



วารสารการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม - มิถุนายน 2562 : Vol 8 NO. 1 January - June 2019

Lanna Journal of Health
Promotion & Environmental Health

บทนิพนธ์ต้นฉบับ

- การรับรู้ความเสี่ยงด้านมลพิษทางอากาศและปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลัน
- ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3๐2๘ ของประชาชนจังหวัดแพร่
- ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในประชาชนกลุ่มแม่ตั้งครรภ์ ตำบลแม่ป๋อง อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำพูน

บทความพิเศษ

- แผ่นอุ่นสบายกาย ผ่อนคลายปวดเมื่อย Super Herb pack

ว.อ.
๑

ISSN 2228-9410

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา

Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health



กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา

Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health



วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ข่าวสาร ความรู้และผลงานวิจัยทางการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทักษะและความคิดเห็น

คณะที่ปรึกษา

แพทย์หญิงนงนุช	ภัทรอนันตนาพ	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
นายแพทย์สุรพันธ์	แสงสว่าง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

บรรณาธิการ

ทันตแพทย์สมศักดิ์ เลิศจิระจรัส

ผู้ช่วยบรรณาธิการด้านบริหาร

นางสาวพินท์พจน์ พรหมแสน นายกฤษณะ จตุรงค์ศรีศรี

ผู้ช่วยบรรณาธิการด้านวิชาการ

นายแพทย์ศุภฤกษ์ สี่รุ่งเรือง ดร.กฤษณา กาเผือก

กองบรรณาธิการ

นางสาวกมลน	เชาว์ศิลป์	ทันตแพทย์อรุณพล	ปัญญาภ
ดร.ไพรัช	ตันอุต	นางสิริร่าไพ	ภูธรใจ
นางอุมาพร	นันทระกุล	นางสาวปวีณา	คำแปง
นางนงค์เยาว์	แสงคำ	นางสาวพิมพ์ภาภรณ์	พรหมใจ
นางสาววัชร	ศิริกุลเสถียร	ดร.นณธภัทร	ธีระวรรณะสิริ

สำนักงานวารสาร

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ 51 ถ.ประชาสัมพันธ์ ต.ช้างคลาน อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50100

โทรศัพท์ 0-5327-6856 ต่อ 218 โทรสาร 0-5327-4014, 0-5318-8938

เว็บไซต์ <http://webapp.hpc1.go.th/research/>

โรงพิมพ์

ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภัทระ พรี – เพรส 242/2 ถ. มณีนพรัตน์ ต. ศรีภูมิ อ. เมือง จ. เชียงใหม่ 50200

โทรศัพท์ 053 – 210816, 053 – 226410, 089 – 4310468 โทรสาร 053 – 404397

E – mail : pattrar@hotmail.com เว็บไซต์ www.pattrara.com

สารบัญ

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2562

	หน้า
บทนิพนธ์ต้นฉบับ	
■ การรับรู้ความเสี่ยงด้านมลพิษทางอากาศและปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลัน <i>วิรัตน์ ซอระสี, นิพนธ์พร ศรีนวล, วราภรณ์ นาคเสน, แสงวาท กาวิชัย, เพ็ญประภา ศิริโรจน์, ทิพวรรณ ประภามณฑล</i>	1
■ ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ2ส ของประชาชนจังหวัดแพร่ <i>นิพนธ์พร แสงสว่าง</i>	14
■ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในประชาชนกลุ่มแม่ตั้งครรภ์ ตำบลแม่ปิง อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ <i>อัจฉราพรรณ คำฟ, เกรียงไกร ศรีธนวิบูลย์, และเพ็ญประภา ศิริโรจน์</i>	25
■ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำพูน <i>จรรยา ธีญ์น้อม</i>	34
บทความพิเศษ	
■ แผ่นอุ่นสบายกาย ผ่อนคลายปวดเมื่อย Super Herb pack <i>ธนภุต ทิพย์พิมล, น้ำเพชร ศิริมังขศรี</i>	47

การรับรู้ความเสี่ยงด้านมลพิษทางอากาศและปัจจัยอื่นๆ
ที่มีผลต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลัน

Risk Perceptions of Air Pollution and Other Factors Affecting Self-Care
Behaviors Among Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients When
Having Acute Exacerbation.

วิรัตน์ ขอระสี^{1*}, นิพรรณ ศรีนวล², วราภรณ์ นาคเสน¹, แสง กาวิชัย², เพ็ญประภา ศิริโรจน์³,
ทิพวรรณ ประภามณฑล²

คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 50200¹
หน่วยวิจัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 50200²,
ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 50200³

*Corresponding author, E-mail: wiratsalrasee@gmail.com

(Received: May 7, 2019; Revised: Jun 2, 2019; Accepted: Jun 4, 2019)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงด้านมลพิษทางอากาศและปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อการการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลันในอำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 48 คน เลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามแบบประมาณค่า ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 83.3% มีอายุเฉลี่ย 59 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 6.8 ปี การรับรู้ความเสี่ยงจากการสัมผัสอากาศหรือก๊าซที่มีมลพิษของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนการรับรู้ความเสี่ยงจากควันจากการใช้ฟืนในการประกอบอาหารภายในบ้านอยู่ในระดับน้อยที่สุด ในขณะที่พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นเหล่านั้นทันทีเมื่อเจอสิ่งกระตุ้นและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีอากาศถ่ายเทสะดวกอยู่ในระดับดีมาก แต่มีพฤติกรรมมารับประทานยาขยายหลอดลมทันทีเมื่อมีอาการอยู่ในระดับน้อย กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวในระดับดีเมื่อมีอาการกำเริบร้อยละ 52.1 เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปและการรับรู้ความเสี่ยงและการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลันพบว่า คะแนนการรับรู้ความเสี่ยงกับการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับสถานภาพสมรส ความพอเพียงของรายได้ และระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า p-value เท่ากับ 0.003 0.046 และ 0.004 ตามลำดับ

คำสำคัญ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, มลพิษทางอากาศ, อาการกำเริบเฉียบพลัน, การรับรู้ความเสี่ยง, พฤติกรรม

ABSTRACT

This descriptive study aimed to study risk perceptions of air pollution and other factor affecting self-care behaviors among chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients in Mae Cheam District, Chiang Mai Province. Forty-eight subjects were purposively sampled. The research tool was an interview questionnaire. Most of participants were male and average age was 59 years. Average duration of having COPD was 6.8 years. Risk perception on ambient air pollution among participants was at a highest level while risk perception on indoor air pollution from wood burning for cooking was at a lowest level. Regarding prevention behaviors, preventing of exacerbation stimulants and living in the area with good ventilation were at highest level while immediately taking bronchodilators when having exacerbation was at low level. Fifty two percent of subjects had self-care behavior in good level. In addition, it was found that scores of risk perception and behavior were significantly correlated with marital status, income sufficiency and distance between house and hospital with p-value at 0.003, 0.046 and 0.004, respectively.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), Air pollution, Risk perceptions, Behaviors

บทนำ

ในปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases, NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก รวมทั้งประเทศไทยด้วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรังมักมีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงร่วมหนึ่งปัจจัย หรือมากกว่า ได้แก่ การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมตามหลักโภชนาการ การขาดการออกกำลังกาย และความเครียด⁽¹⁾ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพมากขึ้นในอนาคต ปัจจุบันพบว่าโรคระบบทางเดินหายใจมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด จากรายงานของ Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) พบว่า ในปัจจุบันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 6 ของการเสียชีวิตทั่วโลก และคาดว่าจะเป็นอันดับ 3 ใน พ.ศ.2563 ซึ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และระดับประเทศ⁽²⁾

ปัจจุบัน ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจเพิ่มมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2555 ได้มีการตรวจพบผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่าง รายใหม่ จำนวน 24,927 ราย โดยมีผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 23,197 ราย (ร้อยละ 93.06) รองลงมา ภาวะลมโป่งพอง 988 ราย (ร้อยละ 3.96) หลอดลมอักเสบเรื้อรัง 740 ราย (ร้อยละ 2.97) และ หลอดลมอักเสบชนิดเรื้อรังธรรมดา 2 ราย (ร้อยละ 0.01)⁽³⁾ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อยู่ในพื้นที่นอกเมืองจะมีความรุนแรงของโรคมมากกว่าพื้นที่ที่อยู่ในเมืองอย่างมีนัยสำคัญ⁽⁴⁾ ซึ่งเกิดจากการได้รับปัจจัยเสี่ยง เช่น ได้รับควันจากการสูบบุหรี่ การใช้ฟืนประกอบอาหารภายในบ้าน การสูบบุหรี่ในบ้าน การเผาป่าหรือไร่ข้าวโพด สัมผัสละอองยาฆ่าแมลง ควันจากการใช้ยานพาหนะ และการได้รับควันมลพิษต่างๆ (คาร์บอนไดออกไซด์ ไนโตรเจนออกไซด์ ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ สารประกอบไฮโดรคาร์บอน และโอโซน)⁽²⁾

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ภาคเหนือของประเทศไทยมีปัญหาเรื่องหมอกควันและฝุ่นละอองในอากาศในช่วงเดือนธันวาคมถึงเดือนมีนาคมของทุกปี⁽⁵⁾ โดยเฉพาะอำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งพบจุดความร้อนอันเกิดจากการเผาในที่โล่งเป็นจำนวนมากในระดับต้น ๆ ของจังหวัดเชียงใหม่ เนื่องจากประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม⁽⁶⁾ โดยมีพืชเศรษฐกิจที่สำคัญคือข้าวโพดเลี้ยงสัตว์ ซึ่งมักมีการเผาเศษวัสดุทางการเกษตร เช่น ชังข้าวโพด และตอข้าวโพดในพื้นที่เพาะปลูกเพื่อเตรียมพื้นที่สำหรับเพาะปลูกในรุ่นถัดไป ทำให้เกิดควันและฝุ่นละอองจำนวนมากในอากาศในช่วงฤดูหลังการเก็บเกี่ยว นอกจากนี้ประชาชนในพื้นที่บางส่วนยังคงใช้วิถีชีวิตแบบเดิมคือมีการสูบบุหรี่ภายในบ้านซึ่งอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพเป็นอย่างมาก

จากข้อมูลโรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่างของโรงพยาบาลพระรัตนเวชชานุกูลเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา อำเภอแม่แจ่ม พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในช่วงปี 2553 - 2558⁽⁷⁾ ซึ่งผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาจะมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง ไม่สามารถทำงานหรือทำกิจกรรมได้เช่นคนปกติ ต้องมาได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นระยะเวลานาน และเมื่อสมรรถภาพปอดลดลงมาก ๆ ก็จะมีอาการรุนแรงขึ้น เหนื่อยง่ายขึ้น ทำงานได้น้อยลง แม้เพียงแต่ทำกิจวัตรประจำวัน และมีอาการโรคกำเริบบ่อย ๆ ทำให้ผู้ป่วยต้องมาได้รับการรักษาที่แผนกห้องฉุกเฉิน และนอนค้างคืนเพื่อมารับการรักษาในโรงพยาบาล ในบางรายที่ไม่สามารถหายได้เองอย่างเต็มที่อาจจะต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งของผู้ป่วยและหน่วยงานราชการ รวมถึง การสูญเสีย

รายได้ของผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และญาติพี่น้องต้องสละเวลาเพื่อดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ ในกลุ่มผู้ป่วยในอำเภอแม่แจ่ม มีอุปสรรคทางด้านการเดินทางเพื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเพราะข้อจำกัดด้านคมนาคมและค่าใช้จ่าย ทำให้มีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับความช่วยเหลือไม่ทันเวลาได้ การปฏิบัติตัวดีจึงมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยเมื่อกลุ่มผู้ป่วยมีอาการกำเริบแล้วปฏิบัติตัวดีจะส่งผลให้อาการกำเริบดีขึ้น จะได้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวได้ตรงจุด และเกิดประสิทธิภาพในการรักษา

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงและการปฏิบัติตนในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อกำเริบเฉียบพลันที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลพระรัตนเวชชานุกูลเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ สำหรับช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย อันนำไปสู่การลดอัตราการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงด้านมลพิษทางอากาศและปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลัน

วัสดุและวิธีการวิจัย

การศึกษารครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความเสี่ยง และการปฏิบัติตนในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน

48 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลเทพรัตนเวชชานุกุลเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 367 คน ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึงกรกฎาคม 2558 โดยมีเกณฑ์คัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลเทพรัตนเวชชานุกุลเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนกรกฎาคม 2558 จำนวน 48 คน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลที่เคยเข้าร่วมโครงการ “การพัฒนาชุมชนสุขภาวะจากการลดมลพิษหมอกควัน: โครงการนำร่องในอำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่” ซึ่งเป็นโครงการวิจัยที่ดำเนินงานโดยสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2557 ซึ่งโครงการดังกล่าวมีการสุ่มอาสาสมัครแบบบังเอิญ

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เคยเข้าร่วมโครงการ “การพัฒนาชุมชนสุขภาวะจากการลดมลพิษหมอกควัน:โครงการนำร่องในอำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่” เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ามารับการรักษา ที่โรงพยาบาลเทพรัตนเวชชานุกุลเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา ที่มารับบริการในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึงกรกฎาคม 2558 โดยมีเกณฑ์คัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ คือ เป็นผู้ป่วย

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่รับการรักษาประจำที่โรงพยาบาลเทพรัตนเวชชานุกุลเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา, อายุอยู่ในช่วง 20 ถึง 70 ปี, ไม่อยู่ในภาวะฉุกเฉินอื่น ๆ เช่น หายใจเหนื่อยหอบรุนแรง กระสับกระส่าย สับสน เป็นต้น, อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอแม่แจ่ม ไม่น้อยกว่า 1 ปี, สามารถมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลได้, ยินดีให้ติดตามเยี่ยมบ้าน และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามโดยการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง มี 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระยะทางระหว่างบ้านและโรงพยาบาล สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้/เดือน ความพอเพียงรายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคประจำตัว การได้รับข้อมูลข่าวสาร การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในบ้านหลังนี้

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความเสี่ยงด้านมลพิษทางอากาศต่ออาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ การได้รับสัมผัสควันจากการเผาป่า ฝุ่นละอองจากโรงงานอุตสาหกรรม เช่น โรงไม้ ข้าวโพด โรงสีข้าว ควันจากการเผาพื้นที่ทางการเกษตร/ เผาขยะครัวเรือนอากาศ/ ก๊าซที่มีมลพิษ ละอองฝอยจากสารฆ่าแมลงในการกำจัดศัตรูพืช ควันจากการสูบบุหรี่ ควันจากการสูดไฟในบ้าน ควันจากการใช้ฟืนในการประกอบอาหารในบ้าน ฝุ่นละอองจากการก่อสร้าง/ ถนน ควันไอเสียจากยานพาหนะ ควันจากการปิ้งย่าง และควันจากการฝังไฟให้ความอบอุ่น แบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) ของลิเคิร์ต (Likert's scale) แบบ 5 ตัวเลือก ได้แก่

มีผลต่อการกำเริบอย่างรุนแรง เท่ากับ 5 คะแนน
 มีผลต่อการกำเริบอย่างมาก เท่ากับ 4 คะแนน
 เสียปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน
 ไม่นั่นใจว่ามีผลต่อการกำเริบ เท่ากับ 2 คะแนน
 ไม่มีผลต่อการกำเริบ เท่ากับ 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลัน ได้แก่ การพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นทันทีเมื่อเจอสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบได้ การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก การหยุดพักจากการทำกิจกรรมที่ทำอยู่นั้นทันที การพบแพทย์ทันทีเมื่ออาการความรุนแรงขึ้น/อาการหนัก การพ่นยาขยายหลอดลมทันที การสวมหน้ากากสุขภาพ การหายใจให้เป็นจังหวะเพื่อเพิ่มสมรรถภาพของปอดในการรับอากาศเข้าไป การรับประทานยาขยายหลอดลมทันที การได้หยุดการสูบบุหรี่ทันที และการสูดดมออกซิเจนทันทีเมื่อมีอาการกำเริบ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) ของลิเคิร์ต (Likert's scale) แบบ 3 ตัวเลือก ได้แก่

ปฏิบัติทุกครั้งหรือเป็นประจำ เท่ากับ 3 คะแนน
 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน
 ไม่ปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน

ความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาและความชัดเจนของแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านมลพิษทางอากาศ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคระบบทางเดินหายใจ และผู้เชี่ยวชาญทางด้านระบาดวิทยาสิ่งแวดล้อม แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลอมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ เมื่อหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ

ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 พบว่าเท่ากับ 0.82 และ 0.89 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูปทางสถิติ รายละเอียดดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดย การแจกแจงความถี่ (Frequency) การหาค่าสัดส่วนหรือร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean)

ข้อมูลระดับการรับรู้ความเสี่ยงและการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลัน วิเคราะห์โดยการหาลำดับ และนำเสนอข้อมูลโดยใช้แผนภูมิแท่ง แสดงร้อยละของอาสาสมัครที่มีการรับรู้ความเสี่ยงและการปฏิบัติตัวในระดับมากถึงมากที่สุด

ความแตกต่างของสัดส่วนตัวอย่างที่แบ่งกลุ่มตามข้อมูลทั่วไปและการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อมีอาการกำเริบ ใช้สถิติ Fisher's Exact test ส่วนความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความเสี่ยงระหว่างกลุ่มที่มีการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลันต่างกัน ใช้สถิติ Independent-Samples T Test

คะแนนการรับรู้ความเสี่ยงคำนวณมาจากค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับการรับรู้ความเสี่ยงในปัจจุบันแต่ละข้อหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมดในส่วนของคำถามเกี่ยวกับคะแนนระดับการรับรู้ความเสี่ยง

ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการวิเคราะห์การปฏิบัติตนในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลันโดยแบ่งเป็น 2 ระดับ โดยการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

การปฏิบัติตัวดี หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลันน้อยหรือ

มีการปฏิบัติตัวในระดับปฏิบัติบางครั้งหรือประจำ มากถึงมากที่สุด ในข้อคำถามทั้ง 5 ข้อ ต่อไปนี้ได้แก่

- 1) หยุดพักจากการทำกิจกรรมที่ทำอยู่นั้นทันที
- 2) เมื่อเจอสิ่งกระตุ้นบางอย่างได้พยายามหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นเหล่านั้นทันที
- 3) อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก
- 4) พยายามขยายหลอดลมทันที
- 5) รับประทานยาขยายหลอดลมทันที

การปฏิบัติตัวไม่ดี หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลันเหนื่อยหอบ มีการปฏิบัติตัวในระดับปฏิบัติบางครั้งหรือไม่ปฏิบัติ ในข้อคำถามทั้ง 5 ข้อ ต่อไปนี้ ได้แก่ 1) หยุดพักจากการทำกิจกรรมที่ทำอยู่นั้นทันที 2) เมื่อเจอสิ่งกระตุ้นบางอย่างได้พยายามหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นเหล่านั้นทันที 3) อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก 4) พยายามขยายหลอดลมทันที 5) รับประทานยาขยายหลอดลมทันที

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 83.3 มีอายุเฉลี่ย 59.0 ปี (SD=7.1, Min=41, Max=70) สถานภาพสมรส ร้อยละ 85.4 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 72.9 ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.8 ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 52.1 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 89.6 มีรายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 52 มีความเพียงพอของรายได้ เพียงพอกับรายจ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 79.2 ระยะเวลาเฉลี่ยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาเท่ากับ 6.8 ปี (SD=5.5, Min=1, Max=20) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวอย่างอื่นร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 64.6 เคยสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 93.8 ปัจจุบันเลิกแล้วร้อยละ 82.2 เคยดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 83.3 ปัจจุบันเลิกแล้วร้อยละ 67.5 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
1. เพศ	n=48
ชาย	40 (83.3)
หญิง	8 (16.7)
2. อายุ (ปี) (Mean=59.0, SD=7.1, Min= 41, Max=70)	
น้อยกว่า 60 ปี	27 (56.3)
60 ปีขึ้นไป	21 (43.7)
3. สถานภาพสมรส	
โสด	3 (6.3)
สมรส	41 (85.4)
หม้าย	4 (8.3)

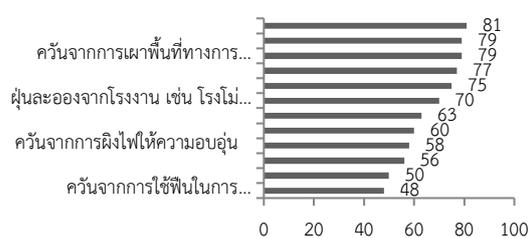
ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
4. ศาสนา	
พุทธ	35 (72.9)
คริสต์	12 (25.0)
อื่น ๆ (ได้แก่ นับถือผี)	1 (2.1)
5. ระดับการศึกษาสูงสุด	
ไม่ได้เรียน	25 (52.1)
ประถมศึกษา	22 (45.8)
มัธยมศึกษาตอนต้น	1 (2.1)
6. อาชีพ	
เกษตรกรรม	43 (89.6)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	2 (4.2)
รับจ้างทั่วไป	1 (2.1)
ไม่ได้ทำงาน	2 (4.2)
7. รายได้ (ต่อเดือน)	
ไม่มีรายได้	8 (16.7)
ต่ำกว่า 5,000 บาท	15 (31.3)
5,000 บาทขึ้นไป	25 (52.0)
8. ความเพียงพอของรายได้	
รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	4 (8.3)
รายได้เพียงพอกับรายจ่าย แต่ไม่เหลือเก็บ	38 (79.2)
รายได้เพียงพอกับรายจ่าย และมีเหลือเก็บ	6 (12.5)
9. ระยะเวลาที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ปี) (Mean=6.8, SD=5.5, Min=1, Max=20)	
1-5	26 (54.2)
6-10	14 (29.2)
11-15	3 (6.3)
16-20	5 (10.4)
10. โรคประจำตัวอย่างอื่น	
มี	17 (35.4)
ไม่มี	31 (64.6)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
11. การสูบบุหรี่	
ไม่เคยสูบบุเลย	3 (6.3)
เคยสูบบุ	45 (93.8)
ปัจจุบันเลิกแล้ว	37 (82.2)
ปัจจุบันยังสูบบุอยู่	8 (17.8)
12. การดื่มแอลกอฮอล์	
ไม่เคยดื่ม	8 (16.7)
เคยดื่ม	40 (83.3)
ปัจจุบันเลิกแล้ว	27 (67.5)
ปัจจุบันดื่มอยู่	13 (32.5)

ร้อยละของอาสาสมัครมีการรับรู้ความเสี่ยงในปัจจุบันด้านมลพิษทางอากาศที่มีผลต่ออาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ มีการรับรู้ความเสี่ยงในเรื่องอากาศหรือก๊าซที่มีมลพิษ ร้อยละ 81 รองลงมาได้แก่ ควันจากการเผาป่า และควันจากการเผาพื้นที่ทางเกษตรหรือเผาขยะในครัวเรือน ร้อยละ 79 มีการรับรู้ส่วนอันดับสุดท้ายคือ มีการรับรู้ความเสี่ยงในเรื่องควันจากการใช้ฟืนในการประกอบอาหารร้อยละ 48 ดังแสดงในรูป 1

รูป 1 แผนภูมิแสดงร้อยละของอาสาสมัครที่มีการรับรู้ความเสี่ยงในแต่ละปัจจัยด้านมลพิษทางอากาศในระดับมากที่สุด

คำถามปัจจัยความเสี่ยงมลพิษทางอากาศที่มีผลต่ออาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

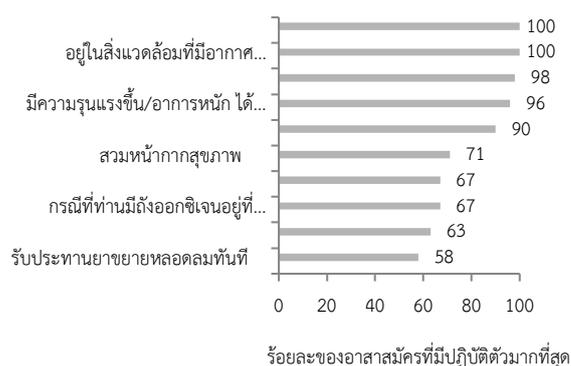


ร้อยละของอาสาสมัครที่มีการรับรู้ความเสี่ยงมากที่สุด

อาสาสมัครมีปฏิบัติตัวเมื่ออาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับมากที่สุด ได้แก่ เมื่อเจอสิ่งกระตุ้นบางอย่าง ได้พยายามหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นเหล่านั้นทันที และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีอาการถ่ายเทสะดวก ร้อยละ 100 มีการปฏิบัติตัวเมื่ออาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับน้อยที่สุด ได้แก่ รับประทานยาขยายหลอดลมทันที ดังแสดงในรูป 2

รูป 2 แผนภูมิแสดงร้อยละของอาสาสมัครที่มีการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการกำเริบในระดับมากที่สุด

คำถามการปฏิบัติตัวเมื่ออาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง



ร้อยละของอาสาสมัครที่มีปฏิบัติตัวมากที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปและการรับรู้ความเสี่ยงและการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลันพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรส ความพอเพียงของรายได้ และระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล กับการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p=0.003, 0.046$ และ 0.004 ตามลำดับ ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็นโรค การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการรับรู้ความเสี่ยงเมื่อมีอาการกำเริบ กับการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เหตุผลที่เลือกระยะเวลาที่เป็นโรคมามากกว่าหรือเท่ากับ 2 ปี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะสองปีแรกอาจมีการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการกำเริบที่แตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่เคยเป็นโรคมาระยะเวลานานแล้วซึ่งจึงสามารถปรับตัวได้เมื่อมีอาการกำเริบ เหตุผลที่เลือกระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล 5 กิโลเมตร เนื่องจากระยะทาง 5 กิโลเมตรของพื้นที่อำเภอแม่แจ่มมีความแตกต่างกันระหว่างชุมชนในเมืองกับชุมชนนอกเมืองซึ่งส่งผลต่อวิถีชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปและคะแนนการรับรู้ความเสี่ยงและการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลัน

ตัวแปร	จำนวนอาสาสมัคร ในการปฏิบัติตัว		P value
	ดี (52.1)	ไม่ดี (47.9)	
1. เพศ^๑			
ชาย	21 (52.5)	19 (47.5)	0.600
หญิง	4 (50.0)	4 (50.0)	
2. อายุ (ปี)			
59 ปี และต่ำกว่า	12 (44.4)	15 (55.6)	0.230
60 ปี และมากกว่า	13 (61.9)	8 (38.1)	
3. สถานภาพสมรส^๑			
โสด	0 (0.0)	7 (100.0)	0.003**
สมรส	25 (61.1)	16 (39.0)	
4. รายได้ต่อเดือน^๑			
น้อยกว่า 5,000	12 (52.2)	11 (47.8)	0.990
5,000 บาทขึ้นไป	13 (52.0)	12 (48.0)	
5. ความเพียงพอของรายได้^๑			
รายได้เพียงพอกับรายจ่าย	25 (56.8)	19 (43.2)	0.046*

ตัวแปร	จำนวนอาสาสมัคร		P value
	ในการปฏิบัติตัว ดี (52.1)	ไม่ดี (47.9)	
รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	0 (0.0)	4 (100.0)	
6. ระยะเวลาที่เป็นโรค (ปี)			
ต่ำกว่า 2 ปี	16 (45.7)	19 (54.3)	0.616
มากกว่า 2 ปี ขึ้นไป	7 (53.8)	6 (46.2)	
7. การสูบบุหรี่^ก			
เคยสูบ	23 (51.1)	22 (48.9)	0.532
ไม่เคยสูบเลย	2 (66.7)	1 (33.3)	
8. การดื่มแอลกอฮอล์^ก			
เคยดื่ม	21 (52.5)	19 (47.5)	0.600
ไม่เคยดื่ม	4 (50.0)	4 (50.0)	
9. คะแนนการรับรู้ความเสี่ยงเมื่อมีอาการ กำเริบ^ข, Mean, ±SD	3.7±0.6	3.6±0.6	0.402
10. ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล			
น้อยกว่าและเท่ากับ 5 กิโลเมตร	17 (73.9)	6 (26.1)	0.004*
มากกว่า 5 กิโลเมตร	8 (32.0)	17 (68.0)	

หมายเหตุ: วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ, ก ใช้สถิติ Fisher's Exact test, ข ใช้สถิติ Independent-Samples T Test

* p-value<0.05, ** p-value<0.01,

วิจารณ์

จากการศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงด้านมลพิษทางอากาศและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) เมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลันพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าหญิง ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยสูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการดูแลรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนอำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่เคยสูบบุหรี่⁽⁸⁾ ซึ่งการสูบบุหรี่

ทำให้เกิดโรกระบบทางเดินหายใจ⁽⁹⁾ สาเหตุของโรค COPD มากกว่า ร้อยละ 90 มาจากการสูบบุหรี่เป็นระยะเวลาดูแลกันนาน โดยการสูบบุหรี่ทำให้เกิดอาการทางระบบหายใจที่เพิ่มขึ้น มีการทำงานของปอดที่ผิดปกติ⁽²⁾ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเสี่ยงด้านมลพิษทางอากาศต่ออาการกำเริบเฉียบพลันมากที่สุด ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงจากการสัมผัสอากาศหรือก๊าซที่มีมลพิษ ร้อยละ 81.3 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาจจะได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอากาศหรือก๊าซที่มีพิษที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรงที่เกิดขึ้นในปัจจุบันจากทางโทรทัศน์

หรือสื่ออื่น ๆ กลุ่มตัวอย่างจึงเกิดความตระหนักและมีการรับรู้ความเสี่ยงถึงผลกระทบนั้นมากที่สุด กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับการรับรู้ประเด็นที่เป็นความเสี่ยงน้อยที่สุด ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงจากควันจากการใช้ฟืนในการประกอบอาหารในบ้าน ร้อยละ 48.0 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ยังคงใช้วิถีชีวิตแบบดั้งเดิมมีการสูมไฟภายในบ้านเพื่อให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย และการสูมไฟในบ้านเพื่อประกอบอาหาร ยังขาดการป้องกันฝุ่นและควันจากปัจจัยดังกล่าว จึงให้ความสำคัญกับการรับรู้ว่าเป็นความเสี่ยงน้อยที่สุด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่มีการรับรู้ความเสี่ยง และการป้องกันอันตรายจากควันจากการใช้ฟืนในการประกอบอาหารในบ้านซึ่งเป็นสิ่งที่ใกล้ตัวและมีการสัมผัสสิ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพทุกวันโดยไม่รู้ตัว กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตนมากที่สุด ได้แก่ เมื่อเจอสิ่งกระตุ้นบางอย่าง ได้พยายามหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นเหล่านั้นทันที และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก ร้อยละ 100 ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงจากเหตุการณ์ที่ผ่านมาจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตนในเรื่องที่กล่าวมาข้างต้นได้ดี ส่วนกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตนน้อยที่สุด ได้แก่ การรับประทานยาขยายหลอดลมทันที คิดร้อยละ 58.3 ซึ่งเกิดจากกลุ่มตัวอย่างอาจจะได้รับยาขยายหลอดลมชนิดพ่นเป็นหลัก ซึ่งไม่ได้รับยาชนิดเม็ด จึงไม่ได้รับยาชนิดเม็ดเมื่อเกิดอาการกำเริบแต่ใช้ยาพ่นแทน

เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลันพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรส ความพอเพียงของรายได้ และระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล กับการรับรู้ความเสี่ยงและการ

ปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลัน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p เท่ากับ 0.003, 0.046 และ 0.004 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสมีครอบครัวช่วยดูแล จึงมีการปฏิบัติตัวดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานะภาพโสด เพราะไม่มีใครคอยช่วยเหลือ ดังนั้นครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้การดูแล และให้แนะนำให้กลุ่มตัวอย่างเพื่อจะเป็นผลดีต่อการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างต่อไป กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย มีกำลังในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลและความสามารถรักษาตัวเองได้อย่างต่อเนื่อง จึงมีการปฏิบัติตัวได้ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย รวมถึงระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลมีผลต่อการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการกำเริบเนื่องจากผู้ที่อาศัยอยู่ใกล้โรงพยาบาลสามารถเดินทางไปรับบริการได้สะดวกกว่าและใช้เวลาในการเดินทางน้อยกว่ากลุ่มที่อยู่ไกลโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ไกลโรงพยาบาลเดินทางลำบากจึงควรให้ความรู้ สุขศึกษาการปฏิบัติตัว เพื่อจะได้ปฏิบัติตัวได้ดีขึ้นส่วนความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในบ้านหลังนี้ กับการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากเพศ ชายหรือหญิง การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ไม่แตกต่างกัน ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับความเป็นเพศชายหรือหญิง ที่มาจากการหล่อหลอมทางวัฒนธรรมอายุของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกันมาก จึงทำให้การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลันไม่แตกต่างกัน ศาสนาเป็นความเชื่อส่วนบุคคลมีผลทางจิตใจ การปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างจึงไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับการนับถือศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุดของกลุ่มตัวอย่าง คือระดับประถมศึกษา การ

ปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างจึงไม่แตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เรียนหนังสือ อาชีพของกลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งจะอยู่ในพื้นที่ที่อาศัยอยู่ วิถีชีวิตและการปฏิบัติตัวจึงไม่แตกต่างกัน รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยมีรายได้ที่ไม่แตกต่างกันมากนักเพราะประกอบอาชีพที่ไม่แตกต่างกัน รายได้จึงไม่ต่างกัน การปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างจึงไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับรายได้ต่อเดือน และระยะเวลาที่อาศัยในบ้านหลังนี้ของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน เพราะผู้ป่วยเป็นคนในพื้นที่ อาศัยอยู่มาเป็นระยะเวลานานแล้ว การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจึงไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปและการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลันพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เป็นโรค การมีโรคประจำตัวอื่น การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์กับการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ช่วงที่เป็นโรคของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลันจึงไม่แตกต่างกัน การสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างที่เคยสูบบุหรี่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว เนื่องจากการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างจึงมีการปฏิบัติตัวที่ไม่แตกต่างกัน และการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยปัจจุบันได้เลิกดื่มแล้วตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งการดื่มอาจมีผลต่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างจึงไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องให้ความสำคัญในเรื่องการปฏิบัติตน ได้แก่ การรับประทานยาขยายหลอดลมทันที การหายใจให้เป็นจังหวะเพื่อเพิ่ม

สมรรถภาพของปอดในการรับอากาศเข้าไป ซึ่งกลุ่มตัวอย่างยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องนี้ ควรเน้นเป็นพิเศษโดยเฉพาะการหยุดพัก และการพ่นยาทันทีซึ่งจะทำให้กลุ่มตัวอย่างลดอาการกำเริบได้ ส่วนในเรื่องของการรับรู้ความเสี่ยงนั้นกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเสี่ยงเมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลันน้อยในเรื่องคว้นจากการใช้พินในการประกอบอาหารในบ้าน คว้นจากการปิ้งย่าง คว้นไอเสียจากยานพาหนะ และคว้นจากการฝังไฟให้ความอบอุ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้คำแนะนำและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเหล่านี้เป็นพิเศษเพื่อลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โรงพยาบาลเทรตัน เวชชานุกุลเฉลิมพระเกียรติ พรรษา อ้าเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ และองค์การทหารผ่านศึกที่สนับสนุนงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Kuni N. Literature Review: The Current Situation and Care Model of Non-Communicable Diseases, 1st Edition. Nonthaburi: Art Qualified Co.,Ltd.; 2014.
2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2017.
3. Thonghong A, Thepsithar K and Jongphiranan P. Chronic Diseases Surveillance Report, 2012. WESR. 2013;44(51):801-816.
4. Pothirat C, Cahiwong W, Phetsuk N, et al. Comparative Study of COPD Burden Between Urban vs Rural Communities in Northern Thailand. International

- Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2015;10(1):1035-1042.
5. Prapamontol T, Kerdnoi T, Hongsibsong S, et al. Air Pollution and Smog in Upper Northern Thailand, 1st edition. Chiang Mai: krongchang-printing Co., Ltd.; 2011.
 6. Chiang Mai Information System. Soil resources and land use, http://gis.chiangmai.go.th/index.php?name=infobase&themeID=7&pid=55&District_ID=3, 17 August 2016
 7. Debaratana Vejjanukula Hospital Commemorating Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirinthorn's 60th Birthday Anniversary. A Medical Statistics of Debaratana Vejjanukula Hospital. 2015.
 8. Teppawong R. Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients in a Community Hospital, Phrae Province. Journal of Health Systems Research. 2550;2(1):844-853.
 9. Laniado-Laborín R. Smoking and Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): Parallel Epidemics of the 21(st) Century. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2009;6(1):209-224.

ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ ที่ส่งผลต่อ
พฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ2ส ของประชาชนจังหวัดแพร่

The Causal Relationship and effect of Participation in health activities
Affected on Health Behavior (Food, Exercise, Emotion, Smoking and Alcohol
Cessation) among People, Phrae Province.

นิพิฐพนธ์ แสงด้วง

กลุ่มงานพัฒนางานคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่, จังหวัดแพร่ 5400

Corresponding author, E-mail: niphittan@gmail.com

(Received: Apr 9, 2019; Revised: Jun 2, 2019; Accepted: Jun 5, 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาระดับของการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส และศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส ของประชาชนจังหวัดแพร่ กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชน อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดแพร่ จำนวน 400 คน ทำการสุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบ หลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า ที่มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.70-0.93 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิคการวิเคราะห์สมการโครงสร้าง

ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนจังหวัดแพร่มีระดับการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 1.89, SD = 0.78) และมีระดับของพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 2.59, SD = 0.49) ผลการทดสอบความสอดคล้องของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุกับข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่า มีความสอดคล้องกัน (Chi-Square = 14.01, Chi-Square/df = 2.35, p-value = 0.03, RMSEA = 0.06, CFI = 0.98, TLI = 0.95, SRMR = 0.03)

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2ส

ABSTRACT

The Purpose of this study was to study the level of participation in health activities, health behavior (food, exercise, emotion, smoking, and alcohol cessation) and to study the causal relationship and effect of participation in health activities affected on health behavior. The sample consisted of 400 people over 15 years old who live in Phrae Province. The sampling method was multistage random sampling. The questionnaires were used to collect data, Cronbach's Alpha Coefficient between 0.70-0.93. The data were analyzed by structured equation modeling technique.

The result showed that the people in Phrae Province have a moderate level of participation in health activities (\bar{X} = 1.89, SD= 0.78), moderate level of health behavior (\bar{X} = 2.59, SD= 0.49), and showed that the proposed model fitted with the empirical data (Chi-Square= 14.01, Chi-Square/df= 2.35, p-value= 0.03, RMSEA= 0.06, CFI= 0.98, TLI= 0.95, SRMR= 0.03)

Key words: participation in health activities, health behavior

บทนำ

พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมนั้นเป็นสิ่งที่พึงประสงค์ของบุคคล ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพเป็นการกระทำเกี่ยวกับการดูแลตัวเองเพื่อสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสัมพันธ์ภาพทางสังคม อันจะนำไปสู่ความสุขและศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ชุมชน และสังคม⁽¹⁾ พฤติกรรมสุขภาพ สามารถวัดและสังเกตได้ในหลายด้าน ทั้งด้านการเลือกรับประทานอาหาร ด้านอารมณ์ ด้านการออกกำลังกาย ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการหลีกเลี่ยงจากปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ยาเสพติด เป็นต้น จากรายงานสภาวะสุขภาพของคนไทย พบว่า ปัจจุบันประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมจากการดำเนินชีวิตเพิ่มขึ้น ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ การเผชิญสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและชีวภาพที่แปรเปลี่ยน เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายที่ไม่เหมาะสมและไม่เพียงพอ พฤติกรรมเสี่ยงต่อปัญหาเรื่องเพศ การเกิดอุบัติเหตุจราจร รวมถึงค่านิยม ทศนคติในการใช้ชีวิตที่เสี่ยงต่ออบายมุข ได้แก่ สุรา บุหรี่⁽²⁾ พฤติกรรม

ต่างๆ เหล่านี้ ส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพหรือโรคต่างๆ อาทิ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน และโรคติดต่อ เช่น โรคไข้หวัด ธรรมดาและไข้หวัดใหญ่ โรคอุจจาระร่วง วัณโรค เป็นต้น⁽³⁾ จากความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้ถือเป็นนโยบายสำคัญที่จะเสริมสร้างให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยมุ่งเน้นที่พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพใน 5 องค์ประกอบ คือ อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย สุรา และสิ่งแวดล้อม⁽⁴⁾

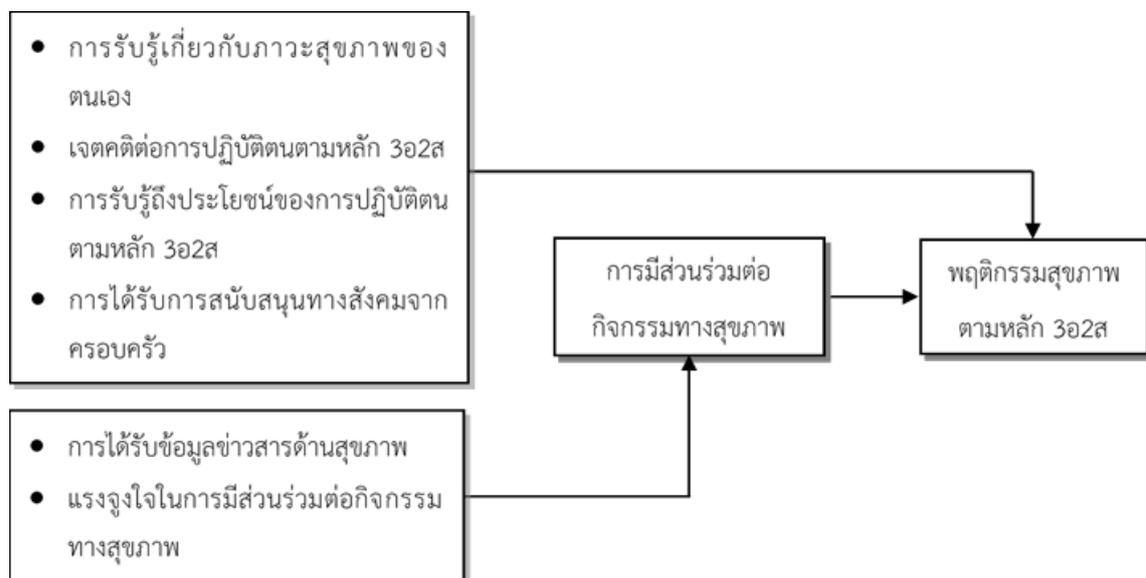
จังหวัดแพร่ ได้ดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพ ปี 2559-2562 ที่เชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข แผนยุทธศาสตร์จังหวัดแพร่ และสอดคล้องกับสภาพปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบ ตามแนวทางการบริหารเชิงยุทธศาสตร์ เน้นการมีส่วนร่วมต่อ

กิจกรรมทางสุขภาพของทุกภาคส่วนในพื้นที่ เป้าหมายสำคัญเมื่อสิ้นสุดช่วงเวลาของแผน ยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพ คือ “ประชาชนมี พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม” ซึ่งสอดคล้องกับ นโยบายเสริมสร้างให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพ ที่เหมาะสม ของกระทรวงสาธารณสุขดังกล่าว ข้างต้น ทั้งนี้เพื่อให้ทราบถึงผลสำเร็จของการ ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพ และให้ เป็นไปตามแนวทางการบริหารเชิงยุทธศาสตร์ ผู้วิจัย จึงสนใจที่จะทำการศึกษาการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรม ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส ของประชาชน เพื่อวัดผลสำเร็จของเป้าหมายการ ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพจังหวัด แพร่ ว่าประชาชนมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมสุขภาพ และ มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากน้อยเพียงใด โดย มุ่งเน้นที่พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส นอกจากนั้นยังศึกษาถึงปัจจัยสาเหตุต่างๆ ทั้งทางจิต

และสังคม ที่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพตาม หลัก 3อ2ส ของประชาชน ซึ่งผลจากการวิจัยจะ นำไปสู่การตัดสินใจเชิงนโยบายของผู้บริหาร ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับสามารถประยุกต์ใช้ผลการวิจัย ในการดำเนินงาน เพื่อกระตุ้น พัฒนา เสริมสร้างให้ ประชาชนในพื้นที่ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รวมทั้งใช้เป็นสารสนเทศพื้นฐานเพื่อนำไปวางแผน ดำเนินการพัฒนาในระยะยาวได้ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับของการมีส่วนร่วม ต่อกิจกรรมทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตาม หลัก 3อ2ส ของประชาชนจังหวัดแพร่
2. เพื่อศึกษา รูปแบบความสัมพันธ์ เชิงสาเหตุและผลของการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทาง สุขภาพ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส ของประชาชนจังหวัดแพร่



รูป 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดทฤษฎีหลักที่ผู้วิจัยใช้เพื่ออธิบายพฤติกรรม คือทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา⁽⁵⁾ ที่กล่าวว่า การเรียนรู้ทางสังคม เป็นการเรียนรู้ที่เน้นที่การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมภายใน โดยไม่จำเป็นที่จะต้องมีการพฤติกรรมภายนอก โดยไม่จำเป็นที่จะต้องมีการแสดงออกซึ่งแนวคิดพื้นฐานของแบนดูรา เชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์มีปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยหลัก 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ความคิด ความเชื่อ ความคาดหวัง ฯลฯ และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม โดยแบนดูรา เน้นว่าพฤติกรรมของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงไม่ได้มาจากสภาพแวดล้อมเพียงอย่างเดียว แต่มาจากกระบวนการทางปัญญาด้วย จะเห็นว่าแนวคิดการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมนั้น ได้อธิบายสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมของบุคคลว่าเกิดจากสาเหตุหลัก 2 ประการคือ ปัจจัยด้านบุคคลหรือปัจจัยทางจิต และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีดังกล่าวเพื่อกำหนด ตัวแปรอิสระที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส ตัวแปรดังกล่าวมาจากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น แนวคิดรูปแบบการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะทางพฤติกรรม เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบุคคล (The information –motivation - behavioral skills model: IMB) ของพิชเชอร์ และพิชเชอร์⁽⁶⁾ ที่อธิบายถึงตัวแปรหลักที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลว่าประกอบด้วย 1) การได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ 2) การสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วยแรงจูงใจในระดับบุคคล ได้แก่ ทศนคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ และแรงจูงใจในทางสังคม ได้แก่ การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนหรือ

ผู้เกี่ยวข้อง และ3) ทักษะทางพฤติกรรมในด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองหรือส่งเสริมสุขภาพตนเอง งานวิจัยของ ภาสินี เข้มทอง⁽⁷⁾ ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นต้น โดยสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย รายละเอียดแสดงในรูป 1

สมมติฐานการวิจัย

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่สร้างขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีสมมติฐานย่อยตามเส้นอิทธิพล ได้แก่ 1) แรงจูงใจในการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงต่อการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ 2) การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพตนเอง เจตคติต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ2ส การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ2ส การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส และ3) แรงจูงใจในการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส โดยผ่านการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย เชิงเปรียบเทียบสาเหตุ⁽⁸⁾ (Causal-comparative research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ประชากรคือประชาชน อายุตั้ง 15 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดแพร่ไม่น้อยกว่า 6 เดือน กำหนดขนาดตัวอย่างตามแนวคิดของ ไครน์⁽⁹⁾ โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 400 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage

random sampling) ได้แก่ ชั้นที่1 สุ่มเลือกอำเภอ ชั้นที่2 สุ่มเลือกตำบลจากอำเภอในชั้นตอนที่1 ชั้นที่3 สุ่มเลือกหมู่บ้านจากตำบลในชั้นตอนที่2 และสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรของแต่ละหมู่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล :

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะคำถามแบบมาตราประมาณค่า จำนวน 1 ฉบับ แบ่งออกเป็น 9 ตอน ทำการตรวจสอบเพื่อหาคุณภาพของแบบสอบถาม ได้แก่ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน การวิเคราะห์ข้อคำถามรายข้อ เพื่อหาค่าอำนาจจำแนก และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) รายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ2ส ลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่ได้ปฏิบัติเลย จนถึงปฏิบัติ 6-7 วันต่อสัปดาห์ จำนวน 10 ข้อคำถาม ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.25-0.35 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ ลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่ได้เข้าร่วมเลย จนถึงเข้าร่วมทุกครั้ง จำนวน 5 ข้อคำถาม ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.70-0.89 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93

ตอนที่ 4-8 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพตนเอง แบบสอบถามเจตคติต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ2ส แบบสอบถามแรงจูงใจใน

การมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และแบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ น้อยที่สุด จนถึงมากที่สุด จำนวน 4, 10, 8, 12 และ 9 ข้อคำถาม ตามลำดับ ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.36-0.44, 0.30-0.57, 0.56-0.89, 0.30-0.85 และ 0.58-0.83 ตามลำดับ และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70, 0.78, 0.93, 0.87 และ 0.90 ตามลำดับ

ตอนที่ 9 แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่ได้รับ จนถึงได้รับ 6-7 วันต่อสัปดาห์ จำนวน 9 ข้อคำถาม ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.30-0.64 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77

การวิเคราะห์ข้อมูล : การวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้และนำไปวิเคราะห์หาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความแปรปรวน ค่าความถี่ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ทำการตรวจสอบความกลมกลืนของรูปแบบตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยใช้ค่า Chi-Square, Chi-Square/df, TU, CFI, SRMR และ RMSEA เป็นต้นชี้วัดความกลมกลืน (รายละเอียดแสดงตามตาราง 1) และทำการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์เส้นทาง (Path coefficient) ในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ด้วยการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง (Direct effect: DE) อิทธิพลทางอ้อม (Indirect

effect: IE) และอิทธิพลรวม (Total effect: TE) ของตัวแปรต่างๆ ภายในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ

ตาราง 1 ดัชนีบ่งชี้ความกลมกลืนของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ดัชนี	เกณฑ์ประเมิน
- ไค-สแควร์ (χ^2)	ควรมีเมียนัยสำคัญทางสถิติ
- สัดส่วนระหว่างไค-สแควร์ และองศาความอิสระ (χ^2/df)	ไม่เกิน 5
- Root Mean Square Error of Approximation : RMSEA	ควรมีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.08
- Standardized Root Mean Square Residual : SRMR	ควรมีค่าไม่เกิน 0.10
- Comparative Fit index : CFI	ต้องไม่ต่ำกว่า 0.90
- Tucker Lewis index : TLI	ต้องไม่ต่ำกว่า 0.90
- Goodness of Fit Index : GFI	ต้องไม่ต่ำกว่า 0.90
- Normed Fit Index : NFI	ต้องไม่ต่ำกว่า 0.90

สรุปผลการวิจัย

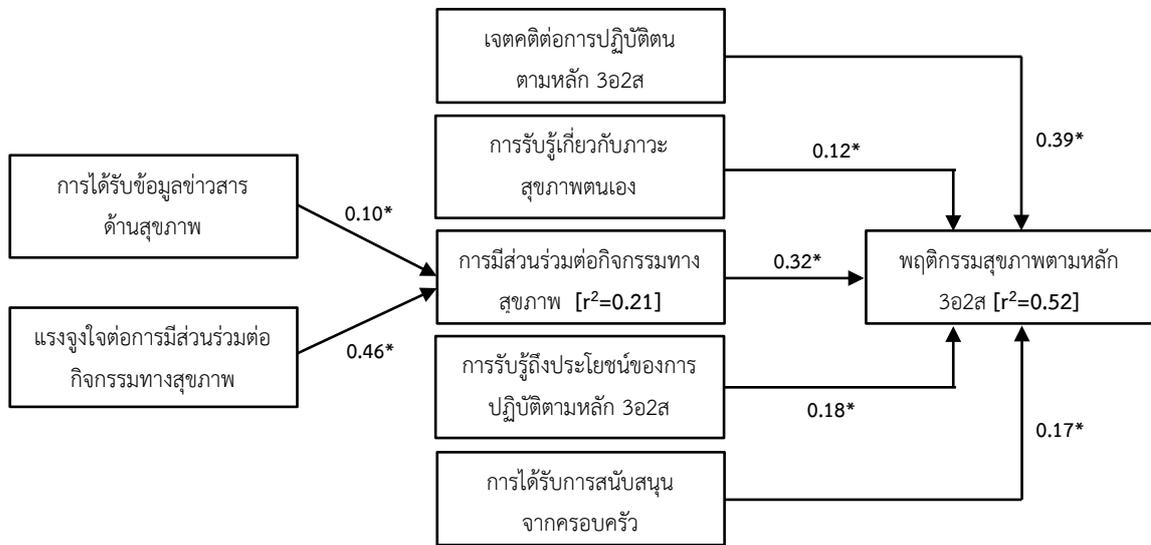
ข้อมูลทั่วไป: กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดแพร่ จำนวน 400 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.8) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.8) ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 41-60 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 32.2) สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานสมรสคู่และทั้งคู่สมรสอาศัยอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 62.0) ระดับการศึกษาสูงสุด พบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 44.0) อาชีพหลักส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำไร่ ทำนา ทำสวน (ร้อยละ 35.8) โดยมีระดับรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 35.2)

ระดับของการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ และระดับของพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส ของประชาชนจังหวัดแพร่ เมื่อพิจารณาจากคะแนนรวมเฉลี่ยของทั้ง 2 ด้าน ที่ได้จากแบบสอบถาม แล้วนำมาจัดระดับตามแนวคิดของ

เบสท์⁽¹⁰⁾ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก หมายถึง บุคคลที่มีคะแนนรวมเฉลี่ย ตั้งแต่ 3.34-5.00 คะแนน ระดับปานกลาง หมายถึง บุคคลที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.68-3.33 คะแนน และระดับต่ำ หมายถึง บุคคลที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0.00-1.67 คะแนน ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ภาพรวมจังหวัดแพร่ ประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.59 (SD=0.49) ส่วนการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ ภาพรวมจังหวัดแพร่ อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.89 (SD=0.78)

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส ของประชาชนจังหวัดแพร่ พบว่ารูปแบบมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าดัชนีความกลมกลืน

ได้แก่ ค่า Chi-Square= 14.01, Chi-Square/df= 2.35, p-value= 0.03, RMSEA= 0.06, CFI= 0.98, TLI= 0.95 และค่า SRMR= 0.03 โดยรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุแสดงตามรูป 2 ส่วนค่าสัมประสิทธิ์เส้นทาง (Path coefficient) แสดงตามตาราง 1



รูป 2 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ

ตาราง 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรง (DE) อิทธิพลทางอ้อม (IE) และอิทธิพลรวม (TE) ระหว่างตัวแปรสาเหตุ และตัวแปรผล

ตัวแปรสาเหตุ	ตัวแปรผล					
	การมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมฯ (r ² =0.21)			พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส (r ² =0.52)		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE
1. แรงจูงใจต่อการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ	0.46*	-	0.46*	-	0.07*	0.07*
2. การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	0.10*	-	0.10*	-	0.03*	0.03*
3. เจตคติต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ2ส	-	-	-	0.39*	-	0.39*
4. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ 3อ2ส	-	-	-	0.18*	-	0.18*
5. การมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ	-	-	-	0.32*	-	0.32*
6. การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพตนเอง	-	-	-	0.17*	-	0.17*
7. การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว	-	-	-	0.12*	-	0.12*

Chi-Square=14.01, df=6, p-value=0.03, Chi-Square/df= 2.35, RMSEA=0.06, CFI=0.98, TLI=0.95, SRMR=0.02

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากรูป 2 และตาราง 2 พบว่า ตัวแปรแรงจูงใจต่อการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงต่อการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.46 และ 0.10 ตามลำดับ โดยตัวแปร ทั้งสอง สามารถอธิบายความแปรปรวนของการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ ได้ร้อยละ 21.00 ตัวแปรเจตคติต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ2ส การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ 3อ2ส การมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัว มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.39, 0.18, 0.32, 0.17 และ 0.12 ตามลำดับ โดยตัวแปรทั้งห้า สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส ได้ร้อยละ 52.00 ตัวแปรแรงจูงใจต่อการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส โดยผ่านการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.07 และ 0.03 ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการทดสอบความสอดคล้องของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่พัฒนาขึ้นว่ามีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่ พบว่า ค่าไค-สแควร์ มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด อาจเนื่องมาจาก 1) ความซับซ้อนของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีเส้นอิทธิพลหรือค่าพารามิเตอร์จำนวนมาก 2) ขนาดของกลุ่ม

ตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ และ 3) ค่าไค-สแควร์ เป็นค่าที่มีความไวต่อการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการแจกแจงแบบปกติหลายตัวแปร (Multivariate Normality)⁽¹¹⁾ ดังนั้น จึงพิจารณาดัชนีความกลมกลืนของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุจากค่าดัชนีอื่น พบว่าอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ทุกค่า และพบว่าเส้นอิทธิพลภายในรูปแบบความสัมพันธ์ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทุกเส้น ดังนั้น จึงยอมรับสมมติฐานย่อยของการวิจัยทุกข้อ ทั้งนี้เพราะการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปร ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญา สังคม ของ แบนดูรา⁽⁵⁾ ที่อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมของบุคคล แนวคิดพื้นฐานของแบนดูรา เชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากปัจจัยหลัก 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ความคิด ความเชื่อ ความคาดหวัง ฯลฯ และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม โดยเห็นว่า พฤติกรรมของบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงไม่ได้มาจากสภาพแวดล้อมเพียงอย่างเดียว แต่มาจากกระบวนการทางปัญญาด้วย โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีดังกล่าว เพื่อกำหนดกลุ่มตัวแปรเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส

เมื่อพิจารณาตัวแปรสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ แรงจูงใจต่อการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถอธิบายความแปรปรวนหรือทำนายการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพของประชาชน สอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะทางพฤติกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบุคคล (The information - motivation -

behavioral skills model: IMB) ของ ฟิชเชอร์ และฟิชเชอร์⁽⁶⁾ ที่อธิบายถึงตัวแปรหลักที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลว่าประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูล ซึ่งเป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับเรื่องนั้นๆ การได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์จะส่งผลให้บุคคลมีทักษะทางพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม 2) การสร้างแรงจูงใจ ซึ่งประกอบด้วยแรงจูงใจในระดับบุคคล ได้แก่ ทักษะที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ และแรงจูงใจในทางสังคม ได้แก่ การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนหรือผู้เกี่ยวข้อง แรงจูงใจเหล่านี้จะช่วยในการเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของบุคคล และ 3) ทักษะทางพฤติกรรมในด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองหรือส่งเสริมสุขภาพตนเอง รวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมทางสุขภาพที่ช่วยสนับสนุนการมีสุขภาพดีของบุคคล ตามแนวคิด IMB นั้น เมื่อบุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ มีแรงจูงใจสูง ประกอบกับมีทักษะที่ดีในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ บุคคลนั้นก็จะสามารถเริ่มต้นกระทำพฤติกรรมสุขภาพและรักษาพฤติกรรมดังกล่าวให้คงอยู่ต่อไปโดยไม่มีเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ ในการส่งเสริมให้ประชาชนให้เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสุขภาพ ในด้านต่างๆ เช่น เข้าร่วมกิจกรรมการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคต่างๆ เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้/เสนอข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะต่างๆ ในเวทีการประชุมเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ ของหมู่บ้าน/ชุมชน เข้าร่วมกิจกรรมการณรงค์เกี่ยวกับสุขภาพต่างๆ ของหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นต้น ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ที่เข้าร่วม อีกทั้งกิจกรรมดังกล่าวยังเป็นกระตุ้นให้เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น ซึ่งการเสริมสร้างหรือพัฒนาตัวแปรสาเหตุให้เกิดขึ้นในตัว

ประชาชน ทั้งการเสริมสร้างให้เกิดเจตคติ แรงจูงใจเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้และรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเอง ร่วมกับการประชาสัมพันธ์เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชนในทุกช่องทาง ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสุขภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ตัวแปรการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ เป็นตัวแปรคั่นกลางความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และตัวแปรแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ กับตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ร่วมทั้งสร้างแรงจูงใจให้กับประชาชนให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพ นอกจากจะส่งผลให้ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสุขภาพแล้วยังจะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส เหมาะสมมากยิ่งขึ้นด้วย

ตัวแปรที่อิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพตนเอง และเจตคติต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส โดยตัวแปรดังกล่าว สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนหรือทำนายพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของประชาชน สอดคล้องกับแนวคิดของแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพ ที่กล่าวถึงการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพตนเอง ว่าการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ที่จะได้รับ

และอุปสรรคที่เกิดจากการแสดงพฤติกรรมทั้งหมด จะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ⁽¹²⁾ และสอดคล้องกับการวิจัยของภาสินี เข้มทอง⁽⁷⁾ การวิจัยของ พรทิพย์ หนูพระอินทร์ ชญานิศ ลือวานิช และประพรศรี นรินทร์รักษ์⁽¹³⁾ และการวิจัยของ ปณมาพร พันธุ์อุบล⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอิทธิพลของตัวแปรการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ2ส นั้นสอดคล้องกับการวิจัยของ ศศิธร ภูษัยัน⁽¹⁵⁾ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง และจากรายงานการศึกษาพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของ คอบบี้ (Cobb, 1976. และแลงกลี (Langlie, 1977) ที่อ้างในรายงานวิจัยของ ภาสินี เข้มทอง⁽⁷⁾ พบว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งครอบครัวนั้นถือว่าเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญที่สุด⁽¹⁶⁾ ดังนั้น หากต้องการให้ประชาชนจังหวัดแพร่ มีพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส (อาหาร อารมณ์ การออกกำลังกาย และการลด ละ เลิก บุหรี่ สุรา) ที่ดีขึ้น ควรเสริมสร้างหรือกระตุ้นให้เกิดเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติตามหลัก 3อ2ส เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้ เข้าใจ รู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเอง และรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามหลัก 3อ2ส รวมทั้งจัดกระบวนการกระตุ้นให้ประชาชนให้เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสุขภาพมากขึ้น ซึ่งการเสริมสร้างหรือกระตุ้นให้ประชาชนมีสภาวะดังกล่าว จะช่วยส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส มากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อค้นพบจากการวิจัยแสดงให้เห็นถึงระดับของการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส ทั้งในภาพรวมและรายประเด็นข้อคำถาม อันจะนำไปสู่กระบวนการเสริมสร้างพัฒนาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และตรงประเด็น รวมทั้ง ทราบถึงรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส ส่งผลให้เห็นถึงกระบวนการดำเนินงานเสริมสร้างพัฒนาตามตัวแปรหรือปัจจัยสาเหตุให้เกิดขึ้นกับประชาชน เพื่อให้เขาเหล่านั้นได้เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2. พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่มุ่งเน้นในเรื่อง การเลือกรับประทานอาหาร การจัดการการด้านอารมณ์ การออกกำลังกาย รวมถึงการลด ละ เลิก บุหรี่และสุรา หากประชาชนสามารถปฏิบัติตัวได้ตามหลัก 3อ2ส มากเท่าไร ก็จะทำให้สามารถช่วยป้องกันตนเองจากโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ได้มากยิ่งขึ้นเท่านั้น ซึ่งข้อค้นพบดังกล่าวเป็นสารสนเทศที่สำคัญ ที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานเพื่อกระตุ้น พัฒนา เสริมสร้าง ให้ประชาชนในพื้นที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รวมทั้งเป็นสารสนเทศเพื่อนำไปวางแผนดำเนินการพัฒนาในระยะยาวได้ต่อไป

3. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรพิจารณานำตัวแปรสาเหตุอื่นๆ เช่น ตัวแปรสาเหตุจากทฤษฎีต้นไม้อจริยธรรม ตัวแปรจากทฤษฎีการกระทำตามแผน ตัวแปรจากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตัวแปรตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ของเพนเดอร์ เป็นต้น เข้ามาอธิบายร่วม ซึ่งจะทำให้ทราบ

ถึงตัวแปรสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างรอบด้าน อันนำไปสู่การพัฒนาเสริมสร้างให้เกิดคุณลักษณะตามตัวแปรสาเหตุนั้นๆ ในตัวบุคคลได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กนกพร วิสุทธิกุล. พฤติกรรมสุขภาพที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นตอนปลาย ในกรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
2. อังศิรินทร์ อินทรกำแหง. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์ จำกัด; 2552.
3. กระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย 2554-2558. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2559.
4. กระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย 2551-2553. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2554.
5. Bandura, A. Social Foundation of thought and action. A Social Cognitive Theory. New Jersey: Prentice-Hall; 1986.
6. Fisher, J.D. & Fisher, W.A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. Psychological Bulletin. 11(1) : 455-474.
7. ภาสินี เข้มทอง. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนวัยทำงานในจังหวัดนครนายก. [วิทยานิพนธ์ ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2546.
8. ผ่องพรรณ ตรียมงคลกุล และสุภาพ ฉัตรภรณ์. การออกแบบการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2553.
9. Kline, R. B. Principles and Practices of Structural Equation Modeling. 2thed. New York : Guilford Press; 2005.
10. Best, J. Research in Education. 4thed. London : Prentice-Hall International; 1981.
11. Hair, Jr. Joseph F.; et al. Multivariate data analysis: A global perspectives. New Jersey : Upper Saddle River; 2010.
12. สุรีย์ กาญจนวงศ์. จิตวิทยาสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. นครปฐม: โรงพิมพ์มูลนิธิมหามกุฏราชวิทยาลัย; 2556.
13. พรทิพย์ หนูพระอินทร์ ชญานิศ ลือวานิช และ ประพรศรี นรินทร์รักษ์. (2556). การรับรู้สุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต. 9(1): 63-87.
14. ปดมาพร พันธุ์อุบล. (2553). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี. [วิทยานิพนธ์ ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2553.
15. ศศิธร ภูขยัน. จิตลักษณะและปัจจัยสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพยาบาล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. [วิทยานิพนธ์ ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
16. Pender, N.J. Health Promotion in Nursing Practice. 2thed. Connecticut: Appleton & Lange; 1987.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ
ในประชาชนลุ่มแม่น้ำงัด ตำบลแม่ปิ้ง อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่

Effects of Health Promotion Program in Reducing the Risk of Liver Fluke
Infection Among People in Ngat Basin, Mae Pang Sub-District, Phrao District,
Chiang Mai Province

อัจฉราพรรณ คำฟอง¹, เกรียงไกร ศรีธนวิบูลย์², และเพ็ญประภา ศิริโรจน์²

สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่¹

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่²

Corresponding author, E-mail: atcharapan.anny@gmail.com

(Received: May 11, 2019; Revised: Jun 15, 2019; Accepted: Jun 17, 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลองชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลัง (one-group before-after) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนลุ่มน้ำงัด ตำบลแม่ปิ้ง อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่ได้รับการตรวจอุจจาระ ด้วยวิธีคาโต้ธิสเมียร์ แล้วพบไข่พยาธิใบไม้ตับ จำนวน 75 คน โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย กิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ สร้างการรับรู้ความเชื่อเรื่องสุขภาพ เล่าประสบการณ์จากญาติที่ เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี และกิจกรรมสัณฐานใจ ลด ละ เลิก บริโภคปลาดิบ ใช้เวลาทำกิจกรรม 2 สัปดาห์ๆ ละ 1 วัน ในช่วงเดือนมีนาคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2558 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผลของโปรแกรม ด้วยแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired T-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 1 เดือน มีคะแนนของทุกตัวแปรสูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ซึ่งได้แก่ ความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ประโยชน์ในการ ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ความตระหนักในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ความตั้งใจในการเลิกบริโภคปลาดิบ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพนี้ควรพิจารณาสนับสนุนให้มีการ นำไปปรับใช้กับพื้นที่อื่นๆ ที่ประสบปัญหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับต่อไป

คำสำคัญ: ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ, โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ, ประชาชนลุ่มน้ำงัด

ABSTRACT

This research was a one-group pretest-posttest intervention study. The objective was to study the effect of health promotion program in reducing the risk of liver fluke infection among people in Ngat Basin, Mae Pang Sub-district, Phrao District, Chiang Mai Province. The sample consisted of 75 people, who were found to have opisthorchis's egg in stool from the kato's thick smear test. For health promotion programs to reduce the risk of liver fluke infection consisted of activities, to educate the liver fluke disease, create the perception of health beliefs, share experiences from relatives who died of bile duct cancer, and their promising to reduce and stop consuming raw fish. The program spent 2 days activities during two weeks. The study was conducted during March to May of 2015. Outcome data collected with questionnaire. Paired t-test was used to compare the scores between pre and post intervention.

The results showed that immediately after receiving the intervention program and at 1 month, the participants had significant higher scores on all items compared with pre-test (p -value <0.001), including knowledge of liver fluke disease, perceived risk of liver fluke disease, perceived severity of liver fluke disease, perceived benefits of prevention of liver fluke disease, awareness of disease prevention of liver fluke, intention to quit consuming raw fish, and practices of disease prevention of liver fluke. The program should be considered as an intervention to reduce liver fluke in other areas that face the same problem.

Keywords: Risk of liver fluke infection, Health promotion program, People in Ngat Basin

บทนำ

พยาธิใบไม้ตับ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยประชาชนประมาณ 6 ล้านคน ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ⁽¹⁾ การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเป็นปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งท่อน้ำดี โดยผู้ที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระตั้งแต่ 120 ตัว มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งมากกว่าผู้ไม่ติดเชื้อ 14 เท่า (Odds Ratio = 14.00, 95% CI= 1.67-11.86)⁽²⁾ อัตราความชุกโรคพยาธิทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2524 2534 2539 2544 และ 2552 คิดเป็นร้อยละ 54.7 41.7 35.0 22.5 และ 18.1 ตามลำดับ⁽³⁾ แม้กระทรวงสาธารณสุขจะมีนโยบายป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับมาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2527 แต่ความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับทั่วประเทศในปี

พ.ศ. 2552 ยังสูงเฉลี่ยร้อยละ 18.1⁽³⁾ ซึ่งเกินค่ามาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ที่ไม่เกินร้อยละ 5.0⁽⁴⁾ จากการสำรวจความชุกการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2557 อำเภอพร้าวพบความชุกการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 13.1⁽⁵⁾ และจากข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผาแดงอำเภอพร้าว ปี พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2556 พบความชุกการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงถึงร้อยละ 34.0 และ 19.9 ตามลำดับ⁽⁶⁾ จากข้อมูลข้างต้นแสดงถึงความรุนแรงของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผาแดงถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องแก้ปัญหาอย่างเร่งด่วน เพราะหากไม่รีบดำเนินการป้องกัน

ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ และประชาชนยังมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่นาคตประชาชนเหล่านี้มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งท่อน้ำดีหรือเนื้องอกร้ายซึ่งอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

โรคพยาธิใบไม้ตับมีสาเหตุการรับประทานปลาน้ำจืดเกล็ดขาวตระกูลปลาตะเพียนที่มีตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับปนเปื้อนแบบดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ ตัวอย่างอาหารที่ประชาชนนิยมปรุงด้วยปลาเหล่านี้ได้แก่ ก้อยปลาดิบ ลาบปลาดิบ ปลาต้ม ปลาแร่ดิบ หรือส้มตำปลาแร่ดิบ หากประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่กินดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ ปัญหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่ก็จะลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรม แพรเพชร พัฒนาราช⁽⁷⁾ ได้นำแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับขณะเดียวกัน ศิวชัย ทองนาเมือง และรุจิรา ดวงสงค์⁽⁸⁾ เพ็ญญา คงศิลา และคณะ⁽⁹⁾ และศุภกนก หันทอง⁽¹⁰⁾ ได้นำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคมมาออกแบบโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับจะเห็นได้ว่างานวิจัยข้างต้นได้นำเอาทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพมากำหนดเป็นโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งประสบผลสำเร็จและได้ผลเป็นอย่างดี มีเพียงงานวิจัยของกรัณธรัตน์ บุญช่วยธานีสิทธิ์ และคณะ¹¹⁾ เท่านั้นที่ได้นำเอาแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพมาร่วมกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งผลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดี อาจกล่าวได้ว่า งานวิจัย

ทั้งหมดทำการศึกษาในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎีความสามารถแห่งตนเองมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนพื้นที่ภาคเหนือ ซึ่งมีพฤติกรรมกินอาหารดิบที่คล้ายคลึงกัน โดยจัดทำในรูปแบบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในประชาชนลุ่มน้ำจืด ตำบลแม่ปิ้ง อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ และหากโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับประสบความสำเร็จ จะเป็นประโยชน์ต่อพื้นที่ที่ประสบปัญหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับโดยนำไปประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนลุ่มน้ำจืด ตำบลแม่ปิ้ง อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 010/2560

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อน-หลัง(one-group before-after design) โดยกลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่ได้รับการตรวจอุจจาระด้วยวิธี Kato's thick smear แล้วพบไข่พยาธิใบไม้ตับ และอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผาแดง

จำนวน 75 รายดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม พ.ศ.2558 สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งพัฒนามาจากโปรแกรมที่ใช้ในการวิจัยที่ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น (7,8,9,10,11) และนำมาประยุกต์ให้เข้ากับบริบทของพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง

โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม มีรายละเอียดดังนี้ 1) ให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้วิธีการบรรยายให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ พร้อมทั้งให้ชมวีดิทัศน์เรื่อง “โรคพยาธิใบไม้ตับ” เปิดโอกาสให้ซักถาม และแจกแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ในตับให้นำกลับไปศึกษาเพิ่มเติมที่บ้านเพื่อทำการทบทวน 2) สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้การบรรยายเรื่องเมนูอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และการซักร่างในส้วมที่ถูกสุขลักษณะ ให้ชมวีดิทัศน์ “สาธิตวิธีการล้างมือ” และแบ่งกลุ่มลงมือปฏิบัติ ซึ่งกิจกรรมนี้ได้เน้นแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ โดยให้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นในประเด็นว่า จะป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้อย่างไร เมนูอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับที่เคยรับประทานมีอะไรบ้าง หลังจากนำเสนออภิปรายกลุ่มแล้ว ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่สำคัญและเปิดโอกาสให้ซักถาม 3) เล่าประสบการณ์จากญาติผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ใช้การเล่าประสบการณ์ของญาติผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี กระตุ้นเตือนให้กลุ่มเป้าหมายเกิด

ความตระหนักถึงอันตรายจากโรคพยาธิใบไม้ตับ กิจกรรมนี้เน้นแนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเอง มาประยุกต์ใช้ โดยผู้วิจัยพูดชักจูง ให้กำลังใจ ให้เชื่อมั่นในความสามารถตนเองในการเลิกบริโภคปลาดิบ และ 4) สัญญาใจ ลด ละ เลิก บริโภคปลาดิบ ใช้การนำเสนอตัวแบบที่ประสบผลสำเร็จในการเลิกบริโภคปลาดิบ ทำพันธะ “สัญญาใจ ลด ละ เลิก บริโภคปลาดิบ” กิจกรรมนี้เน้นแนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเอง มาประยุกต์ใช้ มีการเล่นเกมตอบคำถามให้รางวัลและร่วมกันทำกิจกรรมในหัวข้อ “สัญญาใจ ลด ละ เลิก บริโภคปลาดิบ” โดยแจกกระดาษรูปหัวใจให้คนละ 1 แผ่น เขียนความตั้งใจที่จะ ลด ละ เลิก บริโภคปลาดิบแล้วนำกระดาษที่เขียนมาติดบนกระดาษรูปหัวใจแผ่นใหญ่ที่ผู้วิจัยได้เตรียมมา ซึ่งหมายถึงสัญญาใจของกลุ่มเป้าหมายที่จะลด ละ เลิก การบริโภคปลาดิบ

ผู้วิจัยให้กลุ่มเป้าหมายตอบแบบสัมภาษณ์ หลังเข้าร่วมโปรแกรม พร้อมมอบใบประกาศเกียรติบัตรและกล่าวปิดการอบรมโดยผู้ใหญ่บ้าน สำหรับการจัดกิจกรรมของโปรแกรมนี้ ใช้เวลา 2 วัน โดยแบ่งออกเป็น สัปดาห์แรก ทำการจัด 2 กิจกรรม ในเวลา 1 วัน และสัปดาห์ที่ 2 ได้จัด 2 กิจกรรมในเวลา 1 วัน

ผลลัพธ์ที่ได้จากโปรแกรม ได้ทำการเก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประยุกต์มาจากงานวิจัยของ กรัณฐรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ และคณะ (11) ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อด้านสุขภาพ (ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคและการรับรู้อุปสรรคในการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ) การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ความตั้งใจในการเลิกบริโภคปลา

ดิบ และความตระหนักในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้
ตับ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยก่อนได้รับโปรแกรมกับหลังได้รับโปรแกรมทันที และหลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน โดยใช้สถิติ Paired T-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 75 คน กว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 58.7) มีอายุเฉลี่ย 56.8 ปี (Mean±SD, 56.8±13.8) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 80.0) มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 66.7) และระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 76.0) มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 2,500-5,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 37.3) และพบกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 12.0 ต้มแอลกอฮอล์ร่วมกับกินอาหารดิบเป็นกับแกล้ม และที่ไม่เคยต้มแอลกอฮอล์ร่วมกับกินอาหารดิบมีร้อยละ 48.0 (ดังตาราง 1)

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N= 75)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	44	58.7
หญิง	31	41.3
อายุเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ปี)	56.8±13.8, Min=14, Max=89	
สถานภาพสมรส		
คู่	60	80.0
หม้าย/ หย่า/ แยก	13	17.3
โสด	2	2.7
อาชีพ		
เกษตรกร	50	66.7
รับจ้าง	6	8.0
ค้าขาย/ อาชีพส่วนตัว	9	12.0
ข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2	2.6
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8	10.7
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	5	6.6
ประถมศึกษา	57	76.0

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N= 75)	ร้อยละ
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	5.4
สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น	9	12.0
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาทต่อเดือน)		
น้อยกว่า 2,500	22	29.3
2,500-5,000	28	37.3
5,001-10,000	17	22.7
>10,001	8	10.7
ดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับกินอาหารดิบ		
ไม่เคย	36	48.0
นานๆ ครั้ง	30	40.0
บ่อยครั้ง	9	12.0

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ (ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกัน และการรับรู้อุปสรรคในการเกิดโรค) ความตระหนักในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ความตั้งใจในการเลิกบริโภคปลาดิบ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลองทันที และก่อน

การทดลองกับหลังการทดลอง 1 เดือนของอาสาสมัคร พบว่าหลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ อาสาสมัครมีคะแนนเฉลี่ยในด้านต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้นสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ในทุกตัวแปร ทั้งสองระยะของการเปรียบเทียบ (ดังตาราง 2)

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ ความตระหนักในการป้องกันโรค ความตั้งใจในการเลิกบริโภคปลาดิบ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อน หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 1 เดือน

ตัวแปรผลลัพธ์	ก่อนทดลอง ^a	หลังทดลองทันที ^b	หลังทดลอง 1 เดือน ^c
	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD
ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ	4.87±2.03	9.56±0.68	9.72±0.70
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	28.93±3.15	41.44±2.53	42.68±3.66
การรับรู้ความรุนแรง	28.47±3.60	38.72±2.66	40.00±3.03
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกัน	32.72±3.07	41.15±2.65	43.35±2.85
การรับรู้อุปสรรคในการเกิดโรค	16.53±2.96	23.32±2.28	25.35±2.72
ความตระหนักในการป้องกันโรค	29.76±3.11	40.33±2.66	41.44±3.07

ตัวแปรผลลัพธ์	ก่อนทดลอง ^a	หลังทดลองทันที ^b	หลังทดลอง 1 เดือน ^c
	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD
ความตั้งใจในการเลิกบริโภคปลาดิบ	32.19±5.98	38.68±4.15	40.72±4.84
การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค	30.03±4.49	38.35±4.07	39.33±4.33

วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Paired T-test; ab, ac มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ในทุกตัวแปร

อภิปรายผล

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับของการวิจัยนี้ได้ผลดี โดยดูจากผลลัพธ์หลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนของความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อด้านสุขภาพ ความตระหนักในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ความตั้งใจในการเลิกบริโภคปลาดิบ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเพิ่มขึ้น ทั้งหลังทดลองทันทีและหลังทดลอง 1 เดือนเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทดลอง สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Panithanang, B., และคณะ⁽¹²⁾ ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นภายหลังการได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยในชุมชนชนบทของประเทศไทย ได้ผลเช่นเดียวกับการวิจัยของศุภกนก หันทุง ที่ใช้โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง⁽¹⁰⁾ ในขณะที่ศิวัชญ์ ทองนาเมือง และรุจิรา ดวงสงค์⁽⁸⁾ พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้ และผลการวิจัยของเพ็ญนภา คงศิลา ศุภวิตา แสนศักดิ์ และจงกลณี ธนาไสย์⁽⁹⁾ และผลการวิจัยของกรัณทรัธน์ บุญ

ช่วยธนาสิทธิ์, และคณะ⁽¹¹⁾ พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 จะเห็นได้ว่า ผลการวิจัยทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับงานวิจัยนี้

โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของการวิจัยนี้ มีความสอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ภาคเหนือ ซึ่งโปรแกรมดังกล่าว มีกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น บรรยาย อภิปรายกลุ่ม ดูวีดิทัศน์ และมีการสาธิต นอกจากนั้นยังใช้ภาษาเข้าใจง่าย มีเนื้อหาสาระตรงตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ทำให้กลุ่มเป้าหมายให้ความสนใจและเรียนรู้ได้ง่าย สามารถนำความรู้ที่ได้กลับไปปฏิบัติหรือสอนต่อได้ ทำให้ต่อยอดของกิจกรรมไปสู่กลุ่มเป้าหมายอื่นๆ หรือนำไปประยุกต์กับภูมิภาคอื่นของประเทศไทยได้

สรุปผล

การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนลุ่มน้ำจืด ตำบลแม่บึง อำเภอฟ้าหวาด เชียงใหม่ ได้ผลการวิจัยตรงตามวัตถุประสงค์ การวิจัยอย่างครบถ้วน และผลการวิจัยนี้สามารถ

นำเอาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพนี้ไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งจะทำให้มีความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อด้านสุขภาพ ความตระหนักในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และความตั้งใจในการเลิกบริโภคปลาดิบ ซึ่งนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินอาหารดิบได้ในที่สุด

ในอนาคตควรมีการศึกษาในผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำอาหารในแต่ละมื้อให้กับสมาชิกในครอบครัว เช่น แม่บ้านและผู้ประกอบการขายอาหารในชุมชน เนื่องจากเป็นผู้ประกอบอาหารโดยตรง และควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาหลังให้โปรแกรม เพื่อติดตามดูการเปลี่ยนแปลง และความต่อเนื่องของความคิด และพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือปฏิบัติงานโครงการควบคุมโรคหนองพยาธิในโครงการตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมาร. (ออนไลน์). (เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 เมษายน 2558). เข้าถึงได้จาก <http://thaigcd.ddc.moph.go.th/knowledges/view/251>
2. ไพบูลย์ สิทธิถาวร. บทบาทของพยาธิใบไม้ตับต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในสถานการณ์ปัจจุบัน. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2548; 20(3): 135-142.
3. ฐิติมา วงศาโรจน์ และคณะ. รายงานผลการศึกษาสถานการณ์โรคหนองพยาธิและโปรโตซัวของประเทศไทย. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2554. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. ระเบียบรายงานโรคหนองพยาธิ. กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่; 2557. (เอกสารอัดสำเนา)
6. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพร้าว. ทะเบียนบันทึกข้อมูลการตรวจหนองพยาธิ. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผาแดง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพร้าว; 2557. (เอกสารอัดสำเนา)
7. แพรเพชร พัฒนะราช. ผลการส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอเวียงตาล จังหวัดกาฬสินธุ์ (วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2555.
8. ศิวัญญ์ ทองนาเมือง และรุจิรา ดวงสงค์. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ในนักเรียนประถมศึกษา อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัย มข.(บศ.). 2555; 12(2): 80-91.
9. เพ็ญญา คงศิลา ศุภวดีตา แสนศักดิ์ และจงกลณี ธนาไสย์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับต่อความรู้และการรับรู้ภาวะสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2559; 10(2): 19-28.

10. ศุภกนก หันทยุง. ผลของการใช้โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ชุมชนบ้านเหล่าอ้อย หมู่ที่ 5 ตำบลหนองสังข์ อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร. 2558; 10(1): 40-53.
11. กรัณฐรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์, จักรกฤษณ์ พลราช, มาสรีน ศุกลปักษ์, และคณะ. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. กรุงเทพมหานคร: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2557.
12. Panithanang B, Srithongklang W, Komporn P, et al. The Effect of Health Behavior Modification Program for Liver Fluke Prevention among the Risk Group in Rural Communities, Thailand. Asian Pac J Cancer Prev 2018; 19(9): 2673-80.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำพูน

Factors related to health promoting behaviors of the elderly Lamphun Province

จรรยา ธัญน้อม

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน, จังหวัดลำพูน 5100

Corresponding author, E-mail: drchun99@gmail.com

(Received: May 21, 2019; Revised: Jun 18, 2019; Accepted: Jun 21, 2019)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำพูน ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดลำพูน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดลำพูน โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 400 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการเปิดตารางเครจซี่ และมอร์แกน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า

1. ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำพูน โดยภาพรวมและรายปัจจัย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เรียงค่าเฉลี่ยมากไปหาน้อย คือ ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ
2. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดลำพูน โดยภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากไปหาน้อย คือ ด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย ด้านการบริโภคอาหาร และด้านการจัดการความเครียด ด้านการออกกำลังกาย
3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดลำพูน มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับปานกลาง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ : ปัจจัย, พฤติกรรม, การส่งเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

ABSTRACT

The Objectives of this study were to investigate on Factors related to Health Promotion of the Elderly Lamphun Province and on the Relationship between Factors related to Health Promotion and Health Promoting Behaviors of the Elderly Lamphun Province. The 400 sample of the elderly was used for data analysis. The Sample size was obtained from Krejcie and Morgan table. A 3-Rating Scale Questionnaire was used as a tool. Percentage, Mean, Standard Deviation (S.D.) and Pearson's correlation coefficient and multiple regression analysis were used for Statistical Analysis.

It was found that:

1. Overall and individual item of Factors related to Health Promotion of the Elderly in Lumphun Province were all rated highly in mean described with health recognition Namely input factors, supplementary factors and contributing factors

2. Overall and individual item of Factors related to Health Promoting Behaviors of the Elderly in Lumphun Province were all rated moderately in mean suggested by their responsive actions on disease vulnerability, Health- Consciousness of food consumption, reduced stress management and their routine workout, respectively.

3. The Relationship between Factors related to Health Promotion and Health Promoting Behaviors of the Elderly in Lamphun Province was positively rated in moderate level as in mean with statistical significance at .01

Keywords: Factor, Behavior, Health Promotion, The elderly

บทนำ

ประเทศไทยถือได้ว่าเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2568 จะมีประชากรผู้สูงอายุมากถึง 11 ล้านคน⁽¹⁾ ปัจจุบันมีจำนวนของผู้สูงอายุเกือบ 10 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15 ของประชากรไทยทั้งหมด ประชากรไทยกำลังสูงวัยขึ้นอย่างรวดเร็วมาก ประเทศไทยได้กลายเป็น “สังคมสูงวัย” มาตั้งแต่ปี 2548 แล้ว เมื่อสัดส่วนประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) สูงถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และจะเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีมากถึง ร้อยละ 20 ในปี 2564 และคาดว่าจะเป็สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) ในอีกไม่ถึง

20 ปี เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด ในภาคเหนือเขตบริการสุขภาพที่ 1 มีจำนวนผู้สูงอายุ 947,380 คน คิดเป็นร้อยละ 18.1 (ศูนย์อนามัยที่ 1, 2559)⁽²⁾ และพบว่า จังหวัดลำพูน มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดในภาคเหนือ คิดเป็นร้อยละ 18.86 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน, 2559)⁽³⁾ และอำเภอป่าซางมีจำนวนผู้สูงอายุเป็นอันดับที่ 1 ของจังหวัดลำพูน ร้อยละ 24.33⁽⁴⁾

จังหวัดลำพูนมีผู้สูงอายุร้อยละ 20.84 ของประชากร⁽⁴⁾ ซึ่งเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว จากข้อมูลรายงานจาก HDC พบว่า ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.29 เบาหวาน ร้อยละ 17.2 ภาวะโรคร่วมเบาหวานความดันโลหิต

สูง ร้อยละ 33.07 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 1.54 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 2.19 พันแท่งใช้ งานได้ 20 ซี 4 คู่สบ ร้อยละ 20.70 โรคอ้วน 0.23 มีภาวะอ้วน 2.83⁽⁵⁾ ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัด ลำพูน จากสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วนี้ นอกจากส่งผลทางด้าน สุขภาพ แล้วยังส่งผลกระทบต่อทางด้านเศรษฐกิจ สังคมโดยรวมอันได้แก่ อัตราส่วนการเป็นภาระวัย สูงอายุ หรืออัตราพึ่งพิงวัยสูงอายุก็เพิ่มขึ้น สัดส่วน ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังกับคู่สมรสในครัวเรือนก็มี แนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน และยังพบปัญหาผู้สูงอายุ ขาดผู้ดูแล หรือขาดคนช่วยเหลือจากชุมชน หรือ ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่ไม่มีคุณภาพ อีกทั้งการ เจ็บป่วยด้วยโรคไร้เชื้อ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันใน เลือดสูง ข้อเข่าเสื่อม เหล่านี้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความต้องการดูแลทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ตลอดจนการได้รับความดูแลในการทำ กิจกรรมประจำวันอีกด้วย⁽³⁾ ซึ่งปัญหาดังกล่าว ข้างต้นจะสามารถแก้ไขได้ หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรม สุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสมมีความพร้อมในการก้าว เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้อย่างเข้มแข็ง ทั้งนี้ต้องมีการ เฝ้าระวังสุขภาพและให้การส่งเสริมสุขภาพที่ เหมาะสม การที่ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีและ เป็นสุขได้นั้น ตัวผู้สูงอายุเองต้องมีความตระหนักถึง ความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและต้องอาศัย ปัจจัยต่าง ๆ มาสนับสนุนเพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้นโดยเฉพาะผู้สูงอายุ

จากที่จังหวัดลำพูนเป็นจังหวัดที่มีดัชนีการ สูงวัยสูงอายุมากขึ้น ยังไม่พบการศึกษาวิจัยเพื่อหา ปัจจัยในการส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่จังหวัดลำพูนมา ก่อนซึ่ง หน่วยงานภาครัฐนำโดยสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดลำพูน ร่วมกับภาคีเครือข่ายส่วน

ท้องถิ่นและภาคประชาชน ได้มีความพยายามในการ ส่งเสริมผู้สูงอายุให้สร้างเสริมสุขภาพ แต่ยังไม่ ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะ ทำการศึกษา เพื่อหาปัจจัยที่จะมีผลทำให้กลุ่ม ผู้สูงอายุ มีการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี โดยคาดว่าผล การศึกษารั้งนี้จะสามารถนำมาเป็นแนวทางในการ พัฒนาเพื่อทำให้กลุ่มผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมและมีการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้นต่อไป ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำพูน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุจังหวัดลำพูน
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดลำพูน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดลำพูน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองใน ส่วนที่เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยการ ส่งเสริมสุขภาพ ส่วนข้อมูลด้านพฤติกรรมการ ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้ศึกษาประยุกต์มาจาก แบบสอบถามของนักวิชาการโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูล ทั่วไป 2) สอบถามเกี่ยวกับปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพใน ผู้สูงอายุ 3) สอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของผู้สูงอายุ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลครั้งนี้ใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีวิธีการเก็บข้อมูล ดังนี้

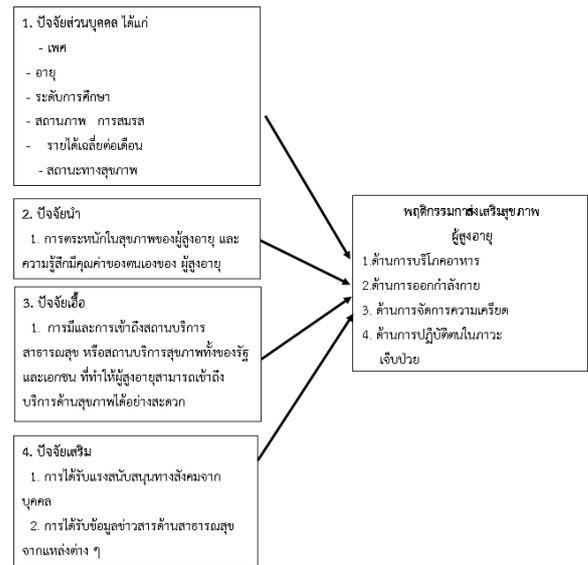
1. ผู้ศึกษาเก็บข้อมูลโดยตนเอง ได้แนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง โดยยึดหลักพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและสอบถามข้อมูลที่บ้าน
2. ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ หากมีข้อผิดพลาดจะทำการเก็บข้อมูลใหม่ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและสมบูรณ์ก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ประมวลผล
3. นำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ข้อมูลพื้นฐานแสดงด้วย จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product - Moment Correlation Coefficient)

กรอบแนวคิดการวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำพูน ใช้ปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย ดังภาพ 1



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย

การดำเนินการศึกษา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำพูน ดำเนินการโดยปัจจัยและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดลำพูน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

- 1) ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่บกพร่องทางการเรียนรู้หรือมีความพิการ ที่อาศัยอยู่ใน 8 อำเภอ ในพื้นที่จังหวัดลำพูน จำนวน 84,588 คน
- 2) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทำแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่บกพร่องทางการเรียนรู้หรือมีความพิการ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน⁽⁶⁾ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่ม กำหนดความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 382 คน เพื่อให้การเก็บข้อมูลผู้สูงอายุมีความเชื่อถือได้เพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงขอกำหนดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ

จำนวน 400 คน จำแนกอำเภอละ 50 คน โดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จากจำนวนทั้งหมด 8 อำเภอ ๆ ละ 1 ตำบล ๆ ละ 1 หมู่บ้าน ได้ทั้งหมด 8 หมู่บ้าน ด้วยวิธีการจับสลากหมู่บ้านละ 50 คน รวมทั้งสิ้น 400 คน

3) ผู้ศึกษาเก็บข้อมูลด้วยตนเอง 1) ได้นำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง โดยยึดหลักพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและสอบถามข้อมูลที่บ้าน 2) ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ หากมีข้อผิดพลาดจะทำการเก็บข้อมูลใหม่ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและสมบูรณ์ก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ประมวลผล 3) นำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ รวมถึงได้ศึกษาข้อมูลจากแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ เช่น แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ⁽⁷⁾ และแนวคิดและทฤษฎีทฤษฎี PRECEDE Framework⁽⁸⁾

วิธีการศึกษา

ในการสร้างและพัฒนาแบบสอบถามสำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ ดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ศึกษาปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ จำแนกตามตัวแปรอิสระ 3 ปัจจัย ดังนี้
1) ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ การตระหนักในสุขภาพของวัยสูง อายุ, ความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองของผู้สูงอายุ 2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ 3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขจากแหล่งต่าง ๆ ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า Rating Scale จำนวน 3 ระดับ

2. ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านการบริโภค 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านการจัดการกับความเครียด 4) ด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า Rating Scale จำนวน 3 ระดับ

3. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจากข้อที่ 1) และ 2) มาร่างคำถามที่จะใช้ในการสอบถาม โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เรียงลำดับของคำถามให้สามารถตอบได้อย่างราบรื่น และมีเนื้อหาครอบคลุมข้อมูลที่จะใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

4. นำแบบสอบถามมาให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ว่ามีความถูกต้อง เหมาะสม และครอบคลุมเนื้อหาของงานที่จะศึกษาหรือไม่ แล้วนำคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแบบสอบถามให้ดีขึ้น

5. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบสอบถามผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายของการศึกษา จำนวน 30 คน เพื่อจะได้ปรับปรุงแบบสอบถาม วิธีการสอบถาม และระยะเวลาที่ใช้สอบถามให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

6. นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงหลังจากการทดสอบไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบอีกครั้งเพื่อปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ หลังจากนั้นจึงนำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

7. แบบสอบถามความคิดเห็น เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ มี 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานะทางสุขภาพ

ตอนที่ 2 สอบถามเกี่ยวกับปัจจัย การส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ลักษณะคำถามเป็น ข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า Rating Scale จำนวน 3 ระดับ

ตอนที่ 3 สอบถามเกี่ยวกับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ลักษณะ คำถามเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า Rating Scale จำนวน 3 ระดับ

การพิทักษ์สิทธิ์

ผู้ศึกษาได้ขออนุญาตดำเนินการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดลำพูน กระทรวงสาธารณสุข และ

ได้รับเอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่: REC 2562-0607 จึงเริ่มดำเนินการศึกษาวิจัย โดยผู้ศึกษาแนะนำ ตัวเองแก่ ประชากรกลุ่มตัวอย่าง อธิบาย วัตถุประสงค์ในการศึกษาขอความร่วมมือในการเก็บ รวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบ รับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ คำตอบ หรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และผู้ศึกษา จะนำเสนอในภาพรวม ในเฉพาะในงานวิชาการ เท่านั้น โดยการตอบแบบสอบถามไม่มีผลต่อการ ปฏิบัติงานหรือผลอย่างอื่นที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ

ผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัด ลำพูน พบว่า

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถาม

สถานภาพของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	190	47.50
หญิง	210	52.50
อายุ (ปี)		
60-69	176	44.00
70-79	144	36.00
80 ปีขึ้นไป	80	20.00
การศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	20	5.00
ชั้นประถมศึกษา	287	71.00
ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น	77	19.25
ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3	0.75
อนุปริญญา/ปวส.	4	1.00
ปริญญาตรี	12	3.00

สถานภาพของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	22	5.50
สมรส	241	60.25
หม้าย	128	32.00
หย่า แยกกันอยู่	9	2.25
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	51	12.75
รับจ้าง	112	28.00
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	24	6.00
ข้าราชการ	12	3.00
เกษตรกรกรรม	201	50.25
สถานะทางสุขภาพ		
มีโรคประจำตัว	244	61.00
ไม่มีโรคประจำตัว	156	39.00

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 241 คน คิดเป็นร้อยละ 60.25 ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม จำนวน 201 คน คิดเป็นร้อยละ 50.25 210 คน คิดเป็นร้อยละ 52.50 มีอายุอยู่ในช่วง 60 – 69 ปี มีจำนวน 176 คน คิดเป็นร้อยละ 44.00 และมีโรคประจำตัว จำนวน 244 คน คิดเป็น การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา จำนวน 284 คน คิดเป็น ร้อยละ 71.00 มีสถานภาพสมรส จำนวน ร้อยละ 61.00

2. ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำพูน

ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพ	\bar{X}	S.D	ความหมาย	อันดับ
1. ปัจจัยนำเข้า การตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ	2.61	0.599	มาก	1
2. ปัจจัยเอื้อ การมีและการเข้าถึงสถานบริการ สาธารณสุข	2.40	0.618	มาก	3
3. ปัจจัยเสริม แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใน ครอบครัวเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และการได้รับ ข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขจากแหล่งต่าง ๆ	2.47	0.628	มาก	2
รวม	2.49	0.615	มาก	

ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ จังหวัดลำพูน โดยภาพรวมและรายปัจจัย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เรียงค่าเฉลี่ยมากไปหาน้อย คือ ปัจจัยนำเข้า การตระหนักในสุขภาพของวัยสูงอายุ ปัจจัยเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขจากแหล่งต่าง ๆ และปัจจัยเอื้อ การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข

2.1 ปัจจัยนำเข้า การตระหนักในสุขภาพของวัยสูงอายุ โดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก เรียงค่าเฉลี่ยมากไปหาน้อย คือ การตรวจสุขภาพประจำปีเป็นสิ่งสำคัญ การรับประทานผักผลไม้จะช่วยให้ระบบการขับถ่ายดี ท่านมีความพอใจต่อชีวิตที่เป็นอยู่ขณะนี้ และท่านรู้สึกว่าคุณในบ้านดูแลเอาใจใส่ท่าน ท่านสามารถเป็นที่พึ่งและให้ความช่วยเหลือคนอื่นได้

2.2 ปัจจัยเอื้อ การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข โดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก เรียงค่าเฉลี่ยมากไปหาน้อย คือ ท่านได้รับคำแนะนำการรักษาสุขภาพและมีความพึงพอใจ ท่านได้รับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพและเข้าใจดี ท่านได้รับบริการตรวจสุขภาพที่เหมาะสม และสถานบริการให้ความสะดวกในการติดต่อขอรับบริการ

และท่านมีความสะดวกในการไปรับบริการสุขภาพ ปัจจัยเสริม แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขจากแหล่งต่าง ๆ โดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก เรียงค่าเฉลี่ยมากไปหาน้อย คือ เมื่อท่านเจ็บป่วยหรือนอนโรงพยาบาล เมื่อท่านรู้สึกท้อแท้จากปัญหาต่าง ๆ บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ให้กำลังใจแก่ท่าน และท่านได้รับคำแนะนำการพักผ่อนการรับประทานอาหารและการใช้ยาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคคลในครอบครัวค้นหาความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ มาบอก และบุคคลในครอบครัวคอยดูแลปรนนิบัติท่าน ท่านได้รับการเยี่ยมบ้าน แนะนำความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ส่วนปัจจัยเสริม การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขจากแหล่งต่าง ๆ เรียงค่าเฉลี่ยมากไปหาน้อย คือ ท่านได้รับข่าวสารจากบุคคลสาธารณสุข ท่านได้รับข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว ท่านได้รับข่าวสารจากเจ้าหน้าที่/ชมรมผู้สูงอายุโดยการประชาสัมพันธ์จากเจ้าหน้าที่/ชมรมผู้สูงอายุ ท่านได้รับข่าวสารจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุด้วยกัน และท่านได้รับข่าวสารต่าง ๆ จากสื่อวิทยุ โทรทัศน์ หรือหนังสือพิมพ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

3. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำพูน

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	\bar{X}	S.D	ความหมาย	อันดับ
1. ด้านการบริโภคอาหาร	2.12	0.726	ปานกลาง	1
2. ด้านการออกกำลังกาย	1.82	0.899	ปานกลาง	4
3. ด้านการจัดการความเครียด	2.09	0.717	ปานกลาง	3
4. ด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย	2.14	0.624	ปานกลาง	2
รวม	2.04	0.741	ปานกลาง	

พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดลำพูน โดยภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากไปหาน้อย คือ ด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย ด้านการบริโภคอาหาร และด้านการจัดการความเครียด ด้านการออกกำลังกาย

3.1 ด้านการบริโภคอาหาร โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เรียงค่าเฉลี่ยมากไปหาน้อย คือ ท่านดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว ท่านรับประทานผักสดและผลไม้สดเสมอ และท่านรับประทานปลา ไข่ และธัญพืช (ถั่วเหลือง, งาขาว, งาดำ) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านชอบรับประทานอาหารรสเค็มจัด เช่น ผักดอง ปลาเค็มและหวานจัด เช่น น้ำอัดลม ของหวาน ไอศกรีม

3.2 ด้านการออกกำลังกาย โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านปั่นจักรยาน/เดิน/แกว่งแขน/วิ่ง/รำมวยจีน/รำวงย้อนยุค ท่านทำการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายและผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกายก่อนทุกครั้ง และท่านเริ่มออกกำลังกายเริ่มจากการทำท่าเบา ๆ ก่อนไปหามาก และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านออกกำลังกายในที่ที่มีอากาศอบอ้าว หรือมีแดดจ้า

3.3 ด้านการจัดการกับความเครียด โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีสติ เมื่อท่านรู้สึกเครียดท่านอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ และเมื่อรู้สึกเครียดท่านสวดมนต์ ไหว้พระและนั่งสมาธิ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านไม่พูดคุยและไม่ปรับทุกข์กับคนอื่น

3.4 ด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และข้อที่มี

ค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านจะรับประทานยาตามที่แพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขสั่ง เมื่อท่านเจ็บป่วยหรือไปพบแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุข และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านจะซื้อยาชุดมารับประทานเอง

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดลำพูน มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับปานกลาง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล

ผลการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำพูน มีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายผล ดังนี้

1. ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำพูน ผลการวิเคราะห์ พบว่า โดยภาพรวมทุกปัจจัย อยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ปัจจัยนำเข้า การตระหนักในสุขภาพของวัยสูงอายุ รองลงมา คือ ปัจจัยเสริม แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขจากแหล่งต่าง ๆ และปัจจัยเอื้อ การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาธีระชัย พรหมคุณและคณะ⁽⁹⁾ ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของมณฑลญา กงลาและจรรยา กงลา⁽¹⁰⁾ ได้ทำ การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าไฮ พบว่า ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตำบลท่าโฮ อยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษดา พรหมสุวรรณ⁽¹¹⁾ ได้ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองไม้แก่น จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ปัจจัยนำได้แก่ ทักษะคติต่อการส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากเพื่อนและบุคคลในครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ อยู่ในระดับดี

2. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำพูน ผลการวิเคราะห์ พบว่า โดยภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย รองลงมาคือ ด้านการบริโภคอาหาร และด้านการจัดการความเครียด และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ สอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑิญา กงลาและจรรยา กงลา⁽¹⁰⁾ ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าโฮ พบว่า ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าโฮมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง ภรณ์ ตั้งสุรัตน์⁽¹²⁾ ได้ทำการศึกษา พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ระดับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก การเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ 0.05 ตามเพศ ระดับการศึกษา ภาวะการมีโรคประจำตัว การรับรู้ข่าวสารสุขภาพ และระดับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ แต่ไม่แตกต่างกันตามสถานภาพสมรส สอดคล้องกับการศึกษาของ กมล วิเศษงามปกรณ์⁽¹³⁾ ได้ทำการศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลไผ่ท่าโพ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมในระดับเหมาะสมปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.26) และพบว่าปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ 1) การศึกษา 2) สถานภาพสมรส 3) การมีผู้ร่วมอาศัย 4) การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 5) การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ 6) ความพอเพียงของรายได้ 7) ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง และ 8) แรงสนับสนุนจากครอบครัว บุคลากรสาธารณสุขและชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุภา โภผา, สุวิมล แสนเวียงจันทร์ และทัศนีย์ พฤกษาชีวะ⁽¹⁴⁾ ได้ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาปัจจัยเชิงลึกบ้านคลองโยง หมู่ที่ 1 พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ระดับดี เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า การพัฒนาทางจิตวิญญาณความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โภชนาการและความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ระดับดี กิจกรรมทางกายและการจัดการความเครียดอยู่ระดับปานกลาง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดลำพูน ผลการวิเคราะห์ พบว่า มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของมณฑลทิยา กงลาและจรวย กงลา⁽¹⁰⁾ ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าไฮ พบว่า ปัจจัยเอื้อ ด้านการเข้าถึงสถานบริการในการส่งเสริมสุขภาพและด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.382, p\text{-value} < 0.001$), ($r=0.310, p\text{-value} < 0.001$) ปัจจัยเสริม ด้านการได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคลและด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.435, p\text{-value} < 0.001$), ($r=0.468, p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัญญานุช ไพรวงษ์, ชุภาศิริ อภินันท์เดชา, สำเรง แหียงกระโทก, กวี ไชยศิริ และวรัญญู สัตยวงศ์ทิพย์⁽¹⁵⁾ ได้ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ และการได้รับอิทธิพลจากบุคคลอื่นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.404, 0.311, P\text{-value} < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษดา พรหมสุวรรณ⁽¹¹⁾ ได้ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองไม้แก่น จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานะทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยนำ ได้แก่ ทักษะติดต่อการส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากเพื่อนและบุคคลในครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับนำไปใช้

1.1 พัฒนาการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วยดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัวและชุมชน ตลอดจนการดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. เพื่อสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

1.2 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการออกกำลังกายให้กับผู้สูงอายุ ควรมีการสร้างเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม หรือรวมกลุ่มกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้เป็นผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี โดยการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น ปั่นจักรยาน/เดิน/แกว่งแขน เป็นต้น

1.3 ด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย ควรมีการสร้างภาคีเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นต้น ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.4 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการบริโภคอาหารควรมีการปรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม รับประทานผักสดและผลไม้สดเสมอ ปลา ไข่ และธัญพืช เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะสำหรับสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มศักยภาพกลุ่มติดบ้าน และติดเตียง เพื่อนำผลการศึกษามาใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มดังกล่าวต่อไป

2.2 ควรทำการศึกษาในรูปแบบการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตจังหวัดลำพูน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น

2.3 ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในประเด็นการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งจะได้ข้อมูลที่ละเอียดในเชิงลึกมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบอกราบขอบขอบคุณ นพ.วิฑูรย์ พลสีลา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส (รักษาราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำพูน) นายแพทย์ธวัชชัย ฉันทวุฒินันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลป่าซาง แพทย์หญิงอัจฉรา พองคำ อายุรแพทย์จากคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลลำพูน คุณอุมาพร นิมตระกูล หัวหน้ากลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ คุณพิมพ์ภาภรณ์ พรหมใจ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ

สนับสนุน และแนะนำ จนทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553 (ทั่วราชอาณาจักร). กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2553.
2. ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุเขตบริการสุขภาพที่ 1 (8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน) ปี 2559. เชียงใหม่: กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1; 2559.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดลำพูนปี 2559. ลำพูน: ฝ่ายงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน; 2559.
4. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. ประชากรทะเบียนราษฎร 31 ธันวาคม 2560.
5. Health Data Center ประมวลผลเมื่อ 30 กันยายน 2561.
6. Krejcie, R.V. & Morgan, D.W. Determining Sampling Size for Research Activities. Educational Psychological Measurement 30 (3), 607-608;1970.
7. Pender, N. J. Health Promotion in Nurse Practice (3rded.). CT: Appleton & Lange ; 1996.
8. Green, L.W., & Kreuter, M.W. Health Program Planning an Educational and Ecological Approach. New York:Quebecor World Fairfield;2005.
9. ชีระชัย พรหมคุณและคณะ. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2557; 1 : 102-108.

10. มณฑิญา กงลา และจรวัย กงลา. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าโฮ. การประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ “สร้างสรรค์และพัฒนาเพื่อก้าวหน้าสู่ประชาคมอาเซียน” ครั้งที่ 2 ณ วิทยาลัยนครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา (มิถุนายน) 2558; 101-107.
11. กฤษดา พรหมสุวรรณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองไม้แก่น จังหวัดฉะเชิงเทรา [วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ฉะเชิงเทรา: มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์; 2560.
12. ภรณ์ ตั้งสุรัตน์. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. [ออนไลน์]. 2559. [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 6 เมษายน 2562]. เข้าถึงได้จาก http://www.kmutt.ac.th/jif/public_html/article_detail.php?ArticleID=149092
13. กมล วิเศษงามปกรณ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตำบลไผ่ท่าโพ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร. [ออนไลน์]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 6 เมษายน 2562]. เข้าถึงได้จาก www.northern.ac.th/north_research/p/document/file_14926536640.docx
14. ยุภา โปผา, สุวิมล แสนเวียงจันทร์ และทัศนีย์ พฤกษาชีวะ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาปัจจัยเชิงลึกบ้านคลองโยง หมู่ที่ 1. วารสารทหารบก. 2560; ฉบับพิเศษ : 266-275.
15. ชัญญาชัช ไพรวงษ์, ชุภาศิริ อภินันท์เดชา, สำเร็จ แหงกระโทก, กวี ไชยศิริ และวรัญญา สัตยวงศ์ทิพย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ. 2561; 1:380-393.

บทความพิเศษ

แผ่นอุ่นสบายกาย ผ่อนคลายปวดเมื่อย

Super Herb pack

ชนกฤต ทิพย์พิมล¹, น้ำเพชร ศิริมังฆศรี²

คลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ 50100

Corresponding author, E-mail: namjai09@hotmail.com

(Received: May 22, 2019; Revised: Jun 3, 2019; Accepted: Jun 18, 2019)

หลักการและเหตุผล

สถิติผู้มารับบริการ มีอาการสำคัญที่มารับบริการที่คลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก เมื่อปี พ.ศ. 2561 เป็นอันดับต้นคือ อาการปวดคอ ปวดไหล่และสะบัก ซึ่งเป็นอาการของกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม จำนวน 3,388 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 34.43 รองลงมาคืออาการปวดหลังและปวดสะโพก จำนวน 2,815 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 24.49 กลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมหมายถึง กลุ่มอาการเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อที่ไม่เหมาะสมในท่าใดท่าหนึ่งซ้ำๆ เป็นเวลานาน ทำให้เกิดการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ ข้อต่อ เส้นเอ็น หรือเส้นประสาท ส่งผลให้มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเรื้อรัง และอาจส่งผลให้มีความผิดปกติของร่างกายส่วนอื่นๆร่วมด้วย⁽¹⁾ กลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมหรือกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อพังผืดส่วนใหญ่พบเป็นจำนวนมากในกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุ อันเนื่องมาจากรูปแบบการทำงานที่ใช้กล้ามเนื้อมัดเดิมซ้ำเป็นระยะเวลายาวนานต่อเนื่อง เช่น การนั่งทำงานหน้าคอมพิวเตอร์นานเกินไป โดยไม่ขยับหรือปรับเปลี่ยนอิริยาบถ⁽²⁾ หรืออิริยาบถและสภาพแวดล้อมในที่ทำงานที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้

เกิดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อตามอวัยวะต่างๆ อาทิ เช่น คอ ปวดไหล่ หลัง แขนหรือข้อมือ⁽³⁾ จนลุกลามกลายเป็นอาการเจ็บปวดเรื้อรัง รวมไปถึงอาการชาไปที่แขนหรือนิ้วมือ เนื่องจากการที่เส้นประสาทส่วนปลายถูกกดทับอย่างต่อเนื่อง และส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ เกิดภาวะตึงเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า และอาการปวดศีรษะไมเกรนในภายหลังได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง และทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงควรไปพบแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยอย่างถูกต้องตั้งแต่เบื้องต้น เพื่อช่วยลดความเสี่ยงและอาการรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นของกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม⁽⁴⁾

คลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก เปิดให้บริการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดตามกล้ามเนื้อบริเวณต่างๆ อาทิเช่น คอ ปวดไหล่ หลัง แขน ขาและเข่าเป็นต้น รักษาอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ชาของผู้ป่วยที่เป็นโรคอัมพฤกษ์/อัมพาต รวมทั้งอาการของโรคกระดูกและข้อต่างๆ เช่น ข้อเข่าเสื่อม, หัวไหล่ติด เป็นต้น ทั้งยังให้คำปรึกษา คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพตาม

ศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้วยการนวดกล้ามเนื้อและประคบสมุนไพร สำหรับผู้รับบริการที่มีอาการปวดคอ บ่าไหล่ สะบัก ได้ให้การบำบัดรักษาควบคู่กับการให้คำปรึกษาและข้อแนะนำเรื่องการยืดเหยียดกล้ามเนื้อและการประคบร้อนโดยใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นหรือใช้ลูกประคบสมุนไพรที่บ้านที่ช่วยบรรเทาอาการปวดได้ด้วยตนเอง เพื่อเป็นการช่วยลดปริมาณยาแก้ปวดและยาคลายกล้ามเนื้อที่เคยรับประทานโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่นการแพ้ยา การระคายเคืองกระเพาะอาหาร และผลข้างเคียงจากยาต่างๆ ทำให้เสียสุขภาพในภายหลัง ซึ่งสามารถเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ เพื่อช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในเรื่องการรักษาพยาบาล และค่าเวชภัณฑ์ยาของโรงพยาบาลส่งเสริม ผู้มารับบริการสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อคน ประมาณ 300-500 บาท/ครั้ง เดิมหลังจากรับบริการรักษาจะให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้านโดยการประคบร้อนโดยใช้ลูกประคบด้วยตนเอง แต่จากการสอบถามผู้รับบริการเรื่องการใช้งานของลูกประคบสมุนไพรพบปัญหาความไม่สะดวกสบายในการใช้งาน เช่นการเอื้อมมือไปประคบบริเวณบ่าไหล่และสะบักด้วยความยากลำบาก

ทีมงานคลินิกแพทย์แผนไทยฯ จึงได้คิดค้นออกแบบนวัตกรรมสำหรับแก้ปัญหาในเรื่องการใช้งานให้สะดวกใช้มากขึ้น โดยนำแนวคิดแผ่น cervical hot pack ของกายภาพบำบัดมาประยุกต์ใช้⁽⁵⁾ จากผลการศึกษาของจุฑาภรณ์ ภมรศิริ ในการรักษาที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยที่รับการรักษาทางกายภาพบำบัด โดยการใช้ Hot pack พบว่า อาการปวดของผู้ป่วยที่รักษาทางกายภาพบำบัดลดลง และใช้เทคนิคการห่อผ้าขนหนู

แห้งเพื่อปลอดภัยจากอาการ Burn เมื่อเวลาผ่านไป 5 นาที ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น⁽⁶⁾ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถนำนวัตกรรมแผ่นประคบร้อนไปใช้ประคบเพื่อบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่าไหล่ ด้วยตนเองที่บ้านได้อย่างสะดวกสบาย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 1 ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อบริเวณ คอ บ่าไหล่ สะบัก

สถานที่ คลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

ระยะเวลาดำเนินการ

ตั้งแต่เดือนตุลาคม - เดือนธันวาคม 2561

แนวทางการดำเนินงาน (PDSA)

1. เตรียมการ (PLAN) ศึกษาค้นคว้าทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประชุมทีมงานเพื่อวางแผนการดำเนินงานและร่วมกันออกแบบผลิตภัณฑ์ และจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์

2. การดำเนินงาน (DO)

2.1 จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดทำแผ่นประคบร้อน

2.2 ประดิษฐ์นวัตกรรมจากการออกแบบให้เหมาะสมกับการใช้งาน และบริเวณที่มีอาการปวดเมื่อย ส่วนประกอบ ประกอบด้วยสองส่วนคือ ถุงผ้าดิบใส่สมุนไพร และถุงผ้าขนหนูที่บรรจุถุงผ้าดิบสมุนไพร

ถุงผ้าดิบใส่สมุนไพร คือ ถุงผ้าดิบที่ตัดเย็บสำหรับใส่สมุนไพรอบแห้งตามสูตรที่คิดค้นขึ้นเอง

ถุงผ้าขนหนูที่บรรจุถุงผ้าดิบสมุนไพร คือ ถุงที่ใช้ผ้าขนหนูตัดเย็บสำหรับใส่ถุงผ้าดิบสมุนไพร

อีกหนึ่งชั้น ซ้อนอยู่ชั้นนอกเพื่อรองรับผิวหนัง ป้องกันความร้อนที่มากระทบผิวหนังโดยตรง ซึ่งสามารถถอดนำมาทำความสะอาดได้ เพื่อนำไปใช้ในครั้งต่อไป

2.3 นำไปใช้กับผู้ใช้บริการโดย

- นำถุงสมุนไพรไปแช่น้ำและบีบน้ำออกให้หมด
- นำถุงสมุนไพรทิ้ง 10 นาที
- นำถุงสมุนไพรใส่ในถุงผ้าขนหนู

- ประเมินผิวหนังบริเวณที่รักษาด้วย Hot pack ก่อนและหลังการรักษาทุกครั้งและประเมินอาการปวด โดยใช้แบบประเมิน VAS ก่อนวางแผ่นประคบ

- ใช้ประคบบริเวณกล้ามเนื้อบ่าและต้นคอในท่านอนระยะเวลา 15-20 นาที
- เมื่อสิ้นสุดการใช้งานให้นำถุงบรรจุสมุนไพรแช่ช่องแช่แข็ง



นำ super herb pack วางบนบ่า



นำสายยางยึดคล้องกับกระดูก



สามารถใช้ได้ทั้ง ท่านอน



สามารถใช้ได้ทั้ง ท่านั่ง



สามารถใช้ในขณะที่ทำงานบ้านได้

ขั้นตอนการประเมินผล (Check)

เครื่องมือที่ใช้

1. แบบประเมินความเจ็บปวดก่อนและหลังการใช้แผ่นประคบ

2. แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจในการการใช้แผ่นประคบ

การประเมินผล

ประเมินผลก่อนและหลังการใช้แผ่นประคบ

เก็บรวบรวมข้อมูล

นำข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาปรับปรุง

ผลลัพธ์การนำไปทดลองใช้

ผลลัพธ์การประเมินระดับความเจ็บปวด (VAS) ก่อนและหลังการใช้แผ่น Super Herb pack พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดลดลงจาก 6.92 เหลือ 3.30 (N = 12 ราย)

การประเมินความพึงพอใจ (N = 12 ราย)	ระดับความพึงพอใจ (%)		
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง
1. รูปแบบนวัตกรรมมีความเหมาะสม	41.7	58.3	
2. หลังจากใช้ประคบแล้วอาการปวดดีขึ้น	50	50	
3. มีความสะดวกและปลอดภัย สามารถนำไปใช้ในชีวิตรประจำวันได้	50	33.3	16.7
4. ความพึงพอใจในภาพรวม	41.7	58.3	

ผลลัพธ์ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อบริเวณคอ บ่า ไหล่และสะบัก จากรายละเอียดตามตารางที่แสดง พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในภาพรวม อยู่ในระดับมาก และมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.3 และ 41.7 (N = 12 ราย)

ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อบริเวณคอ บ่า ไหล่และสะบัก มีความพึงพอใจในรายด้าน ดังนี้

รูปแบบนวัตกรรมมีความเหมาะสม ส่วนใหญ่พึงพอใจระดับมาก ร้อยละ 58.3

ภายหลังจากใช้แผ่น Super Herb pack ประคบแล้วอาการปวดดีขึ้นส่วนใหญ่ระดับมากที่สุด และระดับมาก ร้อยละ 50

แผ่น Super Herb pack มีความสะดวกและปลอดภัย สามารถนำไปใช้ในชีวิตรประจำวันได้ ส่วนใหญ่พึงพอใจระดับมากที่สุด ร้อยละ 50

การนำไปใช้ประโยชน์

ผู้ที่มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อบริเวณคอ บ่า ไหล่และสะบักสามารถนำ Super herb pack ไปใช้ที่บ้านได้ด้วยตนเอง เพื่อบรรเทาอาการปวดอย่างสะดวกและปลอดภัย และยังสามารถทำกิจกรรมอย่างอื่นได้ในขณะใส่แผ่น Super Herb pack

แผ่น Super Herb pack มีความปลอดภัยมากกว่า ด้วยการอาศัยความร้อนขึ้นที่มีอุณหภูมิที่เหมาะสม ประมาณ 60 องศาเซลเซียส

เป็นการสร้างคุณค่าให้ แผ่น Super Herb pack โดยใช้งบประมาณน้อยทำให้ที่มีราคาถูกกว่าเครื่องหนึ่งของราคาแผ่นประคบร้อนที่ขายตามร้านค้าในท้องตลาด ราคาประมาณ 700-900 บาท

เป็นการช่วยลดการใช้ยาแผนปัจจุบัน ลดการพึ่งพายาแก้ปวดและยาคลายกล้ามเนื้อที่มีราคาแพงช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. สูดาวดี ยศอาลัย. (2558). สรีรวิทยากับออฟฟิศซินโดรม. สถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. สาขาชีววิทยา กรุงเทพฯ.
2. สำนักงานสื่อสารและตอบโต้ความเสี่ยง. (2558). ข่าวแจกรมอนามัย เรื่องวัยทำงาน ร้อยละ 60 เสี่ยงโรคออฟฟิศซินโดรมฯ. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. เข้าถึงเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2559 เข้าถึงได้จาก http://www.anamai.moph.go.th/ewt_news.php?nid=8547.
3. โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์. (2556). สาระสุขภาพ : โรคออฟฟิศซินโดรม. เข้าถึงเมื่อ 29 เมษายน 2562 เข้าถึงได้จาก <http://www.siphospital.com/th/news/article/share/696/Officesyndrome>.
4. วิศาล คันธารัตนกุล. (2560). ออฟฟิศซินโดรมอันตรายหรือไม่และรักษาออฟฟิศซินโดรมอย่างไร. บทความสุขภาพ. โรงพยาบาลสมิติเวช กรุงเทพฯ.
5. ปรัชญพร คำเมืองลือ. (2560). เครื่องมือทางกายภาพบำบัด. ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
6. จุฑาภรณ์ ภมรศิริ. (2559). 20 นาทีทองป้องกัน Burn จากการรักษาด้วย Hot pack. เวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิ (PCU) โรงพยาบาลโพชนาแก้ว สกลนคร.

คำแนะนำในการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา (Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health) ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ได้ดำเนินการจัดทำวารสารวิชาการเพื่อเผยแพร่ความรู้ทางด้านส่งเสริมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และงานด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ การสาธารณสุข เพื่อเผยแพร่ข่าวสารความรู้และผลงานวิจัยด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นสื่อการในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทักษะและความคิดเห็น แก่บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ภาควิชาเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 1 และผู้สนใจที่เกี่ยวข้อง ยินดีรับบทความทางด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน ซึ่งจัดทำปีละ 2 ฉบับ ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม เพื่อให้การตีพิมพ์วารสารเป็นไปตามมาตรฐานและมีรูปแบบเดียวกัน กองบรรณาธิการ จึงมีคำแนะนำในการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์วารสาร ดังนี้

ประเภทของบทความ

1. **บทนิพนธ์ต้นฉบับ (original article)** เป็นรายงาน ผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัย ของผู้เขียนซึ่งยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน ควรประกอบด้วยหัวข้อเรื่องตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปและอภิปราย ข้อเสนอแนะและเอกสารอ้างอิง อาจมีกิตติกรรมประกาศระหว่างสรุป และเอกสารอ้างอิงก็ได้

2. **บทความวิชาการทั่วไป (general article)** เป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่ เรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ โดยเรียบเรียงจากวารสาร หรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้โรคที่นำมาเขียน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง

3. **รายงานผู้ป่วย (case report)** เป็นรายงานผู้ป่วยที่ไม่ค่อยพบได้บ่อย หรือไม่เคยพบมาก่อน ประกอบด้วย บทนำ รายงานผู้ป่วย วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

4. **บทความพิเศษ (special article)** เป็นบทความประเภทกึ่งบทความปริทัศน์ กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษจากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้นๆ

การเตรียมต้นฉบับ

1. **ต้นฉบับภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษ** องค์ประกอบต่าง ๆ ของบทความวิจัยหรือบทความวิชาการให้ทำตามคำแนะนำการเตรียมต้นฉบับนี้ บทความส่วนที่เป็นภาษาอังกฤษ ควรให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษตรวจสอบความถูกต้องด้านการใช้ภาษาก่อน

2. การพิมพ์ ให้จัดพิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Word โดยจัดหน้ากระดาษ ขนาด A4 (8.5 x 11 นิ้ว) ตั้งค่าน้ำกระดาษสำหรับการพิมพ์ห่างจากขอบบนกระดาษ 1 นิ้ว (1.25 นิ้ว เฉพาะหน้าแรก) ขอบล่าง 0.8 นิ้ว ขอบซ้าย 1.25 นิ้ว ขอบขวา 0.8 นิ้ว จัดสองคอลัมน์ (ยกเว้นบทคัดย่อภาษาไทย บทคัดย่อภาษาอังกฤษ และเอกสารอ้างอิงให้จัดหนึ่งคอลัมน์) ความกว้างคอลัมน์ 2.98 นิ้ว ระยะห่างระหว่างคอลัมน์ 0.25 นิ้ว ใส่หมายเลขหน้ากำกับอยู่ด้านบนขวาทุกหน้า

3. รูปแบบตัวอักษรภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษรแบบ TH SarabunPSK ขนาดตัวอักษรทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษใช้ขนาดเดียวกัน ดังนี้

- 1) ชื่อเรื่องใช้ขนาดตัวอักษรขนาด 18 ตัวหนา
- 2) ชื่อผู้นิพนธ์บทความใช้ขนาดตัวอักษรขนาด 16 ตัวปกติ
- 3) ชื่อหน่วยงานที่สังกัด และตำแหน่งทางวิชาการของผู้นิพนธ์บทความ (ถ้ามี) ใช้ตัวอักษรขนาด 14 pt.
- 4) หัวข้อหลักใช้ขนาดตัวอักษรขนาด 16 ตัวหนา หัวข้อรองใช้ตัวอักษรขนาด 16 ตัวหนา
- 5) เนื้อหาทุกส่วนใช้ขนาดตัวอักษรขนาด 16 ตัวปกติ
- 6) ภาษาอังกฤษ ใช้ขนาดตัวอักษรขนาด 14 ตัวปกติ

4. จำนวนหน้า ไม่ควรเกิน 16 หน้า รวมตาราง รูปภาพ และเอกสารอ้างอิง

5. ตาราง รูปภาพ ภาพลายเส้น แผนภูมิ และกราฟ หากมีขนาดเล็กให้แทรกไว้ในเนื้อหาที่จัดเป็น 2 คอลัมน์ หากมีขนาดใหญ่ให้จัดเป็น 1 คอลัมน์ โดยให้ผู้นิพนธ์บทความคัดเลือกเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น เรียงลำดับให้สอดคล้องกับเนื้อเรื่อง ชื่อตารางให้อยู่ด้านบนของตาราง ส่วนชื่อรูปภาพแผนภูมิ และกราฟให้อยู่ด้านล่าง พร้อมทั้งคำอธิบายสั้น ๆ ที่สื่อความหมายได้สาระครบถ้วน

6. การส่งต้นฉบับ ให้ส่งบทความต้นฉบับ (ในรูปแบบไฟล์ word) พร้อมแบบนำเสนอบทความเพื่อตีพิมพ์และหนังสือรับรองก่อนการตีพิมพ์ ทางระบบจัดการวารสารออนไลน์ (ThaiJo) ได้ที่ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/lannaHealth>

ส่วนประกอบของบทความ

1. ชื่อเรื่อง (title) ควรสั้นกะทัดรัดให้ได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่ใช้คำย่อ

2. ชื่อผู้นิพนธ์บทความ (authors and co-authors) ใช้ชื่อและนามสกุลเต็มทั้งชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ สำหรับภาษาอังกฤษใช้อักษรตัวพิมพ์ใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของชื่อตัวและนามสกุล ไม่ระบุคำหน้า และตำแหน่งทางวิชาการไว้กึ่งกลางหน้ากระดาษต่อจาก ชื่อเรื่อง หาก ถ้ามีผู้นิพนธ์หลายคนให้ใช้หมายเลข ¹ หรือ ² กำกับไว้ท้ายชื่อตามจำนวนผู้นิพนธ์

3. สังกัดผู้นิพนธ์บทความ (affiliation) ใส่ชื่อหน่วยงานที่สังกัดทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเรียงลำดับตั้งแต่หน่วยงานระดับต้นไปจนถึงหน่วยงานหลักต่อจากชื่อผู้นิพนธ์บทความ และใส่สถานะของผู้

นิพนธ์โดยระบุตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) ที่เชิงบรรทัดแรกของหน้าแรก กรณีเป็นนักศึกษาให้ระบุระดับการศึกษา ชื่อหลักสูตร สาขาวิชา และสถาบันการศึกษา

4. **บทคัดย่อ (abstract)** บทคัดย่อภาษาไทย ความยาวไม่เกิน 500 คำ และภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 300 คำ จัดเป็น 1 คอลัมน์ โดยให้ลำดับบทคัดย่อภาษาไทยขึ้นก่อนตามด้วยบทคัดย่อภาษาอังกฤษ

5. **คำสำคัญ (keywords)** ให้เขียนทั้งคำสำคัญภาษาไทยและภาษาอังกฤษ แต่ละชุดไม่เกิน 5 คำ โดยให้ระบุไว้ท้ายบทคัดย่อของแต่ละภาษา

6. เนื้อหาในบทความ (main texts)

6.1 บทความวิจัย (research articles) ประกอบด้วย

6.1.1 **บทนำ (introduction)** นำเสนอภูมิหลังความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัยรวมทั้งเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเหตุผลของการทำวิจัย

6.1.2 **วัตถุประสงค์ของการวิจัย (objectives)** นำเสนอจุดมุ่งหมายที่ต้องการศึกษา ค้นคว้าแสวงหาคำตอบในการวิจัย

6.1.3 **สมมติฐานการวิจัย (hypothesis) (ถ้ามี)** เป็นการนำเสนอคำตอบที่คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าอย่างสมเหตุสมผลต่อปัญหาที่ศึกษา ระบุความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา

6.1.4 **วิธีดำเนินการวิจัย (research methodology)** นำเสนอแบบแผนการวิจัย เช่น การสำรวจ ศึกษาเอกสาร การทดลอง เป็นต้น

6.1.5 **ประชากร (population)** นำเสนอคุณลักษณะและจำนวนให้ครอบคลุมตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด

6.1.6 **กลุ่มตัวอย่าง (sample)** นำเสนอหลักเกณฑ์การกำหนด จำนวนตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง

6.1.7 **เครื่องมือการวิจัย (research instrument)** นำเสนอชนิดของเครื่องมือ วิธีการสร้าง การทดลองใช้ (Try out) และการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัย

6.1.8 **การเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection)** นำเสนอวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาการรวบรวมข้อมูล

6.1.9 **การวิเคราะห์ข้อมูล (data analysis)** นำเสนอวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

6.1.10 **ผลการวิจัย (results)** นำเสนอรายงานผลการวิจัยจากการวิเคราะห์หรือสังเคราะห์ในการวิจัยอย่างชัดเจนและตรงประเด็น โดยยึดแนวทางตามวัตถุประสงค์การวิจัย ควรอธิบายผลการวิจัยด้วยคำบรรยายเป็นหลัก ถ้ามีตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวเลขมากให้นำเสนอเป็นรูปภาพตาราง แผนภูมิ และกราฟ แทรกในเนื้อหาพร้อมอธิบายผลการวิจัยให้ได้สาระครบถ้วนอย่างสั้นๆ กระชับ

6.1.11 **สรุปผลการวิจัย (conclusion)** เป็นการสรุปเฉพาะประเด็นสำคัญที่เกิดจากการทำวิจัย

6.1.12 การอภิปรายผลการวิจัย (discussion) เป็นการนำเสนอความเห็น ว่า ผลการวิจัยสอดคล้องหรือแตกต่างจากวัตถุประสงค์ สมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้อย่างไร เป็นเพราะเหตุผลใด มีหลักฐานทางทฤษฎีหรือผลงานวิจัยอะไรที่มาสสนับสนุน

6.1.13 ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัย ไปใช้ (suggestion) นำเสนอให้เห็นว่า สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์อะไรได้บ้าง ตลอดจนข้อเสนอแนะให้ผู้ที่ทำวิจัยครั้งต่อไปในลักษณะเดียวกันทราบว่าควรจะศึกษาในประเด็นปัญหาหรือ ตัวแปรอะไร จึงจะทำให้ได้ผลการวิจัยหรือข้อสรุป ที่ สมบูรณ์

6.2 บทความวิชาการ (academic article) : ประกอบด้วย

6.2.1 บทนำ (introduction) กล่าวถึงความน่าสนใจของเรื่องที่น่าเสนอ ก่อน เข้าสู่เนื้อเรื่อง

6.2.2 เนื้อเรื่อง (body) นำเสนอให้เห็นถึงปรากฏการณ์หรือองค์ความรู้ใหม่ที่ เกิดขึ้นในวงวิชาการ ที่เหมาะสมกับสภาพการณ์ปัจจุบัน แสดงให้เห็นความเชื่อมโยงของเหตุที่นำไปสู่ผล (causal relationship) การอ้างอิงข้อมูลต่าง ๆ และเหตุผลที่พิสูจน์ได้ทางวิชาการ ซึ่งได้จากการศึกษาค้นคว้า และจากประสบการณ์ของ ผู้นิพนธ์บทความ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้อ่าน

6.2.3 สรุป (conclusion) สรุปประเด็นสำคัญ จากเนื้อเรื่องให้สั้น กระชับได้ เนื้อหาสาระครบถ้วนของบทความ บอกผลลัพธ์ว่าสิ่งที่กล่าวมาสำคัญอย่างไร สามารถนำไปใช้อะไรได้ บ้าง หรือจะทำให้เกิดอะไรต่อไป

7 เอกสารอ้างอิง (reference) ให้ระบุเฉพาะเอกสารที่ผู้นิพนธ์บทความได้นำมาอ้างอิงในบทความ อย่างครบถ้วน

การอ้างอิงเอกสาร

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสาร การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver
2. การอ้างอิงเอกสารใดให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับ เอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ โดยใส่หัวเลขไว้ในวงเล็บ วางไว้หลังข้อความหรือหลังชื่อ บุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำๆ ให้ได้หมายเลขเดิม สำหรับการเรียงลำดับรายการ เอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ให้เรียงลำดับตามการอ้างอิงก่อน-หลังในเนื้อหา

หลักเกณฑ์การอ้างอิงให้ใช้ระบบ Vancouver

1. รูปแบบการอ้างอิงในเนื้อเรื่องผลงานวิจัยและบทความวิชาการ ตัวอย่างให้ใช้ระบบเรียงเลข ลำดับตามตำแหน่งเอกสารในเอกสารอ้างอิง เนื้อความที่นำมาอ้างอิงตามด้วยเลขลำดับในเอกสารอ้างอิง เช่น การปลูกต้นไม้สามารถชะลอภาวะโลกร้อนได้ 90⁽¹⁾

2. รูปแบบการอ้างอิงเอกสาร กรณีผู้เขียนมากกว่า 3 คน ให้ใส่ชื่อเฉพาะ 3 คน แรก ตามด้วย “และคนอื่นๆ” (et al.) ใช้ชื่อย่อของวารสารตามที่กำหนดใน List of Journal Indexed in Index Medicus ใส่เลขหน้าเริ่มต้นถึงหน้าสุดท้ายของเอกสาร โดยไม่ต้องเขียนเลขหน้าที่ซ้ำกัน เช่น 61-9

ตัวอย่างอ้างอิง ลงลำดับเลขก่อนที่จะทำเอกสารอ้างอิง

วารสาร

ลำดับที่.ชื่อผู้เขียน(Author). ชื่อบทความ(Title of article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีที่ (Year) ; เล่มที่ ฉบับที่ของวารสาร(Volume (No) : หน้าเริ่มต้น-หน้าสุดท้าย(page). เช่น

1. สุคนธา ปัทมสิงห์ฯ. การอักเสบจากการติดเชื้อในลูกตาหลังผ่าตัดต่อกระจกโดยใช้คลื่นความถี่สูง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2542; 8 : 517-25.

1. Borland R, Chapman S, Owen N, et al. Effects of workplace smoking bans on cigarette Consumption. Am J Public Health 1990; 80: 178-80.

หนังสือ

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน(Author). ชื่อหนังสือ(Title of the book).ครั้งที่พิมพ์(ตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป (Edition). สถานที่พิมพ์(Place of Publication) : สำนักพิมพ์(Publisher); ปี(year) เช่น

1. ไพศาล เหล่าสุวรรณ. หลักพันธุศาสตร์. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช; 2535. Borenstein M, Hedges LV, Higgins J P. T, et al. Introduction to Meta-Analysis. West Sussex, United Kingdom : Wiley; 2009.

วิทยานิพนธ์

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง[ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์:มหาวิทยาลัย;ปีที่ได้รับปริญญา เช่น

1. อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง[วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

1. Nitising C. Relationship between maternal self-efficacy, social support and maternal depression among Thai adult mothers with children under one year old. [M.P.H.M Thesis in Primary Health Care Management]. Nakhonpathom: Faculty of Graduate Studies, Mahidol University; 2008.

บทความที่ตีพิมพ์ใน Website

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน(Author). ชื่อบทความ(Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal). [ประเภทของสื่อ/วัสดุ]. ปีที่พิมพ์[เข้าถึงเมื่อ cited ปี เดือน วันที่]; ฉบับที่: [หน้า screen]' เข้าถึงได้จาก Available from : URL://http://.....เช่น

1. จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายงานอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์.[ออนไลน์].(ม.ป.ท.) [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2551]. เข้าถึงได้จาก<http://161.20096.214/guide/vancouver.pdf>
1. Kirk O. Encyclopedia of chemical technology [Online]. 3rd ed. New York: John Wiley; 1984, Available from: DIAGLOG Information Services, Palo Alto (CA) [Accessed 2009 Aug 28].

การรับเรื่องต้นฉบับ

1. เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ
2. เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
3. เรื่องที่ได้รับพิจารณาพิมพ์เผยแพร่ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียน เรื่องละ 3 ฉบับ

(ตัวอย่างรูปแบบ)

ชื่อบทความภาษาไทย

CLICK OR TAP HERE TO ENTER TEXT.

ชื่อ สกุลผู้แต่งคนแรก *, ชื่อ สกุลผู้แต่งคนที่ 2 และ ชื่อ สกุลผู้แต่งคนที่ 3

Name Last name1, Name Last name2 and Name Last name3

สังกัด, เลขที่ ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์1, 2, 3

Affiliation, No. Road, Sub-district, District, Province, Postal code1, 2, 3

*Corresponding author E-mail: พิมพ์อีเมลของผู้ติดต่อหลักตรงนี้

บทคัดย่อ

บทคัดย่อภาษาไทย ให้ระบุถึงความสำคัญโดยย่อของงานวิจัย ครอบคลุมปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือ อุปกรณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และผลการวิจัย โดยสังเขป บทคัดย่อเขียนเป็นภาษาไทย ตัวอักษร TH SarabunPSK 16 โดยมีเนื้อหารวมกันแล้ว ไม่เกิน 500 คำ

คำสำคัญ: คำที่ 1, คำที่ 2, คำที่ 3, คำที่ 4, คำที่ 5 ความยาวไม่เกิน 5 คำ ใช้คอมม่าคั่นระหว่างคำสำคัญแต่ละคำ

ABSTRACT

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ให้ระบุถึงความสำคัญโดยย่อของงานวิจัย ครอบคลุมปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือ อุปกรณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และผลการวิจัย โดยสังเขป บทคัดย่อเขียนเป็นภาษาอังกฤษ ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาดตัวอักษร 14 โดยมีเนื้อหารวมกันแล้ว ไม่เกิน 300 คำ

KEYWORDS: คำที่ 1, คำที่ 2, คำที่ 3, คำที่ 4, คำที่ 5 ความยาวไม่เกิน 5 คำ ใช้คอมม่าคั่นระหว่างคำสำคัญแต่ละคำ

บทนำ

(Introduction) นำเสนอภูมิหลังความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย รวมถึงแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเหตุผลของการทำวิจัย โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาดตัวอักษร 16 พร้อมทั้งอ้างอิงแหล่งที่มาของข้อมูลให้ถูกต้อง และนำเชื่อถือ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาดตัวอักษร 14

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

(Objectives) นำเสนอจุดมุ่งหมายที่ต้องการศึกษาค้นคว้าแสวงหาคำตอบในการวิจัย โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาดตัวอักษร 16

สมมุติฐานการวิจัย

สมมุติฐานการวิจัย (Hypothesis) (ถ้ามี) เป็นการนำเสนอคำตอบที่คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าอย่างสมเหตุสมผลต่อปัญหาที่ศึกษา ระบุความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาดตัวอักษร 16 ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาดตัวอักษร 14

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย (Research Methodology) นำเสนอแบบแผนการวิจัย เช่น การสำรวจ ศึกษาเอกสาร การทดลอง เป็นต้น สมมุติฐานการวิจัย (Hypothesis) (ถ้ามี) เป็นการนำเสนอคำตอบที่คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าอย่างสมเหตุสมผลต่อปัญหาที่ศึกษา ระบุความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun

PSK ขนาดตัวอักษร 16 ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาดตัวอักษร 14

ประชากร

ประชากร (Population) นำเสนอคุณลักษณะและจำนวนให้ครอบคลุมตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาดตัวอักษร 16

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) นำเสนอหลักเกณฑ์การกำหนด จำนวนตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาดตัวอักษร 16

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย (Research instrument) นำเสนอชนิดของเครื่องมือ วิธีการสร้าง การทดลองใช้ (Try out) และการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัย โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาดตัวอักษร 16 ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาดตัวอักษร 14

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) นำเสนอวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาดตัวอักษร 16

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย (Results) นำเสนอรายงานผลการวิจัยจากการวิเคราะห์หรือสังเคราะห์ในการวิจัยอย่างชัดเจนและตรงประเด็น โดยยึดแนวทางตามวัตถุประสงค์การวิจัย ควรอธิบายผลการวิจัยด้วยคำบรรยายเป็นหลัก ถ้ามีตัวแปรที่ศึกษาหรือ

ตัวเลขมากให้นำเสนอเป็นรูปภาพตาราง แผนภูมิ และกราฟ แทรกในเนื้อหาพร้อมอธิบายผลการวิจัย ให้ได้สาระครบถ้วนอย่างสั้น ๆ กระชับ โดยใช้ ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาดตัวอักษร 16 ถ้า มีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาดตัวอักษร 14

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย (Conclusion) เป็นการสรุปเฉพาะประเด็นสำคัญที่เกิดจากการทำวิจัย โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาดตัวอักษร 14 ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาดตัวอักษร 14

การอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย (Discussion) เป็นการนำเสนอความเห็นที่ผลการวิจัยสอดคล้อง หรือแตกต่างจากวัตถุประสงค์ สมมติฐานการวิจัย ที่ตั้งไว้อย่างไร เป็นเพราะเหตุผลใด มีหลักฐานทาง ทฤษฎีหรือผลงานวิจัยอะไรที่มาสสนับสนุน โดยใช้ ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาดตัวอักษร 16 ถ้า มีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาดตัวอักษร 14

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัย ไปใช้ (Suggestion) นำเสนอให้เห็นว่าสามารถนำ ผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์อะไรได้บ้าง โดยใช้ ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาดตัวอักษร 16

ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาดตัวอักษร 14

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป เป็น ข้อเสนอแนะให้ผู้ที่ทำวิจัยครั้งต่อไปในลักษณะ เดียวกันทราบว่าควรจะศึกษาในประเด็นปัญหา หรือตัวแปรอะไร จึงจะทำให้ได้ผลการวิจัยหรือ ข้อสรุปที่สมบูรณ์ โดยใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาดตัวอักษร 16 ถ้ามี ภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด ตัวอักษร 14

เอกสารอ้างอิง

ลำดับที่.ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อบทความ(Title of article).//ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีที่ (Year);/เล่มที่/ฉบับที่ของวารสาร (Volume/(No)/:หน้าเริ่มต้น-หน้าสุดท้าย(page). ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อหนังสือ(Title of the book).//ครั้งที่พิมพ์(ตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป (Edition).//สถานที่พิมพ์(Place of Publication) : สำนักพิมพ์(Publisher); ปี(year) ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์.//ชื่อเรื่อง[ประเภท/ระดับ ปริญา].//เมืองที่พิมพ์:มหาวิทยาลัย;ปีที่ได้รับ ปริญา ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อบทความ(Title of the article).//ชื่อวารสาร (Title of the Journal).//[ประเภทของสื่อ/วัสดุ].//ปีที่พิมพ์[เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; ฉบับที่: [หน้า/ screen]’//เข้าถึงได้จาก/Available from : URL://http://.....

แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ใน
วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

วันที่ส่งบทความ

ชื่อ – สกุล ผู้เขียนบทความ

ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน

ขอส่งบทความประเภท.....

ชื่อเรื่อง(ไทย).....

ชื่อเรื่อง(อังกฤษ).....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก..... หมู่ที่..... ซอย

ถนน.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์โทรศัพท์

โทรสาร.....E-mail:

- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ เป็นผลงานของข้าพเจ้าแต่เพียงผู้เดียว
 เป็นผลงานของข้าพเจ้าและผู้ร่วมงานตามชื่อที่ระบุในบทความจริง
 บทความนี้ไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และจะไม่นำไปเพื่อ

พิจารณาลงตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ อีกนับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งบทความฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสาร
การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

ลงนาม

(.....)

หนังสือรับรองก่อนการตีพิมพ์บทความ
วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

เรียน บรรณาธิการวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา

ตามที่ข้าพเจ้า.....

ได้ส่งบทความเรื่อง.....

เพื่อตีพิมพ์ในวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ และกองบรรณาธิการได้รับพิจารณาบทความของข้าพเจ้าเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าและผู้นิพนธ์ร่วม (ถ้ามี) ขอรับรองว่า บทความที่เสนอนี้ยังไม่เคยได้รับการตีพิมพ์หรือไม่ได้อยู่ระหว่างกระบวนการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารหรือแหล่งตีพิมพ์อื่นใด หรือได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น

ข้าพเจ้าและผู้นิพนธ์ร่วม ยอมรับนโยบายการพิจารณาตีพิมพ์ผลงานของ วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ทั้งยินยอมให้กองบรรณาธิการมีสิทธิพิจารณาและตรวจแก้ต้นฉบับได้ตามที่เห็นสมควร พร้อมนี้ขอมอบลิขสิทธิ์บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ให้แก่ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ หากมีการฟ้องร้องเรื่องการละเมิดลิขสิทธิ์เกี่ยวกับภาพ แผนภูมิ ข้อความส่วนใดส่วนหนึ่ง และ/หรือข้อคิดเห็นที่ปรากฏในบทความ ข้าพเจ้าและผู้นิพนธ์ร่วม ยินยอมรับผิดชอบแต่เพียงฝ่ายเดียว

หาก กองบรรณาธิการวารสาร ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ตรวจสอบว่าคำรับรองดังกล่าวไม่เป็นความจริง รวมทั้งหากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามนโยบายการพิจารณาตีพิมพ์ผลงานของวารสารบัณฑิตวิจัย กองบรรณาธิการ มีสิทธิ์ยกเลิกบทความของข้าพเจ้าออกจาก วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ได้ทันทีโดยไม่ต้องแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบล่วงหน้า และข้าพเจ้าขอรับรองและยินยอมปฏิบัติตามข้อตกลงดังกล่าวข้างต้น พร้อมทั้งลงนามรับรองไว้ที่ข้างท้ายของหนังสือรับรองฉบับนี้

ลงนามผู้นิพนธ์หลัก (คนที่ 1)

ลงนามผู้นิพนธ์ร่วม (คนที่ 2)

.....
(.....)

.....
(.....)

...../...../.....

...../...../.....

หมายเหตุ: ให้ผู้นิพนธ์หลักและผู้นิพนธ์ร่วมลงนามให้ครบทุกท่าน หากมีผู้นิพนธ์มากกว่า 2 ท่าน สามารถเพิ่มเติมรายชื่อผู้ลงนามข้างท้ายได้ ตามจำนวนผู้นิพนธ์บทความทั้งหมด