีน้ำหนักตามเกณฑ์ ร้อยละ 80.56 ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ พบว่า มีส่วนสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 55.88 น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบว่า มีภาวะสมส่วน ร้อยละ 70.59 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะโภชนาการน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการน้ำหนักตามเกณฑ์อายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value 0.17)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากวิจัย

1) จากผลการวิจัยพบว่าภาวะโภชนาการน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการตามเกณฑ์ รองลงมา คือ เกินเกณฑ์ และต่ำกว่าเกณฑ์ทางโรงเรียนควรมีการหาแนวทางที่ช่วยส่งเสริมภาวะโภชนาการของนักเรียนให้มีภาวะโภชนาการตามเกณฑ์มากยิ่งขึ้นโดยน้ำหนักตามเกณฑ์อายุเป็นเครื่องชี้วัดที่มีความไวต่อการขาดสารอาหาร เหมาะที่จะใช้เฝ้าระวังติดตามภาวะโภชนาการของเด็กเพราะเป็นดัชนีในการประเมินภาวะโภชนาการในโรงเรียน เพื่อหาปัญหาเฉียบพลันที่สุด

2) จากผลการวิจัยพบว่า มีปริมาณสารอาหารส่วนใหญ่ที่ได้รับไม่เพียงพอ ในเพศชายและเพศหญิง ซึ่งสารอาหารแต่ละประเภทมีความจำเป็น ควรมีการหาแนวทางส่งเสริมให้

เด็กตระหนักถึงความสำคัญของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และปริมาณเพียงพอแก่ความต้องการของร่างกายปรับเมนูอาหารกลางวันในโรงเรียนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาในเชิงคุณภาพ เพื่อให้เห็นผลการวิจัยที่ชัดเจนมากขึ้น เนื่องจากเป็นการสัมภาษณ์ย้อนหลัง ข้อมูลอาจมีความคลาดเคลื่อน และใช้ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลนาน จึงควรมีการเจาะจงกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและสมบูรณ์มากที่สุด

2) ควรศึกษารูปการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนและครอบครัวที่มีภาวะโภชนาการที่เกินเกณฑ์ และต่ำกว่าเกณฑ์

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะครูและนักเรียน ทัศนศึกษาโรงเรียนรัฐบาลแห่งหนึ่งในเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ที่ได้สละเวลาอันมีค่าในการให้คำปรึกษา ชี้แนะ แนวทางแก้ไข ข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ทำให้ผู้วิจัยแนวทางการแก้ไข และพัฒนาการจัดการรายงานวิจัยในครั้งนี้จนเกิดความสำเร็จ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

1. ณัฐวรรณ เขาวรรณลิขิตกุล. แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-18 ปี. กองโภชนาการ กรมอนามัย. กรุงเทพฯ; 2548.
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี กรมอนามัย 2559. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2560.

3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2560 กรมอนามัย. กรุงเทพฯ; 2560.
4. ศูนย์อนามัยที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. รายงานผลการดำเนินงานการพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย.กรมอนามัย. กรุงเทพฯ; 2559.
5. สิรินทร์ยา พูลเกิด. รายงานประจำปี 2556 แผนงานวิจัยนโยบายอาหารและโภชนาการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ; 2557.
6. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์; 2556.
7. นภาพร เหมาะะเหม็ง, ประทุมยนต์ เจริญล้ำ และสุธีราพิณิจ. การศึกษาภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร ศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก; 2558.
8. วิภากร สอนสนาม, วิวัน ละมุนเทียร, เพ็ญนภา ฤทธิวงศ์, จิระประภา ศรีสารคาม, ไกรทองและพาณี ยงใจยุธ. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับภาวะโภชนาการของนักเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2552.
9. นพร อึ้งอำภรณ์. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการและการติดเชื้อพยาธิใบไม้ของเต็กว้ย เรียนในจังหวัดสุรินทร์. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2556.

พฤติกรรมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มน้ำอัดลม ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

ศุภรัตน์ กุลเสน¹, สุทิน ชนะบุญ², ลำพึง วอนอก³

(วันที่รับบทความ: 10 สิงหาคม 2562; วันที่แก้ไข: 18 พฤศจิกายน 2562; วันที่ตอบรับ 4 ธันวาคม 2562)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่งอำเภอเมือง ในจังหวัดขอนแก่น โดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified sampling) จำนวน 210 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเองสถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square และ Multiple logistic regression

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลม ร้อยละ 96.67 อายุเฉลี่ย 13 ปี และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลม ได้แก่ สถานที่ซื้อน้ำอัดลมร้านค้าภายในโรงเรียน (Adjusted OR=3.77, 95% CI :.45-9.78) ร้านค้าภายนอกโรงเรียน (Adjusted =4.97, 95% CI: 1.94-13.07) ปัจจัยเอื้อต่อพฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลมรายข้อ (Adjusted =3.12, 95% CI: 1.33-7.33)

ผลการศึกษาครั้งนี้ จะนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและกำหนดแนวทางในการดูแลป้องกันการดื่มน้ำอัดลมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลม, นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1, น้ำอัดลม

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, Email: dph59035@scphkk.ac.th

² อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, Email: Sutin@scphkk.ac.th

³ อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, Email: lampung@scphkk.ac.th

Corresponding author: สุทิน ชนะบุญ, Email: Sutin@scphkk.ac.th

**The Soft Drinks Behavior and Essential Relation
of Mathayomsuksa 1 Students in a Middle School,
Aumper Mueang, Khonkaen**

Supharat Kunsen¹, Sutin Chanabun², Lampung Vonok³

(Receive 10th August 2019 ; Revised: 18th November 2019; Accepted 4th December 2019)

Abstract

This cross-sectional description research aimed to investigate factors related to soft-drink drinking behaviors among middle school students in Meuang District, KhonKaen Province. The 210 students were selected by stratified random sampling method, collected by self-questionnaires and analyzed by frequency, percentages, total average, lowest average, highest average, standard deviation, and multiple logistic regression.

The research result showed the frequency of consumption to soft drink drinking was 96.67%, aged 13 years old. The factor that related to soft drink drinking behaviors were the store that sells soft drink in the school (Adjusted OR=3.77, 95% CI:1.45-9.78) Stores outside the school (Adjusted OR=4.97, 95% CI: 1.94-13.07) Factors contributing to soft drink drinking behaviors (Adjusted OR=3.12, 95% CI:1.33-7.33)

This research results would be applied as basic information to modify and prevent behaviors to soft drink drinking consumption in middle school. This information would be continually useful for the related organizations.

Keywords: The soft drinks behavior, Mathayomsuksa 1 students, Aerated soft drinks

¹Bachelor in Community of Public Health, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen
Email: dph59035@scphkk.ac.th

²Lecturer, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Email: Sutin@scphkk.ac.th

³Lecturer, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Email: lampung@scphkk.ac.th

Corresponding author: Dr. Sutin Chanabun, Email: Sutin@scphkk.ac.th

บทนำ

สถานการณ์ความร้อนของประเทศไทยหลายคนมองหาวิธีดับร้อนหนึ่งวิธีที่เลือกใช้ก็คือ น้ำอัดลม หรือน้ำหวานชนิดต่างๆ แต่สิ่งเหล่านี้ถ้าดื่มประจำจะส่งผลเสียต่อสุขภาพ โดยน้ำตาลเป็นอาหารที่ให้แต่พลังงานแต่ไม่ให้สารอาหารอื่นๆ น้ำหวานที่นำมาอัดลม มีส่วนผสมของสีและรสชาติเทียมที่มาจากสารเคมี เมื่อบริโภคต่อเนื่องจะสามารถทำให้ก่อพิษในร่างกายได้ คาเฟอีนในน้ำอัดลม เป็นสารกระตุ้นประสาททำให้ร่างกายเกิดความตื่นตัว และลดความง่วงลง โดยออกฤทธิ์กับระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้จังหวะและอัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติได้ และน้ำอัดลมทุกสูตรล้วนแต่ผสมน้ำตาลในปริมาณสูง การบริโภคน้ำอัดลมวันละ 1 กระป๋องจึงทำให้ร่างกายได้รับปริมาณน้ำตาลเกินปริมาณที่ร่างกายควรได้รับ และยังมีส่วนผสมของกรดฟอสฟอริก เป็นกรดที่ทำให้เกิดความซ้ำอีกชนิดหนึ่ง กรดนี้เป็นตัวเดียวกับที่ใช้ในผงซักฟอก รวมทั้งใช้ในอุตสาหกรรมโลหะด้วย ซึ่งมีความเป็นกรดสูงมาก สามารถละลายตะปูได้ภายใน 4 วัน¹

ปัจจุบันน้ำอัดลมในประเทศไทยมีระดับน้ำตาลอยู่ที่ 32 กรัม หรือ 8 ช้อนชา ทำให้คนที่ดื่มน้ำอัดลม 1 กระป๋องต่อวันรับน้ำตาลเกินปริมาณที่กำหนด คือห้ามเกินวันละ 6 ช้อนชาต่อคนต่อวัน ตามราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แนะนำ เพราะจะทำให้เกิดปัญหาเรื่องโรคอ้วน ฟันผุ และฟันกร่อน ถ้าเด็กกินน้ำอัดลมและอาหารหวานมากไปจะทำให้อ้วนและทำให้ไม่ได้รับสารอาหารที่จำเป็นเพียงพอต่อการเจริญเติบโต²

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มน้ำตาลโดย ศึกษาจากกลุ่มผู้มีอายุระหว่าง 40-59 ปี จำนวน 2,500 คนในประเทศอังกฤษและสหรัฐอเมริกา พบว่าดื่มน้ำอัดลม 1 ครั้งในแต่ละวันมีระดับน้ำตาลในเส้นเลือดสูง และยังได้รับพลังงานมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มน้ำอัดลมถึง 397 แคลอรีต่อวัน ซึ่งพลังงานที่เพิ่มขึ้นในแต่ละวันจะทำให้ค่าความดันโลหิตเพิ่มขึ้นได้ เสี่ยงความดันโลหิตสูง มะเร็ง อัมพาต และโรคหัวใจขาดเลือด เนื่องจากได้รับน้ำตาลเกินปริมาณที่ร่างกาย²

ข้อมูลจากศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่นพบว่า ขอนแก่นกำลังประสบปัญหาเด็กแรกเกิดถึงอายุ 14 ปีมีภาวะโภชนาการด้านอ้วน ผอม และเตี้ย หรือมีภาวะโภชนาการไม่สมวัย ที่ผ่านมามีผู้ปกครองจำนวนไม่น้อยขาดความรู้ในการเลี้ยงดูลูกและให้อาหารไม่ถูกหลักโภชนาการ รวมทั้งเด็กมีพฤติกรรมบริโภคอาหารและโภชนาการไม่พึงประสงค์ จากการสำรวจพบว่า เด็กอายุแรกเกิดถึง 1 ขวบ ร้อยละ 38.89 และเด็กอายุ 1-6 ขวบ ร้อยละ 59.45 ดื่มน้ำอัดลมและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เด็กอายุ 1-6 ขวบ กินขนมกรุบกรอบเป็นประจำร้อยละ 76.5 และเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.65 มีการดื่มน้ำอัดลมและเครื่องดื่มรสหวานเป็นประจำและมากกว่าร้อยละ 59.66 กินขนมกรุบกรอบและขนมหวาน³

ปัจจุบันเนื่องด้วยโรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่ง ตั้งอยู่ในเขตเทศบาล อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น จากการสังเกตพบว่า ยังคงมีน้ำอัดลมถูกวางขายล่อตาล่อใจเด็ก ๆ อยู่เช่นเดิม โดยเฉพาะร้านค้าที่ตั้งขายอยู่บริเวณ

หน้าโรงเรียน รวมถึงร้านสะดวกซื้อที่เปิดขาย ทั้ง น้ำอัดลม น้ำหวาน ซึ่งเป็นปัจจัยเอื้อที่ส่งผลต่อ พฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลม และจากสำรวจภาวะ โภชนาการของเด็กไทย อายุ 6 เดือน ถึง 12 ปี ในปี 2555 พบว่า เด็กดื่มน้ำอัดลมร้อยละ 58.3 ดื่มทุกวันร้อยละ 55.1 โดยดื่มครั้งละ 1 แก้ว/ ขวด/กระป๋อง ร้อยละ 23.3 ดื่มเป็นอาหารว่าง ร้อยละ 15.0 ซึ่งเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 12-13 ปี⁴

ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นผู้ศึกษา จึงได้ทำการศึกษา พฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่งอำเภอเมือง ในจังหวัดขอนแก่น เพื่อนำข้อมูลไปเป็นแนวทางในการ ส่งเสริมการดื่มน้ำอัดลมที่ปลอดภัยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลม ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนมัธยม แห่งหนึ่งอำเภอเมือง ในจังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลมของนักเรียนชั้น มัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่งอำเภอ เมือง ในจังหวัดขอนแก่น

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยนำ ประกอบด้วย อายุ การพัก อาศัยค่าใช้จ่าย/วัน ความรู้เกี่ยวกับน้ำอัดลม ทศนคติเกี่ยวกับน้ำอัดลม มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลม
2. ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย สถานที่ขาย น้ำอัดลม เศรษฐฐานะและอำนาจซื้อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลม

3. แรงสนับสนุนจากเพื่อน แรง สนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดื่ม

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มุ่งศึกษาพฤติกรรมการ ดื่มน้ำอัดลมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ ดื่มน้ำอัดลม โดยศึกษากับนักเรียนชั้น มัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่งอำเภอ เมือง ในจังหวัดขอนแก่น ด้วยวิธีการใช้ แบบสอบถาม โดยมีขอบเขตการวิจัยดังนี้ ทำการศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างในนักเรียนชั้น มัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่งอำเภอ เมือง ในจังหวัดขอนแก่นจำนวน 477 คน ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่ม ตัวอย่างตั้งแต่ เดือน ธันวาคม 2561 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2562

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปี ที่ 1 โรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่งอำเภอเมือง ใน จังหวัดขอนแก่นจำนวน 477 คนการคำนวณ ขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วน ของอรุณ จิรวัดนกุล และคณะ⁵

การสุ่มตัวอย่าง

สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิสุ่มแบบชั้น ภูมิ (Stratified sampling) โดยแบ่งนักเรียน ตามห้อง คำนวณขนาดตัวอย่างในแต่ละห้อง ตามสัดส่วนของนักเรียนในแต่ละห้อง และใช้วิธี

ในการสุ่มอย่างง่ายจาก โดยการจับฉลากรายชื่อของจำนวนนักเรียนที่ได้แต่ละห้อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบไปด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถามประกอบด้วย เพศ อายุ ที่พักอาศัย ค่าใช้จ่าย โดยลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลม ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับการเคยดื่ม ความถี่ในการดื่ม ลักษณะของน้ำอัดลมที่ผู้บริโภคนิยมดื่ม สถานที่ซื้อเหตุผลในการดื่ม ช่วงเวลาในการดื่ม ค่าใช้จ่ายในการดื่ม

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลม โดยแบ่งออกเป็น 3 ปัจจัย ได้แก่

ปัจจัยนำ ประกอบด้วย 2 ส่วน

1. แบบวัดความรู้ต่อการดื่มน้ำอัดลม มีลักษณะ ถูกผิด เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนนรวม โดยมีหลักเกณฑ์ในการแปลผลระดับความรู้ ดังนี้ แบ่งกลุ่มนักเรียนได้ดังนี้ ความรู้ระดับดี ได้คะแนนตั้งแต่ 12 ขึ้นไป ความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนนระหว่าง 9 ถึง 11 ความรู้ระดับน้อยได้คะแนนน้อยกว่า 9

2. แบบวัดทัศนคติต่อการดื่มน้ำอัดลม มีลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาค่า (Rating scale) ซึ่งมีการวัด 5 ระดับ ของ Likert โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามค่าเฉลี่ยดังนี้ (Best, 1977) ค่าเฉลี่ย 3.67 - 5.00 หมายถึงระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.66 หมายถึงระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึงระดับน้อย

ปัจจัยเอื้อ มีลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาค่า (Rating scale) ซึ่งมีการวัด 5 ระดับ โดยใส่เครื่องหมาย ถูก ผิด ลงในช่วงว่าง

การแปลผลปัจจัยเอื้อ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Bloom, 1968) คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 เท่ากับระดับต่ำ คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 เท่ากับระดับปานกลาง คะแนนเท่ากับร้อยละ 80 ขึ้นไปเท่ากับระดับสูง

ปัจจัยเสริม ลักษณะเป็นคำถามเป็นมาตราส่วนประมาค่า (Rating scale) 5 ระดับ การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ กลุ่มนักเรียนที่มีการปฏิบัติระดับมากได้คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป กลุ่มนักเรียนที่มีการปฏิบัติระดับปานกลางได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 -79 กลุ่มนักเรียนที่มีการปฏิบัติระดับน้อยได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม เพื่อหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้และคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.83

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ นำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติวิเคราะห์ใช้สถิติ Chi-square หรือ Fisher's exact test กรณีไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้ไคสแควร์ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และ Multiple logistic regression

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการพิจารณาการอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE 612059

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบจากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาที่ส่วนใหญ่เป็นเพศ

หญิงร้อยละ 66.67 ส่วนใหญ่อายุ 13 ปี ร้อยละ 87.62 อายุเฉลี่ย 13 ปี (S.D.= 0.35) น้ำหนักส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 45-54 กิโลกรัม ร้อยละ 38.57 น้ำหนักเฉลี่ย 47.38 กิโลกรัม (S.D.= 10.92) ปัจจุบันส่วนใหญ่นักเรียนพักอาศัยอยู่ที่บ้านของตนเอง ร้อยละ 96.19 มีค่าใช้จ่ายต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วงไม่เกิน 3000 บาท ร้อยละ 90.48 ค่าใช้จ่ายต่อเดือนเฉลี่ย 2014 บาท (S.D.= 1215.5) มัธยฐานของค่าใช้จ่ายต่อเดือนเท่ากับ 1500

1. พฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลมพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ ดื่มน้ำอัดลมในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 96.67 ดื่มน้ำอัดลมในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 94.76 และดื่มน้ำอัดลมในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ร้อยละ 86.19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ ดื่มน้ำอัดลม ร้อยละ 96.67 ไม่ดื่มน้ำอัดลมคิดเป็นร้อยละ 3.33 (จำนวน 7 คน) กรณีไม่ดื่มน้ำอัดลมส่วนใหญ่เพราะไม่มีประโยชน์ต่อร่างกาย 4 ใน 7 คน สถานที่ซื้อน้ำอัดลมส่วนใหญ่คือร้านค้าภายในโรงเรียน ร้อยละ 65.03 รองลงมาคือร้านสะดวกซื้อ เช่น เซเว่น แฟมิลี่มาซัน ร้อยละ 58.13 และร้านขายของชำ ร้อยละ 34.98 ตามลำดับ เหตุผลในการดื่มน้ำอัดลมส่วนใหญ่เพราะอากาศ ร้อยละ 69.46 รองลงมดื่มเพื่อแก้กระหาย ร้อยละ 61.10 และดื่มตามเพื่อน ร้อยละ 5.19 ตามลำดับ ช่วงเวลาในการดื่มส่วนใหญ่ดื่มตอนพักเที่ยง ร้อยละ 59.60 รองลงมาดื่มหลังเลิกเรียน ร้อยละ 57.63 และดื่มในช่วงชั่วโมงเรียน ร้อยละ 9.85 ตามลำดับ ค่าใช้จ่ายในการดื่มเฉลี่ย/เดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 100-299 บาท ร้อยละ 70.44 ค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายในการดื่ม/เดือนอยู่ที่ 211.46 (S.D.= 122.85) มัธยฐานค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายในการดื่ม/เดือนเท่ากับ 200

2. ยี่ห้อน้ำอัดลมที่นักเรียนชอบดื่มพบว่าชอบดื่มโค้ก ร้อยละ 72.91 เป็นลำดับที่ 1

ชอบดื่มเป๊ปซี่ร้อยละ 26.11 เป็นลำดับที่ 2 และชอบดื่มสไปรท์ร้อยละ 16.26 เป็นลำดับที่ 3 และในลำดับที่ 1 พบว่า มีนักเรียนชอบดื่มเป๊ปซี่ร้อยละ 8.37 รองลงมาน้ำส้มร้อยละ 4.93 และน้ำแดงร้อยละ 3.94 โคล่าร้อยละ 3.45 ตามลำดับ ในลำดับที่ 2 พบว่า นักเรียนชอบดื่มเป๊ปซี่มากที่สุดร้อยละ 26.11 รองลงมาน้ำแดงร้อยละ 17.73 และน้ำส้มร้อยละ 17.24 และเมื่อแบ่งตามลำดับที่ 3 พบว่า มีนักเรียนชอบดื่มสไปรท์มากที่สุดร้อยละ 16.26 รองลงมาเป๊ปซี่ร้อยละ 15.76 และน้ำแดงกับน้ำเขียวร้อยละ 14.29 ตามลำดับ

3. ความรู้เกี่ยวกับการดื่มน้ำอัดลมจากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ มีความรู้ต่อการดื่มน้ำอัดลมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 48.10 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 29.05 และระดับน้อย ร้อยละ 22.86 มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ที่ 8.29 (S.D.=2.36) ค่ามัธยฐานของคะแนนความรู้เท่ากับ 8 (ค่าต่ำสุด เท่ากับ 2) และ(ค่าสูงสุดเท่ากับ 14)พบว่านักเรียนมีรายข้อความรู้ระดับมาก ในเรื่อง การดื่มน้ำอัดลมเป็นประจำอาจทำให้ภาวะโภชนาการผิดปกติ (อ้วนหรือผอม) ร้อยละ 84.76 นักเรียนมีรายข้อความรู้ระดับปานกลาง เรียงจากมากมาน้อย ในเรื่องน้ำอัดลมไม่ได้ช่วยให้ระบบขับถ่ายดี ร้อยละ 77.62 หลักการเลือกเครื่องดื่มที่ถูกต้องนักเรียนควรคำนึงถึงคุณค่าทางอาหาร ร้อยละ 70.48 น้ำตาลผสมอยู่ในน้ำอัดลมปริมาณมากที่สุด ร้อยละ 70.00 นักเรียนมีรายข้อความรู้ระดับน้อย เรียงจากมากมาน้อย ในเรื่องการดื่มน้ำอัดลมเป็นประจำอาจทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพเช่น กระดูกพรุน ร้อยละ 57.62 กรดคาร์บอนิกที่ผสมในเครื่องดื่มมีฤทธิ์กัดกร่อนสารเคลือบฟันทำให้ฟันผุได้ ร้อยละ 55.71 หากบริโภคน้ำตาลเกินความจำเป็นของร่างกายจะถูกเก็บสะสมไว้ในร่างกายในรูปแบบไขมันร้อยละ 55.24

4. ทักษะคิดต่อพฤติกรรมกรรมการดื่ม น้ำอัดลมจากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ ศึกษาส่วนใหญ่ มีทัศนคติเห็นด้วยระดับปาน กลาง ร้อยละ 50.95 รองลงมาคือเห็นด้วยระดับ มาก ร้อยละ 49.05 ค่าเฉลี่ยคะแนน 3.63 (S.D.=0.46) ค่ามัธยฐานของคะแนนทัศนคติ เท่ากับ 3.16 (ค่าต่ำสุด เท่ากับ 2.69) และ (ค่าสูงสุดเท่ากับ 5) จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่ม ตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ มีทัศนคติ เห็นด้วย อย่างยิ่ง เรียงจากมากไปน้อยคือ การดื่ม น้ำอัดลมเป็นประจำทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ร้อย ละ 42.38 การดื่มน้ำอัดลมเป็นประจำไม่มี โอกาสเป็นโรคอ้วน ร้อยละ 26.19 หากดื่ม น้ำอัดลมจนเป็นโรคอ้วนหรือโรคเรื้อรังต่างๆ จะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก ร้อยละ 35.24 การดื่มน้ำอัดลมมีประโยชน์ มากกว่าโทษ ร้อยละ 27.62 ส่วนระดับทัศนคติ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีร้อยละของทัศนคติ ลดน้อยลง

5. ปัจจัยเอื้อต่อการดื่มน้ำอัดลมจากผล การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ มีปัจจัยเอื้อต่อการดื่มน้ำอัดลมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 73.33 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อย ละ 26.67 และมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ที่ 4.08 (SD=0.56) ค่ามัธยฐานของคะแนนความรู้ เท่ากับ 4 (ค่าต่ำสุด เท่ากับ 2.4) และ (ค่าสูงสุด เท่ากับ 5) จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษา มีปัจจัยเอื้อต่อพฤติกรรมกรรมการดื่ม น้ำอัดลมส่วนใหญ่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เรียงจาก มากไปน้อยคือ น้ำอัดลมสามารถหาซื้อได้ง่าย ร้อยละ 63.81 น้ำอัดลมมีให้เลือกหลากหลาย รูปแบบ ร้อยละ 54.76 ร้านค้าทุกแห่งมีน้ำอัดลม ขายอยู่เสมอ ร้อยละ 55.71 ส่วนระดับปัจจัยเอื้อ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีร้อยละของปัจจัย เอื้อ ลดน้อยลง เรียงลงมาตามลำดับ

6. ปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมกรรมการดื่ม น้ำอัดลมจากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ ศึกษาส่วนใหญ่ มีปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมการ ดื่มน้ำอัดลมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.67 และรองลงมาคือระดับมาก ร้อยละ 13.33 มี ค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ที่ 2.90 (S.D.=0.67) ค่ามัธย ฐานของคะแนนความรู้เท่ากับ 2.8 (ค่าต่ำสุด เท่ากับ 1.5) และ (ค่าสูงสุดเท่ากับ 5) จากผล การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีปัจจัย เสริมต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มน้ำอัดลมส่วนใหญ่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เรียงจากมากไปน้อยคือ เพื่อน ส่วนใหญ่ดื่มน้ำอัดลม ร้อยละ 43.81 เห็นด้วย ในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เพื่อนของนักเรียนมี การดื่มน้ำอัดลมเกือบจะทุกวัน ร้อยละ 30.95 ส่วนระดับทัศนคติ ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีร้อยละ ของทัศนคติลดน้อยลง เรียงลงมาตามลำดับ

7. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดื่มน้ำอัดลมจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ รายคู่ (Bivariate analysis) พบว่า สถานที่ขาย น้ำอัดลมร้านค้าภายนอกโรงเรียน ความรู้ เกี่ยวกับน้ำอัดลม ปัจจัยเอื้อต่อการดื่มน้ำอัดลม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดื่มน้ำอัดลม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัว แปรต่างๆกับพฤติกรรมกรรมการดื่มน้ำอัดลมสมการ เริ่มต้น (Initial model) กรณีวิเคราะห์หลายตัว แปร โดยเลือกตัวแปรจากผลการวิเคราะห์ทีละคู่ (Bivariable analysis) ที่มีค่า $p\text{-value} < 0.25$ ได้แก่ เพศ ค่าใช้จ่าย/เดือน สถานที่ซื้อน้ำอัดลม ความรู้เกี่ยวกับน้ำอัดลม ปัจจัยเอื้อต่อพฤติกรรม การดื่มน้ำอัดลม พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมกรรมการดื่มน้ำอัดลมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ได้แก่ สถานที่ซื้อน้ำอัดลม ร้านค้า ภายในโรงเรียน (Adjusted OR=3.77, 95%CI: 1.43-9.92, $p\text{-value}=0.007$) ร้านค้าภายนอก โรงเรียน (Adjusted OR=4.97, 95%CI: 1.81-

13.58, p-value=0.002) ปัจจัยเอื้อต่อ
พฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลม (Adjusted OR=2.65, 95%CI: 1.08-6.45, p-value=0.032)
(ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆกับพฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลม (Bivariate Analysis)

ปัจจัย	ดื่ม		ไม่ดื่ม		Crude OR	95% CI	P-value
	จำนวน	%	จำนวน	%			
เพศ							0.120
ชาย	64	91.43	6	8.57	1		
หญิง	117	83.57	23	16.43	0.47	0.18 to 1.23	
อายุ(ปี)							0.571
12	11	91.67	1	8.33	1		
13-14	170	85.86	28	14.14	0.32	0.68 to 4.44	
การพักอาศัย							0.913
บ้านของตนเอง	174	86.14	28	13.86	1		
อื่นๆ	7	87.50	1	12.50	0.01	0.13 to 9.50	
ค่าใช้จ่าย/เดือน(บาท)							0.082
< 2000	129	88.97	16	11.03	1		
≥2000	52	80.00	13	20.00	3.03	0.22 to 1.10	
สถานที่ขายน้ำอัดลม							
ซื้อจากร้านค้าภายในโรงเรียน							0.080
ซื้อ	118	89.39	14	10.61	1		
ไม่ซื้อ	63	80.77	13	26.53	3.06	0.91 to 4.42	
ร้านค้าภายนอกโรงเรียน							0.003
ซื้อ	145	90.06	16	9.94	8.68	1.44 to 7.41	
ไม่ซื้อ	36	73.47	13	26.53	1		
ความรู้เกี่ยวกับน้ำอัดลม							0.030
ระดับมาก	119	90.15	13	9.85	4.68	1.06 to 5.22	
ระดับน้อยถึงปานกลาง	62	79.49	16	20.51	1		
ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลม							0.365
ระดับมาก	85	88.54	11	11.46	1		
ระดับปานกลาง	96	84.21	18	15.79	0.82	0.65 to 3.24	
ปัจจัยเอื้อ							0.005
ระดับมาก	139	90.26	15	9.74	8.03	1.38 to 6.91	

ปัจจัย	ดื่ม		ไม่ดื่ม		Crude OR	95% CI	P-value
	จำนวน	%	จำนวน	%			
ระดับปานกลาง	42	75.00	14	25.00	1		
ปัจจัยเสริม							0.610
ระดับมาก	25	89.29	3	10.71	1		
ระดับน้อยถึงปานกลาง	156	85.71	26	14.19	0.26	0.39 to 4.93	

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆกับพฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลมสมการสุดท้าย (Final model) กรณีวิเคราะห์หลายตัวแปร โดยเริ่มต้นนำตัวแปรเข้าสมการทั้งหมด 6 ตัวแปรจากผลการวิเคราะห์ที่ละคู่ (Bivariable analysis) ที่มีค่า $p\text{-value} < 0.25$ ได้แก่ เพศ ค่าใช้จ่าย/เดือน สถานที่ซื้อน้ำอัดลม ความรู้เกี่ยวกับน้ำอัดลม ปัจจัยเอื้อต่อพฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลม เมื่อคัดเลือกว่าตัวแปรเข้าสมการโดยใช้วิธี Backward elimination พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3 ตัวแปร ได้แก่ สถานที่ซื้อน้ำอัดลม คนที่เลือกซื้อ

น้ำอัดลมจากร้านค้าภายในโรงเรียนจะมีพฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลมเป็น 3.77 เท่าของคนที่ไม่เลือกซื้อน้ำอัดลมจากร้านค้าภายในโรงเรียน (Adjusted OR=3.77, 95%CI: 1.45-9.78, $p\text{-value}=0.006$) คนที่เลือกซื้อน้ำอัดลมจากร้านค้าภายนอกโรงเรียนจะมีพฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลมเป็น 4.97 เท่าของคนที่ไม่เลือกซื้อน้ำอัดลมจากร้านค้าภายนอกโรงเรียน (Adjusted OR=4.97, 95%CI: 1.94-13.07, $p\text{-value}=0.002$) คนที่ปัจจัยเอื้อระดับมากจะมีพฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลมเป็น 3.12 เท่า ของคนที่ปัจจัยเอื้อระดับปานกลาง (Adjusted OR=4.97, 95%CI: 1.33-7.33, $p\text{-value}=0.001$) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆกับพฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลม กรณีวิเคราะห์หลายตัวแปร (Multivariable analysis) (n=181)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ดื่ม %	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	P-value
สถานที่ซื้อน้ำอัดลม						
จากร้านค้าภายในโรงเรียน						0.006
ซื้อ	118	89.39	1	1		
ไม่ซื้อ	63	80.77	2.00	3.77	1.45 to 9.78	
ร้านค้าภายนอกโรงเรียน						0.002
ซื้อ	145	90.06	1	1		
ไม่ซื้อ	36	73.47	3.27	4.97	1.94 to 13.07	

ตัวแปร	จำนวน (คน)	เต็ม %	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	P- value
ปัจจัยเอื้อ						0.001
ระดับมาก	139	90.26	1	1		
ระดับปานกลาง	42	75.00	3.08	3.12	1.33 to 7.33	

การอภิปรายผล

จากการใช้แบบสัมภาษณ์การบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง จำนวน 3 วัน แล้ววิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ใน 1 วัน ของพลังงานและสารอาหารของเพศชาย 32 คน พบว่า การบริโภคอาหารส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ ได้แก่ พลังงาน, คาร์โบไฮเดรต, โปรตีน, ไขมัน, แคลเซียม, เหล็ก, วิตามินเอและวิตามินซีมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 868.38, 99.50, 43.80, 32.48, 245.26, 5.72, 238.91 และ 9.08 ตามลำดับ โดยมีค่าสัดส่วนการกระจายพลังงาน คาร์โบไฮเดรต : โปรตีน : ไขมัน เท่ากับ 60 : 19 : 21 และเพศหญิง 36 คน พบว่า การบริโภคอาหารส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ ได้แก่ พลังงาน, คาร์โบไฮเดรต, โปรตีน, ไขมัน, แคลเซียม, เหล็ก, วิตามินเอและวิตามินซีมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 988.21, 107.13, 53.07, 38.13, 250.31, 5.73, 160.80 และ 12.84 ตามลำดับ โดยมีค่าสัดส่วนการกระจายพลังงาน คาร์โบไฮเดรต : โปรตีน : ไขมัน เท่ากับ 62 : 20 : 18 ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องใด เพราะการได้มาซึ่งข้อมูลที่แตกต่างกัน ด้านวิธีการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล โดยเก็บการบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมงวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม INMUCAL โดยในการประเมินแต่ละวิธีนั้นมีข้อดีข้อเสียและข้อจำกัดแตกต่างกัน ซึ่งในการศึกษารังนี้ผู้วิจัยเห็นว่า ความถูกต้องของข้อมูลขึ้นอยู่กับความร่วมมือ และความตั้งใจอย่างมากจากผู้ถูกประเมิน การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่บันทึกต่างๆ และความจำของผู้ถูกประเมินเป็นสิ่งที่มีความสำคัญยิ่งต่อความถูกต้องของข้อมูล

ดังนั้นจึงไม่นิยมใช้กับเด็กและผู้สูงอายุหรือผู้มีความผิดปกติทางจิต และมีความคลาดเคลื่อนของปริมาณอาหารที่บริโภคจากการสัมภาษณ์การบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง (24-hour dietary recall) ซึ่งหากมีการได้มาซ้ำของข้อมูลที่ต้องเป็นจริง จะทำให้ทราบถึงรายละเอียดของความเพียงพอปริมาณสารอาหารที่ชัดเจนเจาะจง และเป็นประโยชน์ในการนำไปประยุกต์ใช้ดัชนีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ พบว่า มีน้ำหนักตามเกณฑ์ ร้อยละ 80.56 รองลงมา คือน้ำหนักเกินเกณฑ์ ร้อยละ 25.00 และน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 1.47 ตามลำดับ ดัชนีส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ พบว่า มีส่วนสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 55.88 รองลงมา คือ สูง ร้อยละ 44.12 ตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยของ นภาพร เหมะเหม็ง⁶ ที่พบว่า โดยมีนักเรียนสูงดี (ส่วนสูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูงและสูงกว่าเกณฑ์) ร้อยละ 93.9 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยทำการศึกษามีช่วงอายุที่ใกล้เคียงกัน ดัชนี น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบว่า มีภาวะสมส่วน ร้อยละ 70.59 รองลงมา คือ ผอม ร้อยละ 16.18 และอ้วน ร้อยละ 13.24 ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิทยากร สอนสนาม⁷ ที่พบว่า ระดับภาวะโภชนาการส่วนใหญ่อยู่ระดับปกติ ร้อยละ 74.5 รองลงมา ผอม ร้อยละ 10.3 ค่อนข้างผอม ร้อยละ 7.8 ค่อนข้างอ้วน ร้อยละ 5.0 และอ้วน ร้อยละ 2.5 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษามีความแตกต่างแตกต่างกัน ในด้านของอายุ ด้านบริบทของพื้นที่อยู่ในสังคมเมืองกับพื้นที่ที่อยู่นอกเขตเมือง รวมไปถึงขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะโภชนาการน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการน้ำหนักตามเกณฑ์อายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value 0.17) สอดคล้องกับงานวิจัยของ นพร อึ้งอำภรณ์⁸ ที่พบว่าเพศกับภาวะโภชนาการด้านน้ำหนักตามเกณฑ์อายุไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value 0.38)

สรุปผลการวิจัย

นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนรัฐบาลแห่งหนึ่งในเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นเพศชาย 32 คน พบว่าการบริโภคอาหารส่วนใหญ่ไม่เพียงพอมีค่าสัดส่วนการกระจายพลังงาน คาร์โบไฮเดรต : โปรตีน : ไขมัน เท่ากับ 60 : 19 : 21 และเพศหญิง 36 คน พบว่าการบริโภคอาหารส่วนใหญ่ไม่เพียงพอมีค่าสัดส่วนการกระจายพลังงาน คาร์โบไฮเดรต : โปรตีน : ไขมัน เท่ากับ 62 : 20 : 18 น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ พบว่า มีน้ำหนักตามเกณฑ์ ร้อยละ 80.56 ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ พบว่า มีส่วนสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 55.88 น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบว่า มีภาวะสมส่วน ร้อยละ 70.59 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะโภชนาการน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการน้ำหนักตามเกณฑ์อายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value 0.17)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากวิจัย

1) จากผลการวิจัยพบว่าภาวะโภชนาการน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการตามเกณฑ์ รองลงมา คือ เกินเกณฑ์ และต่ำกว่าเกณฑ์ทางโรงเรียนควรมีการหาแนวทางที่ช่วยสร้างเสริมภาวะโภชนาการของนักเรียนให้มีภาวะโภชนาการตามเกณฑ์มาก

ยิ่งขึ้นโดยน้ำหนักตามเกณฑ์อายุเป็นเครื่องชี้วัดที่มีความไวต่อการขาดสารอาหาร เหมาะที่จะใช้เฝ้าระวังติดตามภาวะโภชนาการของเด็กเพราะเป็นดัชนีในการประเมินภาวะโภชนาการในโรงเรียน เพื่อหาปัญหาเฉียบพลันที่สุด

2) จากผลการวิจัยพบว่า มีปริมาณสารอาหารส่วนใหญ่ที่ได้รับไม่เพียงพอ ในเพศชายและเพศหญิง ซึ่งสารอาหารแต่ละประเภทมีความจำเป็น ควรมีการหาแนวทางส่งเสริมให้เด็กตระหนักถึงความสำคัญของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และปริมาณเพียงพอแก่ความต้องการของร่างกายปรับเมนูอาหารกลางวันในโรงเรียนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาในเชิงคุณภาพ เพื่อให้เห็นผลการวิจัยที่ชัดเจนมากขึ้น เนื่องจากเป็นการสัมภาษณ์ย้อนหลัง ข้อมูลอาจมีความคลาดเคลื่อน และใช้ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลนาน จึงควรมีการเจาะจงกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและสมบูรณ์มากที่สุด

2) ควรศึกษารูปการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนและครอบครัวที่มีภาวะโภชนาการที่เกินเกณฑ์ และต่ำกว่าเกณฑ์

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะครูและนักเรียน ทัศนศึกษาโรงเรียนรัฐบาลแห่งหนึ่งในเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ที่ได้สละเวลาอันมีค่าในการให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ทำให้ผู้วิจัยแนวทางการแก้ไข และพัฒนาการจัดทำรายงานวิจัยในครั้งนี้จนเกิดความสำเร็จ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

1. ญัฐวรรณ เขาวนัลลิตกุล. แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-18 ปี. กองโภชนาการ กรมอนามัย. กรุงเทพฯ; 2548.
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี กรมอนามัย 2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2560.
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2560 กรมอนามัย. กรุงเทพฯ; 2560.
4. ศูนย์อนามัยที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. รายงานผลการดำเนินงานการพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย.กรมอนามัย. กรุงเทพฯ; 2559.
5. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์; 2556.
6. นภาพร เหมาะเหม็ง, ประทุมยนต์เจริญล้ำ และสุธีราพินิจ. การศึกษาภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร ศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก; 2558.
7. วิภากร สอนสนาม, วิวัน ละมุนเทียน, เพ็ญภา ฤทธิวงศ์, จิระประภา ศรีสารคาม, ไกรทอง, พาณี ยงใจยุธ. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับภาวะโภชนาการของนักเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2552.
8. นพร อึ้งอำภรณ์. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการและการติดเชื้อพยาธิใบไม้ของเต็กวีย เรียนในจังหวัดสุรินทร์. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2556.

พฤติกรรมการใช้ยาชุดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาชุด ของประชาชน ตำบลเปือยใหญ่ อำเภอนาคู จังหวัดขอนแก่น

รุ่งทิพย์ ทิศแดง¹, สุพัฒน์ จำปาหวาย²

(วันที่รับบทความ: 25 สิงหาคม 2562; วันที่แก้ไข: 1 พฤศจิกายน 2562; วันที่ตอบรับ: 6 ธันวาคม 2562)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบเชิงภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรม ความรู้เจตคติ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาชุด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดของประชาชน ตำบลเปือยใหญ่ อำเภอนาคู จังหวัดขอนแก่น เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 307 คน ที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป โดยใช้แบบสอบถาม และการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติพรรณนา เช่น การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ โดยใช้สถิติ Chi-Square, Fisher's exact และนำเสนอ ค่า OR พร้อมช่วงเชื่อมั่น 95% CI

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ยาชุด ร้อยละ 55.4 มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 57.0 และมีเจตคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาชุดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุด ได้แก่ อาชีพโดยอาชีพเกษตรกรรมมีการใช้ยาชุดมากกว่าผู้ที่ไม่ประกอบอาชีพ 3.12 เท่า (95% CI : 1.43 to 6.84 ; p-value = 0.029) ผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวานมีการใช้ยาชุดมากกว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน 2.19 เท่า (95% CI : 1.05 to 4.55 ; p-value = 0.033) ผู้ที่มีความรู้ระดับต่ำ มีการใช้ยาชุดมากกว่าผู้ที่มีความรู้ระดับสูง 2.27 เท่า (95% CI : 1.00 to 5.12 ; p-value = 0.003) ผู้ที่มีความรู้ระดับปานกลางมีการใช้ยาชุดมากกว่าผู้ที่มีความรู้ระดับสูง 2.27 เท่า (95% CI : 1.37 to 3.77 ; p-value = 0.003) เจตคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาชุดระดับปานกลางมีการใช้ยาชุดมากกว่าเจตคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาชุดระดับสูง 3.86 เท่า (95% CI : 2.37 to 6.29 ; p-value < 0.001)

คำสำคัญ: พฤติกรรมการใช้ยาชุด, ความรู้, เจตคติ

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, Email; Dph59032@scphkk.ac.th

² อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, Email ; supat.7j@gmail.com

Corresponding author: สุพัฒน์ จำปาหวาย, Email ; supat.7j@gmail.com

**Polypharmacy Use Behavior and Factors Associated
with The Use of Polypharmacy Among People
in Puey Yai Sub-District, Non Sila District, Khon Kaen Province**

Rungtip Tisdang¹, Supat Jamparwai²

(Receive 25th August 2019 ; Revised: 1st November 2019; Accepted 6th December 2019)

Abstract

The purpose of this cross-sectional descriptive research was to study behavior knowledge The right attitude about Polypharmacy and factors associated with the using of Polypharmacy among people in Puey Yai sub-district Non Sila district Khon Kaen province. 307 samples who lived in Puey Yai sub-district aged 30 years up were sampling through stratified random sampling. Data were collected using the questionnaires consisting. The data were analyzed using descriptive statistical analysis such as frequency, percentage, 95% confidence interval Chi-square test and Fisher's exact test for statistically significant and presented OR, 95% confidence interval.

The results showed that, 55.4% of the samples had Polypharmacy use behavior, 57.0% had knowledge at high level, and 60.3% had moderate level of attitude. As for the relation among the factors and Polypharmacy use behavior, the results revealed that were occupation (OR: 3.12, 95% CI : 1.43 to 6.84 ; p-value = 0.029) diabetes (OR: 2.19, 95% CI : 1.05 to 4.55 ; p-value = 0.033 knowledge (OR: 2.27, 95% CI : 1.00 to 5.12 ; p-value = 0.003 and attitude (OR: 3.86, 95% CI : 2.37 to 6.29 ; p-value <0.001) related to Polypharmacy use behavior with statistical significance.

Keywords: Polypharmacy use behavior, Knowledge, Attitude

¹Bachelor in Community of Public Health, Sirindhorn College of Public Health,
Email ; Dph59032@scphkk.ac.th

²Lecturer, Sirindhorn College of Public Health, Email; supat.7j@gmail.com
Corresponding author: Supat Jamparwai, Email; supat.7j@gmail.com

บทนำ

ยา เป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาหรือป้องกันสุขภาพของผู้ป่วย แต่หากมีการใช้ที่ไม่เหมาะสม ย่อมทำให้เกิดผลข้างเคียงหรืออันตรายจากการใช้ยาได้ เช่นเดียวกับบุคคลเมื่อรู้สึกไม่สบาย มีอาการผิดปกติหรือรับรู้ร่างกายเจ็บป่วย บุคคลนั้นจะแสวงหาการตรวจวินิจฉัย และหาแนวทางแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพซึ่งเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองขั้นพื้นฐานที่ทุกคนพึงปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย และมีแนวทางหลายวิธีเพื่อส่งเสริม รักษาไว้ซึ่งสุขภาพรวมถึงการซื้อยามาใช้เอง ถึงแม้ว่าการหาซื้อยามาใช้เองเป็นการดูแลตนเองเพื่อให้หายจากความเจ็บป่วย แต่บางครั้งประชาชนก็มีพฤติกรรมทางด้านลบในการใช้ยา เช่น การใช้ยาชุดซึ่งเป็นยาอีกรูปแบบหนึ่งของการบริโภคยาที่ได้รับคามนิยม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในต่างจังหวัดและพื้นที่ชนบท ซึ่งเป็นยาที่ห้ามจำหน่ายโดยผู้ซึ่งไม่ใช่ผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม เวชกรรม ทันตกรรม การสัตวแพทย์ ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และยาชุดอาจทำให้ผู้ใช้ได้รับยาเกินความจำเป็น ซ้ำซ้อน เกินขนาด และอาจได้ยาเสื่อมคุณภาพหรือไม่ได้มาตรฐาน เพราะเป็นการได้รับยามาโดยไม่มีการถามอาการหรือตรวจวินิจฉัยก่อนจ่ายยา จนอาจก่อให้เกิดอันตรายอย่างใดก็ตาม ยาชุดกลับไม่ได้ลดความนิยมลงแต่อย่างใด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน เพราะผลลัพธ์ของการกินยาแสดงออกเพียงข้ามคืน โดยเฉพาะการหายจากอาการปวดเมื่อยหรืออักเสบของกล้ามเนื้อที่เมื่อยล้าจากการทำงานหนัก การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ประชาชนยังมีการใช้ยาชุดอยู่อย่างต่อเนื่องถึงแม้ว่าจะมีการพัฒนาการทางการแพทย์ที่ก้าวหน้า แต่ประชาชนยังซื้อยาชุดเพื่อดูแลรักษาตนเองเนื่องจากยาชุดหาซื้อได้สะดวก ราคาไม่แพง มีจำหน่ายทั่วไปทั้งในชนบทและชุมชนเมือง โดยหาซื้อได้จากร้านขายของชำ รถเร่ ร้านขายยา

ประกอบกับประชาชนส่วนใหญ่ขาดความรู้ในการใช้ยาที่ถูกต้องไม่ทราบถึงอันตรายที่อาจเกิดจากยาชุด โดยเฉพาะยาที่มีการลักลอบใส่สารสเตียรอยด์ ซึ่งเป็นยาควบคุมพิเศษ ผู้ป่วยอาจได้รับอันตรายจากผลข้างเคียงของยาซึ่งเป็นผลกระทบที่มีต่อผู้บริโภคเอง ซึ่งอาจส่งผลในระดับชาติได้ เพราะรัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการรักษาพยาบาลของ ผู้ประสบพิษภัยจากการใช้ยา นับเป็นผลเสียหายต่อเศรษฐกิจของชาติ^{1, 2, 3}

จากการตรวจสอบของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ปี พ.ศ. 2551-2552 พบการปลอมปนสารสเตียรอยด์ในยาแผนปัจจุบันจำนวน 285 ตัวอย่าง จากทั้งหมด 1,548 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 17.87 โดยรูปแบบสมุนไพรมีการปลอมปนมากที่สุดคือ ยาเม็ดและยาลูกกลอน ผลการตรวจหาสเตียรอยด์ในยาชุด ที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ เด็กซ่าเมทาโซน และเพรดนิโซโลนจากการศึกษาที่ผ่านมาในปี 2543 พบว่า ประชาชน ร้อยละ 36.6 มีการใช้ยาชุด ในปี 2557 พบว่า ประชาชนมีการใช้ยาชุดร้อยละ 48.05 และในปี 2560 พบว่า ประชาชนร้อยละ 42.51 มีการใช้ยาชุด ส่วนในเรื่องของการมีสเตียรอยด์ปลอมปน จากการศึกษามาก่อนหน้านี้พบว่ามียาชุดมีสเตียรอยด์ปลอมปนอยู่ โดยยาสเตียรอยด์ ที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ dexamethasone รองลงมา คือ prednisolone⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาชุดในพื้นที่ตำบลเปือยใหญ่ อำเภอนอนศิลา จังหวัดขอนแก่น ยังมีอยู่อย่างจำกัด และจากปัญหาที่กล่าวมา ผู้วิจัยได้มองเห็นถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับการใช้ยาชุด จึงทำให้ผู้วิจัยจะศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการใช้ยาชุดในพื้นที่ดังกล่าว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรม ความรู้ เจตคติ ที่ถูกต้อง ในการใช้ยาชุดของประชาชน ตำบลเปือยใหญ่ อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดของประชาชน ตำบลเปือยใหญ่ อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น

สมมติฐานการวิจัย

เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว รายได้ เจตคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาชุด ความรู้เกี่ยวกับยาชุดมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดในประชาชน

ขอบเขตการวิจัย

ศึกษาพฤติกรรม ความรู้ เจตคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาชุดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดของประชาชนตำบลเปือยใหญ่ อำเภอโนนศิลาจังหวัดขอนแก่นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2562

ตัวแปร

1. ตัวแปรอิสระ คือข้อมูลส่วนตัวข้อมูลด้านเศรษฐกิจเจตคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาชุด ความรู้เกี่ยวกับยาชุด
2. ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการใช้ยาชุด

วิธีการดำเนินวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชาชนทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในตำบลเปือย

ใหญ่ อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น จำนวน 1,526 คนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 307 คน โดยผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตร ดังนี้

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 P(1 - P)}{e^2(N - 1) + Z_{\alpha/2}^2 P(1 - P)}$$

Z = ค่าสถิติแจกแจงมาตรฐาน เมื่อกำหนด $\alpha = 0.05$ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนั้น $Z_{0.025}$ มีค่าเท่ากับ 1.96

P = ค่าสัดส่วนของตัวแปรที่ต้องการประมาณค่า ในที่นี้คือการใช้ยาชุด ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมเท่ากับร้อยละ 48.0 ดังนั้น $P=0.480$

e = ความแม่นยำในการประมาณค่าสัดส่วนหรือความคลาดเคลื่อนที่ยินยอมให้เกิดขึ้นในการประมาณค่าสัดส่วนเท่ากับ 5% ดังนั้นค่า $e= 0.05$

ใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) เนื่องจากแต่ละหมู่บ้านในตำบลเปือยใหญ่มีประชากรไม่เท่ากัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสุ่มตัวอย่างจากในแต่ละหมู่บ้าน (Stratified sampling)ซึ่งคำนวณตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรในแต่ละหมู่บ้าน (Proportional Allocation) เมื่อได้จำนวนตัวอย่างประชากรในแต่ละหมู่บ้านแล้ว ผู้วิจัยจึงได้สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ในแต่ละหมู่บ้านให้ได้จำนวนเท่ากับที่ต้องการ และนำรายชื่อประชากรทั้งหมดที่มีเลขกำกับอยู่โดยใช้วิธีการจับสลาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือแบบสอบถาม ประกอบไปด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับยาชุดของประชาชน จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามมี 2 ตัวเลือก คือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเจตคติที่ต้องเกี่ยวกับยาชุดของประชาชนจำนวน 8 ข้อ เป็นข้อความเชิงลบ 6 ข้อและเชิงบวก 2 ข้อ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาชุด ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับการเคยใช้ยาชุด รายละเอียดในการใช้ยาชุดครั้งล่าสุด ผลการรักษาจากการกินยาชุด อาการผิดปกติหลังจากที่ได้ใช้ยาชุดแล้ว ความถี่ในการใช้ยาชุดมีจำนวน 6 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามเพื่อหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้และคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.83

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาชุดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาชุดของประชาชน ตำบลเปือยใหญ่ อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น จนครบตามเป้าหมาย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ นำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานใช้สถิติ Chi-square หรือ Fisher's exact test

กรณีไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้ Chi-square และนำเสนอค่า OR พร้อมการประมาณค่าช่วงเชื่อมั่น 95 % (95 % Confidence interval)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการพิจารณาการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE 622003

ผลการวิจัย

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 307 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 62.5 มีอายุอยู่ระหว่าง 30 ถึง 89 ปี (Med=58 IQR=21) และอยู่ในช่วงอายุ 30-59 ปีมากที่สุด ร้อยละ 52.8 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 69.4 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.8 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 59.3 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 500 ถึง 30,000 บาท (Med=5,000 IQR=4,000) อยู่ในช่วง 3,000 - 6,999 บาท มากที่สุด ร้อยละ 54.4 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 69.4

พฤติกรรมการใช้ยาชุดของกลุ่มตัวอย่าง

จำนวนผู้ใช้ยาชุด

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 307 คนเคยใช้ยาชุด ร้อยละ 55.4 และไม่เคยใช้ยาชุดร้อยละ 44.6

พฤติกรรมผู้ใช้ยาชุด

ผู้ที่ใช้ยาชุดจำนวน 170 คน รายละเอียดการใช้ยาชุด ส่วนใหญ่ยาชุดที่ใช้ซื้อกระจายเส้น ร้อยละ 55.9 สาเหตุที่ใช้คือ ใช้ง่าย หายเร็ว ร้อยละ 90 แหล่งที่ได้ยาชุดได้มาจากร้านขายของชำ ร้อยละ 82.9 การใช้ยาชุดครั้งล่าสุดได้รับคำแนะนำจากประสบการณ์ที่ตนเองเคยใช้มา

ก่อน ร้อยละ 38.2 ค่ายาชุดที่ซื้อในครั้งล่าสุดอยู่ระหว่าง 5 ถึง 60 บาท (Med=10 IQR=3) ส่วนใหญ่มีราคาตั้งแต่ 10 บาท ขึ้นไป ร้อยละ 58.2 ผลการรักษาจากการกินยาชุดดีขึ้นแต่ไม่หายขาด ร้อยละ 90.6 ไม่เกิดอาการผื่นตกสะเก็ดหลังจากใช้ยาชุด ร้อยละ 91.8 ใช้ยาชุด 2-3 เดือนต่อครั้ง ร้อยละ 47.6 และหากเกิดอาการเจ็บป่วยขึ้นอีกส่วนใหญ่จะซื้อยาชุดอีก ร้อยละ 44.1

ความรู้เกี่ยวกับยาชุด

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 307 คนส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 57.0 รองลงมา มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 33.2 และมีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 9.8

เจตคติที่ต้องเกี่ยวกับยาชุด

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 307 คนส่วนใหญ่มีเจตคติที่ต้องเกี่ยวกับยาชุดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.3 รองลงมา มีเจตคติที่ต้องเกี่ยวกับยาชุดอยู่ในระดับดี ร้อยละ 38.4 และมีเจตคติที่ต้องเกี่ยวกับยาชุดอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 1.3

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุด

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมใช้ยาชุด พบว่าอาชีพโรคเบาหวาน ความรู้ และเจตคติที่ต้องเกี่ยวกับยาชุดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาชุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยอาชีพเกษตรกรมีการใช้ยาชุดมากกว่าผู้ที่ไม่ประกอบอาชีพ 3.12 เท่า (95% CI : 1.43 to 6.84 ; $p\text{-value} = 0.029$) ผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวานมีการใช้ยาชุดมากกว่า ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน 2.19 (95% CI : 1.05 to 4.55 ; $p\text{-value} = 0.033$) ผู้ที่มีความรู้ระดับต่ำ มีการใช้ยาชุดมากกว่าผู้ที่มีความรู้ระดับสูง 2.27 เท่า (95% CI : 1.00 to 5.12; $p\text{-value} = 0.003$)

ผู้ที่มีความรู้ระดับปานกลางมีการใช้ยาชุดมากกว่าผู้ที่มีความรู้ระดับสูง 2.27 เท่า (95% CI : 1.37 to 3.77; $p\text{-value} = 0.003$) เจตคติที่ต้องเกี่ยวกับยาชุดระดับปานกลางมีการใช้ยาชุดมากกว่าเจตคติที่ต้องเกี่ยวกับยาชุดระดับสูง 3.86 เท่า (95% CI : 2.37 to 6.29; $p\text{-value} < 0.001$) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดของกลุ่มตัวอย่าง (n=307)

ตัวแปร	การใช้ยาชุด		Chi-square	OR (95% CI)	p-value
	ใช้n(%)	ไม่ใช้n(%)			
เพศ					
ชาย	70 (60.9)	45 (39.1)	2.2468	1	0.134
หญิง	100 (52.1)	92 (47.9)		0.70 (0.44,1.12)	
อายุ (ปี)					
<60	91 (56.2)	71 (43.8)	0.0884	1	0.766
≥60	79 (54.5)	66 (45.5)		0.93 (0.60,1.47)	
สถานภาพสมรส					
สมรส	123 (57.8)	90 (42.2)	5.4104	1	0.067
โสด	21 (63.6)	12 (36.4)		1.28 (0.60,2.74)	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	26 (42.6)	35 (57.4)		0.54 (0.31,0.97)	
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้รับการศึกษา	3 (27.3)	8 (72.7)	6.4185	1	0.170
ประถมศึกษา	112 (53.8)	96 (46.2)		3.11 (0.80,12.06)	
มัธยมศึกษา	43 (64.2)	24 (35.8)		4.78 (1.16,19.72)	
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	6 (66.7)	3 (33.3)		5.33 (0.78,36.33)	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	6 (50.0)	6 (50.0)		2.67 (0.47,15.25)	

การอภิปรายผล

มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดของประชาชน ตำบลเปือยใหญ่ อำเภอนนทิลาล จังหวัดขอนแก่น พบว่า

อาชีพ กับ การใช้ยาชุด พบว่า ผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมีการใช้ยาชุดร้อยละ 61.0 โดยผู้ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมีการใช้ยาชุดมากกว่าผู้ที่ไม่ประกอบอาชีพ 3.12 เท่า และพบว่าอาชีพเกษตรกรรมมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เอกพล กาละดี¹ พบว่า ผู้ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมีการใช้ยาชุด ร้อยละ 59.2 อาจเนื่องมาจากผู้ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมใช้แรงงานมากกว่าอาชีพอื่นๆ จึงทำให้เกิดอาการปวดเมื่อย¹ และการมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อนั้น เป็นความเจ็บป่วยที่พบได้บ่อยในหลายชุมชนที่ดำรงชีพด้วยการเกษตรกรรมและใช้แรงงาน ประชาชนจึงมีความต้องการใช้ยาชุดเนื่องจากพึงพอใจในประสิทธิภาพ และการออกฤทธิ์รวดเร็ว²

โรคเบาหวาน กับ การใช้ยาชุด พบว่า ผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวานมีการใช้ยาชุด ร้อยละ 57.5 โดยผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวานมีการใช้ยาชุดมากกว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน 2.19 เท่า และพบว่าโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เสาวณีย์ ลาเสือ พบว่า ผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวานมีการใช้ยาชุด ร้อยละ 70.9 อาจเนื่องมาจากผู้ที่เป็นโรคเบาหวานได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นประจำ มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและสามารถเผชิญกับอุปสรรคที่มีผลต่อการปฏิบัติตัวได้ จะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพในทางที่ดีขึ้น อธิบายได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มาพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอจะได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการ ใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานทำให้

ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม²

ความรู้และเจตคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาชุด

พบว่า ผู้ที่มีความรู้ที่ถูกต้องอยู่ในระดับต่ำและปานกลางมีการใช้ยาชุดร้อยละ 66.7 โดยผู้ที่มีความรู้ระดับต่ำ มีการใช้ยาชุดมากกว่าผู้ที่มีความรู้ระดับสูง 2.27 เท่า และผู้ที่มีความรู้ระดับปานกลางมีการใช้ยาชุดมากกว่าผู้ที่มีความรู้ระดับสูง 2.27 เท่า เจตคติที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลางมีการใช้ยาชุดร้อยละ 68.1 โดยเจตคติที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลางมีการใช้ยาชุดมากกว่าเจตคติระดับสูง 3.86 เท่า และพบว่าเจตคติมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เอกพล กาละดี¹ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับยาชุดอยู่ในระดับต่ำ หรือควรปรับปรุงมีการใช้ยาชุด ร้อยละ 47.92 และความรู้เกี่ยวกับยาชุดอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 50.67 และพบว่าเจตคติที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลางมีการใช้ยาชุด ร้อยละ 50.35 อาจเนื่องมาจากพฤติกรรม มีพื้นฐานมาจากความรู้และเจตคติที่คอยผลักดันให้เกิดพฤติกรรม ซึ่งในแต่ละบุคคลจะมีพฤติกรรมแตกต่างกันออกไป เนื่องจากการได้รับความรู้จากแหล่งต่างๆ ไม่เท่ากัน รวมถึงการตีความหมายของสารที่ได้รับมาต่างกันไปซึ่งชี้ให้เห็นว่าการสื่อสารผ่านสื่อต่างๆ มีประโยชน์ในการทำให้บุคคลมีความรู้ นำความรู้ที่ได้มาสร้างเจตคติ สุดท้ายจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล⁵

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยและการนำไปใช้ประโยชน์

1. นำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุด ไปสร้างนโยบายให้มีกิจกรรมรณรงค์หรือสร้างกระแสสุขภาพให้ประชาชนตื่นตัวถึงปัญหาการใช้ยาชุดอย่างแท้จริง โดยกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญคือ ผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรม

2. ควรนำผลการวิจัยในครั้งนี้ เสนอแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเพื่อย่อยใหญ่ เพื่อนำไปหาแนวทางแก้ไขปัญหาคาการใช้ยาชุดของประชาชน จัดกิจกรรมสร้างองค์ความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีศึกษาด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มคนที่มีพฤติกรรมการใช้ยาชุดนำไปสู่แนวทางในการแก้ไขปัญหาคา

2. ควรศึกษาร้านค้าในชุมชนและความชุกในการขายยาชุด เพื่อให้ทราบถึงการกระจายของยาที่ไม่เหมาะสมในพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอบพระคุณ ดร.สุพัฒน์ จำปาหวาย อาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิจัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเพื่อย่อยใหญ่และทีมงาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนในเขตตำบลเพื่อย่อยใหญ่ อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่นที่ได้ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. เอกพล กาละดี. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การใช้ยาชุดของประชาชนในตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารอาหารและยา. 2557, 21: 50-58.
2. อรอนงค์ โสตา และมนตรา ศรีชะแย้ม. การสำรวจเสถียรรอยด้นยาชุดและยาสมุนไพรในตำบลบ้านโสก อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2560, 9 216-224.
3. รวีวรรณ รักถิ่นกำเนิด. ยาชุดปนเสถียร รอยด้นซื้อขายคล่อง คนใช้รู้อันตรายแต่

ไร้ทางเลือก [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ:

2561 [เข้าถึงเมื่อ 2 พฤศจิกายน 2561].

G-เข้าถึงได้จาก

<https://prachatai.com/journal/2016/07/66672>.

4. กุสุมา กังหลี. ปัจจัยทำนายพฤติกรรม การใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561; 19(2):170-1823.
5. ณรงค์ บัวบาน. การมีส่วนร่วมเลือกตั้ง ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร นคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาตรี สาขาวิชา รัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์]. มหาวิทยาลัยสยาม; 2556.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรบ้านหนองหัววัว ตำบลโคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

วิภาดา กระตุตนา¹, สายันต์ แก้วบุญเรือง², บุญร่วม แก้วบุญเรือง³

(วันที่รับบทความ: 16 สิงหาคม 2562; วันที่แก้ไข: 19 พฤศจิกายน 2562; วันที่ตอบรับ: 6 ธันวาคม 2562)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร โดยมีเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2561 กลุ่มตัวอย่างเป็นเกษตรกร จำนวน 122 คน ข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้สถิติไคสแควร์

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.93 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 68.85 ช่วงรายได้ต่อเดือนมากที่สุด คือ น้อยกว่า 2,000 บาท ร้อยละ 49.18 และมีพื้นที่ในการเพาะปลูกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ไร่ ร้อยละ 69.67 มีทัศนคติอยู่ในระดับดี ร้อยละ 50.82 และพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 64.75 เมื่อทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรพบว่าปัจจัยด้านอายุ รายได้ต่อเดือน ความรู้และทัศนคติ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.05$)

ข้อเสนอแนะ ควรมีการศึกษาในเชิงวิจัยกึ่งทดลองโดยมีการให้โปรแกรม เช่น การให้ความรู้และสมุนไพรในการล้างสารเคมีตกค้างในเลือด รวมถึงมีการวัดผลก่อนและหลังการให้โปรแกรมและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : พฤติกรรมการใช้สารเคมี, เกษตรกร, สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, E-mail: wipada97@hotmail.com

² อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, E-mail: sayanbuu@hotmail.com

³ อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, E-mail: boon_kaew@hotmail.com

Corresponding author: สายันต์ แก้วบุญเรือง, E-mail: sayanbuu@hotmail.com

Factors Related to Hazard Preventive Behavior on Chemicals Pesticide Uses of Farmers in Ban Nong Hua Wua Khok Si Sub-District, Muang District, Khon Kaen Province

Wipada Kratutnak¹, Sayan Keawboonruang², Boonruaum Keawboonruang³

(Receive 16th August 2019 ; Revised: 19th November 2019; Accepted 6th December 2019)

Abstract

This research was a cross-sectional descriptive research aiming to explore prevention behavior of chemical pesticide use and factors related to prevention behavior of chemical pesticide use of farmers in Ban Nong Hua Wua, Khok Si sub-district, Muang district, Khon Kaen province. The study was conducted during July-August 2018. Participants were 122 farmers. Data were collected by questionnaires and analyzed by descriptive statistics: percentage, mean, standard deviation, minimum value, maximum and inferential statistics: Chi-square test.

The results revealed that most participants were female 63.93%, studied in primary school 68.85%, had monthly income under 2,000 baht and had the own area for planting around 10 rai. In addition, the participants had their attitude and behavior at high levels with 50.82 percent and 64.75 percent respectively. When testing the factors related to prevention behavior of chemical pesticide use of the farmers, there were age, monthly income, knowledge and attitude linked to the famers' protection behavior significantly.

For further studies, quasi-experimental research employing knowledge and herbal program to provide for the farmers should be considered to conduct.

Keywords: prevention behavior, chemical pesticide use, farmers

¹Bachelor in Community of Public Health, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen, E-mail: wipada97@hotmail.com

²Lecturer, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen, E-mail: sayanbuu@hotmail.com

³Lecturer, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen, E-mail: boon_kaew@hotmail.com
Corresponding author: Sayan Keawboonruang, E-mail: sayanbuu@hotmail.com

บทนำ

ปัจจุบันสารเคมีเข้ามามีบทบาทในด้านการเกษตรอย่างกว้างขวางและส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและสังคมอย่างต่อเนื่อง โดยมีจุดประสงค์ในการใช้สารเคมีเพื่อเพิ่มผลผลิตและป้องกันการทำลายของศัตรูพืชทางการเกษตร จึงได้มีการนำสารเคมีในรูปแบบต่างๆ มาใช้ ไม่ว่าจะเป็นสารเคมีกำจัดวัชพืช สารเคมีกำจัดแมลง สารเคมีป้องกันและกำจัดโรคพืช และอื่นๆ อีกมากมาย ซึ่งในประเทศไทยนั้นตั้งอยู่ในพื้นที่เขตร้อนชื้นและเหมาะแก่การแพร่ขยายพันธุ์ของแมลงศัตรูพืชชนิดต่างๆ และแมลงเหล่านั้นสามารถต้านทานต่อสารเคมีที่นำมาใช้ทางการเกษตร เนื่องจากมีการปรับตัวในเข้ากับสารเคมีและสามารถถ่ายทอดมาเป็นพันธุกรรม จึงมีการแพร่ระบาดของแมลงศัตรูพืช ดังนั้น จึงมีการนำสารเคมีเข้ามาใช้เพื่อกำจัดและป้องกันศัตรูพืชทางการเกษตรที่เพิ่มขึ้น โดยมีแนวโน้มการนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้น ในระหว่างปี พ.ศ.2557-2559 เป็น 13,499 ตัน¹ สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นอันตรายต่อศัตรูพืชที่ต้องการกำจัดและมนุษย์ จากรายงานโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพ ปี พ.ศ. 2559 พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคจากพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 8,689 คน คิดเป็นร้อยละ 14.47 ของผู้ป่วยทั้งหมด ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 15-59 ปี จำนวน 6,153 คน คิดเป็นร้อยละ 70.81 รองลงมา กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป และกลุ่มต่ำกว่า 5 ปี ตามลำดับ²

สำหรับปัญหาสารเคมีตกค้างเหลือของประเทศไทย จากการตรวจหาระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส โดยใช้กระดาษทดสอบซึ่งสามารถตรวจหาสารเคมีตกค้างในกลุ่มออร์แกนอโฟสเฟตและคาร์บอเนต ในปี พ.ศ. 2559 มีเกษตรกรที่เข้ารับการตรวจทั้งหมด 153,905

คน คิดเป็นร้อยละ 36.72 และปัญหาสารเคมีตกค้างในเลือดเป็นปัญหาหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีการตรวจระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส ในปี พ.ศ.2560 มีผู้เข้ารับการตรวจทั้งหมด 57,210 คน ผลการตรวจ พบว่า มีผู้ที่มีระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดที่อยู่ในระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัย จำนวน 9,182 คน คิดเป็นร้อยละ 16.05³ และจากผลการตรวจระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส ในปี พ.ศ.2558 ของหมู่ 8 ตำบลโคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โดยมีผู้เข้าร่วมการตรวจ 55 คน พบว่า มีผู้ที่อยู่ในระดับที่มีความเสี่ยง 18 คน คิดเป็นร้อยละ 32.73 ของผู้เข้าร่วมตรวจทั้งหมด ระดับปกติ จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 30.91 และระดับปลอดภัย จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 36.30⁴

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรบ้านหนองหัววัว ตำบลโคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรบ้านหนองหัววัว ตำบลโคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรบ้านหนองหัววัว ตำบลโคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากร

ประชากร คือ เกษตรกรบ้านหนองหัววัว ตำบลโคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 229 คน

กลุ่มตัวอย่าง

เกษตรกรบ้านหนองหัววัว ตำบลโคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โดยผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วน⁵ และผู้วิจัยเลือกการสุ่มตัวอย่างแบบ โดยนำรายชื่อประชากรทั้งหมดที่มีเลขกำกับอยู่ โดยใช้วิธีการจับสลาก จำนวน 122 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน โดยใช้การสัมภาษณ์ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน พืชผักที่ปลูก พื้นที่ในการเพาะปลูก การใช้สารเคมีทางการเกษตร ระยะเวลาในการใช้สารเคมี การแพ้พิษสารเคมีทางการเกษตร การได้รับความรู้ การใช้สมุนไพรที่มีอยู่ท้องถิ่น จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการป้องกัน จำนวน 15 ข้อ โดยให้เกณฑ์ในการให้คะแนน คือ ตอบถูก ให้คะแนนเท่ากับ 1 ตอบผิดให้คะแนน

เท่ากับ 0 และตอบไม่แน่ใจคะแนนเท่ากับ 0 รวม 15 คะแนน

เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนน โดยนำคะแนนทั้ง 15 ข้อมารวมกัน แล้วแบ่งเป็นระดับคะแนน ดังนี้ ความรู้ระดับดี มีคะแนนระหว่าง 12-15 คะแนน ความรู้ระดับปานกลาง มีคะแนนระหว่าง 9-11 คะแนนและความรู้ระดับต่ำ มีคะแนนระหว่าง 0-8 คะแนน

ส่วนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อความเชิงลบ 5 ข้อและเชิงบวก 5 ข้อ โดยมีข้อความเชิงบวกให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ข้อความเชิงลบให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5

เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนน โดยนำคะแนนทั้ง 10 ข้อมาหาอันตรายภาพขั้น แล้วแบ่งเป็นระดับคะแนน ระดับทัศนคติดี มีคะแนนระหว่าง 38 – 50 คะแนน ระดับทัศนคติปานกลาง มีคะแนน 24 – 37 คะแนนและระดับทัศนคติต่ำ มีคะแนนระหว่าง 10 – 23 คะแนน

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมก่อนใช้ ขณะใช้และหลังใช้สารเคมีทางการเกษตร จำนวน 21 ข้อ โดยมีข้อความเชิงบวกให้คะแนน 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ข้อความเชิงลบให้คะแนน 1, 2, 3,

เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนน โดยนำคะแนนทั้ง 21 ข้อมาหาอันตรายภาพขั้น แล้วแบ่งเป็นระดับคะแนน การปฏิบัติระดับดี ระหว่าง 49 - 63 คะแนน การปฏิบัติที่ระดับปานกลาง มีคะแนนระหว่าง 35 - 48 คะแนน และการปฏิบัติระดับต่ำ มีคะแนนระหว่าง 21 - 35 คะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1 การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดต่ำสุดและ ค่ามัธยฐาน

2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ โดยใช้ Chi-Square และ Fisher's Exact test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการพิจารณาการอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE 612015

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกษตรกรจาก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 122 คน พบว่า เกษตรกร ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรม 51.75 คะแนน (S.D.= 9.21332) และคะแนนพฤติกรรมมากที่สุด 61 คะแนน คะแนนน้อยที่สุด 37 คะแนน และพฤติกรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 64.75 และระดับปานกลาง ร้อยละ 35.25 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของเกษตรกร จำแนกตามระดับพฤติกรรม(n = 122 คน)

ข้อมูลประชากร	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับพฤติกรรม		
ดี (49 - 63 คะแนน)	79	64.75
ปานกลาง (35 - 48 คะแนน)	43	35.25

$$\bar{X} = 51.7459, S.D. = 9.21, \text{Median} = 56.50, \text{Min} = 37.00, \text{Max} = 61.00$$

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของเกษตรกร จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 122 คน พบว่า ผลการตรวจระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดมากที่สุด คือ มีความเสี่ยง ร้อยละ 49.18 รองลงมา

ปลอดภัย ร้อยละ 28.69 ปกติ ร้อยละ 12.30 และไม่ปลอดภัย ร้อยละ 9.84 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของเกษตรกร จำแนกตามการผลการตรวจระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส ในเลือด (n = 122 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับผลการตรวจระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือด		
ปกติ	15	12.30
ปลอดภัย	35	28.69
มีความเสี่ยง	60	49.18
ไม่ปลอดภัย	12	9.84
รวม	122	100

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชกับระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส โดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact test มีผลดังนี้ ปัจจัยด้านอายุ, รายได้และการเคยได้รับความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกัน

อันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.008, 0.032 และ 0.003 ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยด้านเพศ, ระดับการศึกษา, สถานภาพสมรส, พื้นที่เพาะปลูก, ระยะเวลาที่ใช้สารเคมี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.076, 0.562, 0.687, 0.806, 0.349 และ 0.099 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับระดับพฤติกรรมในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 122$ คน)

ข้อมูลทั่วไป	ระดับพฤติกรรม		χ^2	p-value
	ดี จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ			3.143	0.076
ชาย	24(54.55)	20(45.45)		
หญิง	55 (70.51)	23 (29.49)		
อายุ(ปี)			11.830	0.008
≤49	13 (41.94)	18 (58.06)		
50-59	28 (68.29)	13 (31.71)		
60-69	22 (84.62)	4 (15.38)		
≥70	16 (66.67)	8 (33.33)		
ระดับการศึกษา			1.153	0.562
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ ประถมศึกษา	54 (63.53)	31 (36.47)		
มัธยมศึกษา/ปวช.	22 (70.97)	9 (29.03)		
สูงกว่ามัธยมศึกษา	3 (50.00)	3 (50.00)		
สถานภาพสมรส			0.750	0.687
โสด	5 (55.56)	4 (44.44)		
หม้าย/หย่าร้าง	64 (66.67)	32 (33.33)		
สมรส	10 (58.82)	7 (41.18)		

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับระดับพฤติกรรมในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่าง (n = 122 คน)(ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ระดับพฤติกรรม		χ^2	p-value
	ดี จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)			6.869	0.032
≤ 2,000	43 (71.67)	17 (28.33)		
2,001-5,000	27 (67.50)	13 (32.50)		
> 5,000	9 (40.91)	13 (59.09)		
พื้นที่เพาะปลูก (ไร่)			0.431	0.806
≤10 ไร่	54 (63.53)	31 (36.47)		
11-20	19 (65.52)	10 (34.48)		
>20	6 (75.00)	2 (25.00)		
ระยะเวลาที่ใช้(ปี)			2.108	0.349
≤10	47 (70.15)	20 (29.85)		
11-20	24 (60.00)	16 (40.00)		
> 20	8 (53.33)	7 (46.67)		
เคยได้รับความรู้			8.622	0.003
เคย	42 (79.25)	11 (20.75)		
ไม่เคย	37 (53.62)	32 (46.38)		

ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับกำจัดศัตรูพืชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และทัศนคติกับระดับพฤติกรรมในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่าง (n = 122 คน)

ตัวแปร	ระดับพฤติกรรม		χ^2	p-value
	ดี จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)		
ความรู้			78.661 ^f	<0.001
ดี	69 (94.52)	4(5.48)		
ปานกลาง	10 (25.64)	29 (74.36)		
ต่ำ	0 (0.00)	10 (100.00)		
ทัศนคติ			40.810	<0.001
ดี	57 (91.94)	5 (8.06)		
ปานกลาง	22 (36.67)	38(63.33)		

หมายเหตุ ^fหมายถึง ใช้สถิติ Fisher's Exact test

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง(Cross-sectional descriptive study) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรบ้านหนองหัววัว ตำบลโคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

เพศที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.076$) แสดงว่าเกษตรกรไม่ว่าเพศชายหรือเพศหญิงจะมีพฤติกรรมในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องหรือไม่ถูกต้องไม่แตกต่างกัน ซึ่งพฤติกรรมเหล่านั้นเกิดจากการเรียนรู้ประสบการณ์ของแต่ละบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มเกษตรกร อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี⁶

รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.032$) แสดงว่า รายได้ต่อเดือนส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่แตกต่างกัน เนื่องจากการที่บุคคลมีรายได้ที่มากก็จะทำให้สามารถเข้าถึงการซื้อหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้ซึ่งเป็นพฤติกรรมในการป้องกันที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ใช้สารเคมีกำจัด

ศัตรูพืชตำบลหัวเรือ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี⁷

ความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการป้องกันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) แสดงว่า การที่เกษตรกรมีระดับความรู้ที่แตกต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมที่แตกต่างกัน เนื่องจากเกษตรกรมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระดับสูง นอกจากจะมีความรู้แล้วยังส่งผลให้เกษตรกรนำความรู้ที่มีไปปฏิบัติให้เกิดพฤติกรรมที่ดีและถูกต้องเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรบ้านทุ่งนางครวญ ตำบลชะแล อำเภอกองคา จันทบุรี⁸

ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) แสดงว่า เกษตรกรที่มีความเชื่อในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีที่ถูกต้องจะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เนื่องจากพฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากองค์ประกอบภายในและสิ่งแวดล้อม ในแต่ละองค์ประกอบย่อมมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งการรับรู้และความเชื่อเป็นหนึ่งในองค์ประกอบนั้นเมื่อมีการรับรู้และความเชื่อที่ถูกต้องจะส่งผลต่อพฤติกรรมที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ตำบลแหลมไตนวด อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง⁹

การเคยได้รับความรู้มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการในการป้องกันอันตรายจากการใช้ สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.003$) แสดงว่า เกษตรกรที่เคยได้รับความรู้ในการป้องกันอันตรายก็จะมีผลต่อการมี พฤติกรรมในการป้องกันที่แตกต่างกัน เนื่องจากการที่เกษตรกรได้รับความรู้ คำแนะนำจาก เจ้าหน้าที่ นักศึกษาและพนักงานขายทำให้ เกษตรกรเกิดตระหนักในการป้องกัน ส่งผลให้ เกษตรกรมีการเรียนรู้ที่จะมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมี ป้องกันและกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรที่ เพาะปลูกมะเขือเทศ บานลาดนาเพียง ตำบล สวะถี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น¹⁰

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1) ควรมีการให้ความรู้แก่เกษตรกรทุก กลุ่ม เพื่อสร้างความเข้าใจและความตระหนักใน การปฏิบัติตัวในการป้องกันอันตรายจากสารเคมี กำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้อง

2) มีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องจากการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงและ ไม่ปลอดภัยที่ได้รับการตรวจสอบสารเคมีตกค้างใน เลือด

3) กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงาน หลักที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพประชาชน จำเป็นจะต้องเฝ้าระวังสุขภาพเกษตรกร ทั้งเชิง รุกและเชิงรับของผลการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และกระทรวงเกษตรเป็นหน่วยงานควบคุมการ ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ควรมีการพัฒนาให้มีความครอบคลุมเกษตรกรทุกกลุ่ม

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) การศึกษาครั้งนี้ ควรมีการใช้แบบ ประเมินความเสี่ยงในการทำงานของเกษตรกร จากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของ

กระทรวงสาธารณสุขมาใช้ร่วมกับการตรวจคัด กรองสุขภาพเพื่อหาระดับเอ็นไซม์โคลีน เอสเตอเรส

2) ควรมีการศึกษาในเชิงวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีการให้โปรแกรม เช่น การให้ความรู้และ สมุนไพรในการล้างสารเคมีตกค้างในเลือด รวมถึงมีการวัดผลก่อนและหลังการให้โปรแกรม และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ทุกท่านที่กรุณาให้ คำปรึกษาและข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ที่อนุเคราะห์ ข้อมูลและเครื่องมือในการตรวจสอบสารเคมี ตกค้างในเลือด ขอขอบคุณ ผู้ใหญ่บ้าน และประธานอสม.บ้านหนองหัวในการ ประสานงานให้เป็นอย่างดีและขอขอบคุณ เกษตรกรหนองหัววัวทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ในการตอบแบบสอบถามและยินยอมที่จะได้รับ การเจาะปลายนิ้วเพื่อตรวจสอบสารเคมีตกค้างใน เลือด จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร. การนำเข้า สารเคมีกำจัดศัตรูพืช [อินเทอร์เน็ต]; 2560. [เข้าถึง เมื่อ 5 พ.ย. 2560]. เข้าถึง ได้จาก [http:// www.oae.go.th](http://www.oae.go.th)
2. สำนักงานโรคจากการประกอบอาชีพและ สิ่งแวดล้อม. โรคจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช [อินเทอร์เน็ต]; 2559. [เข้าถึง เมื่อ 5 พ.ย. 2560]. เข้าถึงได้จาก <http://envocc.ddc.moph.go.th>.
3. สำนักงานอนามัยสิ่งแวดล้อม จังหวัด ขอนแก่น. ผลการตรวจสอบสารเคมีในเลือด;

- 2560.
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี. ผลการตรวจสารเคมีในเลือด หมู่ 8; 2558.
 5. อภิวัฒน์ สุวรรณราช และปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอันตรายในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านหมือแบ่งตำบลหนองหญ้าปล้อง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย. ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558.
 6. ณัฐญา วิไลวรรณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มเกษตรกร อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. มหาวิทยาลัยปทุมธานี; 2559.
 7. ไชยา พรหมเกษ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชตำบลหัวเรือ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี; 2558.
 8. มงคล รัชชะ, สุรเดช สำราญจิตต,จุฑามาศ แสนทาว,ศรธรรม สุขตะกั่ว. พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรบ้านทุ่งนางครวญ ตำบลชะแล อำเภอดงหลวง จังหวัดกาญจนบุรี. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2555.
 9. วิชิตา สิมลาและตัม บัญรอด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในตำบลแหลมโดนด อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง. คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ; 2555.
 10. สุเพ็ญศรี เป้าทองและอุไรวรรณ อินทร์ม่วง. พฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรที่เพาะปลูกมะเขือเทศบ้านลาดนาเพียง ตำบลสวะถี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. ภาควิชาวิทยาศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.
 11. อนุวัฒน์ เฟื่องพุ่ม. ปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างโดยการตรวจระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของเกษตรกร ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.

การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ อำเภอนายูง จังหวัดอุดรธานี

ชไมพร ศักดิ์คีรี,¹ บุญฐิตา สัตยกิจกุล,² วรุณี ชมพูพาน³

(วันที่รับบทความ: 14 สิงหาคม 2562; วันที่แก้ไข: 18 พฤศจิกายน 2562; วันที่ตอบรับ 9 ธันวาคม 2562)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิที่โรงพยาบาลนายูง ในเขตพื้นที่อำเภอนายูง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 98 คน คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างเป็นระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนและแบบสอบถามการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค ของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 0.86 วิเคราะห์และนำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้สถิติไคสแควร์ ทั้งนำเสนอค่าอัตราความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 โดยใช้ค่าช่วงเชื่อมั่น 95%

ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 81.63 และการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 51.02 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่อยู่ในระดับดี คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีน การรับรู้ความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอดีน การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน คิดเป็นร้อยละ 50.00, 54.08 และ 50.00 ตามลำดับ ส่วนด้านที่อยู่ในระดับไม่ดี คือ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิง ร้อยละ 78.33 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ของการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.0464$) ข้อเสนอแนะควรมีการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โดยจัดให้โปรแกรมสุขศึกษาในโรงเรียนพ่อแม่ พร้อมทั้งใช้ปฏิทินในการบันทึกพฤติกรรม โดยสามีและญาติมีบทบาทในการสนับสนุนการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์

คำสำคัญ : การป้องกันการขาดสารไอโอดีน, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, หญิงตั้งครรภ์

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, E-mail: dph59008@scphkk.ac.th

² อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, E-mail: aim_1964@hotmail.com

³ อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, E-mail: mu_noi@hotmail.com

Corresponding author: บุญฐิตา สัตยกิจกุล, E-mail: aim_1964@hotmail.com

Health Belief Model in Iodine Defficiency Prevention of Pregnancues in Nayung District, Udon Thani Province

Chamaiporn Sakdeesri,¹ Boontita Sattayakijkul,² Worawut Chompoopan³

(Receive 14th August 2019 ; Revised: 18th November 2019; Accepted 9th December 2019)

Abstract

The purposes of this cross-sectional descriptive research were to study the levels of behavior and health belief model in iodine deficiency prevention of pregnant women and also to test the relationship between the health belief model factors and prevention behavior of iodine deficiency in pregnant women in Nayung district, Udon Thani province. The data were collected from the sample group consisting of 98 pregnant women who had the services at the health-promoting hospitals and primary care units in Nayung hospital for antenatal care. The participants were selected by systematic random sampling method. The tools of the study consisted of questionnaires, Cronbach's alpha coefficient = 0.86, for collecting general information, prevention behavior of iodine deficiency in pregnant women and health belief model. Data were analyzed and presented by using descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, standard deviation, median, interquartile range, highest-lowest value, and inferential statistics by using chi-square test and also presenting for univariate analysis with a significance level of p-value at 0.05 and using 95 percent of confidence interval.

The study results revealed that the iodine deficiency prevention of pregnant women was at a low level of 81.63 percent and the overall health belief model was at a good level of 51.02 percent. When considering each aspect, there were several aspects including the perception of risk to get the iodine deficiency disease, perception of severity of the disease, and perception of benefit to prevent iodine deficiency disease which were perceived as at good levels with 50.00, 54.08 and 50.00 percent respectively. The percentage perceived at a low-level, 78.33 percent, was the perception of obstacle to prevent iodine deficiency disease. When testing the result of the relationship between health belief model and prevention behavior of iodine deficiency, it had a significant relationship (p-value = 0.0464). It could be suggested that the promotion of pregnant women to prevent iodine deficiency behavior by providing health education programs in the parent school as well as using a calendar to record behavior supported by women' husbands and relatives in practicing of preventing iodine deficiency should be concerned.

Keywords: Iodine defficiency prevention, Health belief model, pregnancies

¹Bachelor in Community of Public Health, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen,
E-mail: dph59008@scphkk.ac.th

²Lecturer, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen, E-mail: aim_1964@hotmail.com

³Lecturer, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen, E-mail: mu_noi@hotmail.com

Corresponding author: Boontita Sattayakijkul, E-mail: aim_1964@hotmail.com

บทนำ

ไอโอดีนเป็นแร่ธาตุที่สำคัญต่อร่างกาย ซึ่งเป็นส่วนประกอบที่จำเป็นในการผลิตฮอร์โมนที่เรียกว่า thyroxine ของต่อมธัยรอยด์ ฮอร์โมนนี้จำเป็นต่อร่างกายในการควบคุมการทำหน้าที่และเสริมสร้างความเจริญเติบโตตามปกติของสมอง ประสาท และเนื้อเยื่อของร่างกาย โดยเฉพาะทารกในครรภ์¹ เมื่อหญิงตั้งครรภ์รับประทานอาหารที่มีสารไอโอดีน ร่างกายจะนำไปสร้างฮอร์โมน และถูกส่งไปยังตัวอ่อนที่อยู่ในครรภ์ ถ้าหญิงตั้งครรภ์ขาดสารไอโอดีนในช่วงตั้งครรภ์จะส่งผลถึงทารกในครรภ์ อาจแท้ง หรือตายตั้งแต่อยู่ในครรภ์หรือเพิ่มอัตราป่วยและอัตราตายในทารกช่วงอายุ 28 สัปดาห์ในครรภ์แรก จนถึง 28 วันแรกหลังคลอด หรือปัญญาอ่อนอย่างถาวร หรือสูญเสียการได้ยินและมีความผิดปกติทางระบบประสาทและการเคลื่อนไหว นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความผิดปกติ เช่น ต่อมธัยรอยด์ทำงานไม่ดี อ่อนเพลีย ป่วยเป็นคอหอยพอก เป็นต้น² จากโครงการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ โดยได้รับงบประมาณอุดหนุนจาก สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เป็นองค์ประธาน ของโครงการนี้ ได้มีการนำมาตรการควบคุม ป้องกันโรคและการเฝ้าระวังโรคขาดสารไอโอดีนโดยการตรวจระดับไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละพื้นที่³ โดยใช้ไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์เป็นตัวชี้วัด ซึ่งได้กำหนดไว้ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งกำหนดว่าพื้นที่ที่มีสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ มีระดับไอโอดีนในปัสสาวะต่ำกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร และเกินร้อยละ 50 เป็นพื้นที่ขาดสารไอโอดีน โดยพบว่าประเทศไทยในปี พ.ศ. 2557 – พ.ศ. 2559 มีค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะของ

หญิงตั้งครรภ์ คือ 155.7, 147.1 และ 145.0 ไมโครกรัมต่อลิตร ตามลำดับ จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า ค่ามัธยฐานไอโอดีน ในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มลดลงต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน และจากการรายงานการดำเนินงานโครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนพบว่า จังหวัดอุดรธานี มีค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ ปี พ.ศ. 2556 – 2559 คือ 120.3, 136.0, 133.1 และ 102.1 ไมโครกรัมต่อลิตร ตามลำดับ³ จากค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ในจังหวัดอุดรธานีต่ำกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้และอำเภอนาูงเป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดอุดรธานีที่ประสบปัญหาการขาดสารไอโอดีนติดอันดับ 3 ของจังหวัดจากการตรวจปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอนาูง เริ่มตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2560 – เดือนมีนาคม 2561 จำนวน 135 ราย ผลการตรวจค่าไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ต่ำกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร จำนวน 81 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.5 จากข้อมูลดังกล่าวอำเภอนาูงจึงเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการขาดสารไอโอดีนที่สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานตามเกณฑ์ที่จังหวัดกำหนดไว้ ทั้งนี้อำเภอนาูงได้มีการส่งเสริมและได้ให้สุขศึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการขาดสารไอโอดีน แต่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ยังประสบปัญหาการขาดสารไอโอดีน ติดอันดับต้นๆ ของจังหวัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อเป็นการวิเคราะห์การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัย สามารถ

นำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินการวางแผน แก้ไขปัญหาและเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบการส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ในโอกาสต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน
2. เพื่อศึกษาการรับรู้แผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน
3. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากร

ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิที่โรงพยาบาลนาโยง ในเขตพื้นที่อำเภอนาโยง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 118 คน⁴

กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วน และทราบจำนวนประชากรในกรณีนี้ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน จึงเลือกใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร กรณีประชากรมีขนาดเล็ก⁵ ได้จำนวนตัวอย่างทั้งหมด

จึงเท่ากับ 98 คน จากนั้นหาตัวอย่างการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic sampling) โดยคำนวณช่วงของการสุ่มได้ค่า 1 ประมาณ 2 จากนั้นนำรายชื่อหญิงตั้งครรภ์ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิที่โรงพยาบาลนาโยง ในเขตพื้นที่อำเภอนาโยง จังหวัดอุดรธานี มาจัดเรียง โดยสุ่มเลือกหมายเลขเริ่มต้น (ได้หมายเลข 3) แล้วบวกกับค่าช่วง คือ 2 จะได้ลำดับที่ 5,7,9,11,... จนครบ 98 คน (ตามสูตร $R, R+I, R+2I, +\dots, +R(n-1)I$)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ ได้จากการศึกษางานวิจัย เอกสารและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาตามกรอบแนวคิดการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ทั้งหมดจำนวน 17 ข้อ ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยสร้างข้อคำถามตามแบบวัดของลิเคอร์ต⁷ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จำนวน 11 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรค จำนวนแต่ละ 9 ข้อ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามของแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จากนั้นนำแบบสอบถามที่ตรวจความตรงทาง

เนื้อหาและปรับปรุงแล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของพฤติกรรมในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน เท่ากับ 0.86 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เท่ากับ 0.83 การรับรู้ความรุนแรงของโรค เท่ากับ 0.81 การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคเท่ากับ 0.84 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค เท่ากับ 0.66

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อที่สุ่มได้ โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลจำนวน 98 ชุด พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการทำวิจัยในครั้งนี้ จากนั้นทำการรวบรวม ตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ของข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้ไปทำการวิเคราะห์ต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่, ค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ค่ามัธยฐาน, พิสัยระหว่างควอร์ไทล์,

ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติ Chi Square test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการพิจารณาการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE 612046

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 25.30 ปี (S.D. = 6.46 ปี) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ทำไร่/ทำนา/ทำสวน) ร้อยละ 38.78 จบการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 41.84 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 37.76 ทั้งนี้หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์แรก ร้อยละ 37.76 ปัจจุบันมีอายุครรภ์มากกว่า 24 สัปดาห์ ร้อยละ 57.14 และพบว่าตั้งครรภ์แล้วแท้ง ร้อยละ 20.41 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของเกษตรกร จำแนกตามระดับพฤติกรรม (n = 122 คน)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
น้อยกว่า 17 ปี	7	7.14
17 - 35 ปี	83	84.69
มากกว่า 35 ปี	8	8.16
Mean = 25.29, S.D. = 6.46, Min = 13, Max = 44		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	5	5.10
ประถมศึกษา	15	15.31
มัธยมศึกษาตอนต้น	30	30.61
มัธยมศึกษาตอนปลาย	41	41.84
อนุปริญญา	3	3.06
ปริญญาตรีขึ้นไป	4	4.08
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว		
น้อยกว่า 5,000 บาท	11	11.22
5,000 – 10,000 บาท	37	37.76
10,001 – 15,000 บาท	27	27.55
15,001 – 20,000 บาท	8	8.16
มากกว่า 20,000 บาท	15	15.31
Median = 10,000, IQR = 6,000, Min = 1,000, Max = 40,000		
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวหรือไม่		
ไม่เพียงพอ	52	53.06
เพียงพอ	64	46.94
จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์		
ครรภ์แรก	37	37.76
ครรภ์ที่ 2	36	36.73
ครรภ์ที่ 3 ขึ้นไป	25	25.51
Mean = 1.95, S.D. = 0.92, Min = 1, Max = 4		

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสาร

ไอโอดีน

ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสาร

ไอโอดีน พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกัน

โรคขาดสารไอโอดีนอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 81.63 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ (n = 98)

ระดับการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสาร ไอโอดีน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (มากกว่าหรือเท่ากับ 67.54 คะแนน)	18	18.37
ระดับไม่ดี (น้อยกว่า 67.54 คะแนน)	80	81.63
Mean = 57.79 , SD = 9.75 , Min = 33 , Max = 79		

3. การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้าน

สุขภาพ

ระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของหญิงตั้งครรภ์ โดยรวมพบว่าส่วนใหญ่มีการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 51.02 เมื่อจำแนกตามรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีนอยู่ในระดับดี

ร้อยละ 50.00 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอดีนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 54.08 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 50 และด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 78.33 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ในอำเภอนาโยง จังหวัดอุดรธานี (n = 98)

ระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (มากกว่าเท่ากับ 143 คะแนน)	50	51.02
ระดับไม่ดี (น้อยกว่า 143 คะแนน)	48	48.98
Mean = 142.12, S.D. = 11.54 , Min = 109 , Max = 166		
ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค		
ระดับดี (มากกว่าเท่ากับ 39.5 คะแนน)	49	50
ระดับไม่ดี (น้อยกว่า 39.5 คะแนน)	49	50
Mean = 39.49, S.D. = 4.47 , Min = 30 , Max = 49		
ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรค		
ระดับดี (มากกว่าเท่ากับ 33 คะแนน)	53	54.08
ระดับไม่ดี (น้อยกว่า 33 คะแนน)	45	45.92
Mean = 32.79, S.D. = 5.23 , Min = 9 , Max = 44		

4. ความสัมพันธ์ของการรับรู้แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน

จากการทดสอบความสัมพันธ์ของการรับรู้แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.0464) โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพดี มีพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน เป็น 3.02 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ

ไม่ดี (95 % CI: 0.89 -11.73; p-value = 0.046) จากการทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.036) โดยพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนดี มีพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนเป็น 3.18 เท่า ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนไม่ดี (95 % CI: 0.94 - 12.34 ; p-value = 0.036) (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ อำเภออายุ จังหวัดอุดรธานี โดยใช้สถิติ Chi Square (n = 98 คน)

การรับรู้แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน		OR	95%CI of OR	p-value
	อยู่ในระดับดี n(%)	อยู่ในระดับไม่ดี n (%)			
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค					
อยู่ในระดับดี	10 (20.41)	39 (79.59)	1.31	0.42-4.26	0.601
อยู่ในระดับไม่ดี	8 (16.37)	41 (83.67)			
การรับรู้ความรุนแรงของโรค					
อยู่ในระดับดี	11 (20.75)	42 (79.25)	1.42	0.45-4.75	0.507
อยู่ในระดับไม่ดี	7 (15.56)	38 (84.44)			
การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรค					
อยู่ในระดับดี	13 (26.53)	36 (73.47)	3.18	0.94-12.34	0.036
อยู่ในระดับไม่ดี	5 (10.20)	44 (89.80)			
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค					
อยู่ในระดับดี	4 (30.77)	9 (69.23)	1.16	0.22-5.13	0.825
อยู่ในระดับไม่ดี	13 (27.66)	34 (72.37)			
การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ					
อยู่ในระดับดี	4 (30.77)	9 (69.23)	3.02	0.89-11.73	0.046
อยู่ในระดับไม่ดี	13 (27.66)	34 (72.37)			

การอภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง จากผลการศึกษาผู้วิจัยสามารถแยกประเด็นอภิปรายตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

จากงานวิจัย พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 81.63 สาเหตุของพฤติกรรมในหญิงตั้งครรภ์อาจเกิดจากหลายปัจจัยด้วยกัน ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม เป็นต้น และปัจจัยภายนอกตัวบุคคลเช่น เศรษฐกิจ การศึกษา รวมทั้งอายุครรภ์ ที่ส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมในการเลือกปฏิบัติ⁸ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ภัสพร สมภาร⁹ กล่าวว่า หญิงตั้งครรภ์ในอำเภอनावังและอำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู มีพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 93.5 ซึ่งอยู่ในระดับที่สูงเช่นกัน

โดยภาพรวม พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 51.02 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในคลินิกฝากครรภ์ ได้ให้สุขศึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ ที่เข้ามาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตอำเภอนาเยีย จังหวัดอุดรธานี จึงส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และการรับรู้ที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ภัสพร สมภาร⁹ ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอनावังและอำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู มีการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากเป็นพื้นที่ขาดสารไอโอดีน และมีการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โดยการให้สุขศึกษา

แก่หญิงตั้งครรภ์ จึงส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ต่อภาวะขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์

เมื่อพิจารณารายด้าน ดังรายละเอียดพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีน พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีน อยู่ในระดับดี ร้อยละ 50.00 เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มีความเชื่อที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำ โดยบุคคลจะมีการรับรู้ความรู้สึของผู้ป่วย ต่อการที่ตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย¹⁰ สอดคล้องกับงานวิจัยของ บุญหวาน ประทุมรัตน์¹¹ ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ อำเภอनावัง จังหวัดอุดรธานี กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคขาดสารไอโอดีนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 51.85 ซึ่งอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกัน ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอดีน พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอดีน อยู่ในระดับดี ร้อยละ 54.08 อาจเนื่องมาจากหญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอดีน ที่มีผลต่อตนเองและทารกที่อยู่ในครรภ์ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต มีความอยากลำบาก ต้องใช้เวลาในการรักษาหรือเกิดโรคแทรกซ้อน¹⁰ สอดคล้องกับงานวิจัยของภัสพร สมภาร⁹ ได้ศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอनावังและอำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่ามีการรับรู้ความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอดีน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.90 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีระดับการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคขาดสาร

ไอโอดีนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 50.00 ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าหญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ต่อภาวะคุกคามของโรคขาดสารไอโอดีน และมีความเชื่อว่าการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์ ก่อให้เกิดผลดี ส่งผลให้ตนเองและทารกที่อยู่ในครรภ์ไม่ป่วยเป็นโรคขาดสารไอโอดีน¹⁰ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ บังอร แสงอึ้ง⁶ กล่าวว่าหญิงตั้งครรภ์ ในอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น มีการรับรู้ผลดีของการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน อยู่ในระดับดี 79.40 และด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีระดับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 78.33 ทั้งนี้ อาจเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ต่อภาวะคุกคามของโรค แต่การที่หญิงตั้งครรภ์จะปฏิบัติหรือไม่ขึ้นอยู่กับความเชื่อต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ที่จะช่วยลดภาวะคุกคาม เมื่อเปรียบเทียบกับความยุ่งยากของการปฏิบัตินั้นๆ¹⁰ สอดคล้องกับงานวิจัยของ บุญหวาน ประทุมรัตน์¹¹ ที่กล่าวว่า หญิงตั้งครรภ์ในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี มีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 74.07 โดยข้อที่เป็นอุปสรรคในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ได้แก่ เกลือเสริมไอโอดีนมีรสชาติเค็มกว่าเกลือธรรมดา และคนที่ไม่มีโรคขาดสารไอโอดีนหรือคอพอก ไม่มีความจำเป็นต้องใช้เกลือเสริมไอโอดีนหรือน้ำดื่มเสริมไอโอดีนเป็นประจำ ซึ่งในความเป็นจริงแล้วทุกคนต้องได้รับสารไอโอดีนตามปริมาณอายุที่ควรได้รับเป็นประจำแต่ละวัน

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ของการรับรู้แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดี มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน เป็น 3.02 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไม่ดี (95 % CI: 0.89 - 11.73 ; p-value = 0.0464) อาจเนื่องมาจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคและการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคนั้น ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์เลือกที่จะปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ด้วยการเปรียบเทียบอุปสรรคในการปฏิบัติกับประโยชน์ที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อตนเองและทารกที่อยู่ในครรภ์¹⁰ ขัดแย้งกับงานวิจัยของ ภัสพร สมภาร⁹ ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์กับระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ของทารกแรกเกิด ในพื้นที่อำเภอนาวังและอำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ของหญิงตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ของทารกแรกเกิดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

เจ้าหน้าที่หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โดยจัดให้โปรแกรมสุขศึกษาในโรงเรียนพ่อแม่ สำหรับหญิงตั้งครรภ์และสามีหรือญาติ โดยเน้นความสำคัญและประโยชน์ของการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ส่งผลต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกที่อยู่ในครรภ์ พร้อมทั้งใช้ปฏิทินในการบันทึกพฤติกรรมของการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ โดยสามีและญาติมีบทบาทในการสนับสนุนการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ทุกท่านที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี และขอขอบคุณหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร. การนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืช [อินเทอร์เน็ต]; 2560. [เข้าถึง เมื่อ 5 พ.ย. 2560]. เข้าถึงได้จาก [http:// www.oae.go.th](http://www.oae.go.th)
2. สำนักงานโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. โรคจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช [อินเทอร์เน็ต]; 2559. [เข้าถึง เมื่อ 5 พ.ย. 2560]. เข้าถึงได้จาก <http://envocc. ddc. moph.go.th>.
3. สำนักงานอนามัยสิ่งแวดล้อม จังหวัดขอนแก่น. ผลการตรวจสารเคมีในเลือด. เอกสารอัดสำเนา; 2560.
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี. ผลการตรวจสารเคมีในเลือด หมู่ 8. เอกสารอัดสำเนา; 2558.
5. อภิวัฒน์ สุวรรณราช และปัทพงษ์ เกษสมบูรณ์. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอันตรายในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านเหมืองแบ่งตำบลหนองหญ้าปล้อง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย. ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558.
6. ณัฐธญา วิไลวรรณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มเกษตรกร อำเภอมือง จังหวัดปทุมธานี. มหาวิทยาลัยปทุมธานี; 2559.
7. ไชยา พรหมเกษ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชตำบลหัวเรือ อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี; 2558.
8. มงคล รัชชะ, สุรเดชสำราญจิตต, จุฑามาศ แสนท้าว, ศรธรรม สุขตะกั่ว. พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรบ้านทุ่งนางครวญ ตำบลชะแล อำเภอดงหลวง จังหวัดกาญจนบุรี. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2555.
9. วิชาดา สิมลาและตัม บุนนอด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในตำบลแหลมไหนด อำเภอกวนขนุน จังหวัดพัทลุง. คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ; 2555.
10. สุเพ็ญศรี เป้าทองและอุไรวรรณ อินทร์ม่วง. พฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรที่เพาะปลูกมะเขือเทศบ้านลาดนาเพียง ตำบลสาวะถี อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น. ภาควิชาวิทยาศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.
11. อนุวัฒน์ เฟื่องพุด. ปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างโดยการตรวจระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของเกษตรกร ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.

**ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง
ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกความดันโลหิตสูง
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน จังหวัดขอนแก่น**

นิตติยา สีหาราช¹

(วันที่รับบทความ: 30 สิงหาคม 2562; วันที่แก้ไข: 18 พฤศจิกายน 2562; วันที่ตอบรับ 9 ธันวาคม 2562)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบ Pre test – post test two – group design ครึ่งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการบริการตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ทุกข้อคำถามได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 และมีความเที่ยงด้านการปฏิบัติ เท่ากับ 0.742 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Paired t-test และสถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 71.4 อายุเฉลี่ย 61.17 ปี (S.D.= 9.95) ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 5.88 ปี (S.D.= 3.76) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 62.9 อายุเฉลี่ย 60.45 ปี (S.D.= 9.33) ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 5.60 ปี (S.D.= 4.25) หลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 2.78 คะแนน (S.D.= 0.15) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.56 คะแนน (S.D.= 0.20) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหลังกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.22 คะแนน (95%CI : 0.13 – 0.30), p-value <0.001) ดังนั้น ควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้อย่างต่อเนื่องและขยายผลไปยังผู้ป่วยความดันโลหิตสูงคนอื่นๆ

คำสำคัญ: โรคความดันโลหิตสูง, โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเอง, ทฤษฎีความสามารถตนเอง, ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน จังหวัดขอนแก่น,

E-mail: nseeharach8@gmail.com

Corresponding author: นิตติยา สีหาราช, E-mail: nseeharach8@gmail.com

**Effects on Self-Care Behavior Promotion Program Applying
Self Efficacy Theory with Social Support Theory among Hypertension Patients
of Hypertension Clinic in Kranuan Crown Prince Hospital, Khon Kaen**

Nittiya Seeharach¹

(Receive 30th August 2019 ; Revised: 18th November 2019; Accepted 9th December 2019)

Abstract

This quasi-experimental research, pre test – post test two group design aimed to evaluate a self-care behavior promotion program applying self efficacy theory with social support theory of hypertension patients of hypertension clinic in Kranuan Crown Prince Hospital, KhonKaen. The subjects were divide into two groups. The first group of 35 patients were assigned as the experimental group who receiving self-care behavior promotion program applying self efficacy theory with social support theory and second group of 35 patients were assigned as the comparison group who receiving usual care. Data were collected using the questionnaire, , which was tested for content validity by 3 experts analysing by the index of item-objective congruence (IOC), who found that every item had an IOC of 0.67 -1.00 and its reliability was assessed using Cronbach's alpha, the self care practice yielding a score of 0. 0.742. The data were analysed using descriptive statistics, Paired t-test and Independent t-test at 0.05 level of significance.

The results showed that the participant characteristics, it was found that the experimental group, 71.4 % was female with the average age of 61.17 years old (S.D.= 9.95). The average duration illness with hypertension was 5.88 years (S.D.= 3.76), and the comparison group, 62.9 % was female with the average age of 60.45 years old (S.D.= 9.33), and the average duration illness with hypertension was 5.60 years (S.D.= 4.25). After the treatment, the experiment and comparison group had scores in self care practices were 2.78 (S.D.= 0.15) and 2.56 (S.D.= 0.20) respectively, and the experiment and comparison groups had statistical difference of mean difference between after and before the experiment in scores in self care practices (0.22 points; 95%CI : 0.13 – 0.30), p-value <0.001). Recommendations are made for continued patients for improve self care practices of hypertension at the population level.

Keywords: Hypertension, Self-Care Behavior Promotion Program, Self Efficacy Theory, Social Support Theory

¹ Register Nurse, Kranuan Crown Prince Hospital, KhonKaen, E-mail: nseeharach8@gmail.com
Corresponding author: Nittiya Seeharach, E-mail: nseeharach8@gmail.com

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกตายก่อนวัยอันควร และเป็นปัญหาที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงจะเรียกอีกอย่างว่าฆาตกรเงียบ (Silent killer) องค์การอนามัยโลกรายงานว่าปัจจุบันโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด จำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั่วโลกพบว่ามีจำนวนเกือบถึงพันล้านคน โดยในปี ค.ศ. 2025 คาดการณ์ว่าประชากรวัยผู้ใหญ่ จำนวน 1.56 พันล้านคน จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงสำหรับในประเทศไทยจากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน ในภาพรวมของประเทศในปี พ.ศ. 2556-2558 เท่ากับ 8.09 18.28 และ 25.32 ตามลำดับ¹

จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน อำเภอกะนวน จังหวัดขอนแก่น มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2558, 2559 และ 2560 มีจำนวน 5,791, 6,376 และ 6,788 รายตามลำดับและผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูงพบว่า ผู้ป่วยยังขาดความรู้ในการดูแลตนเอง รวมทั้งไม่ทราบภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ การควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกตินั้นทำได้โดยการควบคุมหรือการลดปัจจัยเสี่ยงได้แก่ การควบคุมอาหาร การควบคุมอารมณ์ และการออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้ลดปัจจัยเสี่ยงได้สำเร็จคือมีความตระหนัก และมีความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ

ตนเอง ตลอดจนการสนับสนุนทางสังคมก็เป็นบทบาทที่สำคัญเช่นกันดังแนวคิดที่กล่าวว่าบุคคลมีความสามารถที่จะควบคุมความคิด การตั้งใจ และการกระทำของตนเอง² โดยกระบวนการนี้ต้องอาศัยการฝึกฝนตนเองอันประกอบไปด้วย กระบวนการสังเกตตนเอง การตัดสินใจ และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง³ นอกจากนั้นแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่ผู้รับได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร และวัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจซึ่งอาจเป็นบุคคล หรือกลุ่มคนให้การสนับสนุน เป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่สนับสนุน และผลักดันให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมได้ จะเห็นได้ว่า หนึ่งในสาเหตุสำคัญคือผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่เหมาะสม อาจเนื่องมาจากรูปแบบหรือโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพไม่เป็นรูปธรรมและมีหลากหลาย ดังนั้นควรมีโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเอง โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงคลินิกความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิต ภายในกลุ่ม

และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

- เพื่อเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตช่วงบนและช่วงล่าง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบ Pre test – post test two group design โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 3 ครั้ง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการบริการตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาได้รับการรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน ตามเกณฑ์การคัดเข้า(Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการรักษาโดยใช้ยารับประทาน มีระดับความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถมองเห็น รับฟัง และสื่อสารตามปกติได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่อิสระที่กัน⁴ ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 35 คน รวมเป็น 70 คน⁴

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง/ทำกิจกรรม ได้แก่ สื่อประกอบการสอนประกอบด้วย

1.1) แผนการสอน เรื่องโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อนและการป้องกัน การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด

1.2) สไลด์ และบรรยายเรื่องโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน, การดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร, การออกกำลังกาย, การผ่อนคลายความเครียด

1.3) วีดิทัศน์ เรื่อง โรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือด

1.4) เอกสารการปฏิบัติตัวโรคความดันโลหิตสูง

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ค่าดัชนีมวลกาย รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมความดันโลหิต

- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิต

ผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ทุกข้อคำถามได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 และมีความเที่ยงด้านการปฏิบัติ เท่ากับ 0.742

การรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังรายละเอียด

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยเริ่มสร้างสัมพันธภาพ โดยกล่าวทักทายและแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ และระยะเวลาเข้าร่วมวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลขอความร่วมมือในการทำวิจัย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัย และให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมความดันโลหิตและแบบสอบถามการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิต จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการตามแผน โดยการบรรยายประกอบภาพสไลด์ ความรู้ในเรื่องโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อนการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ชมวีดิทัศน์ เรื่อง โรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือด การสาธิต และการฝึกปฏิบัติในเรื่องการเลือกรับประทานอาหารจากโมเดลอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียดจากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซักถามข้อสงสัย ทำการนัดหมายกับผู้ป่วยใน 2 สัปดาห์ต่อไป

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทบทวนความรู้ในเรื่องโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน การดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร การ

ออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ให้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์และแชร์ประสบการณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา นำเสนอตัวแบบที่ดีในการปฏิบัติด้วยยกย่องชมเชย ผู้ที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตได้ การส่งเสริมให้กำลังใจผู้ที่กำลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง มีการกระตุ้นเตือนในกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน ทำการนัดหมายกับผู้ป่วยใน 2 สัปดาห์ต่อไป

ครั้งที่ 3 ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทบทวนความรู้ในเรื่องโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน การดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด กล่าวยกย่องชมเชยผู้ที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตได้ และส่งเสริมให้กำลังใจผู้ที่กำลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตอบแบบสอบถามซึ่งเป็นแบบสอบถามเหมือนครั้งแรก พร้อมกับแจกเอกสารการปฏิบัติตัวโรคความดันโลหิตสูงให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอ่านทบทวนภายหลังพร้อมทั้งซักถามข้อสงสัย กล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือด้วยดี ตลอดช่วงการทำวิจัยสรุปผลการทำกิจกรรมกลุ่มเป็นการสิ้นสุดการวิจัย

สำหรับกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลที่ปฏิบัติการในคลินิกความดันโลหิตสูง

จากนั้นผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการวัดค่าความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลองทั้งสองกลุ่ม

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Paired t-test และ สถิติ Independent t-test ในการเปรียบเทียบการปฏิบัติ และค่าความดันโลหิตภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง ตามลำดับ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัย**1. ข้อมูลทั่วไป**

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 71.4 อายุเฉลี่ย 61.17 ปี (S.D.= 9.95) ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 5.88 ปี (S.D.= 3.76) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 62.9 อายุเฉลี่ย 60.45 ปี (S.D.= 9.33) ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 5.60 ปี (S.D.= 4.25) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	10	28.57	13	37.14
หญิง	25	71.43	22	62.86
อายุ				
<=50	6	17.14	5	14.29
51-59	11	31.43	6	17.14
>=60	18	51.43	24	68.57
Mean (SD)	61.17 (S.D.= 9.95)		5.88 (S.D.= 3.76)	
Median (Min, Max)	60 (46,78)		62 (34,77)	
ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (ปี)				
< 5	14	40.00	21	60.00
5-10	18	51.43	10	28.57
>10	3	8.57	4	11.43
Mean (SD)	61.17 (S.D.= 9.95)		5.88 (S.D.= 3.76)	
Median (Min, Max)	60 (46,78)		62 (34,77)	

2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเฉลี่ยเท่ากับ 2.54 คะแนน (S.D.= 0.18) ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.78 คะแนน (S.D.= 0.15) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ โดยหลังการทดลอง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง	จำนวน	Mean	S.D.	Mean difference (95%CI)	P-value
กลุ่มทดลอง					<0.001
ก่อนทดลอง	35	2.54	0.18		
หลังการทดลอง	35	2.78	0.15	0.24 (0.17-0.30)	
กลุ่มเปรียบเทียบ					0.526
ก่อนทดลอง	35	2.54	0.21		
หลังการทดลอง	35	2.56	0.20	0.02 (-0.05 – 0.09)	

3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.54 คะแนน (S.D.= 0.18) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ คะแนน 2.54 (S.D.= 0.21) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตัว

ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองมากกว่าก่อนการทดลอง 0.239 คะแนน (95%CI: 0.17-0.30, p-value <0.001) กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเฉลี่ยเท่ากับ

2.54 คะแนน (S.D.= 0.21) ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.56 คะแนน (S.D.= 0.20) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.526 (ดังตารางที่ 2)

ในการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.939) (ดังตารางที่ 3)

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.78 คะแนน (S.D.= 0.15) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.56 คะแนน (S.D.= 0.20) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตัว

ในการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการ

ปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.21 คะแนน (95%CI : 0.13 – 0.30), p-value <0.001) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง	จำนวน	Mean	S.D.	Mean difference (95%CI)	P-value
ก่อนทดลอง					0.939
กลุ่มทดลอง	35	2.54	0.18	0 (0.09 - 0.09)	
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	2.54	0.21		
หลังการทดลอง					<0.001
กลุ่มทดลอง	35	2.78	0.15	0.22 (0.13 – 0.30)	
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	2.56	0.20		

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงบน (ขณะหัวใจบีบตัว) และช่วงล่าง (ขณะหัวใจคลายตัว) ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

4.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงบน (ขณะหัวใจบีบตัว)

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงบน (ขณะหัวใจบีบตัว) เท่ากับ 133.14 mmHg. (S.D.= 9.34) ภายหลังการทดลองค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงบน (ขณะหัวใจบีบตัว) เท่ากับ 128 mmHg. (S.D.= 7.92) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงบน (ขณะหัวใจบีบตัว) ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าแตกต่าง

กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงบน (ขณะหัวใจบีบตัว) ลดลง 5.14 mmHg. (95%CI : 2.96-7.31, p-value <0.001)

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงบน(ขณะหัวใจบีบตัว) เท่ากับ 131.40 mmHg. (S.D.= 9.62) ภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงบน (ขณะหัวใจบีบตัว) เท่ากับ 131.42 mmHg. (S.D.= 8.09) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงบน (ขณะหัวใจบีบตัว) ก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.975)

4.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงล่าง (ขณะหัวใจคลายตัว)

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงล่าง (ขณะหัวใจคลายตัว) เท่ากับ 80.97 mmHg. (S.D.= 6.61) ภายหลังการทดลอง เท่ากับ 78.42 mmHg. (S.D.= 3.98) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงล่าง (ขณะหัวใจคลายตัว) ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยภายหลังการทดลองค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงล่าง (ขณะหัวใจคลายตัว) ลดลง 2.54

mmHg. (95%CI: 0.64 - 4.44, p-value = 0.010) กลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงล่าง (ขณะหัวใจคลายตัว) เท่ากับ 83.74 (S.D.= 5.84) ภายหลังการทดลอง เท่ากับ 80.85 (S.D.= 3.73) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงล่าง (ขณะหัวใจคลายตัว) ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยภายหลังการทดลองค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงล่าง (ขณะหัวใจคลายตัว) ลดลง 2.88 (95%CI : 1.26 - 4.50, p-value = 0.001) (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ค่าความดันโลหิต	จำนวน	Mean	S.D.	Mean difference (95%CI)	P-value
ค่าความดันโลหิต					
ขณะหัวใจบีบตัว (ช่วงบน)					
กลุ่มทดลอง					<0.001
ก่อนทดลอง	35	133.14	9.34	5.14 (2.96-7.31)	
หลังการทดลอง	35	128.00	7.92		
กลุ่มเปรียบเทียบ					0.975
ก่อนทดลอง	35	131.40	9.62	0.02 (-0.05 – 0.09)	
หลังการทดลอง	35	131.42	8.09		
ค่าความดันโลหิต					
ขณะหัวใจบีบตัว (ช่วงล่าง)					
กลุ่มทดลอง					0.010
ก่อนทดลอง	35	80.97	6.61	2.55 (0.64 - 4.44)	
หลังการทดลอง	35	78.42	3.98		
กลุ่มเปรียบเทียบ					0.001
ก่อนทดลอง	35	83.74	5.84	2.89 (1.26 – 4.50)	
หลังการทดลอง	35	80.85	3.73		

5. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัว หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองก่อนและกลุ่มเปรียบเทียบ

5.1 ค่าความดันโลหิตช่วงบน (ขณะหัวใจบีบตัว) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของผลต่างของความดันโลหิตช่วงบน เท่ากับ 128 mmHg (S.D.=7.92) และ 131.42 mmHg (S.D.=8.09) ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างค่าความดันโลหิตช่วงบน พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของผลต่างของค่าความดันโลหิตช่วงบน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 3.42; -0.39 ถึง 7.25, p-value =0.078)

5.2 ค่าความดันโลหิตช่วงล่าง (ขณะหัวใจคลายตัว) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยของผลต่างของความดันโลหิตช่วงล่าง เท่ากับ 78.42 mmHg (S.D.=3.98) และ 80.85 mmHg (S.D.=3.73) ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างค่าความดันโลหิตช่วงล่าง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของผลต่างของค่าความดันโลหิตช่วงล่างแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างของค่าความดันโลหิตช่วงล่างต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.42 mmHg (Mean diff = 2.42 ; 95% CI : 0.58 ถึง 4.26, p-value =0.010) (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัว ภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ค่าความดันโลหิต หลังการทดลอง	จำนวน	Mean	S.D.	Mean difference (95%CI)	P-value
ค่าความดันโลหิต ขณะหัวใจบีบตัว (ช่วงบน) หลังการทดลอง					0.078
กลุ่มทดลอง	35	128.00	7.92	3.42 (-0.39 – 7.25)	
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	131.42	8.09		
ค่าความดันโลหิต ขณะหัวใจบีบตัว (ช่วงล่าง) หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	35	78.42	3.98	2.43 (0.58 – 4.26)	0.010
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	80.85	3.73		

การอภิปรายผล

การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิต พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการควบคุมความดันโลหิต มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นเพราะโปรแกรมที่จัดให้กลุ่มทดลอง ได้แก่การให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อนและการป้องกัน การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การฉายวีดิทัศน์ เรื่อง โรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือด และการสาธิตและการฝึกปฏิบัติในเรื่อง การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด อีกทั้งมีการประชุมกลุ่มสนทนา และมีการสนทนาซักถาม พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของสมาชิกเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการป้องกัน และมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คอยกระตุ้นและให้ข้อมูลข่าวสารเพิ่มเติม รวมทั้งแจกเอกสารแผ่นพับและคู่มือการปฏิบัติตัวโรคความดันโลหิตสูง จึงทำให้กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตัวที่ดี สอดคล้องกับทฤษฎีความสามารถตนเอง ที่กล่าวว่าการที่บุคคลมีความคาดหวังว่าตนเองสามารถทำได้ และผลของการกระทำของตน เป็นผลดีให้มีพฤติกรรมนั้น ^{2,5-6} ค่าความดันโลหิตช่วงบนและช่วงล่าง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงบน (ขณะหัวใจบีบตัว) และช่วงล่าง (ขณะหัวใจคลายตัว) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวภายในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ลดลงมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมประยุกต์ทฤษฎี

ความสามารถตนเองและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม มีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตเพิ่มขึ้น จึงส่งผลให้ค่าความดันโลหิตช่วงบนและช่วงล่าง ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษา ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดค่าความดันโลหิตของผู้เข้าร่วมทดลองโรงพยาบาลชยันต พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติตนในด้านการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายเพื่อลดค่าความดันโลหิต ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁶

ข้อเสนอแนะ

1.จากผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ดังนั้นหน่วยบริการสาธารณสุขอื่นๆ ควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้เพื่อให้ความรู้ ส่งเสริมกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ มีความรู้และสามารถปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2.การวิจัยครั้งต่อไปควรขยายผลโดยการศึกษาระยะติดตามผลของโปรแกรมทฤษฎีความสามารถตนเองและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่องโดยขยายระยะเวลาในการติดตามผล 3 เดือน 6 เดือนหรือ 1 ปีเพื่อประเมินการคงอยู่ของพฤติกรรมในการจัดการตนเองและการลดลงของความดันโลหิตในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์วิโรจน์ เลิศพงศ์พิพัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

สมเด็จพระยุพราชระนวน ที่อำนวยความสะดวก ให้คำปรึกษา สนับสนุนการทำวิจัย ขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชระนวน ที่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์

ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ]. นครสวรรค์: มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครสวรรค์; 2550.คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2555.

เอกสารอ้างอิง

1. อัจฉรา ภักดีพินิจ, ศกวรรณ แก้วกลีน และ สุภาพร พรหมจีน. ประเด็นสารรณรงค์วัน ความดันโลหิตสูงโลก ปี 2559[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุม โรค; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 28 มีนาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/>
2. Bandura, A. Self – efficacy : Toward a uniflying theory of behavior change. Psychological Reviews. 1977; 84(2): 191-215.
3. สุปรียา ตันสกุล. ทฤษฎีและโมเดลการประยุกต์ใช้ในงานสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ (ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ยุทธินทร์การพิมพ์; 2548.
4. อรุณ จิรวัดน์กุล. ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทาง วิทยาศาสตร์สุขภาพ ภาควิชาชีวิตที่ดีและ ประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
5. เนาวรัตน์ จันทานนท์ บุษราคัม สิงห์ชัย และวิวัฒน์ วรวงษ์. พฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใน อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร. วารสารวิจัย มข. 2554; 16(6): 749-758.
6. อนงค์ นิลกำแหง. ผลของโปรแกรมส่งเสริม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับ ไขมัน โคเลสเตอรอลในเลือดของบุคลากร โรงพยาบาลชัยนาท. [วิทยานิพนธ์วิทยาศา

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลเขารูปช้าง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา

เทอดศักดิ์ น้าเจริญ¹, จารุณี วาระหัส², ศักรินทร์ สุวรรณเวหา³

(วันที่รับบทความ: 20 สิงหาคม 2562; วันที่แก้ไข: 20 พฤศจิกายน 2562; วันที่ตอบรับ 10 ธันวาคม 2562)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ด้านภาวะโภชนาการและพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการโดยใช้แนวทางอาหารของแม่ในกลุ่มผู้สูงอายุระดับพื้นที่ของตำบลเขารูปช้าง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเปราะบางทางโภชนาการ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ประกอบการร้านค้า ในพื้นที่เทศบาลตำบลเขารูปช้าง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา โดยมีระยะเวลาดำเนินการ 1 ปี ตั้งแต่ เดือน ตุลาคม 2561 ถึงเดือนกันยายน 2562 การรวบรวมข้อมูล เชิงคุณภาพ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยใช้วิธีการของลินคอล์นและกูป้า (Lincoln & Guba) โดยมีการตรวจสอบข้อมูล 4 ประการ คือ 1) ความน่าเชื่อถือ 2) การนำผลการวิจัยไปใช้ 3) การเข้าใจกระบวนการตัดสินใจในการวิจัยหรือการสรุปผลของผู้อ่าน 4) การปราศจากความลำเอียงของผู้วิจัย ใช้เทคนิคการตรวจสอบสามเส้า การเก็บข้อมูลหลากหลายวิธีและการสอบทานข้อมูลเพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการสังเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านภาวะโภชนาการของกลุ่มผู้สูงอายุพบว่า โดยภาพรวม ผู้สูงอายุของตำบลเขารูปช้าง มีภาวะโภชนาการที่ปกติ การสังเคราะห์การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการโดยใช้แนวทางอาหารของแม่ตำบลเขารูปช้าง พบว่า ภาควิชาต่างๆในชุมชน ได้แก่ เทศบาลเมืองเขารูปช้าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองเขารูปช้าง ร่วมประชุมวางแผน รับฟังความคิดเห็น เชื่อมโยงเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จัดทำประชาคมลงสู่การปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมตามแนวทางอาหารของแม่ใน 3 มิติ คือ อาหารสะอาด โภชนาการถูกหลักและทำด้วยความรัก จากผลการดำเนินงานดังกล่าว ได้รูปแบบการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการโดยใช้แนวทางอาหารของแม่ตำบลเขารูปช้าง จำนวน 7 โครงการ โดยมีโครงการภายใต้มิติอาหารสะอาด จำนวน 3 โครงการ โภชนาการถูกหลัก จำนวน 2 โครงการ และทำด้วยความรัก จำนวน 2 โครงการ

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ทำให้ภาคีเครือข่ายต่างๆในชุมชนเกิดความตระหนักในการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการในกลุ่มวัยต่างๆและนำผลการปฏิบัติสู่การพัฒนา นโยบายเพื่อการส่งเสริมโภชนาการที่ยั่งยืนของชุมชน

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, อาหารและโภชนาการ, การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

¹ อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา, E-mail: tnamjarern@gmail.com

² อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา, E-mail: jwarahut@hotmail.com

³ อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา, E-mail: bthatchai@hotmail.com

Corresponding author: เทอดศักดิ์ น้าเจริญ, E-mail: tnamjarern@gmail.com

Development of Food and Nutritional Management Among Elderly Group in Khao Rup Chang Sub-District Muang District, Songkhla province

Terdsak Namjaroen¹, Jarunee Warahut², Sakkarin Suwanwaha³

(Receive 20th August 2019 ; Revised: 20th November 2019; Accepted 10th December 2019)

Abstract

This participatory action research aimed to analyze the nutritional situation and develop a food and nutritional management model using the mother's food guideline for the elderly group: Khao Rup Chang sub-district. The sample were local administrative organization executives, community leaders, village health volunteers, and older adults who were vulnerable to nutritional status in the area of Khao Rup Chang sub-district, Muang district, Songkhla province. This research was implemented in 1 year from October 2018 to September 2019. Qualitative data collected was verified using Lincoln & Guba method including 1) credibility, 2) transferability, 3) dependability and 4) conformability. Triangulations, mixed methods of collecting data, and debriefing were used to confirm data precision. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The result revealed that the overall, older adults had normal nutritional status. For the synthesis of the development of food and nutritional management model using mother's food guideline: Khao Rup Chang sub-district, it was found that local administrative organizations including Khao Rup Chang municipality, sub-district health promoting hospital, and Khao Rup Chang elderly club implemented the meetings for planning and listening to public concerns, networking, sharing information and doing people forum. This implementation was based on the participatory action in accordance with 3 dimensions of mother's food guideline including clean food, good nutrition and made with love. As a result, 7 projects were implemented namely, 3 projects under the dimension of clean food, 2 projects under the dimension of good nutrition and 2 projects under the dimension of made with love. From research findings, local administrative organizations were well aware of nutritional and food management for the target groups. Development of policy for community's sustainable nutritional promotion was also initiated.

Keywords: Development, food and nutritional, participatory action research

¹ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Songkhla, Thailand, E-mail: tnamjarern@gmail.com

² Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Songkhla, Thailand, E-mail: jwarahut@hotmail.com

³ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Songkhla, Thailand, E-mail: bthatchai@hotmail.com

Corresponding author: Terdsak Namjaroen, E-mail: tnamjarern@gmail.com

บทนำ

ภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุเป็นประเด็นที่สำคัญ เนื่องจากสังคมไทยเริ่มต้นเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ อย่างเต็มรูปแบบ คือมีประชากรวัยสูงอายุร้อยละ 20¹ ประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น นำมาซึ่งปัญหาของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพ ธรรมชาติของวัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลง โดยพบว่าปัญหาทางโภชนาการเป็นปัญหาหนึ่งที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยมีบทบาทสำคัญในการชะลอความเสื่อมตามอายุ โดยสารอาหารจะช่วยเสริมสร้างหน้าที่และอวัยวะต่างๆ ของร่างกายให้อยู่ในสภาพ สมดุล รวมทั้งบทบาทของสารอาหารในการป้องกันและบรรเทาความเจ็บป่วย²⁻⁶ ดังนั้นปัญหาโภชนาการในผู้สูงอายุจึงเป็นปัญหาสำคัญที่ควรพิจารณาเป็นอย่างยิ่งเพราะ เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการในผู้สูงอายุจะช่วยให้เซลล์ต่างๆ เปลี่ยนแปลงและเสื่อมสลายช้าลง ปัญหาโภชนาการในผู้สูงอายุ อาจเป็นผลสืบเนื่องมาจากการมีโรคเรื้อรังที่ไม่ถูกต้อง การยึดมั่นอยู่กับโรคเรื้อรังที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องมาตั้งแต่อายุน้อย และยังเป็นการยากลำบากที่จะเปลี่ยนแปลงโรคเรื้อรังที่ไม่ถูกต้อง⁷ นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่พบบ่อย ได้แก่ ความอยากอาหารลดลงจากการทำงานของระบบประสาทเกี่ยวกับการรับรส กลิ่นและสัมผัสเสื่อมลง ความสามารถในการทำงานของระบบทางเดินอาหารลดลง เช่น ฟันไม่ครบ การทำงานของต่อมน้ำลายลดลง ปากและลิ้นแห้ง ทำให้เกิดเป็นแผลติดเชื่อได้ง่าย ความสามารถในการบดเคี้ยวและการกลืนลดลง ทำให้เกิดการเบื่ออาหาร การดูดซึมสารอาหารลดลง การทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้

ลดลงทำให้เกิดอาการท้องอืดหรือท้องผูกได้ง่าย การเผาผลาญของร่างกายลดลงทำให้ร่างกายต้องการพลังงานลดลงเนื่องจากระดับการออกกำลังกายหรือการทำงานที่ลดลง² ประกอบกับปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น ผู้สูงอายุที่มีความเหงาและหดหู่จากการที่บุตรหลานไม่ค่อยได้เอาใจใส่ หรือถูกทอดทิ้งทำให้มีโอกาสได้รับสารอาหารน้อยกว่าที่ควร นอกจากนี้ความเสื่อมของร่างกาย ความแข็งแรงที่ลดลงหรือมีความเจ็บป่วยพิการทำให้ความสามารถในการจัดหาอาหารมารับประทานเองไม่สะดวกหรือไม่เหมาะสมและครบถ้วน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลให้เกิดปัญหาทางโภชนาการในผู้สูงอายุได้⁷ ด้วยเหตุนี้อาหารและโภชนาการจึงเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุ ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอหรือได้มากเกินไป จะมีผลซ้ำเติมอวัยวะต่าง ในร่างกายที่มีแนวโน้มจะเสื่อมอยู่ แล้วให้เสื่อมมากขึ้น ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับแบบแผนการบริโภค อาหาร เช่น โรคหัวใจ ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน ตับ ไต ความดันโลหิตสูง เก๊าท์ กระดูกพรุน โลหิตจาง ในทางตรงกันข้าม ผู้ที่มีการดูแลสุขภาพ และการรับประทานให้เหมาะสมตลอดเวลา จะช่วยให้มีภาวะ โภชนาการที่ดี ซึ่งก็จะช่วยลดปัญหาการเจ็บป่วย และชะลอความแก่หรือความเป็นผู้สูงอายุไว้นาน มีสุขภาพที่แข็งแรง และมีโรคภัยมาเบียดเบียนได้ยากกว่า จึงส่งผลทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี^{8,9}

จังหวัดสงขลาตั้งอยู่ฝั่งตะวันออกของภาคใต้ มีขนาดใหญ่เป็นอันดับที่ 27 ของประเทศ และใหญ่เป็นอันดับที่ 3 ของภาคใต้ รองจากจังหวัดสุราษฎร์ธานี และจังหวัดนครศรีธรรมราช ปัจจุบันจังหวัดสงขลา มี 16 อำเภอ มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 1,415,256 คน¹⁰ สัดส่วนประชากรวัยสูงอายุมี

แนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องร้อยละ 9.57 ในปีพ.ศ.2543 เพิ่มขึ้นร้อยละ 10.2 ในปีพ.ศ.2551 และคาดว่าในปีพ.ศ. 2568 จะเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 15 โดยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ พ.ศ. 2549¹¹ ข้อมูลผู้สูงอายุตำบลเขารูปช้าง พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเรื้อรัง และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ 41 คน นอกจากปัญหาโรคเรื้อรังแล้ว ปัญหาทาง โภชนาการเป็น ปัญหาหนึ่งที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ในตำบลเขารูปช้าง ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจาก พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมและ จากปัญหาสุขภาพจากโรคเรื้อรังและการเข้าสู่วัย ผู้สูงอายุ

ดังนั้นในการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม ภาวะโภชนาการในกลุ่มวัย ผู้สูงอายุ จึงจำเป็นต้องทราบสถานการณ์ปัจจุบันของแบบ แผนการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และ สถานการณ์ปัญหาภาวะโภชนาการ การ รับประทานอาหารให้เหมาะสม สภาพแวดล้อม ทางสังคม วัฒนธรรม ความเข้มแข็งและพลัง อำนาจของชุมชน นโยบายสาธารณะ และบริการ สุขภาพในท้องถิ่นที่จะร่วมกันดูแล และ เอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการที่ดี ซึ่ง พบว่าสตรีในฐานแม่มีบทบาทสำคัญอย่างมาก ในการส่งเสริมภาวะโภชนาการตามแนวทาง อาหารของแม่ซึ่งประกอบด้วยหลักสำคัญ 3 ประการคือ อาหารที่สะอาด (Clean food) มี โภชนาการดี (Good nutrition) และเป็นอาหาร ที่ทำด้วยความรัก (Made with love)

การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมภาวะ โภชนาการในผู้สูงอายุของตำบลเขารูปช้าง จึงเป็ นหน้าที่และความรับผิดชอบที่ทุกครอบครัวใน ชุมชน รวมถึงหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่มี บทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ของผู้สูงอายุทั้งทางตรงและทางอ้อมเพื่อพัฒนา รูปแบบการบริหารจัดการด้านอาหารและ

โภชนาการ รวมทั้งลักษณะของความต้องการ ต ่าง ๆ ที่อาจเปลี่ยนแปลงไปตามบริบทของชุมชน ทั้งนี้ก็เพื่อให้เกิดประโยชน์และช่วยเสริมสร้าง คุณภาพชีวิตที่ดีในมิติต่างๆ แก่ประชาชนใน ชุมชน ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการ ส่งเสริมภาวะโภชนาการจากการประกอบอาหาร โดยเริ่มตั้งแต่ การคัดเลือกวัตถุดิบ การเตรียม การปรุงอาหาร และการจัดอาหารให้น่า รับประทาน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้บริโภคอาหารที่ถูก หลักโภชนาการ จึงพัฒนารูปแบบการบริหาร จัดการด้านอาหารและโภชนาการโดยใช้แนวทาง อาหารของแม่ ตำบลเขารูปช้างโดยใช้รูปแบบ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อการ ปรับปรุง และพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการ ด้านอาหารและโภชนาการในตำบลเขารูปช้าง อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อ

1. วิเคราะห์สถานการณ์ด้านภาวะ โภชนาการของผู้สูงอายุตำบลเขารูปช้าง อำเภอ เมือง จังหวัดสงขลา
2. พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการด้าน อาหารและโภชนาการโดยใช้แนวทางอาหารของ แม่ในระดับพื้นที่ของตำบลเขารูป ช้าง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิง ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมศึกษาในกลุ่มประชากร ที่เป็นผู้สูงอายุผู้บริหารองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้ประกอบการร้านค้า ในพื้นที่เทศบาลตำบลเขารูปช้าง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา โดยมีระยะเวลาดำเนินการ 1 ปี

ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2561 ถึงเดือนกันยายน 2562

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้สูงอายุ บ้านเขาแก้ว ตำบลเขารูปช้าง อำเภอมือง จังหวัดสงขลา จำนวน 57 คน ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเทศบาลตำบลเขารูปช้าง พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้านและอสม.ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 30 คน โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยไฟล์เสียงจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ จะถูกนำมาถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim transcription) และค้นหาประเด็นสำคัญโดยการสังเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ด้วยวิธี Inductive coding ประโยคแต่ละประโยคจะถูกอ่านอย่างละเอียด เพื่อค้นหากลุ่มคำที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และจำแนกประเด็นหลัก ข้อมูลทั้งหมดจะถูกตรวจสอบแบบสามเส้ากับบันทึกการสังเกตในสนาม จากนั้นผู้วิจัยจะนำเสนอประเด็นหลักกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อการตรวจสอบความถูกต้องและเพิ่มเติมข้อมูลให้ดียิ่งขึ้น นำมาปรับประเด็นหลักใหม่ก่อนนำเสนอผลการวิจัย

ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยหาความถี่ และร้อยละ

2) คะแนนแบบประเมิน พฤติกรรมการเตรียมอาหารและการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการประกอบอาหารที่ทำด้วยความรัก พฤติกรรมบริโภคอาหาร และแบบประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมจาก คณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา (BCNSK 16/2562)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงร้อยละ 73.68 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 43.52 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 68.42 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 10,845.61 บาท (S.D.= 10,303.89) มีสถานภาพสมรสเป็นสมรส ร้อยละ 64.91 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 31.58

พฤติกรรมการเตรียมอาหารและการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเตรียมอาหารและการรับประทานอาหารในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 2.97, S.D.= 0.26) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ภาชนะที่สะอาดบรรจุอาหาร ($\bar{X}$ = 3.88, S.D.= 0.50) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารสำเร็จรูปบรรจุของหรือกระป๋อง ($\bar{X}$ = 1.60, S.D.= 0.49)

พฤติกรรมการรับประทานอาหารร่วมกันของครอบครัวของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารร่วมกันของครอบครัวของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.46, S.D. = 0.75) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเตรียมเมนูอาหารโดยคำนึงถึงคุณค่าความหลากหลายและความชอบของผู้สูงอายุ ($\bar{X}$ = 3.17, S.D. = 1.13) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ช่วงเวลารับประทานอาหารร่วมกันในการพูดคุยเรื่องราวในชีวิตประจำวัน ($\bar{X}$ = 2.03, S.D. = 1.07)

พฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่เหมาะสมโดยรวมอยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อที่มีการปฏิบัติเป็นประจำสูงสุดคือกลุ่มตัวอย่างรับประทานอาหารกลุ่มเนื้อสัตว์โดยเฉพาะเนื้อปลาวนละ 6 ซ่อนกินข้าวทุกวัน (ร้อยละ 77.19) และข้อที่มีพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุต่ำสุด คือ รับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ เช่น กุ้งส้ม จิ้งจก ยาปูเค็ม (ร้อยละ 21.05)

ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ตำบลเขารูปช้าง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา

พบว่าการประเมินภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าร้อยละ 71.93 (n = 41) อยู่ในระดับคะแนนมีภาวะโภชนาการปกติ รองลงมาอยู่ในระดับมีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 28.07 (n = 16) ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในตำบลเขารูปช้าง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา มีระดับภาวะโภชนาการปกติ อยู่ในระดับปานกลาง

สถานการณ์ด้านภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในตำบลเขารูปช้าง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา

พบว่าภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุมีระดับภาวะโภชนาการปกติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.93 อาจเกิดจากพฤติกรรมการเตรียมอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ในตำบลเขารูปช้าง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา โดยรวมอยู่ในระดับดี ซึ่งภาวะโภชนาการส่วนหนึ่งจะขึ้นกับพฤติกรรมการเตรียมอาหารและพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารกลุ่มเนื้อสัตว์โดยเฉพาะเนื้อปลาวนละ 6 ซ่อนกินข้าวทุกวัน (ร้อยละ 77.19) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในชนบทอาหารประเภทปลาสามารถหาซื้อได้ง่ายและหาได้เองตามธรรมชาติ 13-15 นอกจากนี้ปัจจัยแวดล้อมทางกายภาพสภาพภูมิศาสตร์ของชุมชนมีส่วนช่วยเป็นตัวกำหนดชนิดของอาหารที่จะสามารถผลิตหรือหาได้ในชุมชนนั้นๆ รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคน้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันดอกทานตะวันหรือน้ำมันข้าวโพด 2-3 ซ่อนต่อวัน (ร้อยละ 75.44) และการรับประทานไข่อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ฟอง (ร้อยละ 57.89) ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุมิได้ดูแลในเรื่องของการเลือกซื้ออาหาร มีรายได้เพียงพอที่สามารถเลือกรับประทานอาหารที่ดีและมีประโยชน์ต่อร่างกายและได้รับคำแนะนำข่าวสารจากการตรวจสุขภาพด้านภาวะโภชนาการ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการจัดหาอาหารสำหรับผู้สูงอายุว่าควรเน้นคุณค่าอาหารกับความจำเป็นที่ร่างกายต้องได้รับตามหลักอาหาร 5 หมู่^{16,17} สำหรับพฤติกรรมการดื่มนมพร่องมันเนยหรือน้ำเต้าหู้ 1 แก้วทุกวัน (ร้อยละ

ละ 36.84) ของผู้สูงอายุปฏิบัติค่อนข้างน้อย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบริโณคนิัยของผู้สูงอายุที่ไม่เคยดื่มนมเป็นประจำมาตั้งแต่เด็ก และอาจไม่คำนึงถึงหลักโภชนาการอาหารมากนัก ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ที่ได้อธิบายไว้ว่า พฤติกรรมเดิม (Prior related behavior) คือ พฤติกรรมที่เป็นองค์ประกอบที่มีผลโดยตรงและโดยอ้อมและความเชื่อมโยงกับการที่บุคคลมีความเชื่อว่า พฤติกรรมสามารถเกิดได้ตามที่บุคคลกำหนดจนทำให้เกิดเป็นลักษณะนิสัยโดยอัตโนมัติและเพิ่มพูนการกระทำซ้ำๆกลายเป็นพฤติกรรมถาวร สำหรับพฤติกรรมการบริโภคอื่น ๆ เช่น พฤติกรรมเติมน้ำตาลในอาหารที่ปรุงสุกแล้ว (ร้อยละ 49.1) พฤติกรรมเติมเครื่องปรุงรสเค็มในอาหารที่ปรุงสุกแล้วทุกครั้ง (ร้อยละ 66.7) อาจเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาของผู้สูงอายุทำให้การรับรสไม่ดี ลิ้นด้านบนจะบางลงเรียบแบนเกสรลิ้น (Filiform papilla) หายไปลิ้นดูเลี่ยนอาหารต้องมึรสจัดขึ้นต่อมรับรสบนลิ้นจึงจะรับรสชาติได้และเมื่ออายุมากขึ้นเซลล์ก็จะเสื่อมลงทำให้การทำงานของอวัยวะเหล่านี้ลดลง

รูปแบบการจัดการด้านอาหารและโภชนาการของชุมชนตำบลเขารูปช้าง จังหวัดสงขลา

ผลการศึกษา รูปแบบการจัดการด้านอาหาร คณะผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษาโดยแบ่งเป็น 3 ตอน คือ 1) สร้างการรับรู้สถานการณ์ปัญหาภาวะโภชนาการ ให้แก่ครอบครัว และผู้สูงอายุ 2) ปรัชษาหารือ ประชุมดำเนินการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับภาคีเครือข่าย และ 3) การปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลเขารูปช้าง ร่วมกับภาคีเครือข่าย ดังนี้

1. ร่วมรับรู้สถานการณ์ปัญหาภาวะโภชนาการ

ผู้นำชุมชนตำบลเขารูปช้าง ร่วมกับภาคีเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา โดยการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ประชุมผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชนของชุมชนตำบลเขารูปช้าง เพื่อประเมินสถานการณ์ด้านโภชนาการในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ และให้ข้อมูลแก่ครอบครัวร่วมกับประเมินสถานการณ์การบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการของชุมชนตำบลเขารูปช้างตามแนวทางอาหารของแม่ โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลคือ นายกเทศบาลเมืองเขารูปช้าง / รองนายกฯ นักวิชาการศึกษา พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ผู้นำชุมชน องค์กรท้องถิ่น (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) อสม. ที่ดูแลผู้สูงอายุ ประธาน กรรมการชมรมผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ทำการรวบรวมข้อมูลโดยใช้รูปแบบวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ผลการประเมินพบว่าสถานการณ์กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเขารูปช้าง ร้อยละ 71.93 (n = 41) มีภาวะโภชนาการปกติ

ปรัชษาหารือ ประชุมดำเนินการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับภาคีเครือข่าย

มีการประชุมดำเนินการปรัชษาหารือทั้งในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา และชุมชนเครือข่าย ทั้งในรูปแบบการบรรยาย การระดมสมอง การประชุมเชิงปฏิบัติการ

การปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลเขารูปช้างร่วมกับภาคีเครือข่าย

ชุมชนมีการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงของชุมชน (Learning and change) พื้นที่ที่มีความตระหนักในเรื่องการบริโภคอาหารตามแนวทางอาหารของแม่ และมีการขยายพื้นที่ในการปลูกผักเพื่อประกอบอาหาร และชุมชนรับทราบปัญหาของสถานการณ์ภาวะโภชนาการ

มีความตระหนักในการลดอาหารหวาน มัน เค็ม และจัดกิจกรรมดังนี้

1) อาหารสะอาด (Clean food)

- การเตรียมภาชนะที่สะอาด และวิธีการเก็บอาหารถูกต้อง

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล มีการรณรงค์อาหารสะอาดปลอดภัย

- โครงการอบรมการทำปุ๋ยหมักชีวภาพ

- โครงการปลูกผักปลอดสารพิษในพื้นที่ส่วนกลาง

2) โภชนาการที่ดี (Good nutrition)

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะมีการบันทึกเมื่อเยี่ยมบ้าน

- มีการจัดเมนูอาหารโดยเน้นผัก และผลไม้ในการรับประทานของคนในชุมชนมากขึ้น

- โครงการบูรณาการบริการวิชาการอาหารของแม่ มีการสาธิตเมนูอาหารสำหรับผู้สูงอายุปกติ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ในชุมชนตำบลเขารูปช้าง

- โครงการชุมชนร่วมใจใส่ใจรักสุขภาพผู้สูงอายุ

- โครงการรวมพลังชาวตำบลเขารูปช้างสร้างนิสัยใส่ใจสุขภาพ

3) ทำด้วยรัก (Made with love)

- ประกวตแม่ดีเด่นโดยคุณแม่ลูกประกอบอาหารและร่วมรับประทานอาหารด้วยกัน

การอภิปรายผล

การพัฒนาแบบการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการในกลุ่มผู้สูงอายุตำบลเขารูปช้าง โดยใช้แนวทางอาหารของแม่ ในครั้งนี้พบว่า ด้านภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุตำบลเขารูปช้าง โดยภาพรวมพบว่าส่วนใหญ่มีภาวะ

โภชนาการปกติไม่เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุตำบลเขารูปช้างได้รับการส่งเสริมด้านโภชนาการค่อนข้างดี เนื่องจากภูมิประเทศของตำบลเขารูปช้างที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ กล่าวคือชุมชนเขารูปช้าง มีความมั่นคงทางอาหารภายใต้วิถีเกษตรกรรมที่ยั่งยืน กล่าวคือมีการทำการเกษตรแบบ “สวนสมรม” หรือการเกษตรแบบผสมผสานซึ่งสามารถทำได้ทั้งพื้นที่เชิงเขา พื้นที่ราบ พื้นที่ลุ่ม และป่าพรุ เป็นการสร้างความมั่นคงด้านอาหารและถือเป็นอาชีพหลักของชาวบ้านในชุมชน ตำบลเขารูปช้าง และเนื่องจากพื้นที่ในบริเวณนี้ เป็นพื้นที่ใกล้เคียงกับทะเลและทะเลสาบสงขลา ทำให้การเกษตรกรรมจะต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ปุ๋ยที่จะใช้ก็จะต้องเป็นปุ๋ยแบบอินทรีย์ ต้องปรับสภาพดินให้เหมาะสม เพื่อให้ น้ำจากไร่นาสวนผสมที่จะไหลไปลงทะเลสาบสงขลา มีคุณภาพที่ดี ไม่ทำลายระบบนิเวศน์หนึ่งในภูมิปัญญาของเกษตรกรที่นี่ก็คือการ ใช้ปุ๋ยหมักชีวภาพเพื่อปรับสภาพดินและทำให้ดินอุดมสมบูรณ์โดยไม่ต้องพึ่งปุ๋ยเคมี นอกจากสวนสมรมแล้ว ทะเลและทะเลสาบสงขลา ยังเปรียบเสมือนแหล่งอาหาร และแหล่งน้ำขนาดใหญ่ ที่หล่อเลี้ยงชุมชนในตำบลเขารูปช้าง¹⁸

จากความหลากหลายทางธรรมชาติดังกล่าวจึงเป็นปัจจัยเอื้อให้ผู้สูงอายุตำบลเขารูปช้าง มีภาวะโภชนาการที่ดีร่วมกับมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านต่างๆของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องภายใต้ความร่วมมือของทุกภาคส่วนในตำบลเขารูปช้าง เช่นมีตลาดนัดชุมชนทุก 2 วัน/สัปดาห์ ที่เน้นการขายสินค้าที่ผลิตในชุมชน ซึ่งส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีอาหารที่บริโภคอย่างไม่ขาดแคลน นอกจากนี้พบว่าลูกหลานของผู้สูงอายุตำบลเขารูปช้าง เอาใจใส่ดูแลในการรับประทานอาหารและปรุงอาหาร

ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุให้รับประทานเป็นประจำ ด้านภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุตำบลเขารูปช้าง โดยภาพรวมพบว่าส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติไม่เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุตำบลเขารูปช้างได้รับการส่งเสริมด้านโภชนาการค่อนข้างดี เนื่องจากจากภูมิประเทศของตำบลเขารูปช้างที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ กล่าวคือชุมชนเขารูปช้างมีความมั่นคงทางอาหารของชุมชนภายใต้วิถีเกษตรที่ยั่งยืน

จากผลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการโดยใช้แนวทางอาหารของแม่ตำบลเขารูปช้างในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ภายใต้มิติอาหารสะอาด (Clean food) โภชนาการถูกหลัก (Good nutrition) และทำด้วยรัก (Made with love) เทศบาลตำบลเขารูปช้างได้ผลักดันนโยบายและการขับเคลื่อนด้านอาหารและ โภชนาการเป็นวาระการพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อส่งเสริมโภชนาการที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม การจัดการป้องกันปัญหาในอนาคตต่างๆ ที่เป็นผลจากการมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ซึ่งปัญหาหลายอย่างเป็นปัญหาเรื้อรังที่ส่งผลกระทบในระยะยาวต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยมุ่งเน้นการจัดการสิ่งแวดล้อมทางด้านอาหารในชุมชนเพื่อส่งเสริมการบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการตามแนวทางอาหารของแม่ในบริบทชุมชนเขารูปช้าง

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้

1. ควรทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการโดยใช้แนวทางอาหารของแม่ ชุมชนเขารูปช้างเพื่อเป็นข้อมูลในด้านการบริหารของภาคีองค์กร

ต่างๆในชุมชน ในการกำหนดนโยบายด้านอาหารตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

2. ผู้รับผิดชอบดูแลชมรมผู้สูงอายุควรส่งเสริมและพัฒนาด้านอาหารที่ทำด้วยความรัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับประทานอาหารร่วมกันในครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการโดยใช้แนวทางอาหารของแม่ตำบลเขารูปช้าง เพื่อจะทำให้ทราบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

2. ควรมีศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน เช่น ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลเขารูปช้าง เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเนื่องจากได้รับความช่วยเหลือจากภาคีเครือข่าย ได้แก่ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาลตำบลเขารูปช้าง พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้านและอสม.ผู้ดูแลผู้สูงอายุ คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในชุมชนตำบลเขารูปช้างทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล. 2557; มปท.
- จินตนา สุวิทวัส. ภาวะโภชนาการและบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกการพยาบาลบำบัดพิเศษ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2554; 34(3): 22-30.

3. ชมนาด พจนามาตร์, สมบูรณ์ จัยวัฒน์, สงกรานต์ ก้อนแก้ว, และนงลักษณ์ จันท์แก้ว. การพัฒนาศักยภาพชุมชนในการจัดการหมู่บ้านอาหารปลอดภัย. พยาบาลสาร. 2555; 39 (1): 35-45.
4. นภาพรณ วิริยะอุตสาหกุล. Interventions to promote right nutrition during early life. ในการประชุมวิชาการโภชนาการแห่งชาติครั้งที่ 8: โภชนาการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค, 39-40. วันที่ 6 - 8 ตุลาคม ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทคบางนา กรุงเทพมหานคร; 2557.
5. ลัดดา เหมาะสุวรรณ. โภชนาการช่วงแรกของชีวิตกับสติปัญญา. ในการประชุมวิชาการโภชนาการแห่งชาติ ครั้งที่ 8 เรื่องโภชนาการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค, 41 วันที่ 6 - 8 ตุลาคม ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทคบางนา กรุงเทพมหานคร; 2557.
6. วิลาสินี อดุลยานนท์. การสื่อสารด้านอาหารและโภชนาการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค. ในการประชุมวิชาการโภชนาการแห่งชาติครั้งที่ 8: โภชนาการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค, 32-34. วันที่ 6 - 8 ตุลาคม ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทคบางนา กรุงเทพมหานคร; 2557.
7. กฤติน ชุมแก้วและชีพสมัน รังสยาธร. ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา. กรุงเทพฯ. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2557.
8. โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน. อาหารเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต] กรุงเทพฯ: [เข้าถึงเมื่อ 18 ธันวาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก <http://www.msdbangkok.go.th/BKT/b3.html>.
9. สามารถ ใจเตี้ย, และดารารัตน์ จำเกิด. การพัฒนาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยฐานการมีส่วนร่วมของชุมชน. วิจัยราชภัฏเชียงใหม่. 2557; 15(2), 37-45.
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. ระบบข้อมูลสารสนเทศระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา: ระบบรายงานผู้ป่วยนอก [อินเทอร์เน็ต].สงขลา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. [เข้าถึงเมื่อ 19 ธันวาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก http://center.skho.moph.go.th/hinforeport_new/index.php/newreport/submenu/6
11. จริยภัทร รัตโนภาส. ผู้แต่งร่วม : วิทวัส เหมทานนท์. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรกับภาคการผลิต จังหวัดสงขลา. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์: สงขลา; 2553.
12. Macdonald, Cathy. Understanding participatory action research: A qualitative research methodology option. Canadian Journal of Action Research. 2012; 13(1): 34-50.
13. วรณวิมล เมฆวิมล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม. สมุทรสงคราม : วิจัยวิทยาลัยสหเวชศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2557.
14. วรณวิมล เมฆวิมล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้สูงอายุ. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2555.

15. รวิโรจน์ อนันตธนาชัย และคณะ.
การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารกับ
ภาวะการมีอายุยืนของผู้สูงอายุไทย.
สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ;
2552.
16. ชวิศา แก้วอนันต์. โภชนาการสำหรับ
ผู้สูงอายุ:มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย.
2561; 12(2): 112-119.
17. ทิพวัลย์ สุวรรณรักษ์. นวัตกรรมอาหาร
สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ:มหาวิทยาลัยอีส
เทิร์นเอเชีย. 2560; 11(3): 1-10.
18. นพนันท์ วรรณเทพสกุล. นโยบาย
สาธารณะท้องถิ่นจากแนวคิดสู่การปฏิบัติ
บทวิเคราะห์นโยบายสาธารณะด้าน
สุขภาพ จ. สงขลา. กรุงเทพฯ. มูลนิธิ
สาธารณสุขแห่งชาติ; 2550.



วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

90/1 ถ.อนาเมีย อ.เมือง จ.ขอนแก่น

โทรศัพท์ : 0-4322-2741, 0-4322-3898, 0-4322-1770

โทรสาร : 0-4322-3898, 0-4322-1770 ต่อ 102

Email : jhscph@scphkk.ac.th