กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสาร
สุขศึกษาและสื่อสารสุขภาพ
Journal of Health Education and Communication

ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2562

ISSN 2465-4124

วารสารสุขศึกษาและสื่อสารสุขภาพ
Journal of Health Education and Communication
ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2562

หลักการเหตุผล

การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เป็นประเด็นสำคัญที่องค์กรหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนให้ความสำคัญ มีการศึกษาค้นคว้า ทดลอง หรือใช้กระบวนการใหม่ ๆ ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมายเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อมุ่งสู่การมีสุขภาพดีอย่างถ้วนหน้า

การนำกระบวนการสุขศึกษา และการสื่อสารสุขภาพมาใช้ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ มีการขยายผลลงสู่พื้นที่ที่มีความหลากหลายในรูปแบบของการทดลอง การศึกษาเพื่อหาวิธีการที่มีประสิทธิภาพประสิทธิผลที่สุด ก่อให้เกิดผลงานวิชาการเกิดขึ้นอย่างมากมายทั้งในกลุ่มนักวิชาการ นักปฏิบัติการด้านสาธารณสุข

วารสารสุขศึกษาและสื่อสารสุขภาพ จึงเป็นเวทีทางวิชาการที่ต้องการส่งเสริมและเผยแพร่วิทยาการความรู้ ความคิดทางวิชาการ และวิชาชีพที่เกี่ยวกับการดำเนินงานสุขศึกษา การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย การส่งเสริมสุขภาพ การสื่อสารเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งเป็นแหล่งสารสนเทศทางวิชาการด้านสุขศึกษา เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพเป็นแหล่งประสานแลกเปลี่ยนความรู้ ความเข้าใจ รวมทั้งการปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพ ด้วยแนวคิด ทฤษฎี กลวิธีสมัยใหม่ รวมทั้งเรื่องที่จะเป็นประโยชน์แก่นักวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข นักปฏิบัติการด้านสาธารณสุข นักวิจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ นักวิชาการด้านการเผยแพร่ การสื่อสารสุขภาพ และผู้สนใจทั่วไป

วัตถุประสงค์: เพื่อ

1. เผยแพร่บทความ ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการด้านการสุขศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ สาธารณสุข และการสื่อสารสุขภาพ ตลอดจนความรู้ทางด้านสุขภาพทั่วไป

2. เป็นแหล่งให้นักวิชาการและนักปฏิบัติการด้านสุขศึกษา การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ ได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อพัฒนาศาสตร์ด้านการสุขศึกษา การสื่อสารสุขภาพ การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

3. ส่งเสริมให้นักวิชาการ และนักปฏิบัติการด้านสุขศึกษา การสื่อสารสุขภาพ นักพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เกิดแรงจูงใจในการเขียนบทความทางวิชาการ และงานวิจัยเพื่อพิมพ์เผยแพร่ ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาผลงานวิชาการต่อไป

บรรณาธิการ

วารสารสุขศึกษาและสื่อสารสุขภาพ เป็นเวทีทางวิชาการที่ต้องการส่งเสริมและเผยแพร่ความรู้ความคิดทางวิชาการที่เกี่ยวกับการดำเนินงานสุขศึกษา การสื่อสารสุขภาพ การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นการเผยแพร่ แลกเปลี่ยนความรู้ ความเข้าใจที่จะเป็นการต่อยอดความคิดในการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น โดยเฉพาะการพัฒนาการ มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของประชาชนและภาคีเครือข่ายภาคประชาชน การ**ดำเนินงานเชิงรุกเข้าหาประชาชนและชุมชนเพื่อการสร้างสุขภาพ รวมทั้งมุ่งจัดการพฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงที่เป็นต้นเหตุของปัญหาสุขภาพ** เพื่อส่งผลให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม ประชาชนและชุมชนดูแลสุขภาพตนเอง สอดคล้องตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561 – 2580) ซึ่งประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชน คือ ยุทธศาสตร์ชาติที่ 3 ด้านพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ข้อ 3.2 พัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต ข้อ 3.5 เสริมสร้างคนไทยให้มีสุขภาวะที่ดี และ 3.6 การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาและการเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์

กองสุขศึกษาในนามกองบรรณาธิการ มีความมุ่งหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารฉบับนี้จะเป็นช่องทางหนึ่งในการแลกเปลี่ยนด้านวิชาการระหว่างเครือข่ายงานสาธารณสุข งานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งทำให้เครือข่ายเกิดแรงบันดาลใจในการศึกษา พัฒนาวิชาการที่มีคุณภาพต่อไป ทางกองบรรณาธิการมีความยินดี รับบทความวิชาการทางด้านสุขศึกษา การสื่อสารสุขภาพ การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและสาธารณสุข และบทความวิชาการที่เกี่ยวข้อง ที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน เพื่อลงตีพิมพ์เผยแพร่ต่อไป

ชาญยุทธ พรหมประพัฒน์

บรรณาธิการ

วารสารสุขศึกษาและสื่อสารสุขภาพ ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2562

- **เจ้าของและผู้จัดพิมพ์**

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

- **ที่ปรึกษา** อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
  รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- **บรรณาธิการบริหาร** นายชาญยุทธ พรหมประพัฒน์
- **ผู้ช่วยบรรณาธิการบริหาร** นายยุทธพงษ์ ขวัญชื้น
- **กองบรรณาธิการ**

ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นายแพทย์วิชัย เทียนถาวร	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กำพล แสวงบุญสถิต	สถาบันพัฒนบริหารศาสตร์
นายแพทย์ไชยนันท์ ทยาวิวัฒน์	สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
รองศาสตราจารย์ ดร.ประสิทธิ์ ลีระพันธ์	มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.บุญยง เกี่ยวการค้า	มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ศาสตราจารย์ ดร.เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์	สมาคมสุขศึกษาแห่งประเทศไทย
รองศาสตราจารย์ ดร.อรจรีย์ ณ ตะกั่วทุ่ง	มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประศักดิ์ หอมสนิท	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ดร.เทพวาณี หอมสนิท	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญเมือง แก้วดำเกิง	มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.อนันต์ มาลารัตน์	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ดร.วิโรจน์ เล้งรักษา	สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค
นางสาวอำมร บรรจง	บริษัท อสมท.จำกัด มหาชน
นายอำนาจ ค้ายาดี	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านใหม่โพธิ์งาม จังหวัดอุทัยธานี
นางพาณีพันธุ์ ฉัตรอำไพวงศ์	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นางวิมลศรี อุทัยพัฒนาชีพ	กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นางสาวทิวาพร กลมกล่อม	กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นางสาวมะลิ ไพฑูรย์เนรมิต	กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นางสุภัชญา ยศประกอบ	กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นางนาตยา เกรียงชัยพฤกษ์	กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นางทิพย์ภาวรรณ หวังสมบูรณ์ศิริ	กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ดร.กันยารัตน์ กุยสุวรรณ	กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ดร.ธัญชนก ขุมทอง	กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นายนิรันดร์ เชี่ยวชาญชัยกุล	กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นางสาววิภาวิน โมสูงเนิน	กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นายธนวรรธน์ ยุทธชัย	กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นางศิริวรรณ ตึกขาว	กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นางพิณญาดา อำภัยฤทธิ์	กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นางสาวยุวลักษณ์ นราโชติกา	กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

- **สำนักงาน**

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทร. 0-2193-7000 ต่อ 18709 E-mail: Journal.hed@hotmail.com

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทความพิเศษ การดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน *ยุทธพงษ์ ขวัญชื้น*	1
การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพระดับชุมชนในการลดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานด้วยภาพยนตร์แอนิเมชัน *วิลาวัณย์ จินวรรณ และจาตุรัตน์ น่าสม*	6
การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของความเชื่อที่ไม่สอดคล้องทางปัญญาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ในประเทศไทย *กุลพงษ์ ศรีศักดิ์ประทุม*	16
ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ตำบลบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก *จารุวรรณ บุญวุฒิวิวัฒน์ และพงศ์พิษณุ บุญดา*	27
การพัฒนาคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) *ดวงนภา ปานเพ็ชร และนาตยา เกรียงชัยพฤกษ์*	39
การรับรู้คุณภาพ ความพึงพอใจ และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุวัดแม่กาโทกหวาก อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา *วิชัย เทียนถาวร ณรงค์ ใจเที่ยง อรทัย เกตุขาว แสงชัย วงศ์มานะกูล ปฏิพัทธ์ วงค์เรือง และรสรินทร์ แก้วตา*	54
การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี *นพพร จันทรเสนา และ ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร*	64

บทความพิเศษ

การดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ยุทธพงษ์ ขวัญชื้น

การดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียง ที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การดูแลผู้สูงอายุ

ประเทศไทยและประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งวัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายอย่าง ตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่มองเห็นได้ ที่มองไม่เห็นและการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ ร่างกายจะเสื่อมลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุจึงต้องดูแลสุขภาพตนเองและควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษจากครอบครัวและชุมชนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ได้แก่

ดูแลดวงตา : ตรวจวัดสายตา เพื่อตัดแว่นตาที่เหมาะสม

ดูแลช่องปาก : แปรงฟัน ลดอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล หลีกเลี่ยงการกินก่อนเข้านอน

ดูแลเท้า : ล้างเท้าและเช็ดให้แห้ง ใช้ครีมทาลดการหยาบกร้าน ไม่สวมรองเท้าที่แน่นเกินไป

ดูแลขับถ่าย : .ให้ดื่มน้ำเปล่า และลดชา กาแฟ เครื่องดื่มที่ผสมคาเฟอีน

ดูแลสมอง : เล่นเกมฝึกสมอง เช่น หมากฮอส หมากรุก โดมิโน หมั่นพูดคุย หรือพาไปเที่ยวเพื่อผ่อนคลาย ลองให้ทำกิจกรรมใหม่ ๆ ตามสมควร

กระตุ้นให้เคลื่อนไหวร่างกาย : พาทำกิจกรรมเคลื่อนไหว ขยับ แขน-ขา ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ควบคุมน้ำหนัก

หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม : ไม่ซื้อยากินเอง ไม่ใช้ยาเดิมที่เก็บไว้นานมาใช้ใหม่หรือเอายาจากผู้อื่นมาใช้

หมั่นสังเกตอาการผิดปกติ : คลำได้ก้อนมีแผลเรื้อรัง ปัญหาการกลืนอาหาร ท้องอืด ท้องเสียเรื้อรัง ควรพาไปพบแพทย์

ดูแลจิตใจผู้สูงอายุให้แจ่มใส โดยการ

- หาเวลาพูดคุย
- ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมตัดสินใจในครอบครัว
- โน้มน้าวให้ผู้สูงอายุรับฟังและทำความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุที่ต้องมีคนดูแล ไม่รบเร้าหรือบังคับให้รับฟัง ควรหาโอกาสพูดคุย
- ให้ความเคารพ นับถือ ยกย่อง
- หาเวลาว่างพาลูกหลานเยี่ยมผู้สูงอายุ ทำกิจกรรมร่วมกัน
- หาสัตว์เลี้ยงเป็นเพื่อน
- ให้พบปะเพื่อนฝูง ชวนพูดคุยและมีอารมณ์ขัน
- ให้ทำงานอดิเรก เช่น ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ เล่นดนตรี
- สวดมนต์ ทำบุญ

จัดสภาพแวดล้อมที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ

- เก็บของให้เป็นระเบียบ
- ไม่วางสิ่งของตามทางเดินหรือบันได
- บันไดมีราวจับเพื่อช่วยให้เดินได้สะดวกไม่หกล้ม
- พื้นห้องน้ำไม่ลื่น
- มีแสงสว่างให้มองเห็นชัดเจน ไม่จ้าจนเกินไป
- ตรวจเช็คความแข็งแรงของส่วนต่างๆ ในบ้าน ห้องนอน
- พื้นบ้านไม่มีที่สะดุด
- ห้องนอนมีอากาศถ่ายเทได้สะดวกควรอยู่ชั้นล่าง ไม่ควรให้ผู้สูงอายุขึ้นลงบันได

จัดที่สาธารณะให้เอื้อต่อสุขภาพ

- ทางเดินราบเรียบ ทางลาดมีราวจับ
- มีที่นั่งพักผ่อน
- มีพื้นที่ออกกำลังกาย

เคล็ดลับอายุยืน

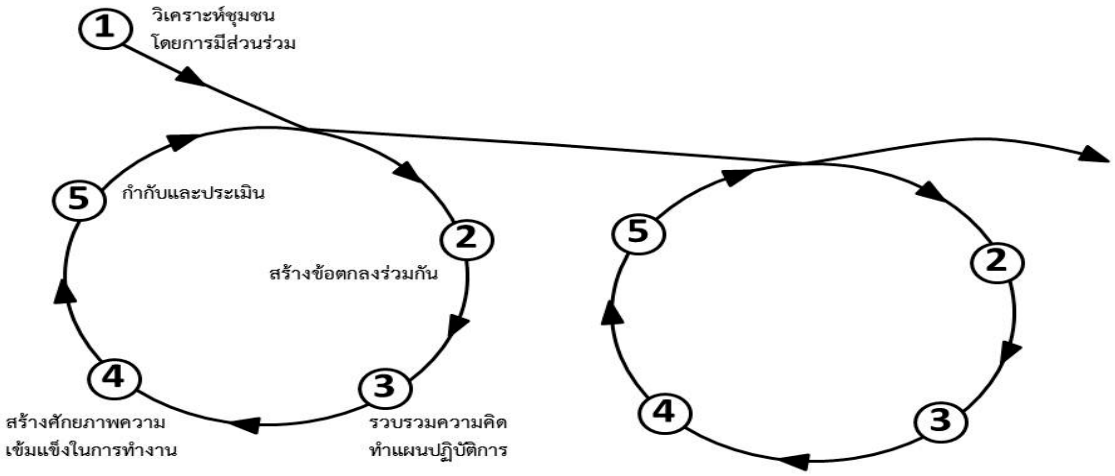
- กินเนื้อสัตว์ โดยเฉพาะปลา
- กินอาหารต้ม นึ่ง
- ดื่มนมถั่วเหลือง 1 แก้ว ต่อวัน
- ดื่มน้ำ 6-8 แก้ว ต่อวัน
- กินกล้วยทุกวัน
- ดูแลช่องปากและฟัน เพื่อเคี้ยวอาหารได้ดี
- ยืดเหยียด เคลื่อนไหวร่างกาย เป็นประจำ
- นอนหลับ 8 ชั่วโมงต่อวัน
- ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา
- ทำกิจกรรม /งานอดิเรก ฝึกสมอง

การดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

1. ผู้ป่วยติดเตียง หมายถึง การที่ผู้ที่มีสุขภาพร่างกายอยู่ในภาวะเสื่อมโทรมจนต้องนอนอยู่บนเตียงอย่างเดียวตลอดเวลา ซึ่งก็อาจจะพอที่จะขยับตัวได้บ้าง แต่ไม่สามารถที่จะช่วยเหลือตนเองในเรื่องอื่น ๆ ได้เลย โดยอาจมีสาเหตุมากมายที่ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลาหรือเป็นผู้ป่วยนอนติดเตียง ไม่ว่าจะเป็นความเจ็บป่วยจากการเป็นโรคประสบอุบัติเหตุ การผ่าตัดใหญ่ โดยผู้ป่วยที่มีอาการนอนติดเตียงอาจจะมีทั้งผู้ป่วยที่ยังรู้สึกตัวหรือไม่รู้สึกตัวก็ได้ การดูแลผู้ป่วยในชุมชนและที่บ้านจะต้องมีการจัดระบบบริการเพื่อสนับสนุน ได้แก่

(1) การเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลด้านการพยาบาล
(2) การเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลทั่วไป
(3) สถานดูแลกลางวัน
(4) การบริการฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยนอก
(5) การดูแลระยะสั้น

วงจรแผนปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง



วงจรแผนปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านของชุมชน

1. วิเคราะห์ชุมชน โดยการมีส่วนร่วมศึกษาของผู้นำชุมชน กรรมการ คณะทำงาน และประชาชน ในพื้นที่ เพื่อให้รู้ข้อมูลของชุมชน

<u>รู้ชุมชน ประเมินค้นหาความต้องการและทรัพยากร</u>

- รู้สภาวะสุขภาพของประชาชน จำนวนผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องดูแล
- รู้วัฒนธรรมและโครงสร้างของชุมชนว่าจะเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างไร
- รู้บุคคลที่จะมีบทบาทในการสื่อสารในชุมชน
- รู้ศักยภาพของประชาชนในชุมชนที่สามารถดูแลผู้ป่วย
- รู้แหล่งทรัพยากรที่จะมาสนับสนุน
- รู้แหล่งงบประมาณสนับสนุน

2. สร้างข้อตกลงร่วมกัน โดยการให้ข้อมูลต่าง ๆ คืนกับชุมชน

- สร้างบรรยากาศการประชุมที่เป็นมิตร เสริมพลังซึ่งกันและกัน
- วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง จำนวนผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องดูแล ปัญหาสุขภาพที่ต้องดูแล
- แลกเปลี่ยน พูดคุยประเด็นการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยติดเตียง

- ตกลงร่วมกันในบทบาทการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เช่น คนในครอบครัว เพื่อนบ้าน ประชาชนที่อยู่ใกล้เคียง อาสาสมัครประจำครอบครัว อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน แกนนำผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ พยาบาล

- กำหนดกิจกรรมที่ควรดำเนินการในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

3.รวบรวมความคิดและจัดทำแผนการทำงานร่วมกันโดยกำหนดปัญหาสุขภาพ วัตถุประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละคน การกำหนดกิจกรรม การจัดหาทรัพยากรและการประเมินผล

- การอบรมนักจัดการสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ขยายผลสู่ชุมชน

- การรับจิตอาสาและการอบรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

- การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง มีการเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการ โดยทีมหมอครอบครัว /อสม./ จิตอาสาที่ผ่านการอบรม/ผู้นำชุมชน/ท้องถิ่น เยี่ยมบ้านเพื่อดูแลด้านการพยาบาล เยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลทั่วไป

- การจัดสถานที่ส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยระยะสั้น ระยะยาว การบริการฟื้นฟูสภาพ

- การจัดตั้งกองทุนดูแลผู้ป่วยติดเตียงด้วยเงินบริจาคจากคนในชุมชน

- จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับดูแลผู้ป่วย เช่นถังออกซิเจน เสาน้ำเกลือ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ที่นอนลม

4. สร้างศักยภาพความเข้มแข็งในการทำงานโดยการ

- จัดเวทีแลกเปลี่ยนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ของคนในชุมชน

- สนับสนุนองค์ความรู้ต่าง ๆ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ พยาบาล

- สนับสนุนสื่อความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

- เสริมกำลังใจซึ่งกันและกัน

5. กำกับและประเมินผล

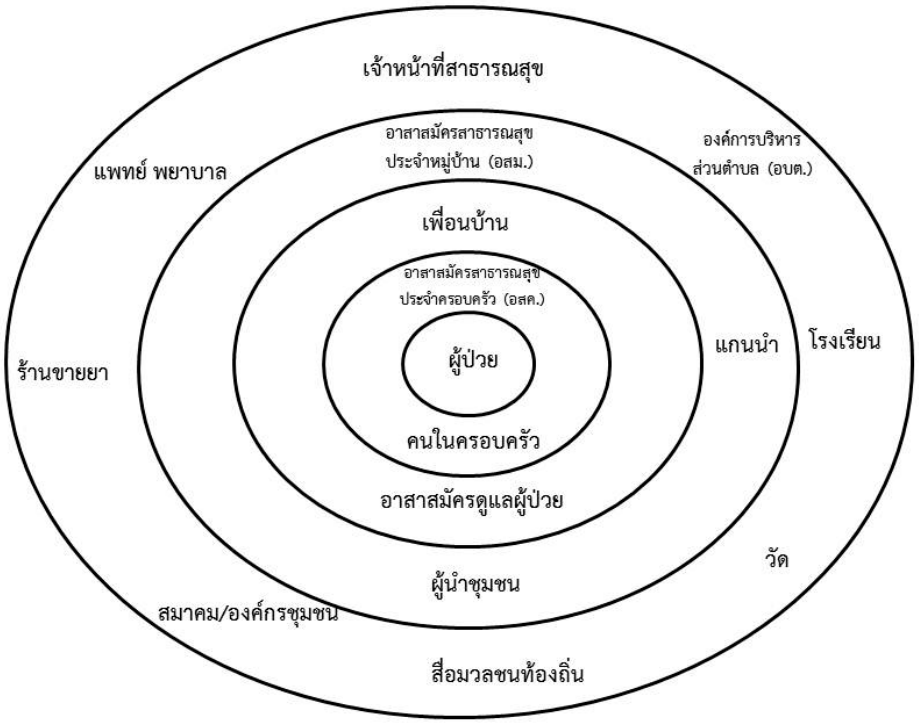
- ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานของผู้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

- ประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง

- ประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามวัตถุประสงค์

- นำผลที่ได้มาปรับปรุงการทำงานและการสร้างข้อตกลงร่วมกัน

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน



กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

บทบาทการมีส่วนร่วมของบุคคลในชุมชน

1. คนในครอบครัว ดูแลการกินอาหาร พูดคุยให้กำลังใจ รับฟัง สร้างอารมณ์ให้แจ่มใส รักษาความสะอาดของร่างกาย ดูแลทำความสะอาดแผล ช่วยการกินยาอย่างถูกต้อง จัดท่าทางการนอน การนั่งอย่างถูกต้อง ช่วยฝึกสมอง ออกกำลังกาย แขน-ขา อำนวยความสะดวกต่าง ๆ และพาไปสถานพยาบาล

2. อาสาสมัครประจำครอบครัว คือ คนที่อยู่ในครอบครัว โดยได้รับการอบรมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยในโรคนั้น ๆ จากบุคลากรสาธารณสุขเพื่อให้มีทักษะการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง บทบาทเช่นเดียวกับคนในครอบครัว

3. เพื่อนบ้าน ประชาชนที่อยู่ใกล้เคียง ช่วยดูแลหากไม่มีคนในครอบครัวมาเยี่ยมเยียน พูดคุย เป็นกำลังใจ ช่วยเหลือสิ่งของที่จำเป็น

4. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วย หมุนเวียนมาดูแลผู้ป่วย เยี่ยมเยียน ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลร่างกาย การรักษาพยาบาล การกินยาอย่างถูกต้อง ช่วยเหลือสิ่งของที่จำเป็น ร่วมกันจัดตั้งกองทุนดูแลผู้ป่วยติดเตียงด้วยเงินบริจาคจากคนในชุมชน

5. อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสม.) หมุนเวียนมาดูแลผู้ป่วย เยี่ยมเยียน ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลร่างกาย การรักษาพยาบาล การกินยาอย่างถูกต้อง ช่วยเหลือสิ่งของที่จำเป็น ร่วมกันจัดตั้งกองทุนดูแลผู้ป่วยติดเตียงด้วยเงินบริจาคจากคนในชุมชน

6. แกนนำ ผู้นำชุมชน เยี่ยมเยียน ช่วยเหลือสิ่งของที่จำเป็น ร่วมกันจัดตั้งกองทุนดูแลผู้ป่วยติดเตียงด้วยเงินบริจาคจากคนในชุมชน

7. องค์การบริหารส่วนตำบล เยี่ยมเยียนช่วยเหลือสิ่งของที่จำเป็น เสนอโครงการการดูแลผู้ป่วยและจัดสรรงบประมาณในการดูแลผู้ป่วย เช่น การจัดตั้งสถานที่ส่วนรวมในการดูแลผู้ป่วย ระยะสั้น ระยะยาว การบริการฟื้นฟูสภาพ จัดตั้งกองทุนดูแลผู้ป่วยติดเตียงด้วยเงินบริจาคจากคนในชุมชน จัดบริการพาหนะในการเดินทางของผู้ป่วย

8. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้การรักษาพยาบาล การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่คนในครอบครัว อาสาสมัครประจำครอบครัว อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสม.) ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ร่วมทีมในการหมุนเวียนมาเยี่ยมเยียน เช่น ทีมหมอครอบครัว

9. แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ให้การรักษาพยาบาล การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่คนในครอบครัว อาสาสมัครประจำครอบครัว อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสม.) ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ร่วมทีมในการหมุนเวียนมาเยี่ยมเยียน เช่น ทีมหมอครอบครัว

10. โรงเรียน ให้ความรู้และสร้างจิตสำนึกในการดูแลครอบครัวให้กับนักเรียนเพื่อช่วยเหลือการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

11. วัด สร้างกำลังใจให้กับผู้ป่วย ผู้ดูแลและคนที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยเหลือการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

12. ร้านขายยา ช่วยเหลือสิ่งของที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

13. สมาคม/องค์กรเอกชน ช่วยเหลือสิ่งของที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

14. สื่อมวลชนท้องถิ่นในชุมชน กระจายความรู้ สร้างความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

โดยการสร้างข้อตกลงร่วมกันของประชาชน หน่วยงานภาครัฐ เอกชน สมาคม องค์กรต่าง ๆ ในชุมชน ทำงานร่วมกันและร่วมกันสร้างสรรค์สิ่งประดิษฐ์ วิธีการใหม่ ๆ หรือนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพระดับชุมชนในการลดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานด้วยภาพยนตร์แอนิเมชัน

วิลาวัณย์ จินวรรณ*
จาตุรัตน์ น่าสม**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) สร้างสื่อแอนิเมชันสำหรับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพระดับชุมชนในการลดโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน (2) ศึกษาประสิทธิผลของสื่อภาพยนตร์แอนิเมชันต่อการรับรู้และความพึงพอใจของประชาชนกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในเขตอำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีกลุ่มเป้าหมายจำนวน 50 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ สื่อภาพยนตร์แอนิเมชันเรื่องการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพระดับชุมชนในการลดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน แบบประเมินคุณภาพของสื่อโดยผู้เชี่ยวชาญ แบบประเมินการรับรู้และแบบสอบถามความพึงพอใจ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยปรากฏ ดังนี้ (1) ผู้เชี่ยวชาญได้ประเมินสื่อที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยรวมอยู่ในระดับมาก (2) กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีการรับรู้ต่อสื่อภาพยนตร์แอนิเมชันที่พัฒนาขึ้น โดยรวมอยู่ในระดับมาก (3) กลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจต่อสื่อภาพยนตร์แอนิเมชันที่พัฒนาขึ้น โดยรวมอยู่ในระดับมาก

โดยสรุปผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า สื่อภาพยนตร์แอนิเมชันเรื่องการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพระดับชุมชนในการลดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานมีประสิทธิผลต่อการรับรู้และพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมาย และสามารถนำไปใช้ได้กับกลุ่มเป้าหมายได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาพยนตร์แอนิเมชัน

*อาจารย์ประจำหลักสูตรครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีอุตสาหกรรม คณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
**นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และพัฒนากำลังคน ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช

Health Behavior Promotion in Community to Reduce Hypertension and Diabetes by Animation Film

Wilanwan Jinwan*
Jaturat Nasom**

Abstract

The purposes of the research were to (1) create animation film on health behavior promotion in community to reduce hypertension and diabetes, and (2) develop the effective media for a group of patients with high-risk hypertension and diabetes. Fifty of patients living at the Phrom Khiri district, Nakhon Si Thammarat province were purposively selected to be a sample group. Research instrument was an animation film for promoting patients with high-risk hypertension and diabetes's health behavior, the expert's evaluation form, a perception questionnaire, and a satisfaction questionnaire. Statistics used for data analysis were mean and standard deviation.

The results of the study were as follow : (1) the overall qualities of the animation film evaluated by experts, was at a high level, (2) the overall patients' perception on animation film was at a high level, and (3) the overall patients' satisfaction on learning via the animation film was at a high level.

In conclusion, the result of this study showed that the media created by the researcher provided a positive effect on the media patients' perception and satisfaction, therefore, the animation film on health behavior promotion in community to reduce hypertension and diabetes was appropriately implemented with a group of patients with high-risk hypertension and diabetes.

Key words: Health Behavior Promotion, Hypertension, Diabetes, Animation Film

*Lecturer, Graduate Program in Industrial Technology, Faculty of Industrial Technology, Nakhon Si Thammarat Rajabhat University

**Public Health Technical Officer, Professional Level. Health Promotion Center 11 Nakhon Si Thammarat

บทนำ

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บในสังคมไทยปัจจุบัน กำลังเป็นปัญหาที่สำคัญไม่น้อยกว่าปัญหาด้านอื่นๆ การพัฒนาสู่ความทันสมัยที่การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและการบริโภคทำให้เกิดโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง อุบัติเหตุ ซึ่งโรคกลุ่มนี้เป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ในปัจจุบัน โรคกลุ่มนี้เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ เช่นการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ยาเสพติด รวมทั้งเกิดจากความเครียดและขาดการออกกำลังกาย(คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10, 2550 : 1)

จากการประชุมผู้นำระดับสูงขององค์การสหประชาชาติประกาศให้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ทุกประเทศต้องให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา สำหรับประเทศไทยคณะทำงานศึกษาภาระโรค สำนักพัฒนาระบบสุขภาพระหว่างประเทศ รายงานการศึกษาเปรียบเทียบจำนวนปีที่สูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year, DALY) ของประชากรไทยจาก 3 กลุ่มโรค ระหว่างปี 2542, 2547 และ 2552 พบว่า กลุ่มโรคไม่ติดต่อ อาทิเช่น โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวนปีที่สูญเสียปีสุขภาวะเป็น 3 เท่าและเป็น 5 เท่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างโรคติดต่อและการบาดเจ็บ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

สำหรับในชุมชน ปัญหาด้านสุขภาพมีความรุนแรงอย่างน่าเป็นห่วงเช่นกัน อาทิ สุขภาพกายจะมีปัญหาด้านปวดเมื่อยตามร่างกาย เบาหวานและความดันโลหิตสูง การบริโภคสุรา ยาสูบมีอัตราสูง จากสภาพปัญหาด้านสุขภาพดังกล่าวของชุมชนต่างๆ อยู่ในภาวะวิกฤติหากปล่อยทิ้งไว้ จะเป็นผลเสียต่อสังคมโดยรวม ทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม หากประชากรในชุมชนมีแต่คนป่วยหรือสุขภาพไม่แข็งแรง การประกอบสัมมาอาชีพจะขาดประสิทธิภาพและจะมีผลกระทบถึงโครงสร้างของสังคม ตั้งแต่ระดับครอบครัวขึ้นไป มีความอ่อนแอไม่เข้มแข็ง ไม่สามารถพึ่งตนเองได้

จากสภาพปัญหา สาเหตุ และแนวทางการพัฒนาด้านการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยใช้หลักการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัติออตตาวา และทฤษฎี Preceed Framework ของ Green and Kreuter (เกษม นครเขตต์. 2547:2) ด้วยการทำให้ชุมชนเป็นชุมชนส่งเสริมสุขภาพ โดยการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจและสร้างให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการที่จะลดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานโดยผ่านสื่อแอนิเมชันที่มีองค์ประกอบที่น่าดึงดูดและสนใจ เนื่องจากสื่อในปัจจุบันไม่ว่าจะอยู่ในรูปแบบใดล้วนมีศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงในด้านการสร้างหรือการเปลี่ยนแปลงทางด้านทัศนคติและค่านิยมต่าง ๆ ของมวลชน ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของประชาชนซึ่งเชื่อกันว่า “สื่อ” สามารถทำหน้าที่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเรียนรู้ทางสังคม (Socialization)

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจมุ่งประเด็นในการนำเนื้อหาการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้การถ่ายทอดเรื่องราวจากชุมชนต้นแบบโดยถ่ายทอดผ่านสื่อภาพยนตร์การ์ตูนแอนิเมชันในรูปแบบ 2 มิติ เพื่อสร้างเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ตลอดจนศึกษาผลการรับรู้และความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อแอนิเมชัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสร้างสื่อแอนิเมชันสำหรับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพระดับชุมชนในการลดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของสื่อภาพยนตร์แอนิเมชันต่อการรับรู้และความพึงพอใจ

ขอบเขตของการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 171 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตอำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 50 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดคือ เป็นกลุ่มที่พูด อ่าน เขียนได้ และยินดีเข้าร่วมกิจกรรม

2. ตัวแปรที่ศึกษา

2.1 ตัวแปรต้น ได้แก่ สื่อภาพยนตร์แอนิเมชันเรื่องการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพระดับชุมชนในการลดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน

2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ ประสิทธิผลของสื่อภาพยนตร์แอนิเมชันต่อการการรับรู้และความพึงพอใจของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

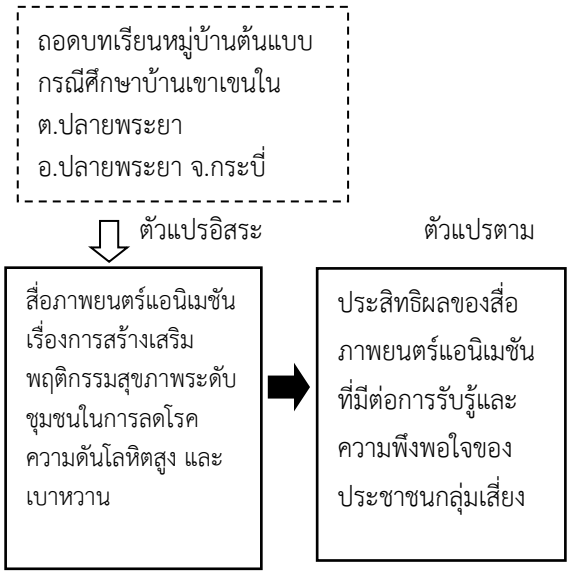
3.1 สื่อภาพยนตร์แอนิเมชันเรื่องการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพระดับชุมชนในการลดโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน

3.2 แบบประเมินคุณภาพของสื่อโดยผู้เชี่ยวชาญ

3.3 แบบประเมินการรับรู้หลังการชมสื่อภาพยนตร์แอนิเมชัน

3.4 แบบสอบถามความพึงพอใจที่มีต่อสื่อภาพยนตร์แอนิเมชัน

กรอบแนวคิดของการวิจัย



วิธีการศึกษา

1. ศึกษาข้อมูลภาคเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง บทความ ตำราทางวิชาการ บทวิเคราะห์ แบ่งเป็น 2 ส่วนโดยข้อมูลส่วนแรกเป็นศึกษาข้อมูลในเรื่องการลดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน โดยศึกษาจากหมู่บ้านนำร่องภายใต้โครงการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยงลดโรคเรื้อรัง ได้แก่ หมู่ที่ 2 บ้านเขาเขนใน ตำบลปลายพระยา อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ และส่วนที่สองเป็นข้อมูลเกี่ยวกับทฤษฎี หลักการออกแบบ การผลิต รวมถึงการวิเคราะห์สื่อแอนิเมชัน โดยการนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ และนำมาใช้ในงานวิจัยของผู้ศึกษา เพื่อให้ได้แนวทางในการสร้างภาพยนตร์แอนิเมชัน ให้ได้ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

2. ศึกษาข้อมูลภาคสนามโดยการลงพื้นที่ชุมชนต้นแบบและสัมภาษณ์ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ด้านความต้องการ ความพึงพอใจที่มีต่อองค์ประกอบของสื่อแอนิเมชัน ซึ่งจะนำมาสู่ทิศทางการสร้างภาพยนตร์แอนิเมชันเพื่อให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ทำการออกแบบและผลิตสื่อภาพยนตร์แอนิเมชันโดยนำข้อมูลที่ได้จากการค้นคว้าและวิเคราะห์มาเป็นแนวทางในการสร้างสรรค์สื่อ

4. นำผลงานไปทำการประเมินสื่อ โดยผู้เชี่ยวชาญ ใช้เครื่องมือประเมินรูปแบบคุณภาพของสื่อ

5. ทำการปรับปรุงแก้ไขสื่อภาพยนตร์แอนิเมชัน เพื่อให้ได้สื่อที่มีประสิทธิภาพ

6. ทดสอบกับกลุ่มเป้าหมายโดยการเผยแพร่ และเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือประเมินความเข้าใจ ความชอบการนำไปใช้ ให้กลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่มตอบแบบสอบถามแตกต่างกัน ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ให้ความเห็นเชิงวิชาการ เพื่อนำข้อมูลไปปรับปรุงพัฒนาทางด้านเทคนิควิชาการ ส่วนผู้ใช้จะได้ข้อมูลในลักษณะความเข้าใจ การชอบ ซึ่งจะนำไปสู่การนำไปใช้จริงและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการวัดผล เพื่อประเมินหาประสิทธิผลของสื่อ แล้วทำการวิเคราะห์ผลและสรุปผลจากข้อมูลที่ได้

7. สรุปผลการศึกษาและนำเสนอเป็นรายงานวิจัยในแบบรูปเล่ม พร้อมกับ CD-ROM สื่อภาพยนตร์แอนิเมชันเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพระดับชุมชนในการลดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน

ผลการศึกษา

การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพระดับชุมชนในการลดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานด้วยภาพยนตร์แอนิเมชัน ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อแสดงให้เห็นถึงความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้แบ่งขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษาพบดังนี้

1. วิเคราะห์การรับรู้จากสื่อภาพยนตร์แอนิเมชันการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพระดับชุมชนในการลดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน

ตารางที่ 1 การรับรู้จากสื่อภาพยนตร์แอนิเมชันการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพระดับชุมชนในการลดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน (n=50)

ข้อคำถาม	$\overline{X}$	S.D.	ระดับการรับรู้
1. โทษของการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	4.48	.57	มาก
2. สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้แก่ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	4.46	.60	มาก
3. วิธีการดูแลตัวเองให้สุขภาพดี ลดโรค	4.58	.56	มากที่สุด
4. ประโยชน์ของการออกกำลังกายและการรับประทานผัก ผลไม้ และลดหวาน มัน เค็ม	4.59	.58	มากที่สุด
5. จุดเด่นตัวละคร ชื่อผู้ใหญ่บ้าน และพยาบาลน้อง	4.31	.61	มาก
6. วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการลดโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน	4.67	.52	มากที่สุด
7. เนื้อหามีความครบถ้วน ตามวัตถุประสงค์	4.38	.63	มาก
8. วิธีการที่จะทำให้ตัวเองไม่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	4.36	.78	มาก

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อคำถาม	$\overline{X}$	S.D.	ระดับการรับรู้
9. อยากให้ชุมชนของท่านมีถนนสายสุขภาพเหมือนชุมชนต้นแบบ	4.32	.79	มาก
10. อยากให้ชุมชนของท่านเป็นเหมือนชุมชนต้นแบบสุขภาพดี	4.34	.72	มาก
11. อยากมีสุขภาพดีเหมือนกับคุณลุงต้นแบบสุขภาพดี	4.68	.56	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยรวม	**4.45**	**0.64**	**มาก**

จากตารางที่ 1 พบว่า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้จากสื่อภาพยนตร์แอนิเมชันการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพระดับชุมชนในการลดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.45, S.D.= 0.64) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน 3 ข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ ข้อ10 จากคำถามว่า ท่านอยากมีสุขภาพดีเหมือนกับคุณลุงต้นแบบสุขภาพดี รองลงมาข้อ 4 ท่านทราบถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายและการรับประทานผัก ผลไม้ และลดหวาน มัน เค็ม ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ข้อ 5 ท่านทราบถึงจุดเด่นตัวละครชื่อผู้ใหญ่บ้าน และพยาบาลน้อง

2. วิเคราะห์ความพึงพอใจของประชาชนกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่มีต่อสื่อภาพยนตร์แอนิเมชันการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพระดับชุมชนในการลดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจของประชาชนกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวานที่มีต่อสื่อภาพยนตร์แอนิเมชันการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพระดับชุมชนในการลดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน (n=50)

สื่อภาพยนตร์แอนิเมชัน	$\overline{X}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1.ด้านเนื้อหา			
1.1 เนื้อหาของสื่อมีความน่าสนใจ	4.43	.54	มาก
1.2 เนื้อหาเข้าใจได้ง่าย	4.52	.58	มากที่สุด
1.3 เนื้อหาสนุก ให้ข้อคิดชวนติดตาม	4.39	.65	มาก
1.4 ระยะเวลาของสื่อมีความเหมาะสมกับเนื้อหา	4.16	.79	มาก
รวม	**4.38**	**.64**	**มาก**
2. ด้านสร้างเสริมพฤติกรรม			
2.1 ความเข้าใจสาระที่นำเสนอ	4.56	.64	มากที่สุด
2.2 อยากดูภาพยนตร์เรื่องนี้อีก	3.92	.84	มาก
2.3 อยากติดตามเนื้อเรื่องตลอดเวลา	3.87	.80	มาก
รวม	**4.11**	**.76**	**มาก**
3. ด้านแอนิเมชัน			
3.1 การชื่นชอบตัวละคร	4.54	.62	มากที่สุด
3.2 การชื่นชอบฉาก	3.99	.76	มาก
3.3 การชื่นชอบการเคลื่อนไหวตัวละคร	3.93	.85	มาก
3.4 การชื่นชอบสี	4.02	.76	มาก
3.5 การชื่นชอบเนื้อเรื่อง	4.53	.62	มากที่สุด
3.6 การชื่นชอบเสียงประกอบ	4.20	.80	มาก
รวม	**4.20**	**.73**	**มาก**
รวมทั้ง 3 ด้าน	**4.24**	**.71**	**มาก**

จากตารางที่ 2 พบว่า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวานมีความพึงพอใจต่อสื่อภาพยนตร์แอนิเมชันการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพระดับชุมชนในการลดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.24, S.D.= 0.71) เมื่อพิจารณารายละเอียดเป็นรายด้าน ดังนี้

ด้านเนื้อหา พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้ออยู่ในระดับมากที่สุดจำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2 เนื้อหาเข้าใจได้ง่าย รองลงมาอยู่ในระดับมาก ข้อ 1 เนื้อหาของสื่อมีความน่าสนใจ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ข้อ 4 ระยะเวลาของสื่อมีความเหมาะสมกับเนื้อหา

ด้านสร้างเสริมพฤติกรรม พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้ออยู่ในระดับมากที่สุดจำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ1 ข้าพเจ้าเข้าใจสาระที่นำเสนอ รองลงมาอยู่ในระดับมาก ข้อ 2 ข้าพเจ้าอยากดูภาพยนตร์เรื่องนี้อีก ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ข้อ 3 ข้าพเจ้าอยากติดตามเนื้อเรื่องตลอดเวลา

ด้านแอนิเมชัน พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้ออยู่ในระดับมากที่สุดจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 ข้าพเจ้าชื่นชอบตัวละคร รองลงมา ข้อ 5 ข้าพเจ้าชื่นชอบเนื้อเรื่อง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ข้อ 3 ข้าพเจ้าชื่นชอบการเคลื่อนไหวตัวละคร

สรุปผล

1. สื่อภาพยนตร์แอนิเมชันที่พัฒนามีลักษณะเป็นนามสกุล AVI ซึ่งบันทึกในรูปแบบของซีดีรอม สามารถนำมาอ่านด้วยเครื่องเล่นซีดีและคอมพิวเตอร์ได้

2. ผลการศึกษาการรับรู้จากสื่อภาพยนตร์แอนิเมชันการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพระดับชุมชนในการลดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน พบว่า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้จากสื่อภาพยนตร์แอนิเมชันการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพระดับชุมชนในการลดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.45, S.D.= 0.64) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุดจำนวน 3 ข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ ข้อ10 จากคำถามว่า อยากมีสุขภาพดีเหมือนกับคุณลุงต้นแบบสุขภาพดี รองลงมาข้อ 4 ทราบถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายและการรับประทานผัก ผลไม้ และลดหวาน มัน เค็ม ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดอยู่ในระดับมากได้แก่ ข้อ 5 จุดเด่นตัวละครชื่อผู้ใหญ่บ้าน และพยาบาลน้อง

3. ผลการศึกษาความพึงพอใจของประชาชนกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่มีต่อสื่อภาพยนตร์แอนิเมชันการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพระดับชุมชนในการลดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.24, S.D.= 0.71) เมื่อพิจารณารายละเอียดเป็นรายด้าน ดังนี้

3.1 ด้านเนื้อหา พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้ออยู่ในระดับมากที่สุดจำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2 เนื้อหาเข้าใจได้ง่าย รองลงมาอยู่ในระดับมาก ข้อ 1 เนื้อหาของสื่อมีความน่าสนใจ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ข้อ 4 ระยะเวลาของสื่อมีความเหมาะสมกับเนื้อหา

3.2 ด้านสร้างเสริมพฤติกรรม พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้ออยู่ในระดับมากที่สุดจำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ1 เข้าใจสาระที่นำเสนอ รองลงมาอยู่ในระดับมาก ข้อ 2 อยากดูภาพยนตร์เรื่องนี้อีก ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ข้อ 3 อยากติดตามเนื้อเรื่องตลอดเวลา

3.3 ด้านแอนิเมชัน พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้ออยู่ในระดับมากที่สุดจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 การชื่นชอบตัวละคร รองลงมา ข้อ 5 การชื่นชอบเนื้อเรื่อง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ข้อ 3 การชื่นชอบการเคลื่อนไหวตัวละคร

อภิปรายผล

จากการวิจัยเรื่องการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพระดับชุมชนในการลดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานด้วยภาพยนตร์แอนิเมชัน ซึ่งอภิปรายผลการศึกษาวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนาสื่อภาพยนตร์แอนิเมชันการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพระดับชุมชนในการลดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ซึ่งผลการศึกษาคุณภาพอยู่ในระดับมากทุกด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากกว่าด้านอื่น ๆ ได้แก่ ด้านสร้างเสริมพฤติกรรม รองลงมาด้านเนื้อหา ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่น ได้แก่ แอนิเมชัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้วิจัยได้นำหลักขบวนการผลิตสื่อเพื่อให้ได้สื่อที่มีคุณภาพประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ 2) การออกแบบ 3) การพัฒนาสื่อ 4) การนำไปใช้ และ 5) การประเมินผล และแต่ละขั้นตอนได้ตรวจสอบการผลิตทุกครั้ง และก่อนการผลิตสื่อภาพยนตร์แอนิเมชัน ผู้วิจัยได้ศึกษาหาข้อมูล เก็บข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะตัวละคร รวมทั้งลักษณะฉากภาพ และเสียง และผู้วิจัยได้คำนึงถึงวัยของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นวัยอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่จะรับรู้ถึงสื่อที่ผู้วิจัยได้พัฒนาสื่อภาพยนตร์แอนิเมชันเหมาะสมกับวัยในช่วงอายุนั้น รวมถึงโปรแกรมประยุกต์เพื่อใช้ในการผลิตสื่อ ทำให้ภาพยนตร์แอนิเมชันสามารถถ่ายทอดความรู้ให้ประชาชนกลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ได้ง่ายและสมจริงมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อธิกานต์ อุนจะนำ (2549 : บทคัดย่อ) พบว่า การสอนทักษะการคิดโดยใช้สื่อการ์ตูน ภาพเคลื่อนไหว ทำให้ผู้สอนมีนวัตกรรมสื่อเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพเพื่อสอนทักษะการคิด และสอดคล้องกับการวิจัยของสุรชัย ชวรางกูร (2550 : บทคัดย่อ) พบว่า สื่อวีดิทัศน์การ์ตูนแอนิเมชันทั้งรูปแบบ 2 มิติ และ 3 มิติ มีประสิทธิภาพ

2. ผลการศึกษาการรับรู้ต่อสื่อภาพยนตร์แอนิเมชันการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพระดับชุมชนในการลดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน พบว่า ประชาชนมีการรับรู้โดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ภาพยนตร์แอนิเมชันที่มีการ์ตูนเป็นสื่อที่มีความน่าสนใจอยู่แล้ว ประกอบกับเนื้อหาไม่สลับซับซ้อนเรียนรู้ได้ง่าย ทำให้ประชาชนมีความสนใจ ตั้งใจที่จะเรียนรู้สื่อแอนิเมชันผ่านตัวการ์ตูน ประชาชนจึงสามารถเข้าใจ จดจำเนื้อหาได้ง่ายขึ้น และภาพยนตร์แอนิเมชันมีสีสันดึงดูดความสนใจของประชาชนทำให้มีจินตนาการ และสามารถนำไปเป็นแบบอย่างได้ ฉะนั้น ภาพยนตร์แอนิเมชันจึงสามารถใช้เป็นอุบายกระตุ้นให้ประชาชนสนใจและตั้งใจรับรู้อย่างได้ผล ซึ่งตัวการ์ตูนในเรื่องมีประโยชน์ในการช่วยให้ประชาชนสนใจ ไม่รู้จักเบื่อหน่าย และช่วยให้เข้าใจเนื้อเรื่องได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นจะเห็นได้ว่า สื่อที่พัฒนาขึ้นใช้รูปแบบภาพยนตร์แอนิเมชันที่เป็นการ์ตูน เสียงดนตรีฉาก ที่ได้จากการศึกษาเบื้องต้นที่ประชาชนส่วนใหญ่ชื่นชอบ สามารถเป็นเครื่องมือปลุกความสนใจในการรับรู้ ฉะนั้น สื่อภาพยนตร์แอนิเมชัน สามารถถ่ายทอดเนื้อหาได้อย่างสมบูรณ์แบบ ซึ่งสื่อที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นทำให้ประชาชนมีความเพลิดเพลิน ได้รับความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมด้านสุขภาพ มีเนื้อหาเหมาะสมกับวัย รวมทั้งการออกแบบมีความน่าสนใจ โดยการใช้หลักสื่อแอนิเมชัน 2 มิติที่ประกอบด้วย กราฟิกส์ ภาพเคลื่อนไหว การ์ตูน สี เสียงบรรยาย และเสียงดนตรีประกอบ เพื่อกระตุ้นให้เกิดอยากเรียนรู้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรประภา ธนเศรษฐ์ (2546 : บทคัดย่อ) พบว่า การ์ตูนเคลื่อนไหว

ที่ใช้เป็นสื่อการเรียนการสอนสำหรับนักเรียนนั้น สามารถเร้าความสนใจของผู้เรียนได้อย่างดี ผู้เรียนมีความกระตือรือร้น และพบว่า การสร้างการ์ตูนเคลื่อนไหวมีค่าใช้จ่ายสูง ไม่ว่าจะเป็นขั้นตอนการผลิตจากคอมพิวเตอร์กราฟิกส์ การบันทึกเสียงบรรยาย เสียงเทคนิคพิเศษ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ บูท (Booth. 2980-A) ได้ทำการสำรวจเกี่ยวกับธรรมชาติของทักษะในการรับรู้ของเด็ก จากการใช้สื่อประเภทที่ไม่ใช่วิดีโอเพื่อการศึกษากับการใช้การ์ตูนที่เป็นภาพเคลื่อนไหวเพื่อประเมินทักษะด้านการรับรู้ทางสติปัญญาและด้านอารมณ์ของเด็กจากการชมรายการการ์ตูนกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนเกรด 4 จำนวน 104 คน ซึ่งทำการศึกษาตัวแปร 4 ตัว คือ เพศ เชื้อชาติ ฐานะทางเศรษฐกิจ และผลสัมฤทธิ์ทางวิชาการ โดยมีเครื่องมือเป็นแบบทดสอบก่อนเรียน และหลังเรียนแบบสัมภาษณ์ ผลการทดลองพบว่า 1) นักเรียนสามารถเกิดทักษะในการเรียนรู้ด้านสติปัญญาจากการชมการ์ตูน 2) นักเรียนสามารถใช้ทักษะการคิดในระดับสูงเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการเกิดการเรียนรู้ทางด้านสติปัญญา 3) เพศ เชื้อชาติ ฐานะทางเศรษฐกิจ และผลสัมฤทธิ์ทางวิชาการไม่ส่งผลต่อการเกิดทักษะด้านการรับรู้ทางสติปัญญาของนักเรียนจากการชมการ์ตูน

3. ผลการศึกษาความพึงพอใจต่อสื่อภาพยนตร์แอนิเมชันการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพระดับชุมชนในการลดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายละเอียดเป็นรายด้าน พบว่า ด้านเนื้อหา ด้านสร้างเสริมพฤติกรรม และด้านแอนิเมชัน อยู่ในระดับมากทุกด้าน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า สื่อมีเนื้อหาที่เข้าใจได้ง่าย มีความน่าสนใจ และเนื้อเรื่องไม่ยาวเกินไป สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ และก่อนการผลิตสื่อ ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ลักษณะความชื่นชอบตัวการ์ตูนในภาพยนตร์ ฉาก และเสียง รวมทั้งกระบวนการผลิตสื่อได้ผ่านผู้เชี่ยวชาญในการประเมินคุณภาพสื่อ และได้ทดลองใช้กับประชาชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จึงทำให้สื่อมีคุณภาพ ประชาชนสามารถเรียนรู้และเข้าใจเนื้อหา สามารถจดจำ ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ อธิกานต์ อุนจะนำ (2549 : บทคัดย่อ) พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจและเห็นด้วยกับวิธีเรียนวิชาภาษาไทยด้วยการใช้สื่อการ์ตูนภาพเคลื่อนไหวทักษะการคิด เพราะทำให้ผู้เรียนเรียนอย่างมีความสุข และมีเจตคติที่ดีต่อการเรียนวิชาภาษาไทยเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับนำผลการวิจัยไปใช้

1. สื่อสำหรับประชาชนในช่วงอายุ 35 ปีขึ้นไป ไม่ควรเป็นสื่อที่ยาวจนเกินไป เพราะจะทำให้เกิดความเบื่อหน่าย

2. จากการสังเกตของผู้วิจัยพบว่าช่วงเวลาที่เหมาะสมในการใช้สื่อภาพยนตร์แอนิเมชันการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพระดับชุมชนในการลดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ควรอยู่ในช่วงเวลาก่อนรับประทานอาหารกลางวัน หรือก่อนเลิกงาน จะสร้างความตระหนักให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อการแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาครั้งนี้ ควรมีการผลิตสื่อในลักษณะเช่นนี้เพื่อให้มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเด็ก อันจะเป็นการปลูกฝังให้เด็กได้มีทัศนคติในเรื่องของการปฏิบัติตนให้ถูกต้องตั้งแต่วัยเริ่มต้น

2. ควรมีการเพิ่มจำนวนศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ ตัวแปรอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อรณรงค์แก้ปัญหาภาวะเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). แนวทางการเฝ้าระวังและเตือนภัยพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : บริษัท สามพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). การสื่อสารสุขภาพ โดยชุมชน สู่ การปรับพฤติกรรมเปลี่ยนสุขภาพคนไทย. กรุงเทพมหานคร : บริษัท โอ-วิทย์ (ประเทศไทย) จำกัด .

เกษม นครเขตต์. (2547) .ปรัชญาการส่งเสริมสุขภาพ. [แผ่นพับ]. นครสวรรค์ : ผู้แต่ง

พรประภา ธนเศรษฐ์. (2546) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนระดับประถมศึกษา เรื่อง การท่องเที่ยวเชิงนิเวศด้วยการ์ตูนเคลื่อนไหว. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. กรุงเทพมหานคร.

สรชัย ชวรางกูร. (2550). การศึกษาเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความสนใจ ของนักเรียนช่วงชั้นที่ 2 ที่มีต่อการ์ตูนแอนิเมชั่นรูปแบบ 2 มิติ และ 3 มิติ. สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.กรุงเทพมหานคร.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554). รายงานประจำปี 2554.กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์

อธิกานต์ อุนจะนำ. (2549). การศึกษาและพัฒนาสื่อการ์ตูนภาพเคลื่อนไหวเพื่อสอนทักษะการคิด สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่.

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของความเชื่อที่ไม่สอดคล้องทางปัญญาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ในประเทศไทย

กุลพงษ์ ศรีศักดิ์ประทุม*

บทคัดย่อ

ปัจจุบัน รัฐบาลได้หันมาให้ความสำคัญกับการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่เป็นอย่างมาก แต่ถึงกระนั้นก็ตาม ผู้สูบบุหรี่จำนวนมากก็ยังคงสูบต่อไป และผู้ที่เลิกสูบก็มีอัตราการกลับมาสูบซ้ำสูงถึงร้อยละ 66 ซึ่งมีการศึกษาว่าเกิดจากความไม่สอดคล้องทางปัญญา ทั้งนี้ยังไม่เคยมีการศึกษาความเชื่อที่ไม่สอดคล้องทางปัญญาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในประชากรไทย การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง หลังจากผ่านการคัดกรองมีจำนวน 147 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 28.16 ปี

ผลการวิจัยพบว่า 1) โมเดลความเชื่อที่ไม่สอดคล้องทางปัญญาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผลการตรวจสอบค่าไค-สแควร์ เท่ากับ 39.18 (p = 0.14854) ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 31 ค่าดัชนี CFI และ RMSEA เท่ากับ .98 และ .043 ตามลำดับ 2) ความเชื่อที่ไม่สอดคล้องทางปัญญาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ (Cognitive dissonance beliefs about smoking) มี 2 องค์ประกอบ คือ ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ (Functional beliefs) และความเชื่อเกี่ยวกับการลดทอนความเสี่ยง (Risk-minimizing beliefs) โดยองค์ประกอบที่มี ค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐานมากที่สุด คือ ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ รองลงมา คือ ความเชื่อเกี่ยวกับการลดทอนความเสี่ยง โดยที่องค์ประกอบความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ ที่วัดโดยตัวแปรสังเกตได้ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงที่สุด คือ การช่วยเพิ่มสมาธิ (Concentration aid) รองลงมา คือ การเป็นส่วนที่สำคัญของชีวิต (Life enhancement), การมีความสุข (Enjoyment/pleasure), การจัดการความเครียด (Stress management), การควบคุมน้ำหนัก (Weight control) และการช่วยเข้าสังคม (Social enhancement) ตามลำดับส่วนองค์ประกอบความเชื่อเกี่ยวกับการลดทอนความเสี่ยงที่วัด โดยตัวแปรสังเกตได้ ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงที่สุด คือ ความเชื่อที่ให้คุณค่ากับการสูบบุหรี่ (“Worth it” beliefs) รองลงมา คือ ความเชื่อที่กระจายความเสี่ยงของอันตรายไปยังสิ่งอื่น (Jungle beliefs), ความเชื่อที่ละเว้นปัญหาที่จะเกิดกับตน (Bulletproof beliefs) และ ความเชื่อที่ลดทอนอันตราย (Skeptic beliefs) ตามลำดับ โดยตัวแปรที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติมี 1 ตัวแปร คือ ความเชื่อที่ลดทอนอันตราย หมายความว่าไม่มีน้ำหนักมากพอที่จะนำมาอธิบายความเป็นตัวบ่งชี้ของความเชื่อที่ไม่สอดคล้องทางปัญญาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ได้ อาจเป็นเพราะลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาแตกต่างไปจากประชากรในการพัฒนาเครื่องมือต้นแบบ

ข้อเสนอแนะ ควรมีการพิจารณาปัจจัยทางด้านปัญญาร่วมด้วยในการบำบัดผู้สูบบุหรี่ที่ต้องการเลิกสูบ โดยเฉพาะองค์ประกอบด้านความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์

คำสำคัญ: ความเชื่อที่ไม่สอดคล้องทางปัญญาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่, การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

*นักศึกษาปริญญาเอก สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

Confirmatory Factor Analysis of Cognitive Dissonance Beliefs About Smoking Among Smokers in Thailand

Kullapong Sisakpratum*

Abstract

At this moment, the government pays considerable attention to urge the smokers to stop smoking. Nevertheless, many smokers continue smoking and 66% of quitters relapse to smoke. This occurrence is studied by research of cognitive dissonance. Yet, there is no study of cognitive dissonance beliefs about smoking among people in Thailand. The researcher intends to analyze it by confirmatory factor analysis. The sample was selected by using purposive selection. There were valid 147 people after verification of the data. Most of them were male and average age is 28.16 years.

The result showed that 1) The model of cognitive dissonance beliefs about smoking were complied to the empirical data (χ^2 = 39.18, p = 0.14854, df = 31, CFI = .98, RMSEA = .043) 2) The cognitive dissonance beliefs about smoking consisted of 2 factors: Functional beliefs and Risk-minimizing beliefs, the standardized factor loading of Functional beliefs was more than Risk-minimizing beliefs. For Functional beliefs, the observed variables arranged by higher factor loading were Concentration aid, Life enhancement, Enjoyment/pleasure, Stress management, Weight control, and Social enhancement respectively. For Risk-minimizing beliefs, the observed variables arranged by higher factor loading were “Worth it” beliefs, Jungle beliefs, Bulletproof beliefs, and Skeptic beliefs respectively. Skeptic beliefs was not statistically significant variable. So, its factor loading was not enough to explain the indicator of cognitive dissonance beliefs about smoking. This result which was different from the other study may be from different characters of sample.

For suggestion, it should be considered about the cognitive factors for therapeutic process of smoking cessation especially the Functional beliefs of the smokers as well.

Keywords: cognitive dissonance beliefs about smoking, confirmatory factor analysis

*Doctorial student, Behavioral Science Research, Srinakharinwirot University

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสำคัญต่อสุขภาพ เนื่องจากในบุหรี่มีสารประกอบต่าง ๆ อยู่ประมาณ 4,000 ชนิด ซึ่งเป็นสารที่ก่อมะเร็งไม่ต่ำกว่า 42 ชนิด และยังส่งผลกระทบต่ออวัยวะต่าง ๆ เช่น ต่อมหมวกไต กล่องเสียง หลอดลม หลอดอาหาร ไต กระเพาะปัสสาวะ ปอดและถุงลม (CDC, 2018) ผลจากการสูบบุหรี่อาจทำให้มีโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากการสูบบุหรี่มากขึ้นเช่นกัน ส่งผลให้รัฐบาลต้องมีภาระมากในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ตามมา ซึ่งทำให้ประเทศต้องเสียค่าใช้จ่ายมากมายในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้

ปัจจุบันรัฐบาลได้หันมาให้ความสำคัญกับการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่เป็นอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นหลักสูตรการศึกษา การรณรงค์ออกสื่อ หรือการขยายขนาดภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ ถึงกระนั้นก็ตามผู้สูบบุหรี่จำนวนมากก็ยังคงสูบต่อไป และผู้ที่เลิกสูบก็มีอัตราการกลับมาสูบซ้ำสูงถึงร้อยละ 66 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555) ซึ่งมีการศึกษาว่าเกิดจากความไม่สอดคล้องทางปัญญา (Cognitive Dissonance) กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีส่วนของปัญญา 2 ส่วน ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน บุคคลจะพยายามลดความไม่สอดคล้องทางปัญญาที่เกิดขึ้นด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อลดสภาวะความไม่สบายใจ (Chapman, Wong, & Smith, 1993) ทำให้ผู้สูบบุหรี่ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ถึงแม้ว่าจะมีความรู้เรื่องพิษภัยของบุหรี่ก็ตาม (McMaster & Lee, 1991)

จากแนวคิดเรื่องความไม่สอดคล้องทางปัญญาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ได้มีการพัฒนาเป็นแบบสอบถามความเชื่อที่ไม่สอดคล้องทางปัญญาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่เพื่อใช้ในการศึกษา ทั้งนี้ประเทศไทยยังไม่เคยมีการใช้ทฤษฎีความไม่สอดคล้องทางปัญญา มาใช้ศึกษาเกี่ยวกับการสูบบุรี่ ผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันว่าตรงกับทฤษฎีที่มีอยู่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อทดสอบความสอดคล้องของโมเดลการวัดความเชื่อที่ไม่สอดคล้องทางปัญญาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ที่พัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์

2. เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบความเชื่อที่ไม่สอดคล้องทางปัญญาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ในประเทศไทย

สมมติฐานการวิจัย

1. โมเดลความเชื่อที่ไม่สอดคล้องทางปัญญาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

2. โมเดลความเชื่อที่ไม่สอดคล้องทางปัญญาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ในประเทศไทย ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ และความเชื่อเกี่ยวกับการลดทอนความเสี่ยง

นิยามเชิงปฏิบัติการ

ความเชื่อที่ไม่สอดคล้องทางปัญญา คือ ความเชื่อที่ทำให้บุคคลลดความคับข้องใจจากการที่ส่วนของปัญญา 2 ส่วน ไม่คล้องจองกันหรือไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เช่น ต้องตัดสินใจในเรื่องที่ขัดแย้งกัน (Festinger, 1957) ในงานวิจัยนี้ คือ เรื่องการสูบบุหรี่ ซึ่งคนสูบบุหรี่จะมีความเชื่อที่ขัดแย้งกันระหว่างประโยชน์กับโทษจากการสูบบุหรี่ และอันตรายกับความปลอดภัยของบุหรี่ วัดโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจากฉบับที่ทำการศึกษาของ Fotuhi, Fong, Zanna, Borland, Yong, and Cummings (2013) และ Yong and Borland (2008) โดยแบ่งเป็น 2 องค์ประกอบ คือ 1) Functional beliefs หมายถึงความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์จากการสูบบุหรี่มี 6 ตัวบ่งชี้ คือ การมีความสุข (Enjoyment/pleasure), การจัดการความเครียด (Stress management),

การช่วยเพิ่มสมาธิ (Concentration aid), การเป็นส่วนที่สำคัญของชีวิต (Life enhancement), การช่วยเข้าสังคม (Social enhancement), การควบคุมน้ำหนัก(Weight control) และ 2) Risk-minimizing beliefs หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับการลดทอนความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ มี 4 ตัวบ่งชี้ คือ ความเชื่อที่ละเว้นปัญหาที่จะเกิดกับตน (Bulletproof beliefs), ความเชื่อที่ลดทอนอันตราย (Skeptic beliefs), ความเชื่อที่ให้คุณค่ากับการสูบบุหรี่ (“Worth it” beliefs), ความเชื่อที่กระจายความเสี่ยงของอันตรายไปยังสิ่งอื่น (Jungle beliefs)

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความเชื่อที่ไม่สอดคล้องทางปัญญาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ไปดำเนินการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน โดยมีขั้นตอน ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ คนสูบบุหรี่ช่วงวัยรุ่นตอนปลาย-วัยผู้ใหญ่ อายุ 16-55 ปี ในประเทศไทย โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างใช้เกณฑ์ของ Hair, Black, Babin, and Anderson (2009) ซึ่งกำหนดว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างควรมีอย่างน้อย 5-10 เท่าของตัวแปรสังเกตได้ สำหรับการวิจัยนี้จึงกำหนดไว้ที่ 100 คน (แต่เก็บข้อมูลได้ 147 คน)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามความเชื่อที่ไม่สอดคล้องทางปัญญาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ผู้วิจัยนำมาจากฉบับที่ทำการศึกษาของ Fotuhi, Fong, Zanna, Borland, Yong, and Cummings (2013) และ Yong and Borland (2008) แล้วทำการแปลเครื่องมือข้ามวัฒนธรรม (Back Translation) โดยวัดทั้งหมด 2 ด้าน คือ ด้านความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ (F) จำนวน 6 ข้อคำถาม และ ด้านความเชื่อเกี่ยวกับการลดทอนความเสี่ยง (R) จำนวน 4 ข้อคำถาม รวมทั้งหมดจำนวน 10 ข้อคำถาม มีลักษณะแบบวัดเป็นมาตรวัดประเมินค่า มีค่าคะแนนระหว่าง 1-5 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งจนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามมีค่า .791 และ .602 ซึ่งมากกว่า .6 ถือได้ว่ามีความเชื่อมั่นและสามารถนำไปใช้ในการประเมินความเชื่อที่ไม่สอดคล้องทางปัญญาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่สำหรับประชากรไทย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง โดยใช้วิธีส่งข้อความส่วนตัวทางสังคมออนไลน์บนอินเทอร์เน็ต และแอปพลิเคชันสำหรับสนทนา กล่าวคือ เฟซบุ๊ก ทวิตเตอร์ อินสตาแกรม และไลน์ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความมีตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถามด้วยการ 1) เข้าไปดูหน้าโปรไฟล์โดยต้องมีการโพสต์เรื่องราวส่วนตัวหรือรูปภาพบุคคล 2) เมื่อทำแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยโน้มน้าวให้ส่งข้อความตอบกลับ เพื่อรับของรางวัลเป็นอีบุ๊ก

2. ผู้เข้าร่วมโครงการทุกคนทำแบบสอบถามความเชื่อที่ไม่สอดคล้องทางปัญญาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ โดยระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้เวลาทั้งสิ้น 1 เดือน (ตุลาคม 2561)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistics) ใช้วิเคราะห์ลักษณะเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การวิเคราะห์การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) โดยใช้โปรแกรม LISREL 8.72

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันมีรายละเอียดดังนี้

ลักษณะเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง โดยทุกคนต้องกำลังสูบบุหรี่อยู่ในขณะนี้อย่างเป็นประจำ มีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 153 คน จากนั้นผู้วิจัยทำการคัดเลือกให้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ กล่าวคือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันไม่เกิน 0.8 และ ไม่มีข้อมูลที่เป็น Outlier โดย |z| ต้องน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ข้อมูลลักษณะเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการคัดกรองแล้วเป็นดังตารางที่ 1 กล่าวคือ มีจำนวนทั้งสิ้น 147 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 65.3) และส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในช่วงอายุ 21–25 ปี (ร้อยละ 29.3) อายุเฉลี่ยคือ 28.16 ปี (*SD* = 8.57)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลลักษณะเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	96	65.3
หญิง	51	34.7
รวม	147	100.0
อายุ (ปี)		
16 – 20	27	18.4
21 – 25	43	29.3
26 – 30	26	17.7
31 – 35	24	16.3
36 – 40	12	8.2
41 – 45	6	4.0
46 – 50	8	5.4
51 – 55	1	0.7
รวม	147	100.0
อายุเฉลี่ย (*SD*)	28.16 ปี (*SD* = 8.57)	

ผลการวิเคราะห์

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 2 (Second order confirmatory factor analysis) ตามขั้นตอนดังนี้ ผู้วิจัยคำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแต่ละองค์ประกอบ หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างองค์ประกอบ ตรวจสอบการแจกแจงปกติของข้อมูล หาค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าความคลาดเคลื่อนของโมเดล และหาค่าดัชนีความสอดคล้องกลมกลืน

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแต่ละองค์ประกอบ และค่าความเที่ยง แสดงผลในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความเที่ยง

ตัวแปร	Mean	S.D.	Cronbach's alpha
Functional beliefs			.791
Enjoyment/Pleasure	2.96	1.210	
Stress management	3.82	1.086	
Concentration aid	2.81	1.224	
Life enhancement	2.46	1.240	
Social enhancement	1.99	1.123	
Weight control	1.54	.813	
Risk-minimizing beliefs			.602
Bulletproof beliefs	1.90	1.081	
Skeptic beliefs	2.43	1.583	
"Worth it" beliefs	2.29	1.287	
Jungle beliefs	2.58	1.375	

จากตารางที่ 2 พบว่าตัวแปรที่มีระดับการเห็นด้วยมากที่สุด คือ Stress management ($\bar{x}$ = 3.82, S.D. = 1.086) รองลงมา คือ Enjoyment/Pleasure ($\bar{x}$ = 2.96, S.D. = 1.210) และ Concentration aid ($\bar{x}$ = 2.81, S.D. = 1.224) ส่วนตัวแปรที่มีระดับการเห็นด้วยน้อยที่สุด คือ Weight control ($\bar{x}$ = 1.54, S.D. = .813)

สำหรับค่าความเที่ยงของแบบสอบถามขององค์ประกอบ Functional beliefs และ Risk-minimizing beliefs วัดโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Method) พบว่ามีค่า .791 และ .602 ตามลำดับ ซึ่งมากกว่า .6 ถือได้ว่ามีความเที่ยงที่ยอมรับได้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างตัวแปร แสดงผลในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เมทริกซ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างตัวแปร

	f1	f2	f3	f4	f5	f6	r1	r2	r3	r4
f1	1									
f2	.526**	1								
f3	.587**	.572**	1							
f4	.743**	.505**	.613**	1						
f5	.171*	.172*	.188*	.191*	1					
f6	.287**	.192*	.243**	.323**	.316**	1				
r1	.243**	.283**	.286**	.324**	.196*	.441**	1			
r2	-.044	-.117	.039	-.016	-.062	.100	.036	1		
r3	.324**	.263**	.235**	.261**	.254**	.295**	.453**	.091	1	
r4	.220**	.246**	.225**	.234**	.152	.219**	.392**	-.089	.595**	1

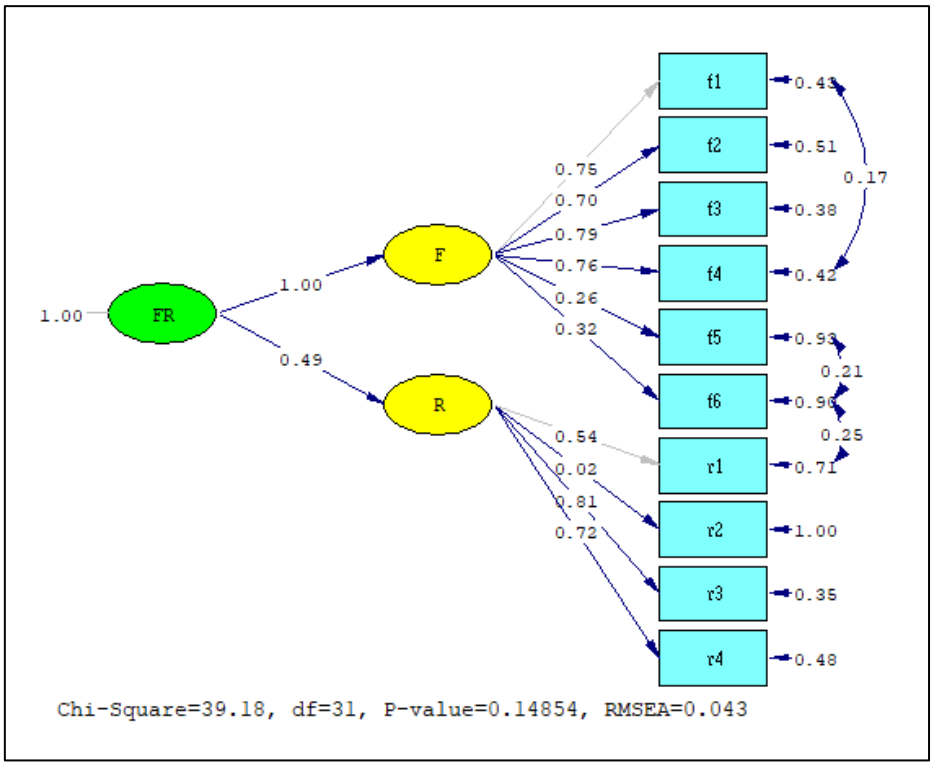
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

จากตาราง 3 พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างตัวแปรจำนวน 10 ตัวแปร มีค่าอยู่ระหว่าง -.089 ถึง .743 โดยองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุดคือ Life enhancement (f4) กับ Enjoyment/Pleasure (f1) แต่ก็ยังไม่เกิน 0.80 ซึ่งเป็นเกณฑ์ขั้นต่ำที่กำหนดไว้ ทำให้ไม่เกิดปัญหาสภาวะการร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity)

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบการแจกแจงปกติของข้อมูล (Normality) โดยการใช้คำสั่ง Data screening ในโปรแกรม Lisrel พบว่าตัวแปรสังเกตทุกตัวมีค่าความเบ้ (Skewness) และความโด่ง (Kurtosis) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นตัวแปร Enjoyment/pleasure ที่พบว่าไม่มีนัยสำคัญ ซึ่งแสดงว่าข้อมูลส่วนใหญ่มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ผู้วิจัยจึงทำการปรับให้ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติโดยใช้คำสั่ง Normal score แล้วจึงทำการวิเคราะห์ข้อมูล

โมเดลการวัดความเชื่อที่ไม่สอดคล้องทางปัญญาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ที่แสดงค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าความคลาดเคลื่อนเป็นดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 แสดงค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าความคลาดเคลื่อนของโมเดลการวัดความเชื่อที่ไม่สอดคล้องทางปัญญาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

จากการทดสอบโมเดลสมมติฐานพบว่าค่อนข้างมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผลการตรวจสอบค่าไค-สแควร์เท่ากับ 39.18 (p = 0.14854) ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 31 และค่าดัชนีอื่น ๆ ผู้วิจัยพิจารณาร่วมกันใน 3 กลุ่มดัชนี ได้แก่ ดัชนีความกลมกลืนแบบสมบูรณ์ (Absolute Fit Indexes) ดัชนีความกลมกลืนเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Fit Indexes) และดัชนีความกลมกลืนเชิงประหยัด (Parsimonious Fit Indexes) เป็นดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ดัชนี	เกณฑ์การพิจารณา	ค่าสถิติในโมเดล
CFI	มากกว่า .90	.98
GFI	มากกว่า .90	.95
AGFI	มากกว่า .90	.91
X^2	สัดส่วน X^2 /df ไม่เกิน 2	1.26
SRMR	น้อยกว่า .05	.063
RMSEA	น้อยกว่า .08	.043
PNFI	มากกว่า.50	.65

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันโมเดลการวัดความเชื่อที่ไม่สอดคล้องทางปัญญาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ทั้งลำดับแรกและลำดับที่สอง เป็นดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันโมเดลการวัด (หลังปรับโมเดล)

องค์ประกอบ	Item	β คะแนนมาตรฐาน	B คะแนนดิบ	SE	t	R^2
การวิเคราะห์องค์ประกอบลำดับแรก						
ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ (Functional beliefs)	ฉันมีความสุขกับการสูบบุหรี่มากจนเลิกสูบไม่ได้	0.75	0.91	-	-	0.57
	การสูบบุหรี่ทำให้ฉันผ่อนคลายเวลาเครียดหรืออารมณ์ไม่ดี	0.70*	0.76	0.10	7.39	0.49
	การสูบบุหรี่ช่วยให้ฉันมีสมาธิดีขึ้น	0.79*	0.96	0.12	7.93	0.62
	การสูบบุหรี่เป็นส่วนที่สำคัญของชีวิตฉัน	0.76*	0.94	0.09	11.01	0.58
	การสูบบุหรี่ทำให้ฉันเข้าสังคมได้ง่ายขึ้น	0.26*	0.29	0.10	2.82	0.07
	การสูบบุหรี่ช่วยให้ฉันควบคุมน้ำหนักได้	0.32*	0.26	0.07	3.60	0.10
ความเชื่อเกี่ยวกับการลดทอนความเสี่ยง (Risk-minimizing beliefs)	ฉันมีพันธุกรรมที่แข็งแรง ที่ทำให้ฉันสามารถสูบบุหรี่ได้โดยไม่มีปัญหาสุขภาพ	0.54	0.57	-	-	0.29
	ข้อมูลทางการแพทย์ที่บอกว่าการสูบบุหรี่นั้นอันตราย เป็นการกล่าวเกินความจริง	0.02	0.03	0.15	0.18	0.00
	อย่างไรเสียฉันก็ต้องตาย ทำไมไม่ทำตัวเองให้มีความสุขและสูบบุหรี่	0.81*	1.04	0.19	5.54	0.65
	การสูบบุหรี่ไม่ได้อันตรายไปกว่าสิ่งอื่นอีกมากมายที่คนเราทำ	0.72*	0.99	0.18	5.58	0.52
การวิเคราะห์องค์ประกอบลำดับสอง						
ความเชื่อที่ไม่สอดคล้องทางปัญญาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ (Cognitive dissonance beliefs about smoking)	ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ (Functional beliefs)	1.00*	1.00	0.11	9.45	-
	ความเชื่อเกี่ยวกับการลดทอนความเสี่ยง (Risk-minimizing beliefs)	0.49*	0.49	0.12	4.02	-

* $p < .05$

- ไม่รายงานค่า SE และ t เนื่องจากเป็นพารามิเตอร์บังคับ (Constrained Parameters)

ตัวแปร Cognitive Dissonance Beliefs about smoking มี 2 องค์ประกอบคือ Functional beliefs และ Risk-minimizing beliefs โดยองค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐานมากที่สุดคือ Functional beliefs (β = 1.00) รองลงมาคือ Risk-minimizing beliefs (β = 0.49)

โดยที่องค์ประกอบ Functional beliefs ที่วัดโดยตัวแปรสังเกตได้ ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) สูงที่สุด คือ Concentration aid (β = 0.79) โดยตัวบ่งชี้นี้มีความเชื่อมั่นในการวัดตัวแปรแฝง Functional beliefs ร้อยละ 62 (R^2 = 0.62) รองลงมา คือ Life enhancement (β = 0.76), Enjoyment/pleasure (β = 0.75), Stress management (β = 0.70), Weight control (β = 0.32), Social enhancement (β = 0.26) โดยตัวบ่งชี้นี้มีความเชื่อมั่นในการวัดตัวแปรแฝง Functional beliefs ร้อยละ 58 (R^2 = 0.58), ร้อยละ 57 (R^2 = 0.57), ร้อยละ 49 (R^2 = 0.49), ร้อยละ 10 (R^2 = 0.10), ร้อยละ 7 (R^2 = 0.07) ตามลำดับ

องค์ประกอบ Risk-minimizing beliefs ที่วัดโดยตัวแปรสังเกตได้ ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) สูงที่สุด คือ “Worth it” beliefs (β = 0.81) โดยตัวบ่งชี้นี้มีความเชื่อมั่นในการวัดตัวแปรแฝง Risk-minimizing beliefs ร้อยละ 65 (R^2 = 0.65) รองลงมาคือ Jungle beliefs (β = 0.72), Bulletproof beliefs (β = 0.54), Skeptic beliefs (β = 0.02) โดยตัวบ่งชี้นี้มีความเชื่อมั่นในการวัดตัวแปรแฝง Risk-minimizing beliefs ร้อยละ 52 (R^2 = 0.52), ร้อยละ 29 (R^2 = 0.29), ร้อยละ 0 (R^2 = 0.00) ตามลำดับ

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของความเชื่อที่ไม่สอดคล้องทางปัญญาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในประชากรไทย ข้อสรุป อภิปรายและข้อเสนอแนะมีดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. โมเดลความเชื่อที่ไม่สอดคล้องทางปัญญาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผลการตรวจสอบค่าไค-สแควร์ เท่ากับ 39.18 (p = 0.14854) ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 31 ค่าดัชนี CFI และ RMSEA เท่ากับ .98 และ .043 ตามลำดับ

2. ตัวแปร Cognitive Dissonance Beliefs about smoking มี 2 องค์ประกอบคือ Functional beliefs และ Risk-minimizing beliefs โดยองค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐานมากที่สุด คือ Functional beliefs รองลงมาคือ Risk-minimizing beliefs โดยที่องค์ประกอบ Functional beliefs ที่วัดโดยตัวแปรสังเกตได้ ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) สูงที่สุด คือ Concentration aid รองลงมาคือ Life enhancement, Enjoyment/pleasure, Stress management, Weight control และ Social enhancement ตามลำดับ ส่วนองค์ประกอบ Risk-minimizing beliefs ที่วัดโดยตัวแปรสังเกตได้ ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) สูงที่สุด คือ “Worth it” beliefs รองลงมาคือ Jungle beliefs, Bulletproof beliefs และ Skeptic beliefs ตามลำดับ โดยองค์ประกอบที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติมี 1 องค์ประกอบ คือ Skeptic beliefs

อภิปรายผล

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของความเชื่อที่ไม่สอดคล้องทางปัญญาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ พบ 2 องค์ประกอบ คือ Functional beliefs และ Risk-minimizing beliefs ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Fotuhi, Fong, Zanna, Borland, Yong, and Cummings (2013)

ตัวบ่งชี้ที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติคือ Skeptic beliefs ซึ่งตรงกับข้อคำถามที่ว่า “ข้อมูลทางการแพทย์ที่บอกว่าการสูบบุหรี่นั้นอันตราย เป็นการกล่าวเกินความจริง” อาจเป็นเพราะลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาแตกต่างไปจากประชากรในการพัฒนาเครื่องมือต้นแบบ

ซึ่งเป็นประเทศแถบตะวันตก และออสเตรเลีย (Guillaumier, Bonevski, Paul, D'Este, Twyman, Palazzi, & Oldmeadow, 2016) จึงอาจจะมีวิธีคิดและวัฒนธรรมแตกต่างออกไปจากคนไทย

อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้สอบถามข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ เช่น ระดับการศึกษา รายได้ ความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ หรือปริมาณบุหรี่ที่สูบ เป็นต้น ร่วมด้วย จึงไม่สามารถเปรียบเทียบในแง่มุมอื่น

ตัวบ่งชี้ที่มีระดับการเห็นด้วยของผู้สูบบุหรี่มากที่สุดคือ Stress management รองลงมาคือ Enjoyment/Pleasure และ Concentration aid ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าเป็นตัวบ่งชี้ของ Functional beliefs ดังนั้นในการสร้างการรณรงค์และการบำบัดทางปัญญาจึงควรให้ความสนใจกับองค์ประกอบส่วนนี้ ซึ่งเป็นความเชื่อที่ผู้สูบบุหรี่มีความเชื่อว่าการสูบบุหรี่มีประโยชน์ในทางใดทางหนึ่ง โดยเฉพาะการช่วยจัดการความเครียดซึ่งมีคะแนนค่าเฉลี่ยสูงถึง 3.82 จาก 5 คะแนน

ในแง่ของข้อคำถามที่ใช้เป็นตัวแทนของตัวแปรสังเกตได้มี 1 ข้อคำถามต่อ 1 ตัวแปรสังเกตได้ ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากการศึกษาล่าสุดที่เกี่ยวกับความเชื่อที่ไม่สอดคล้องทางปัญญาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีบางการศึกษาก่อนหน้าที่ใช้ข้อคำถามมากกว่า 1 ข้อต่อ 1 ตัวแปรสังเกตได้ โดยโดยเฉพาะองค์ประกอบด้าน Risk-minimizing beliefs (Guillaumier, Bonevski, Paul, D'Este, Twyman, Palazzi, & Oldmeadow, 2016) จึงอาจเป็นไปได้ว่าความแตกต่างของปัจจัยด้านเครื่องมือวัด ทำให้ผลการศึกษาแตกต่างออกไป

อย่างไรก็ดี ระดับการเห็นด้วยของตัวบ่งชี้ Skeptic beliefs นี้ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.43 ซึ่งไม่ได้ต่ำที่สุด ดังนั้นการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันในครั้งนี้ ถึงแม้ว่า Skeptic beliefs จะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ก็ไม่สามารถสรุปได้ว่าคนสูบบุหรี่จะไม่มีความเชื่อนี้อยู่ เพียงแต่บอกได้ว่า Skeptic beliefs ไม่มีน้ำหนักมากพอที่จะนำมาอธิบายความเป็นตัวบ่งชี้ของ Risk-minimizing beliefs และ Cognitive Dissonance Beliefs about smoking ได้

ข้อจำกัด

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อจำกัดในเรื่องช่องทางและระยะเวลาในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งส่วนใหญ่ผู้วิจัยใช้วิธีการส่งข้อความส่วนตัวไปทางกล่องข้อความของโปรแกรม/แอปพลิเคชั่นสังคมออนไลน์ เพื่อความเป็นส่วนตัว โดยผู้ได้รับข้อความจะทราบก็ต่อเมื่อมาเช็คดูกล่องข้อความเท่านั้น โดยพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งตอบกลับมาหลังจากที่สิ้นสุดระยะเวลาการเก็บข้อมูลไปแล้ว ทำให้การตอบกลับมีอัตราที่น้อย (น้อยกว่า 50%) ในแง่ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีการกระจายของเพศและอายุไม่เท่ากัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 65.3) และส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในช่วงอายุ 21 – 25 ปี (ร้อยละ 29.3)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. แบบสอบถามความเชื่อที่ไม่สอดคล้องทางปัญญาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่นี้สามารถนำไปใช้เพื่อเป็นตัวแปรในการศึกษาอื่นๆ ต่อไปในอนาคต เช่น ในการวิจัยเชิงทดลองที่ต้องการวัดพฤติกรรมภายในร่วมด้วย

2. ควรมีการพิจารณาปัจจัยทางด้านปัญญาร่วมด้วยในการบำบัดผู้สูบบุหรี่ที่ต้องการเลิกสูบ โดยเฉพาะองค์ประกอบด้านความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ (Functional beliefs)

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาระยะยาว เกี่ยวกับความเชื่อที่ไม่สอดคล้องทางปัญญาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่และสูบบุหรี่ในแต่ละระยะของความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ เพื่อทำการเปรียบเทียบ

2. การวิเคราะห์องค์ประกอบความเชื่อที่ไม่สอดคล้องทางปัญญาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ครั้งนี้นำแนวทางของการเลือกองค์ประกอบมาจากต่างประเทศ ดังนั้นจึงอาจทำการผสานวิธีวิจัยเชิงคุณภาพร่วมด้วยเพื่อศึกษาองค์ประกอบอื่นๆ ในประชากรไทย ซึ่งอาจมีความแตกต่างไปจากต้นฉบับ

3. ควรมีกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น เพื่อให้มีการกระจายของเพศและอายุใกล้เคียงกัน

เอกสารอ้างอิง

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2554. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มสถิติสังคม สำนักสถิติสังคม.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Health Effects of Cigarette Smoking. Retrieved Jan 2, 2018, Web site: https://www.cdc.gov/tobacco/datastatistics/fact_sheets/health_effects/effects_cig_smoking/

Chapman, S. ,Wong, W. L., & Smith, W. (1993). Self-exempting beliefs about smoking and health: Differences between smokers and ex-smokers. American Journal of Public Health, 83(2), 215–219.

Festinger, L. (1957). A theory of cognitive dissonance. California: Standford University Press.

Fotuhi, O., Fong, G.T., Zanna, M.P., Borland, R., Yong, H., & Cummings, K.M. (2013). Patterns of Cognitive Dissonance Beliefs among smokers: a longitudinal analysis from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. Tobacco Control, *22*, 52-58.

Guillaumier, A., Bonevski, B., Paul, C., D'Este, C., Twyman, L., Palazzi, K., & Oldmeadow C., (2016). Self-Exempting Beliefs and Intention to Quit Smoking within a Socially Disadvantaged Australian Sample of Smokers. *Int.* J. Environ. Res. Public Health, *13*(118), 1-10.

Hair, J. F., Black, W.C., Babin, B.J. & Anderson, R.E.. (2009). *Multivariate data analysis*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall International.

McMaster, C., & Lee, C. (1991). Cognitive dissonance in tobacco smokers. Addictive Behaviors, *16*(5), 349–353.

Yong, H., Borland, R. (2008). Functional beliefs about smoking and quitting activity among adult smokers in four countries: Findings from the international tobacco control four-country survey. Health Psychol, *27*(30), S216-S223.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ตำบลบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

จารุวรรณ บุญวุฒิวิวัฒน์*
พงศ์พิษณุ บุญดา**

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยจากบริบททางสังคม และปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรมที่มีต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในตำบลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก โดยตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวน 280 คน โดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าสัมประสิทธิ์เชื่อถือได้ 0.845 เป็นเครื่องมือในการจัดเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression) เพื่อหาอิทธิพลของปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ผลการวิจัยพบว่า (1) ตัวแปรการคล้อยตามเพื่อนบ้าน การกำหนดมาตรการลงโทษ ความสามารถและพฤติกรรมการดื่มในครอบครัว ที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในลักษณะการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในบ้านได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งตัวแปรทั้งสี่สามารถอธิบายการผันแปรพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ได้ร้อยละ 58.9(R^2 =0.589) (2) ตัวแปรการคล้อยตามเพื่อนบ้าน ความสามารถ การกำหนดมาตรการลงโทษ อาชีพหลักของผู้ปกครอง และการให้คำแนะนำ ที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในลักษณะการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์นอกบ้านได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งตัวแปรทั้งห้าสามารถอธิบายการผันแปรพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นได้ร้อยละ 57.6 (R^2 =0.576)

คำสำคัญ: การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์; นักเรียนชั้นมัธยม; ทฤษฎีอิทธิพลไทรอาติก

*โรงพยาบาลบางระกำ, จังหวัดพิษณุโลก
**วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

Factor Affecting to Adolescent Alcohol Drinking in Bangrakam sub-district, Bangrakam District, Phitsanulok Province

Jaruwan Boonwuttiviwat*
Pongphitsanu Boonda**

Abstract

This research aimed to study intra-personal influence factors, social context influence factors and cultural environment influence factors affecting alcohol drinking in high-school students in Bangrakam District, Phitsanulok Province. There were 280 samples in the study. Survey data were collected by questionnaires. The reliability of the questionnaires was 0.845. Data analyzed with the use of descriptive statistics and multiple linear regression to find factor affecting alcohol drinking in high-school students.

Research findings which expressed the factor affecting alcohol drinking were: (1) conforming to neighbors, determination of punitive measures, ability, and family drinking behavior that together predicted adolescent alcohol drinking behavior In the manner of drinking alcoholic beverages in the home with statistical significance which all four variables can explain the variability of alcohol drinking behavior of teenagers at 58.9 percent (R^2 = 0.589); (2) conforming to neighbors, determination of punitive measures, ability, the main occupation of parents, and giving advice that together predicted adolescent alcohol drinking behavior In the manner of drinking alcoholic beverages out the home with statistical significance which all four variables can explain the variability of alcohol drinking behavior of teenagers at 57.6 percent (R^2 = 0.576).

Keywords: alcohol drinking; high school students; Triadic influence theory

*Bangrakam Hospital , Phitsanulok Province
**Sirindhorn College of Public Health , Phitsanulok Province

บทนำ

ยุทธศาสตร์การพัฒนาคนในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ได้มุ่งเน้นการเตรียมเยาวชนให้มีความพร้อมทั้งทางด้านจิตใจ ทักษะชีวิตและความรู้พื้นฐานโดยผลักดันให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการพัฒนาเยาวชนให้ห่างไกลจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาเสพติด (คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ , 2554) อย่างไรก็ตาม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นเครื่องดื่มที่นิยมกันอย่างแพร่หลายในสังคมไทย สามารถพบเห็นการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ในทุก ๆ เหตุการณ์ เช่น งานเลี้ยงฉลอง งานสังสรรค์ งานทำบุญ หรือแม้กระทั่งงานศพ จึงอาจจะกล่าวได้ว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรม การบริโภคของคนไทย การรณรงค์ให้เยาวชน ห่างไกลจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงเป็นสิ่งที่ยาก และต้องใช้ความพยายามและความร่วมมือกันอย่างมาก จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2557 พบว่าประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 32.3 เป็นผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์วัยเยาวชน (15-24 ปี) มีอายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่ม คือ 16.7 ปี และมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนขับรถ และเคยได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุสูงกว่าวัยอื่นๆ(สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) สาเหตุที่เยาวชน บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น เนื่องจากเยาวชนเป็นวัยที่อยากรู้อยากลอง ต้องการความเป็นอิสระและความเป็นส่วนตัวสูง ซึ่งเมื่อบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้าไปแล้วอาจจะเป็นสิ่งที่ชักจูงนำไปสู่การใช้ความรุนแรงได้ง่ายขึ้น ได้แก่ ทะเลาะวิวาทกับเพื่อน ทำร้ายร่างกายและฆ่าผู้อื่น เป็นต้น (สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553; Piyasil, 2008) จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนและวัยรุ่นในปัจจุบันนั้น จำเป็นจะต้องมีการระวังและป้องกัน อย่างจริงจัง เพราะอายุของผู้เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ ดังนั้นทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยรุ่นมากขึ้น เนื่องจากวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงจากพัฒนาการทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ที่ทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการดื่มได้ง่ายกว่ากลุ่มอายุอื่นการแสวงหาแนวทางเพื่อการควบคุมการขยายตัวของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และลดความสูญเสียทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะในวัยรุ่น ซึ่งเสี่ยงต่อการดื่มและการได้รับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากเป็นอันดับสอง รองจากกลุ่มที่อยู่ในวัยทำงาน (บัณฑิต และคณะ, 2553) การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเน้นความสนใจ เกี่ยวกับปัจจัยและกระบวนการเข้าสู่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบที่ติดตามมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น เนื่องจากวัยรุ่นซึ่งเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่สำคัญยิ่ง ที่จะต้องพัฒนาศักยภาพในการเป็นผู้ใหญ่ในวันข้างหน้า แต่ประชากรกลุ่มผู้เป็นวัยที่อยู่ในช่วงแห่งการเปลี่ยนแปลงจากเด็กเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ มักจะมีอารมณ์อ่อนไหว และถูกชักจูงให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ง่าย เป็นวัยที่อยากรู้อยากเห็น อยากเล่น อยากลอง มีความต้องการที่จะเลือกทำกิจกรรมต่าง ๆ แต่ความละเอียดอ่อนของจิตใจวัยรุ่นเป็นปัจจัยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะตัดสินใจดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบกับในทุกวันนี้กลุ่มเป้าหมายทางการตลาดของเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์พยายามจับกลุ่มเป้าหมายทำตลาดไปที่กลุ่มวัยรุ่นวัยเรียน ด้วยการสร้างค่านิยมการดื่มแล้วดูดีและอีกหลากหลายวิธีเพื่อจูงใจให้ผู้ที่ไม่เคยดื่มได้ทดลองลองดื่ม ขณะเดียวกันกลุ่มธุรกิจ และผู้จำหน่ายดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉพาะร้านประเภท ผับ บาร์ พยายามใช้กลยุทธ์การส่งเสริมการตลาดเพื่อดึงดูดลูกค้ากลุ่มวัยรุ่น

ให้เป็นลูกค้าของร้าน (พนมพร ธรศรี, 2548) การศึกษาครั้งนี้ มุ่งที่จะศึกษาปัจจัยและพฤติกรรมที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นที่อยู่ในวัยเรียนระดับมัธยมศึกษาในตำบลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก โดยใช้กรอบแนวคิด ทฤษฎีอิทธิพลไทรอาดิก (Triadic influence theory) พัฒนาขึ้นโดย เฟรย์ และเพเทรียติส (Flay and Petraitis, 1994) เป็นแนวทางในการศึกษา ทฤษฎีนี้ได้กล่าวถึงปัจจัยจากอิทธิพล 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยจากภายในตัวบุคคล(intra-personal influence factor) ปัจจัยจากบริบททางสังคม (social context influence factor) และปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม (cultural environment influence factor) รวมทั้งพฤติกรรมอื่นที่เกี่ยวข้องที่มีผลต่อพฤติกรรมของวัยรุ่น ผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบายให้ทราบถึงสถานการณ์และความเป็นไปของปัญหาที่เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเห็นความสำคัญในการควบคุมปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

1. วิธีการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนระดับมัธยมในอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการจัดเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ประชากร และตัวอย่างประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาในโรงเรียน สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ในอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก มีประชากรนักเรียนระดับมัธยมศึกษา จำนวนรวมทั้งสิ้น 1,353 คน โดยตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้มาจากการเลือกตัวอย่างแบบอ้างอิงความน่าจะเป็น (probabilistic sampling) โดยเลือกตัวอย่างแบบ กลุ่มสองขั้น (two-stage cluster sampling) มีหน่วยตัวอย่างปฐมภูมิ(primary sampling unit, PSU) คือ โรงเรียนระดับมัธยมศึกษา และหน่วยตัวอย่าง ทุติยภูมิ (secondary sampling unit, SSU) คือห้องเรียนระดับมัธยมศึกษา การเลือกตัวอย่างแต่ละขั้นใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) ในขั้นที่หนึ่งเลือก โรงเรียน ในขั้นที่สอง เลือกห้องเรียนในระดับมัธยมศึกษา จากแต่ละโรงเรียน ซึ่งนักเรียนทุกคนที่อยู่ในห้องเรียนที่ถูกเลือกเป็นตัวอย่างจะเป็นผู้ให้ข้อมูล โดยการตอบแบบสอบถาม ได้ตัวอย่างนักเรียนระดับมัธยมศึกษา รวมทั้งสิ้น 280 คน

3. เครื่องมือและการทดสอบคุณภาพ การศึกษานี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยคณะผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากนั้นสร้างแบบสอบถามเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามจะประกอบด้วย 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ของตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ เกรดเฉลี่ย รายได้ สถานภาพการสมรสของบิดามารดา การพักอาศัย ฐานะทางเศรษฐกิจการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของตัวอย่างและบุคคลใกล้ชิด ตอนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลักษณะคำถามเป็นคำถามในแบบมาตรส่วน ประมาณค่า ตามวิธีของลิเคิร์ท (Likert scale) และคำถามวัดความรู้แบบถูกผิด ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity) ในแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ตามวิธีการของ ครอนบาค (cronbach's alpha)

ผลจากการวิเคราะห์พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อถือได้ (reliability coefficient) 0.845 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.6 ซึ่งกล่าวได้ว่าแบบสอบถามฉบับนี้มีความน่าเชื่อถือสามารถนำไปศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ตำบลบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษาครั้งนี้ มีขั้นตอนและรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

4.1 การพรรณนาข้อมูลทั่วไป รวมถึงคำถามเกี่ยวกับความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะใช้การนำเสนอด้วย ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลความหมายของคะแนนที่ได้ (Demircioglu et al., 2014) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	4.21-5.00	คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (มากที่สุด)
คะแนนเฉลี่ย	3.41-4.20	คือ เห็นด้วย (มาก)
คะแนนเฉลี่ย	2.61-3.40	คือ ไม่แน่ใจ (ปานกลาง)
คะแนนเฉลี่ย	1.81-2.60	คือ ไม่เห็นด้วย (น้อย)
คะแนนเฉลี่ย	1.00-1.80	คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (น้อยที่สุด)

4.2 การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใช้ สถิติทดสอบไคกำลังสอง (Chi-square test)

4.3 การวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของเยาวชน

พบว่าวัยรุ่นตำบลบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.9 อายุ 10-15 ปี ร้อยละ 78 ระดับการศึกษาเป็นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 77.5 ลักษณะการพักอาศัยส่วนใหญ่พักกับครอบครัวตนเอง อยู่ร่วมกับ บิดา/มารดาของตนเองร้อยละ 83.6 รายได้ต่อเดือน 501-1,000 บาท ร้อยละ 57.9อาชีพหลักของผู้ปกครองทำไร่ทำนา ร้อยละ 90.4 และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในครอบครัวดื่มร้อยละ 46.1 ไม่ดื่ม 53.9 ดังรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของข้อมูลพื้นฐานของวัยรุ่นตำบลบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (N=280)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	129	46.1
หญิง	151	53.9
อายุ		
10-15 ปี	219	78.2
16-20 ปี	61	21.8
ระดับการศึกษา		
ชั้นประถมศึกษา	4	1.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	217	77.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย	59	21.1
ลักษณะการพักอาศัย		
-ครอบครัวตนเอง อยู่ร่วมกับ บิดา/ มารดาของตนเอง	234	83.6
-ครอบครัวตนเอง อยู่ร่วมกับ บิดา/ มารดาของภรรยา หรือสามี	12	4.3
-ครอบครัวตนเอง (พ่อ/ แม่/ ลูก)	34	12.1
-ครอบครัวตนเอง (สามี/ ภรรยา)	-	-

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (N=280)	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน		
1-500 บาท	22	7.9
501-1,000 บาท	162	57.9
1,001-1,500 บาท	34	12.1
1,500 บาทขึ้นไป	62	22.1
อาชีพหลักของผู้ปกครองของท่าน		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	.7
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	1	.4
ลูกจ้างเอกชน/บริษัท	8	2.9
ค้าขาย	7	2.5
ทำไร่ทำนา	253	90.4
อื่นๆ	9	3.3
พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในครอบครัว		
ดื่ม	129	46.1
ไม่ดื่ม	151	53.9

ส่วนความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปรับปรุง (1-59 คะแนน) ร้อยละ 90.7 มีความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมของคนในครอบครัวในการควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ ในด้านการให้ความรู้ความเข้าใจ ร้อยละ 46.6 ด้านการให้คำแนะนำ ร้อยละ 41.1 และด้านการกำหนดมาตรการลงโทษ ร้อยละ 37.1 ความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ ด้านความสามารถร้อยละ 46.4 ด้านความภาคภูมิใจในรูปร่างหน้าตา ร้อยละ 44.3 ด้านความภาคภูมิใจในลักษณะเด่น ร้อยละ 57.5 ด้านการยอมรับตนเอง ร้อยละ 62.1 และด้านความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ร้อยละ 60.4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคล้อยตามเพื่อนบ้านอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 40.4 เกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุรา ในลักษณะการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในบ้านร้อยละ 36.4 และในลักษณะการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์นอกบ้านร้อยละ 35.7

2. การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใช้สถิติทดสอบไคกำลังสอง (Chi-square test)

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของคนในครอบครัวในการควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ตำบลบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

ตัวแปร	พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ตำบลบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก					Chi-sq. (sig.)
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
คุณลักษณะส่วนบุคคล						
อายุ	ลักษณะการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในบ้าน					
10-15ปี	26.8%	17.9%	26.8%	6.4%	0.4%	0.003
16-20 ปี	3.9%	3.2%	9.6%	5.0%	0.0%	
	ลักษณะการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์นอกบ้าน					
10-15 ปี	30.4%	15.0%	26.4%	6.1%	0.4%	0.005
16-20 ปี	3.6%	4.6%	9.3%	4.3%	0.0%	
ลักษณะการพักอาศัย	ลักษณะการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในบ้าน					
ครอบครัวตนเอง อยู่ร่วมกับบิดา/ มารดา ของตนเอง	27.1%	14.6%	33.6%	7.9%	0.4%	0.003
ครอบครัวตนเอง (สามี/ ภรรยา)	0.7%	1.4%	0.7%	1.4%	0.0%	
พ่อ/แม่/ลูก	2.9%	5.0%	2.1%	2.1%	0.0%	
รายได้	ลักษณะการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์นอกบ้าน					
1- 500 บาท	5.0%	1.4%	1.4%	0.0%	0.0%	0.03
501 - 1,000บาท	20.0%	11.8%	20.4%	5.4%	0.4%	
1,001 - 1,500 บาท	4.3%	3.2%	3.9%	0.7%	0.0%	
1,501 - 2,000บาท	4.6%	3.2%	10.0%	4.3%	0.0%	
ความรู้	ลักษณะการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในบ้าน					
1-59คะแนน (ต้องปรับปรุง)	23.2%	20.4%	36.1%	10.7%	0.4%	0.001
60-69 คะแนน (พอใช้)	5.0%	0.0%	0.4%	0.7%	0.0%	
70-79 คะแนน (ดี)	2.5%	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	
	ลักษณะการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์นอกบ้าน					
1-59คะแนน (ต้องปรับปรุง)	27.1%	18.2%	35.4%	9.6%	0.4%	0.003
60-69 คะแนน (พอใช้)	4.3%	0.7%	0.4%	0.7%	0.0%	
70-79 คะแนน (ดี)	2.5%	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	

ผลการทดสอบระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมของคนในครอบครัวในการควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05

โดยอายุ 10-15 ปี จะมีพฤติกรรมของคนในครอบครัวในการควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับน้อยที่สุด และปานกลางในลักษณะการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในบ้าน และมีพฤติกรรมของคนในครอบครัวในการควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับน้อยที่สุดในลักษณะการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์นอกบ้าน

ลักษณะการพักอาศัย ของครอบครัวตนเอง อยู่ร่วมกับ บิดา/ มารดา ของตนเองจะมีพฤติกรรมของคนในครอบครัวในการควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับน้อยที่สุดในลักษณะการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในบ้าน

รายได้ของวัยรุ่น 501 – 1,000 บาท จะทำให้มีพฤติกรรมของคนในครอบครัวในการควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับน้อยที่สุดและปานกลาง ในลักษณะการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์นอกบ้าน

2.2 ปัจจัยอื่น ๆ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของคนในครอบครัวในการควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

โดยความรู้ระดับ 1-59 คะแนน (ต้องปรับปรุง) จะทำให้มีพฤติกรรมของคนในครอบครัวในการควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับน้อยที่สุด และปานกลาง ทั้งในลักษณะการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในบ้าน และลักษณะการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์นอกบ้าน

ส่วนความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมของคนในครอบครัวในการควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในด้านการให้ความรู้ความเข้าใจ ด้านการให้คำแนะนำ และด้านการกำหนดมาตรการลงโทษมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ตำบลบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.001)

ความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในด้านความสามารถด้านความภาคภูมิใจในรูปร่างหน้าตา ด้านความภาคภูมิใจในลักษณะเด่น ด้านการยอมรับตนเอง และด้านความคิดริเริ่มสร้างสรรค์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ตำบลบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.001)

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการคล้อยตามเพื่อนบ้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ตำบลบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 (P-value=0.001)

3. การวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้วิธี การถดถอย (simple regression) การวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้วิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression) พบว่า

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise ในการพยากรณ์พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ตำบลบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก (ในลักษณะการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในบ้าน)

ปัจจัยพยากรณ์	พฤติกรรม	b	Beta	t	sig.
Conform	ในบ้าน	.740	.682	15.939	<0.001
Punish	ในบ้าน	.143	.165	3.761	<0.001
Ability	ในบ้าน	-.176	-.129	-3.247	0.001
Behavior	ในบ้าน	-.164	-.079	-.079	0.044
Constant	ในบ้าน	.982		4.127	<0.001

ในบ้าน : R = 0.768,R^2 =0.589,F = 98.674

จากตารางที่ 3 การศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในลักษณะการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในบ้าน พบว่ามีตัวแปร Conform Punish Ability Behavior ที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.001, < 0.001, 0.001, 0.044) ซึ่งตัวแปรทั้งสี่สามารถอธิบายการผันแปรพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ได้ร้อยละ 58.9 (R^2 =0.589)

สามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบได้ดังต่อไปนี้

(พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น) = .982+.164 (Behavior)+.176 (Ability)+.143 (Punish) +.740 (Conform)

เขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังต่อไปนี้

$Z_{\text{พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น}}$ = 0.682 ($Z_{Conform}$) + 0.165 (Z_{Punish}) + 0.129 ($Z_{Ability}$) + 0.079 ($Z_{Behavior}$)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise ในการพยากรณ์พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ตำบลบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก (ในลักษณะการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์นอกบ้าน)

ปัจจัยพยากรณ์	พฤติกรรม	b	Beta	t	sig.
Conform	นอกบ้าน	.691	.632	14.029	<0.001
Ability	นอกบ้าน	-.168	-.122	-2.718	0.007
Punish	นอกบ้าน	.166	.190	4.219	<0.001
Job	นอกบ้าน	-.117	-.085	-2.151	.032
GiveAdv	นอกบ้าน	-.097	-.090	-1.972	.050
Constant	นอกบ้าน	1.711		4.372	<0.001
นอกบ้าน : R = 0.759,R^2 =0.576,F = 74.559					

จากตารางที่ 4 การศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในลักษณะการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์นอกบ้าน พบว่ามีตัวแปร Conform Ability Punish Job Give Adv ที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.001, 0.007, <0.001, .032, .050) ซึ่งตัวแปรทั้งห้าสามารถอธิบายการผันแปรพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นได้ร้อยละ 57.6 (R^2 =0.576)

สามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบได้ดังต่อไปนี้

(พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น) = 1.711+.097 (GiveAdv)+. 117 (Job)+. 166 (Punish) +.168 (Ability)+.691 (Conform)

เขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังต่อไปนี้

$Z_{\text{พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น}}$ = 0.632 ($Z_{Conform}$+ 0.122 ($Z_{Ability}$)+0.190 (Z_{Punish}) + 0. 085 (Z_{Job}) + 0.090 ($Z_{GiveAdv}$)

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ตำบลบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก” มีประเด็นที่สามารถนำมาอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. ด้านความคิดเห็นของตัวอย่างเกี่ยวกับพฤติกรรมของคนในครอบครัวในการควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในด้านการให้ความรู้ความเข้าใจ ด้านการให้คำแนะนำ และด้านการกำหนดมาตรการลงโทษ

มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในด้านความสามารถด้านความภาคภูมิใจในรูปร่างหน้าตา ด้านความภาคภูมิใจในลักษณะเด่น ด้านการยอมรับตนเอง และด้านความคิดริเริ่มสร้างสรรค์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น และความคิดเห็นเกี่ยวกับการคล้อยตามเพื่อนบ้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ ศิริวรรณ เสรีรัตน์ (2546) ที่กล่าวว่า กลุ่มอ้างอิง (Reference Groups) เป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติ ความคิดเห็น และค่านิยมของบุคคลในกลุ่มอ้างอิง และสอดคล้องตามทฤษฎีพัฒนาการ ทางสังคมของแอดเลอร์ (อุบลรัตน์ เพ็งสถิตย์, 2544) ที่กล่าวว่าบุคคลเมื่ออยู่ในสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมใด จะต้องมีการปรับตัวอยู่ตลอดเวลา และบุคคลนั้นจะต้องมีการยอมรับว่าสังคมมีความคาดหวังอะไรจากตน ฉะนั้นเด็กจึงควรต้องมีการเรียนรู้ทุกสิ่งทุกอย่างตามกฎเกณฑ์ของสังคมและมีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าทัศนคติต่อการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดื่มสุรา (พีรภัทร์ ชูชื่น และคณะ, 2556) อาจอธิบายได้ว่า ทัศนคติต่อการดื่มสุราเป็นความคิด ความรู้สึก ภายในตัวบุคคลที่ทีต่อการดื่มสุราซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมดื่มสุราอีก ทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุที่เข้าใกล้การเป็นวัยรุ่นตอนปลาย (19-20 ปี) (นิตยา คชภักดี, 2554) เป็นวัยที่มีความคิดเป็นของตัวเอง และอาจทำพฤติกรรมต่าง ๆ ตามใจตนเอง หากกลุ่มตัวอย่างมีความคิดหรือความรู้สึกทางบวกต่อ การดื่มสุรา ก็จะทำให้มีพฤติกรรมการดื่มสุรา มากขึ้นด้วยเช่นกัน ดังกล่าวมาข้างต้นจึงทำให้ พบว่าทัศนคติต่อการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดื่มสุรา

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ลักษณะการพักอาศัย รายได้ ความรู้ด้านพฤติกรรมของคนในครอบครัวในการควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในส่วนการให้ความรู้ความเข้าใจ การให้คำแนะนำ และการกำหนดมาตรการลงโทษ ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในส่วนความสามารถความภาคภูมิใจในรูปร่างหน้าตา ความภาคภูมิใจในลักษณะเด่น การยอมรับตนเอง และความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และที่สำคัญคือการคล้อยตามเพื่อนบ้าน

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ได้แก่ การคล้อยตามเพื่อนบ้าน ความสามารถ การกำหนดมาตรการลงโทษ อาชีพหลักของผู้ปกครอง พฤติกรรมการดื่มในครอบครัวและการให้คำแนะนำ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าพฤติกรรมการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุรา (สายพิณ สาประเสริฐ, 2544) อาจอธิบายได้ว่า ครอบครัวนั้นนับว่าเป็นหน่วยย่อยของสังคมที่มีความสำคัญ (สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว, 2552) และมีอิทธิพลในการปฏิบัติตัวของบุคคลในครอบครัวด้วยกันเอง หากบุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมการดื่มสุราก็อาจจะทำให้นักเรียนจ่าทหารเรือที่อาศัยอยู่ในครอบครัวนั้น ๆ มีพฤติกรรมการดื่มสุราด้วย ดังนั้น พฤติกรรมการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัวจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดื่มสุรา

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ตำบลบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก สรุปผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรการคล้อยตามเพื่อนบ้านการกำหนดมาตรการลงโทษความสามารถและพฤติกรรมการดื่มในครอบครัว

ที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น (ในลักษณะการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในบ้าน) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งตัวแปรทั้งสี่สามารถอธิบายการผันแปรพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ได้ร้อยละ 58.9

ตัวแปรการคล้อยตามเพื่อนบ้าน ความสามารถการกำหนดมาตรการลงโทษ อาชีพหลักของผู้ปกครองและการให้คำแนะนำที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น(ในลักษณะการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์นอกบ้าน)ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งตัวแปรทั้งห้าสามารถอธิบายการผันแปรพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ได้ร้อยละ 57.6

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะผู้บริหาร คปสอ.บางระกำ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก และหัวหน้ากลุ่มงานวิจัย ตำรา และวิเทศสัมพันธ์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลกในการสนับสนุนให้งานวิจัยเรื่องนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กนิษฐา ไทยกล้า.(2550).การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสถานที่จำหน่ายและพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้บริโภค.ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.), กรุงเทพฯ.72 น.

คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2554). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่10.แหล่งที่มา: http://www. nesdb.go.th, 10 กันยายน 2558.

นิตยา คชภักดี. (2554). พัฒนาการเด็ก. ใน : ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย,รวิวรรณ รุ่งไพรวัลย์,ชาคริยา ธีรเนตร, อดิศร์สุดา เฟื่องฟู, สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์, และ พงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์(บ.ก.), ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็กสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ: บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.

บัณฑิต ศรไพศาล, จุฑาภรณ์ แก้วมุงคุณ และ กมลา วัฒนพร.(2553).รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. 2553.แหล่งที่มา : http://www.cas.or.th, 24 ตุลาคม 2558.

พนมพร ธรศรี. (2548). การวิเคราะห์ประเภทปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในจังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.

พีรภัทร์ ชูชื่น, สุพัฒน์ ธีรเวชเจริญชัย, และ หฤยา อารีย์วงศ์.(2556).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดื่มสุราของพยาบาลชายสังกัดกรมแพทย์ทหารอากาศ. วารสารแพทยสารทหารอากาศ, *59*(2), 29-36.

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ.(2546) การบริหารการตลาดยุคใหม่ กรุงเทพ : ธรรมสาร

สายพิณ สาประเสริฐ.(2544). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดื่มสุราของนักเรียนนายสิบทหารบก. กรุงเทพฯ : วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาล สาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว, (2552). รายงานประจำปี 2552 สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว / สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2557. กลุ่มสถิติประชากรและสังคม สำนักสถิติเศรษฐกิจและสังคม , กรุงเทพฯ.

อุบลรัตน์ เพ็งสถิตย์. (2544). จิตวิทยาเรียนรู้ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

Demircioglu, G., Aslan, A. and Yadigaroglu, M. (2014). Exploratory factor analysis study for the scale ofhigh school students' attitudes toward chemistry. Int. J. New Trend.Edu.Implicat. 5: 38-45.

Flay, B.R. and Petraitis, J. (1994). The theory of triadic influence: A new theory of health behavior with implications for preventive interventions, Adv. Med. Soc. 4: 19-44.

Piyasil, V. (2008). Family with adolescent. Retrieved August 18, 2008, from Office of Women's Affairs and Family Development, Ministry of Social Development and Human Security Web Site: http://www.womenfamily.go.th.

การพัฒนาคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ดวงนภา ปานเพ็ชร*
นาตยา เกรียงชัยพฤกษ์**

บทคัดย่อ

การพัฒนาคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นวิจัยพัฒนา (Research Developmental) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคู่มือความรู้ด้านสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเมินการใช้คู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และความพึงพอใจที่มีต่อคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวิหารแดง อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตางู อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ การเลือกพื้นที่ศึกษาในครั้งนี้ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมการพัฒนาคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง การเก็บข้อมูลจากการรวบรวมเอกสารและเก็บข้อมูลภาคสนาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และการใช้ Paired t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการบรรยายเชิงพรรณนา ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีขั้นตอนการพัฒนา 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 สำรวจสถานการณ์การสื่อสารด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการการพัฒนาคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และประเมินคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ขั้นตอนที่ 3 นำคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไปทดลองใช้ และขั้นตอนที่ 4 ประเมินความพึงพอใจที่มีต่อคู่มือ ความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และพบว่า การประเมินคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก หลังการใช้คู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรู้สูงกว่าก่อนการใช้คู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีความพึงพอใจต่อการใช้คู่มือความรู้ สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยรวมอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 100

คำสำคัญ: การพัฒนา คู่มือความรู้ การสื่อสารสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

*นักวิชาการเผยแพร่ชำนาญการ กลุ่มสื่อสารและเตือนภัยสุขภาพ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
**นักวิชาการเผยแพร่ชำนาญการพิเศษ กลุ่มสื่อสารและเตือนภัยสุขภาพ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

The Development Knowledge handbook for health communication of Village Health Volunteer

Duangnapa Panphet*
Nathaya Kriengchaiyapreug**

Abstract

The development knowledge handbook for health communication of Village Health Volunteer. The purpose of this research were as to study health communication situation of Village heath Volunteer for the development Knowledge handbook, to compare knowledge between before and after useful knowledge handbook and satisfaction with quality Knowledge handbook. The sample group in this study included Village heath Volunteer of Wihan Daeng health promoting hospital Wihan Daeng, Saraburi and Village heath Volunteer of Nong Ta Ngu health promoting hospital Banphot Phisai Nakhon Sawan selected by purposive sampling. The instruments used in the study was a questionnaire. The qualitative data were analyzed by Descriptive and Quantitative analyzed by using frequency, percentage, mean and standard deviation, paired t-test. The results showed that. Health communication situation of Village Health Volunteer received health information form public health officer, face book, television, internet, group line, website, application, meeting, primary care clinic, brochures, board, bulettin boards, exhibition board. The perception of food consumption information (Vegetable fruit) and exercise include journal, public health officer, alied Health, word of mouth, and influencer. The perception of Tobacco information include journal, public health officer, alied health, word of mouth, internet, brochures, experience of chronic pulmonary emphysema patient and role model by stop smoking. The opinion about knowledge handbook assessment as a whole was at appropriate level. After useful knowledge handbook when compare knowledge among before and after were higher than at .05 of statistical significance and satisfaction with quality knowledge handbook. at high level

Keyword: The Development Knowledge handbook health communication Village Health Volunteer

*Dissemination Technical Officer Professional Level Health education Division Department of health service support

**Dissemination Technical Officer Senior Professional Level Health education Division Department of health service support

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาโรคไม่ติดต่อมีแนวโน้มและสถานการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการเฝ้าระวังการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อสำคัญ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง พบว่า อัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 31.7 ต่อแสนประชากร ในปี 2555 เป็น 48.7 ต่อแสนประชากรในปี 2559 โรคหัวใจขาดเลือด พบว่า มีการเพิ่มขึ้นของอัตราการตายจากโรคหัวใจขาดเลือดสูงขึ้นจาก 23.4 ต่อแสนประชากร ในปี 2555 เป็น 32.3 ต่อแสนประชากร ในปี 2559 โรคเบาหวาน พบว่ามีอัตราการตายจากโรคเบาหวานแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในปี 2559 พบว่าอัตราตายโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นถึง 22.3 ต่อแสนประชากร (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560) ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมาพบอัตราการตายจากภาวะความดันโลหิตสูงและอัตราตายก่อนวัยอันควรอายุ 30 - 69 ปี เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ในปี 2559 เท่ากับ 12.2 ต่อแสนประชากรและ 7.4 ต่อแสนประชากร (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560) โรคดังกล่าวข้างต้น เกิดจากสาเหตุการมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารรสหวานจัด มันจัด เค็มจัด รับประทานผัก และผลไม้น้อย พฤติกรรมขาดการออกกำลังกาย ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมความเครียดมีความเครียดเรื้อรัง พฤติกรรมการสูบบุหรี่และพฤติกรรมการดื่มสุรา

การสื่อสารสุขภาพ (Health Communication) เป็นการใช้กลยุทธ์การสื่อสารในงานสุขภาพ และเป็นกลวิธีในการนำเสนอข้อมูล การเผยแพร่ข่าวสารความรู้ ด้านสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายและประชาชนทั่วไปได้รับรู้ สนใจ ตระหนักในเรื่องของสุขภาพ โดยการเน้นกระบวนกาสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล วัตถุประสงค์ของการสื่อสาร คือ แจ้งให้ทราบ (to inform) สอนหรือให้การศึกษา (to educate) สร้างความพอใจหรือความบันเทิง (to entertain) และเสนอหรือโน้มน้าวชักจูงใจ (to persuade) ทั้งนี้เพื่อความสำเร็จในการดำเนินงานสื่อสารเพื่อสุขภาพ (Communication for Health) เกิดการเรียนรู้และพัฒนาองค์ความรู้อย่างรู้เท่าทันในด้านสุขภาพ (Health Literacy) แนวคิดของการสื่อสารสุขภาพมองได้หลายมิติหลากหลาย เพราะเรื่องของสุขภาพเป็นพลวัตร มีความต่อเนื่องในวิถีชีวิตของบุคคลเป็นเรื่องสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ (วาสนา จันทร์สว่าง, 2546) การสื่อสารด้านสุขภาพเป็นองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการทางความรู้ด้านสุขภาพ มีการจัดการความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้วิธีการสื่อสารด้านสุขภาพผ่านสื่อประเภทต่าง ๆ ซึ่งจะเป็นการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความรู้ด้านสุขภาพระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนในชุมชน เพื่อทำให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารความรู้โรคไม่ติดต่อและข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชนได้อย่างถูกต้อง การสื่อสารด้านสุขภาพในชุมชนจะมีประสิทธิภาพได้ต้องอาศัยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เป็นแกนหลักทางด้านสุขภาพในการขับเคลื่อนกระตุ้นพลังของชุมชน และการจัดกิจกรรมการสื่อสารกับประชาชนที่อยู่ในชุมชนอย่างมีระบบ มีขั้นตอน

ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน และเทคนิควิธีการในการใช้สื่อที่มีอยู่ในชุมชน และสื่อที่เข้าถึงและตรงใจกับประชาชนในชุมชน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดโดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change Agents) การสื่อข่าวสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้นโดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการการฟื้นฟูสภาพและจัดกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยกำหนดจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน/ชุมชน (พิษณุ คลังสิน, 2552 อ้างอิงจาก อัจฉรียา ยินดีสุข, 2551)

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นหน่วยงานหนึ่งที่มีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย และส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนที่ถูกต้อง และเหมาะสมตามวิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่ กองสุขศึกษามีบทบาทหน้าที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย ผ่านช่องทางต่าง ๆ ของกองสุขศึกษา และมีการพัฒนาสื่อ ผลิตสื่อต้นแบบ ตลอดจนผลิตสื่อสนับสนุนให้แก่หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานการสื่อสารสุขภาพ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ขึ้น เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ 3อ. 2ส. สุขบัญญัติแห่งชาติ และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (CPR) ที่ถูกต้อง และเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคู่มือไว้ใช้สำหรับตนเองในการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมจากเนื้อหาที่มีอยู่ในคู่มือ และเพื่อนำความรู้ที่ได้รับจากคู่มือไปถ่ายทอดความรู้ให้ประชาชนในชุมชนได้อย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
2. เพื่อประเมินการใช้คู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจที่มีต่อคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและตรงกับความต้องการของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพและนำไปใช้ประโยชน์ในการถ่ายทอดความรู้ให้กับประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ทำให้ทราบถึงความพึงพอใจที่มีต่อคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
4. นำผลการวิจัยมาวางแผนและพัฒนาสื่อสุขภาพต้นแบบให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนาคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นวิจัยพัฒนา (Research Developmental) เพื่อพัฒนาคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสำรวจสถานการณ์การสื่อสารด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตางู อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 10 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าบุญมี อำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี 10 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 20 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ประเมินคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตางู บ้านหนองตางู อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 30 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวิหารแดง บ้านวิหารแดง อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี จำนวน 30 คน รวมเป็น 60 คน

3. กลุ่มตัวอย่างที่นำคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตางู บ้านหนองตางู อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 30 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวิหารแดง บ้านวิหารแดง อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี จำนวน 30 คน รวมเป็น 60 คน

การคัดเลือกพื้นที่ศึกษาในครั้งนี้ ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) โดยพิจารณาจากเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

1. เป็นพื้นที่ที่มีการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด พื้นที่หมู่บ้านเป็นต้นแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2. เป็นพื้นที่ที่มีความพร้อม และสมัครใจในการให้ประเมินคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และการนำคู่มือไปทดลองใช้ในการถ่ายทอดความรู้ให้กับประชาชนในพื้นที่

3. คัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีความเข้มแข็ง มีความพร้อม และสมัครใจในการให้ประเมินคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และการนำคู่มือไปทดลองใช้ในการถ่ายทอดความรู้ให้กับประชาชนในพื้นที่

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมการพัฒนาคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีจำนวน 4 ชุด ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์การสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 2) แบบประเมินคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 3) แบบทดสอบความรู้ 3อ 2ส และสุขบัญญัติ และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (CPR) และ4) ประเมินความพึงพอใจที่มีต่อคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือนมกราคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562

การดำเนินการวิจัย

การพัฒนาคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1

1. ศึกษาสถานการณ์การสื่อสารด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เก็บข้อมูลโดยการสำรวจตามแบบสำรวจ

ขั้นตอนที่ 2

2. ดำเนินการพัฒนาคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

2.1 จัดประชุมปฏิบัติการเพื่อการพัฒนาคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพ ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักโภชนาการ กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย สำนักควบคุมบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค ผู้ทรงคุณวุฒิจากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

2.2 ดำเนินการออกแบบคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยกำหนดสื่อเป็นคู่มือสำหรับให้ความรู้ 3อ 2ส สุขบัญญัติแห่งชาติ และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (CPR)

2.3 ออกแบบเครื่องมือประเมินคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และแบบทดสอบความรู้ 3อ.2ส. สุขบัญญัติแห่งชาติ และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (CPR)

2.4 คัดเลือกพื้นที่ในการพัฒนาคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตางู บ้านหนองตางู อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวิหารแดง บ้านวิหารแดง อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี

2.5 ประเมินคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตางู บ้านหนองตางู อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวิหารแดง บ้านวิหารแดง อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี

ขั้นตอนที่ 3

3. นำคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไปให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตางู บ้านหนองตางู อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวิหารแดง บ้านวิหารแดง อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายนำไปทดลองใช้ถ่ายทอดความรู้ให้กับประชาชนในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 4

4. ประเมินแบบทดสอบความรู้ 3อ. 2ส. และสุขบัญญัติ และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (CPR) ก่อน และหลังการใช้คู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประเมินความพึงพอใจที่มีต่อคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ผลการศึกษา

ผลการประเมินสื่อคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนประเมินคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ข้อความ	$\overline{X}$	S.D.	ระดับความเหมาะสม
ด้านเนื้อหาและการดำเนินเรื่อง			
1. เนื้อหามีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์	4.00	.61	มาก
2. ความเหมาะสมในการนำเข้าสู่ชุดความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	4.03	.55	มาก
3. โครงสร้างของเนื้อหาชัดเจน	4.10	.54	มาก
4. ความถูกต้องของเนื้อหา	4.18	.57	มาก
5. ความเหมาะสมในการลำดับเนื้อหา	4.08	.62	มาก
6. การจัดวางหน้าแต่ละหน้ามีความสัมพันธ์กัน	4.01	.54	มาก
7. ความชัดเจนในการอธิบายเนื้อหา	4.10	.57	มาก
8. ปริมาณเนื้อหาในแต่ละหน้า	4.13	.60	มาก
9. ความน่าสนใจในการดำเนินเรื่อง	4.08	.56	มาก
10. เนื้อหาและรายละเอียดที่นำเสนอครบถ้วน	4.11	.55	มาก
ด้านภาพประกอบ			
11. ภาพประกอบสอดคล้องกับเนื้อหา	4.17	.53	มาก
12. ภาพประกอบสอดคล้องกับคำบรรยาย	4.12	.56	มาก
13. ภาพประกอบสอดคล้องกับปริมาณของเนื้อหา	4.12	.56	มาก
14. ภาพมีความชัดเจน	4.12	.64	มาก
15. การจัดวางตำแหน่งภาพน่าสนใจ สะดุดตา	4.08	.56	มาก
16. สีของภาพกลมกลืนกับเนื้อหาข้อความ	4.03	.64	มาก
17. ขนาดของภาพที่ใช้ประกอบ	3.89	.71	มาก
18. ภาพการ์ตูนที่ใช้ประกอบช่วยสื่อความหมายได้ชัดเจน	4.08	.56	มาก
ด้านภาษา และอักษร			
19. ภาษาที่ใช้ถูกต้อง ชัดเจน	4.13	.65	มาก
20. ภาษามีความเหมาะสมกับระดับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	4.17	.59	มาก
21. ภาษาที่ใช้สื่อความหมายและเข้าใจง่าย	4.05	.65	มาก
22. ขนาดตัวอักษรอ่านได้ง่าย	3.96	.69	มาก
23. ความชัดเจนของตัวอักษร	3.94	.65	มาก

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อความ	$\overline{X}$	S.D.	ระดับความเหมาะสม
24. รูปแบบตัวอักษรสวยงาม	4.06	.52	มาก
25. สีของตัวอักษรเด่นสะดุดตา	4.10	.57	มาก
26. ตัวอักษรมีความเหมาะสมกับเนื้อหา	4.06	.63	มาก
27. การจัดวางเนื้อหาข้อความ	4.01	.57	มาก
28. รูปแบบในการเขียนน่าสนใจ	4.20	.58	มาก
ด้านการส่งเสริมการเรียนรู้			
29. กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้	4.37	.64	มาก
30. ส่งเสริมกระบวนการคิด วิเคราะห์	4.25	.63	มาก
31. ส่งเสริมให้นำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน ดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน ได้อย่างเหมาะสม	4.32	.65	มาก
32. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สามารถนำไปใช้ถ่ายทอดให้กับกลุ่มเป้าหมาย	4.30	.65	มาก
รวม	**4.11**	**.39**	**มาก**

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนค่าเฉลี่ยการประเมินคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ภาพรวมเท่ากับ 4.11 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .39 และมีความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านเนื้อหาและการดำเนินเรื่อง ได้แก่ ความถูกต้องของเนื้อหา ปริมาณเนื้อหาในแต่ละหน้า เนื้อหาและรายละเอียดที่นำเสนอครบถ้วน โครงสร้างของเนื้อหาชัดเจนและความชัดเจนในการอธิบายเนื้อหา ความเหมาะสมในการลำดับเนื้อหา ความน่าสนใจในการดำเนินเรื่อง ความเหมาะสมในการนำเข้าสู่ชุดความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การจัดวางหน้าแต่ละหน้ามีความสัมพันธ์กัน และเนื้อหามีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ($\overline{X}$ = 4.18, 4.13, 4.11, 4.10, 4.08, 4.03, 4.01 และ 4.00) ตามลำดับ ด้านภาพประกอบ ได้แก่ ภาพประกอบสอดคล้องกับเนื้อหา ภาพประกอบสอดคล้องกับคำบรรยาย ภาพประกอบสอดคล้องกับปริมาณของเนื้อหาและภาพมีความชัดเจน การจัดวางตำแหน่งภาพน่าสนใจ สะดุดตาและภาพการ์ตูนที่ใช้ประกอบช่วยสื่อความหมายได้ชัดเจน สีของภาพกลมกลืนกับเนื้อหาข้อความและขนาดของภาพที่ใช้ประกอบ ($\overline{X}$ = 4.17, 4.12, 4.08, 4.03 และ 3.89) ตามลำดับ ด้านภาษา และอักษร ได้แก่ รูปแบบในการเขียนน่าสนใจ ภาษามีความเหมาะสมกับระดับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ภาษาที่ใช้ถูกต้อง ชัดเจน สีของตัวอักษรเด่นสะดุดตา รูปแบบตัวอักษรสวยงาม ตัวอักษรมีความเหมาะสมกับเนื้อหา ภาษาที่ใช้สื่อความหมายและเข้าใจง่าย การจัดวางเนื้อหาข้อความ ขนาดตัวอักษรอ่านได้ง่าย และความชัดเจนของตัวอักษร ($\overline{X}$ = 4.20, 4.17, 4.13, 4.10, 4.06, 4.05, 3.96 และ 3.94) ตามลำดับ

ด้านการส่งเสริมการเรียนรู้ ได้แก่กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ ส่งเสริม ให้นำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน ดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน ได้อย่างเหมาะสม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สามารถนำไปใช้ถ่ายทอดให้กับกลุ่มเป้าหมายและส่งเสริมกระบวนการคิด วิเคราะห์($\overline{X}$ = 4.37, 4.32, 4.30 และ 4.25) ตามลำดับ

ผลการประเมินการใช้คู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ 3อ 2ส สุขบัญญัติแห่งชาติ และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (CPR) ก่อน และหลังการใช้คู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

กลุ่มตัวอย่าง	N	$\overline{X}$	S.D.	t	df	P
ก่อนการใช้คู่มือความรู้	60	1.98	.47	8.285	59	.000*
หลังการใช้คู่มือความรู้	60	2.72	.45			

0.05*

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้คู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรู้ 3อ.2ส. สุขบัญญัติแห่งชาติ และการช่วยฟื้นคืนชีพ ขั้นพื้นฐาน (CPR) สูงกว่าก่อนการใช้คู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการประเมินความพึงพอใจที่มีต่อคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความพึงพอใจต่อการใช้คู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ข้อความ	$\overline{X}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1. ท่านพึงพอใจต่อเนื้อหา ความรู้ 3อ 2ส และสุขบัญญัติแห่งชาติ และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (CPR) ในคู่มือชุดความรู้ที่นำเสนอ	3.76	.76	มาก
2. ท่านพึงพอใจต่อความเชื่อมโยงเนื้อหาความรู้ 3อ 2ส และสุขบัญญัติแห่งชาติ และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (CPR) จากคู่มือชุดความรู้ที่นำเสนอ	3.78	.69	มาก
3. ท่านพึงพอใจกับความถูกต้องของเนื้อหาที่นำเสนอ	4.35	.68	มาก
4. ท่านพึงพอใจต่อการลำดับขั้นในการนำเสนอเนื้อหา	4.25	.81	มาก
5. ท่านพึงพอใจต่อความชัดเจนในการอธิบายเนื้อหา	4.21	.76	มาก
6. ท่านพึงพอใจต่อการจัดเรียงลำดับเนื้อหาจากง่ายไปยาก	4.25	.77	มาก
7. ท่านพึงพอใจต่อเนื้อหาเมื่ออ่านแล้วเข้าใจในทันที ไม่ซับซ้อน	4.22	.76	มาก

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
8. ท่านพึงพอใจต่อการนำคู่มือชุดความรู้ฯ ไปใช้ประโยชน์กับกลุ่มเป้าหมายในชุมชนได้จริง	4.35	.63	มาก
9. ท่านพึงพอใจต่อความเหมาะสมของภาพประกอบที่มีความสอดคล้องกับเนื้อหา	4.20	.77	มาก
10. ท่านพึงพอใจต่อสีสันสวยงาม สะดุดตา	4.21	.82	มาก
11. ท่านพึงพอใจต่อการขนาดตัวอักษร และการใช้รูปภาพประกอบ	4.21	.78	มาก
12. ท่านมีความพึงพอใจต่อการใช้สื่อคู่มือความรู้ฯ โดยรวม	4.33	.75	มาก
รวม	**4.18**	**.54**	**มาก**

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการใช้คู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยรวมอยู่ในระดับมาก

สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล

จากการศึกษาสถานการณ์การสื่อสารด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตางู อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าบุญมี อำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี พบว่า ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา อสม. ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข facebook โทรทัศน์ อินเตอร์เน็ต ไลน์กลุ่ม อสม. Web site แอปพลิเคชั่น คลินิกหมอครอบครัว แผ่นพับ บอร์ดความรู้ ป้ายนิเทศ ป้ายประกาศ และการประชุม อสม. มีการดำเนินงานการสื่อสารสุขภาพ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ ในชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การประชุม ประชาคมหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ใหญ่บ้าน 2) บุคคลที่มีบทบาทในการสื่อสารด้านสุขภาพในชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (หมออนามัย) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 3) ช่องทางการสื่อสาร ได้แก่ หอกระจายข่าวสารประจำหมู่บ้าน ป้ายประชาสัมพันธ์ วิทยุชุมชน รถเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โปสเตอร์ ป้ายประชาสัมพันธ์ 4) สถานที่ที่เป็นแหล่งสื่อสารด้านสุขภาพในชุมชน ได้แก่ ศาลาประชาคมหมู่บ้าน บ้านผู้ใหญ่บ้าน ศูนย์การเรียนรู้หมู่บ้าน คุ้มที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงเรียน วัด บ้านของประชาชนในเวลาเยี่ยมบ้าน และโรงงาน 5) สื่อในชุมชนที่ใช้ในการสื่อสารกับประชาชน ได้แก่ สื่อบุคคล (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เคาะประตูบ้าน สื่อสิ่งพิมพ์ (แผ่นพับ ภาพพลิก) สื่อท้องถิ่น (วิทยุชุมชน หอกระจายข่าวสารประจำหมู่บ้านเสียงตามสาย) สื่อโซเชียล (Line) ป้ายประชาสัมพันธ์ การประชุม เวทีประชาคม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การจัดกิจกรรม การดูงาน การอบรม และการใช้เพลงเพื่อสุขภาพ และสื่อที่กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใช้ในการให้ความรู้กับในการสื่อสารสุขภาพกับประชาชนเป็นหลัก คือ การพูดคุยพร้อมเอกสารประกอบ อาทิ แผ่นพับ

การพัฒนาคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)

การศึกษาครั้งนี้ ได้ดำเนินการพัฒนาคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างเป็นระบบ โดยเริ่มตั้งแต่ประชุมวางแผนร่วมกับทีมงานในการสำรวจสถานการณ์การสื่อสารด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 1) ประชุมปฏิบัติการเพื่อการพัฒนาคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักโภชนาการ กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย สำนักควบคุมบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค ผู้ทรงคุณวุฒิจากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ 2) ออกแบบคู่มือความรู้ 3) สร้างเครื่องมือการประเมิน และ 4) ประเมินคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า อสม. ทั้งหมดมีความคิดเห็นต่อคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อยู่ในระดับเหมาะสมมาก 5) นำผลการประเมินคู่มือมาการปรับปรุง แก้ไข และ 6) นำคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ไปทดลองใช้ในการถ่ายทอดให้กับประชาชนในพื้นที่ 7) ประเมินทดสอบความรู้ 3อ.2ส. และสุขบัญญัติ และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (CPR) ก่อนและหลังการใช้คู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 8) ประเมินความพึงพอใจที่มีต่อคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการพัฒนาคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ แนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสาร แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาสื่อ และแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาสื่อและการพัฒนาการผลิตสื่อของ สมบูรณ์ ขอสกุล และสรงค์กฎณ์ ดวงคำสวัสดิ์ (2536) และของกองสุขศึกษา (2548) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดังที่ นุดี รุ่งสว่าง (2543) กล่าวว่า คู่มือที่ดีควรมีลักษณะ ดังนี้ ได้แก่ ด้านรูปแบบมีขนาดรูปเล่มเหมาะสม ตัวอักษรอ่านง่าย ชัดเจน มีรูปภาพประกอบเหมาะสมกับเนื้อหาและการนำเสนอกิจกรรม แต่ละขั้นตอนมีความชัดเจน ด้านเนื้อหาของคู่มือควรมีวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ชัดเจน เหมาะสมเข้าใจง่าย เนื้อหาความรู้มีความเหมาะสมตรงกับความต้องการและความจำเป็น และด้านการนำไปใช้มีการกำหนดขั้นตอนการศึกษาคู่มือไว้ชัดเจน การศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กัลยาณี กุลชัย (2560) พบว่า การจัดรูปเล่มข้อมูลเนื้อหาการใช้ภาษาและภาพประกอบในระดับมาก และคู่มือท่องเที่ยวจะทำให้นักท่องเที่ยวสามารถที่จะรู้เรื่องราวของตำบลบางน้ำผึ้งมากขึ้น ได้รับทราบแหล่งท่องเที่ยวที่ไม่เคยรู้และจะได้ไปท่องเที่ยวเพิ่มเติม รูปภาพประกอบสวยงาม เนื้อหาสาระดีอ่านแล้วเข้าใจง่าย ขนาดของเล่มกะทัดรัด เนื้อหาไม่มากเกินไป เหมาะมือในการหยิบอ่าน การจัดรูปเล่มน่าอ่าน สวยงาม ภาพประกอบสวยงาม ทำให้น่าอ่าน

และจากการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง หลังการใช้คู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรู้ 3อ.2ส. สุขบัญญัติแห่งชาติ และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (CPR) สูงกว่าก่อนการใช้คู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อภิปรายได้ว่า คู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้วิจัยได้มีการดำเนินการประชุมวางแผนการพัฒนาคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพอย่างเป็นขั้นตอน และมีการสังเคราะห์เนื้อหาสาระความรู้ที่เกี่ยวข้องกับ 3อ 2ส ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการเกี่ยวกับอารมณ์ บุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสุรา สุขบัญญัติแห่งชาติ ในกลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มสูงอายุ และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (CPR) ให้ครอบคลุมประเด็นต่างๆ เพื่อเป็นคู่มือปฏิบัติงานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการถ่ายทอดความรู้ให้กับประชาชนทุกกลุ่มวัยในชุมชน และที่สำคัญคู่มือเล่มนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมเนื้อหา เขียนภาษา และรายละเอียดของเนื้อหาที่ง่ายต่อการรับรู้ และเข้าใจง่าย มีภาพประกอบ มีคิวอาร์โค้ดเพื่อเป็นช่องทางหนึ่งที่เพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย และสะดวกรวดเร็ว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สามารถสืบค้นข้อมูลเพื่อประกอบการเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปถ่ายทอดให้กับประชาชนในชุมชนได้อย่างถูกต้อง ดังที่ สมมารถ ปรุงสุวรรณ (2544) กล่าวว่า คู่มือเป็นหนังสือ ตำรา เอกสารแนะนำหรือเป็นสื่อที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานที่มีเนื้อหาสาระสั้นๆ ซึ่งผู้อ่านหรือผู้ใช้สามารถนำไปปฏิบัติได้ทันทีจนบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ฉันทนา ศรีปราโมช (2555) พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนที่เรียนด้วยชุดกิจกรรมการเรียนรู้ตามกระบวนการสืบเสาะหาความรู้ เรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค กลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การศึกษาความพึงพอใจพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการใช้คู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยรวมอยู่ในระดับมาก อภิปรายได้ว่า ผู้วิจัยมีการนำแนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ ทฤษฎีการสื่อสาร แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาสื่อ และกระบวนการพัฒนาสื่อ มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้วิจัยได้รวบรวมเนื้อหา เขียนภาษา และรายละเอียดของเนื้อหาที่ง่ายต่อการรับรู้ และเข้าใจง่าย มีภาพประกอบ มีคิวอาร์โค้ดเพื่อเป็นช่องทางหนึ่งที่เพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย และสะดวกรวดเร็ว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สามารถสืบค้นข้อมูลเพื่อประกอบการเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง และเพื่อให้ตรงกับความต้องการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และการนำไปใช้ถ่ายทอดให้ความรู้กับประชาชนในชุมชนอย่างถูกต้อง ทั้งนี้เนื่องจากสื่อเป็นตัวกลางในการถ่ายทอดเรื่องราวให้เกิดการเรียนรู้ รับรู้ และเกิดการเข้าใจเรื่องที่ยากให้ง่ายขึ้น สะดวก รวดเร็ว มีประโยชน์และคุณค่าของสื่อมากมายตามลักษณะเฉพาะของสื่อ ซึ่งเป้าหมายสุดท้ายในการใช้สื่อประกอบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพก็มุ่งให้เกิดการเรียนรู้ ทักษะ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไปในทางที่ถูกต้องและเหมาะสม ดังที่ สมบูรณ์ ขอสกุล และสรงค์กฎณ์ ดวงคำสวัสดิ์ (2536) กล่าวว่า ประโยชน์ของสื่อเป็นศูนย์รวมความสนใจของผู้เรียน และทำให้เนื้อหาสาระที่จะถ่ายทอดน่าสนใจ กระตุ้นให้ผู้เรียน (กลุ่มเป้าหมาย) สนใจคล้อยตามโดยง่าย ผู้เรียนมีประสบการณ์กว้างขวางขึ้น ผู้เรียนเกิด

ประสบการณ์ร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ช่วยให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับแนวความคิด ข่าวสารที่ถูกต้อง อธิบายสิ่งที่เข้าใจยากให้เข้าใจง่ายขึ้น สามารถเรียนรู้ได้ในระยะเวลาอันสั้น ผู้เรียนสามารถเข้าใจได้เร็ว ประหยัดเวลาในการเรียนการสอน และการจัดกิจกรรม ดังนั้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อคู่มือความรู้ด้านสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อยู่ในระดับมาก การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ฉันทนา ศรีปราโมช (2555) พบว่า นักเรียนมีความพึงพอใจต่อชุดกิจกรรมการเรียนรู้ตามกระบวนการสืบเสาะหาความรู้ เรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค กลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา อยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับ พิสิกส์ ฌอณ บัวกนก (2558) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อสื่อสร้างความตระหนักสุขภาวะชุมชนสุขภาพดีอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างจริงจังให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ 3อ 2ส สุขบัญญัติแห่งชาติ และการช่วยพื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (CPR) อย่างถูกต้อง

2. ควรจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดำเนินงานการสื่อสารสุขภาพให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อสามารถให้คำแนะนำและชี้แนะแนวทางการดำเนินงานได้อย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม

3. ควรพัฒนาชุดการเรียนรู้สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่สอดคล้องกับบริบท และความต้องการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อใช้ในการถ่ายทอดความรู้ให้กับประชาชนในชุมชน

4. ควรมีการประเมินผลการดำเนินงานการสื่อสารสุขภาพที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดำเนินงานไปแล้ว เช่น การให้ความรู้ และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารความรู้

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1. คู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เนื้อหาในบทเรียนต้องมีความสัมพันธ์กัน เนื้อหาควรจัดให้อยู่ในหมวดหมู่เดียวกัน และเชื่อมโยงกัน และตรงกับจุดมุ่งหมายที่จะสื่อสาร เนื้อหาถูกต้อง ทันสมัย และน่าสนใจ เพราะจะส่งผลต่อการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้าใจในเนื้อหาสาระเรื่องนั้น ๆ ได้ดียิ่งขึ้น

2. คู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะต้องสะดวกต่อการนำไปใช้ วิธีการใช้ต้องไม่ซับซ้อน ยุ่งยาก และควรมีภาพประกอบเนื้อหา เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความเข้าใจมากยิ่งขึ้น

3. ประเด็นในการให้ความรู้ 3อ 2ส อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) บางส่วนยังมีความรู้ ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับอาหาร ได้แก่ อาหารหลัก 5 หมู่ ปริมาณอาหารผู้หญิง และผู้ชายที่ควรบริโภคใน 1 วัน และปริมาณการรับประทานโปรตีนของผู้สูงอายุ ดังนั้น หน่วยงานที่จัดทำคู่มือความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร จำเป็นที่จะต้องมีการอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับปริมาณอาหารที่กลุ่มวัยต่าง ๆ ต้องรับประทานใน 1 วัน โดยยกตัวอย่าง และมีรูปภาพประกอบ เพื่อให้

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความเข้าใจมากยิ่งขึ้น

4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (CPR) ซึ่งขั้นตอนของการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (CPR) ขั้นที่ 1 เรียกดูว่ารู้ตัวหรือไม่ โดยมองดูรอบตัวที่ผู้หมดสตินอนอยู่ว่าปลอดภัยก่อน แล้วจึงเข้าไปยังข้างตัวผู้หมดสติสะกิดหรือเขย่าพร้อมกับตะโกนถาม และขั้นที่ 2 เริ่มหาความช่วยเหลือ ขอให้คนใดคนหนึ่งโทรศัพท์ 1669

5. คู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ควรมีคิวอาร์โค้ดในคู่มือเพื่อเป็นช่องทางหนึ่งในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สามารถใช้สืบค้นหาความรู้เพิ่มเติม ในการเตรียมตัวเองก่อนไปถ่ายทอดความรู้ให้กับประชาชน และเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพของคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

2. ควรมีการศึกษาความต้องการรูปแบบสื่อความรู้ด้านสุขภาพ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

3. ควรมีการพัฒนาชุดความรู้ด้านสุขภาพ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

4. ถอดบทเรียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่นำคู่มือความรู้สำหรับการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไปใช้ถ่ายทอดความรู้ให้กับประชาชน

เอกสารอ้างอิง

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2548). แนวทางการดำเนินงานเทคโนโลยีและการสื่อสารด้านสุขภาพในระบบบริการสุขภาพ กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กัลยาณี กุลชัย. (2560). การสร้างคู่มือการท่องเที่ยวชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบางน้ำผึ้ง อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 20(1) : 26-41.

ฉันทนา ศรีปราโมช. (2555). การพัฒนาชุดกิจกรรมการเรียนรู้ตามกระบวนการสืบเสาะหาความรู้เรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคกลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษาสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5. นครราชสีมา: สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครราชสีมาเขต 7.

นุดี รุ่งสว่าง. (2543). การพัฒนาคู่มือการสร้างหลักสูตรระดับโรงเรียนสำหรับครูประถมศึกษา. ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรและการนิเทศ). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.

พิษณุ คลังสิน. (2552). การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตเทศบาลตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. ปัญหาพิเศษรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารทั่วไป). บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.

พิสิกส์ ฌอณ บัวกนก. (2558). การพัฒนาสื่อเพื่อการเรียนรู้โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อการสร้างความตระหนักสุขภาวะชุมชนสุขภาพดี กรณีศึกษาชุมชนบ้านแพะดอนตัน ตำบลชมพู จังหวัดลำปาง. วารสารการวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่. 7(4) : 72-89.

วาสนา จันทร์สว่าง. (2546). การสื่อสารสุขภาพ : สุขศึกษาการส่งเสริมสุขภาพและการสร้างสุขภาพ. วารวารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา. 3(8) : 3.

สมบูรณ์ ขอสกุล และสรงค์กฎณ์ ดวงคำสวัสดิ์. (2536). การผลิตสื่อสิ่งพิมพ์ในงานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์. นนทบุรี : กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

สมมารถ ปรุงสุวรรณ. (2544). การพัฒนาคู่มือครูในโรงเรียนทหารช่าง. สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต.(การบริหารการศึกษา). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

สุเทพ ไชยวุฒิ เกตุมณี มากมี และศิริมาศ โกศัลย์พิพัฒน์. (2560). การพัฒนาคู่มือการบริหารจัดการงานวิชาการของคณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่. พิฆเนศวร์สาร. 13(2) : 129-147.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2560). รายงานประจำ ปี 2560 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

โสภาพันธ์ สะอาด. (2558). การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สื่อเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารวิทยบริการมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 26(2) : 41-49.

การรับรู้คุณภาพ ความพึงพอใจ และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุวัดแม่กาโทกหวาก อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

วิชัย เทียนถาวร*
ณรงค์ ใจเที่ยง**
สรวิศ บุญญฐี**
อรทัย เกตุขาว**
แสงชัย วงศ์มานะกูล**
ปฏิพัทธ์ วงค์เรือง**
รสรินทร์ แก้วตา**

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ การรับรู้คุณภาพ ความพึงพอใจ และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ความพึงพอใจ กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุบ้านแม่กาโทกหวาก ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ตั้งแต่เดือนมกราคม-กรกฎาคม 2562 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 70 คน โดยเลือกวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือแบบสอบถาม ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .87 และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79 แบบทดสอบด้านความรู้ได้ค่าความยากง่าย เท่ากับ 0.65 ได้ค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ 0.43 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ ความพึงพอใจ และพฤติกรรมด้วยสถิติเชิงพรรณา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ Chi-Square Test และ Pearson correlation

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรู้ของนักเรียนผู้สูงอายุเกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.00 ($\bar{x}$ =0.69,SD=0.25) มีการรับรู้อยู่ในระดับ ดี ร้อยละ 59.75 ($\bar{x}$ =1.63,SD=0.72) มีความพึงพอใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.65 ($\bar{x}$ =2.60,SD=1.33) มีพฤติกรรมโดยรวมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.66 ($\bar{x}$ =1.45,SD=0.37) ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ การรับรู้ ระดับความพึงพอใจ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ลักษณะที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่าง การรับรู้ และความพึงพอใจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ส่วน เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p-value 0.05)

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา ควรส่งเสริมให้นักเรียนผู้สูงอายุได้ศึกษาข้อมูลการรับรู้โอกาส ความรุนแรง และอุปสรรคของโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงอย่างถูกวิธี เพื่อให้นักเรียนผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในการดูแลตนเองและมีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จึงต้องสร้างความตระหนักและรณรงค์การลดอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงตามหลักการวิชัยโมเดล“7 สี” ต่อการเฝ้าระวังความดันโลหิตสูงของนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: การรับรู้คุณภาพ ,ความพึงพอใจ,โรคความดันโลหิตสูง,โรงเรียนผู้สูงอายุ

* ศาสตราจารย์พิเศษ, อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข

** อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

The quality perception satisfaction and preventive behavior for hypertension Of the elderly school students Watmaekatokwak Mueang District. Phayao province

Wichai Thianthavorn*
Narong Chaitiang**
Sorawit Boonyathee**
Orathai Ket Khao**
Saengchai Wongmanakun**
Patiphat Wongruang**

Abstract

This descriptive research aimed to study the quality perception, satisfaction and preventive behavior for hypertension, and the relationship between personal factors, knowledge, satisfaction and preventive behavior for hypertension. of the elderly school students Watmaekatokwak Mueang District. Phayao province. In January 2019 to July 2019. The samples were 70 selected by simple random sampling. The instrument used in this study was a questionnaire. The content validity was .87 and the value of Cronbach's alpha coefficient was .79. Analysis of personal data, knowledge, satisfaction and behaviors by using the Frequency, percentage, mean and standard deviation. Pearson correlation statistics was used for relationship analysis.

The results found that knowledge of the elderly school students preventive behaviors for hypertension was at the moderate level at 75.00 (x =0.69,SD=0.25). Quality perception was good at 59.75 (x =1.63,SD=0.72).Satisfaction was moderate at 55.65 (x =2.60,SD=1.33).And the mean score preventive behavior for hypertension was moderate at 74.66 (x =1.45,SD=0.37). For relationship of personal factors knowledge, perception, satisfaction and behaviors for hypertension it was found that the characteristics of the sample group, perception and satisfaction were not significant. But Sex, age, education level, knowledge were statistically significant at the .05 level (p-value = .05).

Research recommendations. Should encourage the elderly students to study information about the perception of opportunities the severity and obstacle of hypertension. To prevent the occurrence of hypertension, Do not properly in order for the elderly students to be satisfied with the care behavior to prevent hypertension to must raise awareness and campaign to reduce the incidence of hypertension according to the principles Vichai Model“7 colors” to surveillance for hypertension of the elderly school students.

Keyword: The quality perception, satisfaction, hypertension, The elderly school students

* professor , Former Permanent Secretary of the Ministry of Public Health.
** instructor School of Medicine, University of Phayao.

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบได้บ่อยมากโรคหนึ่งในผู้สูงอายุ โดยพบได้สูงถึงประมาณ 25-30% ของประชากรโลกที่เป็นผู้ใหญ่ทั้งหมด พบได้ในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง และจะพบได้สูงขึ้นในผู้สูงอายุ ในบางประเทศพบโรคความดันโลหิตสูงได้สูงถึง 50% ของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (นพ.สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2553) องค์การอนามัยโลกรายงานว่าทั่วโลกมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากถึง 1 พันล้านคน ซึ่ง 2 ใน 3 ของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยประชากรวัยผู้สูงอายุทั่วโลก 1 คน ใน 3 คน มีภาวะความดันโลหิตสูง สถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 ประชากรวัยผู้สูงอายุทั่วทั้งโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 1.56 พันล้านคน) สาเหตุของการเสียชีวิตเกือบร้อยละ 50 ด้วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคหัวใจ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้สมาพันธ์ความดันโลหิตสูงโลก (World Hypertension League) ได้กำหนดให้วันที่ 17 พฤษภาคมของทุกปี เป็นวันความดันโลหิตสูงโลก เพื่อให้ผู้คนทั่วโลกได้ตระหนักถึงความร้ายแรงของโรคนี้กันมากขึ้น ประเทศไทยนั้น ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขรายงานว่า จำนวนผู้ป่วยและอัตราการเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ.2560 พบอัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนจาก 119.15 เพิ่มขึ้นเป็น 128.36 ซึ่งจังหวัดพะเยาพบอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากในปี พ.ศ. 2559 พบอัตราการตาย 19.96 เพิ่มขึ้นมากปี พ.ศ.2560 เพิ่มขึ้นเป็น 26.47 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา,2561)

โรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นรูปแบบหนึ่งในการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต การจัดการศึกษา การพัฒนาทักษะเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุจะเป็นเรื่องที่ผู้สูงอายุสนใจและมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต ช่วยเพิ่มพูนความรู้ ทักษะชีวิตที่จำเป็น โดยวิทยากรจิตอาสาหรือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องขณะเดียวกันก็เป็นพื้นที่ที่ผู้สูงอายุจะได้แสดงศักยภาพ โดยการถ่ายทอดภูมิความรู้ประสบการณ์ ที่สั่งสมแก่บุคคลอื่นเพื่อสืบสานภูมิปัญญาให้คงคุณค่าคู่กับชุมชน โรงเรียนผู้สูงอายุหลายแห่งตั้งขึ้นโดยใช้อาคารเรียนเก่าของโรงเรียนที่เลิกกิจการหรือตั้งอยู่ในชมรมผู้สูงอายุ ภายในวัด บางแห่งใช้บ้านของผู้ริเริ่มก่อตั้งเป็นสถานที่ดำเนินการ การจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุในระยะแรก อาจเป็นเพียงการรวมกลุ่มพบปะพูดคุยกัน แล้วจึงค่อย ๆ มีรูปแบบชัดเจนขึ้น มีกิจกรรมที่หลากหลายตามความต้องการของผู้สูงอายุ หรืออาจเป็นการขยายกิจกรรมจากที่มีการดำเนินการอยู่แล้ว เช่น ศูนย์บริการทางสังคม แบบมีส่วนร่วม (ศาลาสร้างสุข) ศูนย์สามวัย ธนาคารความดี เป็นต้น โรงเรียนผู้สูงอายุสามารถมีรูปแบบและกิจกรรมที่หลากหลาย ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่ ความต้องการของผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ จะกำหนดตารางกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ไว้ชัดเจน ระยะเวลาเปิดเรียนอาจเป็นตลอดปีหรือเปิดเป็นช่วงเวลาตามหลักสูตรที่จัดอบรม ส่วนใหญ่จะจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 วัน โรงเรียนผู้สูงอายุบ้านแม่กาโทกหวากเป็นสถานศึกษาที่เกิดจากพระครูอาชวพิมลเจ้าอาวาสวัดแม่กาโทกหวากผู้ขับเคลื่อนการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุ ตลอดจน ดร.ประพันธ์ เทียนวิหาร นายก เทศบาลตำบลแม่กาให้การสนับสนุนและขับเคลื่อนเพื่อให้โรงเรียนผู้สูงอายุเกิดการถ่ายทอดองค์ความรู้และเกิดกลุ่มนักเรียนผู้สูงอายุขึ้นจำนวน 70 คน เข้ามาศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา การรับรู้คุณภาพ ความพึงพอใจและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุบ้านแม่กาโทกหวาก อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา เพื่อนำข้อมูลไปใช้

ประโยชน์จากการที่เกิดโรงเรียนสุขภาพที่ดีของนักเรียนผู้สูงอายุ และทราบสถานการณ์ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงเรียนตลอดจนหาแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพของนักเรียนผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษา ระดับความรู้ การรับรู้คุณภาพ ความพึงพอใจ และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุบ้านแม่กาโทกหวาก อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

2.เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ การรับรู้คุณภาพ ความพึงพอใจ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุบ้านแม่กาโทกหวาก อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้คุณภาพ ความพึงพอใจ และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ การรับรู้คุณภาพ ความพึงพอใจ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตของนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุบ้านแม่กาโทกหวาก อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

ประชากร

ประชากรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้คือ ประชากรผู้สูงอายุที่ศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุแม่กาโทกหวาก ตั้งแต่เดือนมกราคม – เดือนกรกฎาคม 2562 และอยู่ในพื้นที่เทศบาลตำบลแม่กา อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีขั้นตอนในการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นประชากรผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุวัดแม่กาโทกหวากที่กำลังศึกษา อยู่ตั้งแต่เดือนมกราคม –เดือนกรกฎาคม 2562 ประชากรจำนวนทั้งสิ้น 85 คน

2. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้โดยวิธีการคำนวณหากลุ่มตัวอย่างโดยการใช้สูตรของ Taro Yamane (ทาโน่ ยามาเน่) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 70 คน

3. ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย(simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลากของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งสิ้น 70 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม – กรกฎาคม 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการการรับรู้คุณภาพ ความพึงพอใจ และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สมาชิกในครอบครัว และโรคประจำตัว ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check List)

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของวัยผู้สูงอายุ แบบเลือกตอบ (Check List) จาก 3 ตัวเลือก ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ โดยเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 15 ข้อ โดยมีลักษณะคะแนนอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน

ส่วนที่ 3 การรับรู้คุณภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะเป็นข้อคำถามแบบมาตรประเมินรวมค่า(Summated Rating Scale) มีทั้งการรับรู้ด้านบวกและด้านลบ มีมาตรวัด 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยให้เลือกเพียงคำตอบเดียว จำนวน 12 ข้อ โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจในพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบมาตรประเมินรวมค่า (Summated Rating Scale) มีทั้งความพึงพอใจด้านบวกและด้านลบ มีมาตรวัด 5 ระดับ คือ พอใจมากที่สุด พอใจมาก พอใจปานกลาง พอใจน้อย และพอใจน้อยที่สุด โดยให้เลือกเพียงคำตอบเดียว จำนวน 15 ข้อ โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบมาตรประเมินรวมค่า (Summated Rating Scale) มีลักษณะการปฏิบัติตนตามมาตรวัด 5 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย โดยให้เลือกเพียงคำตอบเดียว จำนวน 15 ข้อ โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้ศึกษาได้สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามการรับรู้คุณภาพความพึงพอใจ และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุบ้านแม่กาโทกหวาก อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ผู้วิจัยได้ตรวจสอบเนื้อหาของแบบสอบถามจากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาโดยภาพรวมแล้วนำมาปรับปรุงให้เป็นไปตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างนักเรียนผู้สูงอายุที่ศึกษาอยู่โรงเรียนผู้สูงอายุวัดห้วยเคียน อำเภอเมืองพะเยา จำนวน 30 คน และนำมาทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์เท่ากับ .79

การวิเคราะห์คุณภาพของแบบทดสอบความรู้

การหาค่าความยากของแบบทดสอบความรู้ได้ค่าความยากของแบบทดสอบเท่ากับ 0.65 แสดงว่าแบบทดสอบความรู้ค่อนข้างง่าย

การหาค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบความรู้

แบบทดสอบไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ 0.43 แบบทดสอบความรู้มีอำนาจจำแนกดีพอสมควร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทีมผู้วิจัยได้ลงพื้นที่รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.ทีมผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในโรงเรียนผู้สูงอายุวัดแม่กาโทกหวาก

2.การใช้แบบสอบถามวัดความรู้ การรับรู้ ความพึงพอใจและพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุวัดแม่กาโทกหวาก อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา โดยทีมผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงวิธีการตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังแล้วให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบในเรื่องความรู้ การรับรู้คุณภาพ ความพึงพอใจและพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงให้ตรงกับความเป็นจริงของกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด

3.ทีมผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลพร้อมลงรหัสข้อมูลของแบบสอบถามแล้วจึงนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลเมื่อทีมผู้วิจัยลงข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และนำไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สมาชิกในครอบครัว และโรคประจำตัว วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ระดับความรู้ การรับรู้คุณภาพ ความพึงพอใจ และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ใช้ สถิติ Chi-Square Test ความรู้ การรับรู้คุณภาพ ความพึงพอใจ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ Pearson correlation

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไป จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.25 มีอายุระหว่าง 60-70 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 63 ปี ร้อยละ 59.95 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.65 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 78.42 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระหว่าง 1,000 -1,500 บาท ร้อยละ 66.72 ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว จำนวน 3-5 คน ร้อยละ 67.82 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 57.95

2.ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.00 ($\bar{x}$ =0.69,SD=0.25) โดยมีระดับคะแนนความรู้ คือ ความรู้ดี (11-15 คะแนน) ความรู้ปานกลาง (6-10 คะแนน) และ ความรู้ไม่ดี (1-5 คะแนน)

3.การรับรู้คุณภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับดี ร้อยละ 59.75 ($\bar{x}$ =1.63,SD=0.72) โดยมีระดับคะแนนการรับรู้คุณภาพแบ่งเป็นการรับรู้ดี (45-60 คะแนน) การรับรู้ปานกลาง (29-44 คะแนน) การรับรู้น้อย (12-28 คะแนน)

4.ความพึงพอใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.65 ($\bar{x}$ =2.60,SD=1.33) โดยมีระดับคะแนนความพึงพอใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงแบ่งเป็น พอใจมาก (56-75 คะแนน) พึงพอใจปานกลาง (36-55 คะแนน) และพึงพอใจน้อย (15-35 คะแนน)

5.พฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.20 ($\bar{x}$ =3.46,SD=2.33) โดยมีระดับพฤติกรรม แบ่งเป็น พฤติกรรมการป้องกันระดับสูง (56-75 คะแนน) พฤติกรรมการป้องกันระดับปานกลาง (36-55 คะแนน) และพฤติกรรมการป้องกันระดับต่ำ (15-35 คะแนน)

6.ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ การรับรู้ ระดับความพึงพอใจ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ลักษณะที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่าง การรับรู้ และความพึงพอใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p-value =0.05) มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับสูงมาก (r=.960)

7.เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p-value =0.05)

อภิปราย สรุป และข้อเสนอแนะ

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.00 ($\bar{x}$=0.69,SD=0.25) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับปานกลาง มี 5 ข้อ ซึ่งเมื่อพิจารณาจากงานวิจัยแล้วสอดคล้องกับจอมจันทร์ นทีวัฒนา, รัศมี จันทร์กวีกูล, สัณหวัช ไชยวงศ์, ปัญญา ยงยิ่ง และวิชัย เทียนถาวร (2558) พบว่าความรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับงานวิจัยของปฐญาภรณ์ ลาลุน (2554) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.30 ($\bar{x}$ = 69.60,SD = 20.68)

2. การรับรู้คุณภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้คุณภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับดี ร้อยละ 59.75 ($\bar{x}$ = 1.63,SD=0.72) โดยเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า

1) การรับรู้คุณภาพเรื่องของโอกาสในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้คุณภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 65.80 ($\bar{x}$ = 2.75,SD = 0.60)

2) การรับรู้คุณภาพเรื่องของความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้คุณภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 63.75 ($\bar{x}$ = 2.65,SD = 0.48)

3) การรับรู้คุณภาพเรื่องอุปสรรคของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้คุณภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 61.49 ($\bar{x}$ =2.44,SD=0.32)

ซึ่งสอดคล้องกับ สุมาพร สุจำนงค์มณีรัตน์ ธีรวิวัฒน์ และนิรัตน์ อิมามี (2556) พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดี

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.20 ($\bar{x}$ =3.46,SD=2.33) สอดคล้องกับงานวิจัยของนุจรี อ่อนสีน้อย ยุวดี ลีลัคนาวีระ และชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ (2560) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง (M = 2.59, SD =0.29) และสอดคล้องกับปฐญาภรณ์ ลาลุน (2554) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x}$ =1.28,SD=0.27)

4. ความพึงพอใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 55.65 ($\bar{x}$ =2.60,SD=1.33) จากการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุของวัดแม่กาโทกหวาก กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจกับสุขภาพของตนเอง และเมื่อสอบถามพบว่าเป็นโรคประจำตัว คือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 57.95 ซึ่งเกินครึ่งของจำนวนผู้มีสุขภาพดี

จากการศึกษาแล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปานกลาง สอดคล้องกับทรัพย์ทวี หิรัญเกิด,พร้อมจิต ห่อนบุญเหิม และสุรชาติ สิทธิปรณ์ (2556) พบว่ากลุ่มต่ออย่างมีความพึงพอใจระดับปานกลางเมื่อได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับประภาส ขำมาก สมรัตน์ ขำมาก และมาลีน แก้วมูณี (2558) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจระดับปานกลางกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

5. ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ การรับรู้ ระดับความพึงพอใจ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สมาชิกในครอบครัว และโรคประจำตัว พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p-value =0.05)

โดยปัจจัยส่วนบุคคลด้าน เพศ สอดคล้องกับ ประภาส ขำมาก สมรัตน์ ขำมาก และมาลีน แก้วมูณี (2558) ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สำหรับอายุ และระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับ สุมาพร สุจำนงค์ มณีรัตน์ ธีรวิวัฒน์ และนิรัตน์ อิมามี (2556) ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) แต่ไม่สอดคล้องกับประภาส ขำมาก สมรัตน์ ขำมาก และมาลีน แก้วมูณี (2558) ที่พบว่า อายุ และระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ความรู้ และการรับรู้คุณภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p-value =0.05) มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลาง (r=.660)อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในเรื่องการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับสุมาพร สุจำนงค์ มณีรัตน์ ธีรวิวัฒน์ และนิรัตน์ อิมามี (2556) พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) และสอดคล้องกับ สีรีวัฒน์ อายุวัฒน์ จารุวรรณ อุตน้อยวงศ์ อริสรา หรั่งเรือง แพรชมพู เข็มเพ็ชร์ (2561) ที่พบว่าความรู้ และการรับรู้คุณภาพ ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.01)

ข้อเสนอแนะ

1.ความรู้ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะโรงเรียนผู้สูงอายุกลุ่มงานสาธารณสุข เทศบาลตำบลแม่กา และส่วนที่เกี่ยวข้องควรจัดความรู้หรือส่งเสริมให้นักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุวัดแม่กาโทกหวากได้มีความรู้จากปานกลางให้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูงเพื่อควบคุมระดับความดันในโลหิต และประยุกต์ใช้หลักการ 3 อ. 3 ลด และวิชัยโมเดล“7 สี” ต่อการเฝ้าระวังความดันโลหิตสูงของนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อให้กลุ่มผู้สูงอายุได้มีความรู้ในการป้องกันโรคความดันโลหิตที่ถูกต้อง

2.การรับรู้คุณภาพ ประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคของโรค กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อยู่ในระดับสูง

แต่ด้วยบริบทของกลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคดังกล่าวแล้ว จึงได้แต่ควบคุมและป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นในระดับที่สูงกว่าเดิม ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างได้เสนอแนวทางในการถ่ายทอดการรับรู้ให้กลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่เกิดโรคทราบถึงการรับรู้โดยวิธีการยกตัวอย่าง และถ่ายทอดผ่านการสื่อสารสุขภาพโดยใช้วิชัยโมเดล“7 สี” ต่อการเฝ้าระวังความดันโลหิตสูงไปยังกลุ่มที่ยังไม่เกิดโรคเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่เพื่อลดค่าใช้จ่าย

3.ในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อลดอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูง หากมีการดำเนินการในโรงเรียนผู้สูงอายุตั้งทุกคนที่เข้ามาในโรงเรียน จะสามารถลดอัตราการเกิดโรคได้ โดยการได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข เทศบาลตำบลที่สนับสนุนและทุกภาคส่วนให้ความสำคัญทางด้านส่งเสริมป้องกัน จะทำให้เกิดความตระหนัก รับรู้ และป้องกันไม่ให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม

เอกสารอ้างอิง

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2559) การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา ww.hed.go.th [25 มกราคม 2561]

กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ.(2559).คู่มือโรงเรียนผู้สูงอายุ.กรมกิจการผู้สูงอายุ. เขตราชเทวี กรุงเทพฯ.[ออนไลน์]. แหล่งที่มา http://www.dop.go.th/download/knowledge/knowledge_th_20161706121558_1.pdf

จอมจันทร์ นทีวัฒนา รัศมี จันทร์กวีกูล สัณหวัช ไชยวงศ์ ปัญญา ยงยิ่ง และวิชัย เทียนถาวร.(2558).วิชัยโมเดล “7 สี” ต่อการเฝ้าระวังความดันโลหิตสูงและเบาหวานของประชากรอำเภอภูกามยาว จังหวัดพะเยา.วารสารนเรศวรพะเยา.ปีที่8 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2558:(25-29)

ธาริณี พังจุนันท์ และนิตยา พันธุเวทย์.(2556) ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก 2556.สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.

นุจรี อ่อนสีน้อย ยุวดี ลีลัคนาวีระ และชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ. (2560).ปัจจัยทำ นายพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชาชนที่มีภาวะก่อนเป็นโรคความดันโลหิตสูง.วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ ปีที่ 37 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2560:(63-74)

ปฐญาภรณ์ ลาลุน.(2554).พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ.วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา.มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.กรุงเทพมหานคร.

ประภาส ขำมาก สมรัตน์ ขำมาก และมาลีน แก้วมูณี.(2558).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้.ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2558:(74-91)

พัสมณฑ์ คุ้มทวีพร และเสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ.(2559).การจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร.วารสารพยาบาลทหารบก.ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2559:(154-162)

วิชัย เทียนถาวร. (2555). ตำราการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

วิชัย เทียนถาวร.(2559).กระบวนการสื่อสารเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ของจังหวัดสิงห์บุรี.วารสารสุขศึกษาและสื่อสารสุขภาพ ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2559:(1-8)

สีรีวัฒน์ อายุวัฒน์ จารุวรรณ อุตน้อยวงศ์ อริสรา หรั่งเรือง และแพรชมพู เข็มเพ็ชร์. (2561).การพัฒนานวัตกรรมเพื่อป้องกันโรค.ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ปีที่ 8 ฉบับที่ 2.กรกฎาคม-ธันวาคม 2561:(35-45)

สุมาพร สุจำนงค์ มณีรัตน์ ธีรวิวัฒน์ และนิรัตน์ อิมามี.(2556).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำ บลตลาดขวัญ จังหวัดนนทบุรี.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ปีที่ 29 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2556:(20-30)

สุรเกียรติ อาชานานุภาพ.(2553). ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป (เล่ม 2) 350 โรคกับการดูแลรักษาและการป้องกัน “ความดันโลหิตสูง (Hypertension)”. หน้า 680-691.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา.(2561).รายงานสถานการณ์อัตราการเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2559-2560.จังหวัดพะเยา.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค รายงานการพยากรณ์โรคความดันโลหิตสูง คณะทำงานพยากรณ์โรคและภัยสุขภาพ อ้างใน http://164.115.5.58/forecast/files/report_2012/report_2012_11_no01.pdf

Taro Yamane(1973).Statistics: An Introductory Analysis.3rdEd. New York.Harper and Row. Publications.

World Hypertension Day 2013 brochure , the World Hypertension League [online] Accessed on March 18, 2013 at URL http://www.worldhypertensionleague.org/Documents/WHD/2013/WHD%202013%20brochure.pdf

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

นพพร จันทรเสนา*
ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร**

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี และประเมินความคิดเห็นต่อระบบ ใช้แนวคิดการพัฒนาของ Demimg 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลแบบประคับประคองจากทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลหนองหาน 15 คน ระยะที่ 2 วางแผนแนวทางแก้ไขปัญหาโดยพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง ระยะที่ 3 ตรวจสอบระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยทดลองใช้ ในผู้ป่วย 10 ราย ระยะที่ 4 ปรับปรุงระบบแล้วนำไปใช้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ดูแล 30 คน ที่เข้ารับการรักษาวันที่ 1 กรกฎาคม 2561 ถึง 31 ธันวาคม 2561 เครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและค่าความเชื่อโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ระยะที่ 1 สถานการณ์การดูแลแบบประคับประคอง พบว่า ทีมสหวิชาชีพขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะการจัดการอาการผู้ป่วย การดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน

ระยะที่ 2 ได้ระบบการดูแลแบบประคับประคอง 4 ขั้นตอน คือ 1) การวินิจฉัยหรือคัดเลือกผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง 2) ประเมินความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 3) วางแผนการดูแลและทำประชุมกลุ่มร่วมกับญาติผู้ดูแล 4) การดูแลต่อเนื่องโดยอาศัยความร่วมมือของเครือข่ายในชุมชน

ระยะที่ 3 และ 4 ผลการประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคับประคองที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.38) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านอยู่ในระดับมากทั้ง 2 ประเด็น คือ ด้านความเป็นไปได้ ($\overline{X}$ = 4.49) ด้านความเหมาะสม ($\overline{X}$ = 4.24) ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อระบบการดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมาก ถึงร้อยละ 93.33 และความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ =4.18) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ด้านที่ค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการดูแลด้านร่างกาย ($\overline{X}$ =4.35)

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบ การดูแลแบบประคับประคอง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี
**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

The Development Of Palliative Care System Nonghan Hospital Nonghan District, Udonthani

Nopporn Chantharasena*

Piyanuch Promsaka na sakolnakorn**

Abstract

The purposes of research were to create the development of palliative care system in Nonghan Hospital, Nonghan District, Udonthani. The study was conducted from 1 July 2018 to 31 December 2018. It was divided into 4 phases based on the concept of Demming cycle: 1) Planning 2) Doing 3) Check and 4) Action. The samples consisted of 30 end stage patients or caregivers, 15 persons from the multidisciplinary team. The data were collected by a questionnaire and group discussion.The questionnaire was examined for the validity by the expert. The Cranbach's alpha coefficient was employed for verifying the reliability and it was 0.98. The data were analyzed by mean, percentage and standard diviation. Results of this study were as follows:

Phase 1 Problems of palliative care system was found multidisciplinary teams loss skill of palliative care, especially symptom management and continuing of care.

Phase 2 The palliative care system should provide 4 steps. (1) Diagnosis (2) Assessment (3) planning of care and family meeting and (4) continuing of care to home by the community network.

Phase 3 and 4 The evaluation of the palliative system in Nonghan Hospital, Nonghan District, Udonthani revealed that in the overall average of appropriate and possibility were at the high level ($\overline{X}$ = 4.38) and all items were at the high level. The assessment of satisfaction the multidisciplinary team was satisfied with the high level of 93.33 percent and the satisfaction of patients and care givers toward the system was also at the high level. It was agreed that the system for end stage patients was appropriate for using in the organization.

Keywords: Development , Palliative Care

*Professional nurses Nonghan Hospital Nonghan District, Udonthani.

** Senior Professional Nurse Boromarajonani College of Nursing, Udonthani

บทนำ

ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของโรคเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีการดำเนินการของโรคที่มีการคุกคามต่อชีวิตอย่างต่อเนื่องเข้าสู่ช่วงสุดท้ายแห่งชีวิตซึ่งโรคนั้นไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ถึงแม้จะมีวิวัฒนาการทางการแพทย์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้ อีกทั้งยังส่งผลให้มีผู้ป่วยเรื้อรังต้องดูแลต่อเนื่องจนกระทั่งเข้าสู่ระยะสุดท้ายมากขึ้น โดยเฉพาะโรคมะเร็งที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับต้น ๆ ของโลก องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ.2030 จะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นเป็น 21.4 ล้านคน และเสียชีวิตราว 11.4 ล้านคน (WHO, 2007 อ้างถึงในวาสนา สวัสดีนฤนาท และคณะ, มปป.) สำหรับประเทศไทยพบว่า อัตราตายจากโรคมะเร็งต่อแสนประชากรในปี พ.ศ.2550-2554 เท่ากับ 84.9, 87.6, 88.3, 91.2 และ 95.2 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2556) ส่งผลให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาการของผู้ป่วยจะเพิ่มมากขึ้นตามจำนวนอวัยวะที่โรคลุกลามไปถึง การรักษาทางการแพทย์ไม่สามารถยับยั้งโรคและการแพร่กระจายของโรคได้ ทำให้ผู้ป่วยมีอายุหรือช่วงเวลาของชีวิตเหลืออยู่จำกัดหรือมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นานหลายวัน หลายสัปดาห์หรือหลายเดือน บางคนอาจมีระยะเวลาเหลืออยู่ยาวเป็นปี ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจะประสบกับความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่ที่พบได้แก่ ด้านร่างกายที่พบบ่อย เช่น อาการปวด อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า เบื่ออาหาร ท้องผูก อาการคลื่นไส้อาเจียน และหายใจลำบาก เป็นต้น ด้านจิตใจสังคมและจิตวิญญาณที่พบบ่อย เช่น ความกลัว โกรธ ท้อแท้ หมดหวัง เกิดความเครียด (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2557) ซึ่งอาการเหล่านี้มีความรุนแรงแตกต่างกัน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาการจะทรุดลงไปเรื่อย ๆ ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้และเสียชีวิตในที่สุด นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวผู้ดูแลอีกด้วย โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจและสังคม ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จึงมีเป้าหมายหลัก คือ การลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจากอาการรบกวนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการเสื่อมสภาพของร่างกายเกิดความทุกข์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ มุ่งเน้นส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว บุคลากรทีมสหวิชาชีพจึงมีบทบาทสำคัญยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแล

จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลหนองหานซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 90 เตียง พบมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายปี 2558, 2559 และ 2560 จำนวน 68 คน 121 คนและ 301 คน คิดเป็นโรคมะเร็งร้อยละ 94.45 , 95.65 และ 96.43 ตามลำดับ (งานข้อมูลสารสนเทศโรงพยาบาลหนองหาน, 2561) พบปัญหาว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยทีมสหวิชาชีพยังไม่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน เน้นการดูแลด้านร่างกาย ส่วนการดูแลด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ รวมทั้งการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวยังปฏิบัติได้ไม่ครอบคลุมองค์รวม สอดคล้องกับการศึกษาปี 2550 ของ (ฐิติมา โพธิศรี, 2550) พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง มีปัญหาบุคลากรที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขาดความรู้ ความมั่นใจ

ความตระหนัก มีทัศนคติที่ไม่ดี ไม่เข้าใจบทบาทของตนเอง และไม่มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวยังไม่มีส่วนร่วมตัดสินใจหรือวางแผนการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญความตายในวาระสุดท้ายของชีวิต ส่วนด้านเครื่องมือ/อุปกรณ์ในการดูแล พบยังไม่มีเครื่องมือในการประเมินความปวดและอาการรบกวน และข้อตกลงเกี่ยวกับเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังไม่ชัดเจน ไม่มีเครื่องมืออุปกรณ์สนับสนุนการดูแล เช่น ออกซิเจน เตียงลม ยาเพื่อลดอาการต่างๆ เป็นต้น ตลอดจนการให้คำปรึกษาเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน รวมทั้งขาดการประสานงานความร่วมมือการดูแลต่อในชุมชน ส่งผลให้การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยและญาติไม่ทั่วถึง การดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายได้จึงต้องมีการปรับปรุงพัฒนาระบบการดำเนินงานซึ่งกระบวนการ PDCA หรือแนวคิดวงล้อ Deming (Deming cycle) เป็นแนวคิดหนึ่งที่เน้นการพัฒนาอย่างเป็นระบบเป้าหมายชัดเจนเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องประกอบด้วย การวิเคราะห์สาเหตุ วางแผนการดำเนินงาน การลงมือปฏิบัติและตรวจสอบปรับปรุงเพื่อให้สอดคล้องกับบริบท ดังนั้น ทีมสุขภาพจึงเห็นความสำคัญและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเชื่อมสู่ชุมชนขึ้น โดยเน้นให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงที่บ้าน นำเครือข่ายชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม สามารถเผชิญกับการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นได้ท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รัก อันจะส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จากไปอย่างสงบมีวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

2. เพื่อประเมินความคิดเห็นต่อระบบการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดวงล้อ Deming (Deming cycle) เป็นเครื่องมือในการศึกษา ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การลงมือปฏิบัติ (Do) การประเมินผล(Check) และการปรับปรุง (Act) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Plan) เป็นวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลหนองหาน

ระยะที่ 2 การลงมือปฏิบัติงาน (Do) เป็นการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองขึ้น

ระยะที่ 3 การตรวจสอบหรือการสังเกตการณ์ (Check or Observation) นำระบบไปทดลองใช้ ในผู้ป่วย 10 ราย

ระยะที่ 4 การปรับปรุงระบบ (Action) แล้วนำไปใช้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือญาติผู้ดูแล 30 คน และประเมินผลระบบ

ประชากรเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย

1. ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลหนองหานที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

2. ผู้ป่วยที่ได้รับการพิจารณาว่าเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองรวมถึงเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3. ผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองรวมถึงผู้ป่วยระยะสุดท้าย

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากประชากรในการวิจัยทั้งหมดของอำเภอหนองหาน ดังนี้

1. ทีมสหวิชาชีพทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักโภชนากร แพทย์แผนไทย จำนวน 15 คน

2. ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหรือญาติผู้ดูแลที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยนอกหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลหนองหานตั้งแต่ วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2561 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561หรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่อยู่บ้าน 30 คน สามารถให้ข้อมูลและสื่อสารได้ดี มีความยินดีและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย หากผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานทางกายมากจนสื่อสารไม่ได้ใช้เป็นเกณฑ์คัดออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria)

มีการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการศึกษาโดยมติเห็นชอบรับรองจริยธรรมการวิจัย เลขที่ HE6105 จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี แล้วผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามมี 2 ตอนคือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง และระยะเวลาการปฏิบัติงาน เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นต่อระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและแบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scales)

เครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาผู้เชี่ยวชาญ 3 คนและหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่า ของ ครอนบาค (สมชาย วรกิจเกษมสกุล, 2554) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.98

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บโดยแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ดูแลที่มารับบริการในโรงพยาบาลหนองหานและที่บ้านผู้ป่วยเมื่อออกไปเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และแจกแบบสอบถามให้กับทีมสหวิชาชีพทุกคนที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้วิจัยติดตามจนแบบสอบถามครบตามจำนวน

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ จำนวน 45 ชุด มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (Statistical Package for the Social Sciences: SPSS) ดังนี้

1.การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยหาค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลหนองหานอำเภอหนองหานจังหวัดอุดรธานีโดยนำมาหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแล้วนำไปเทียบกับเกณฑ์โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลดังนี้

คะแนน 5.00 หมายถึง มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ระดับมากที่สุด

คะแนน 4.00 หมายถึง มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ระดับมาก

คะแนน 3.00 หมายถึง มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ระดับปานกลาง

คะแนน 2.00 หมายถึง มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในระดับน้อย

คะแนน 1.00 หมายถึง มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ระดับน้อยที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยสามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลหนองหาน พบว่า ส่วนใหญ่ขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ขาดทักษะในการสื่อสารและจัดการอาการผู้ป่วย โดยเน้นการดูแลทางด้านร่างกาย ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนขาดการสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายไม่ได้รับข้อมูลส่งต่อการรักษาขาดการนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลมาจัดประชุมเพื่อหาแนวทางพัฒนาระบบต่อไป

ระยะที่ 2 การลงมือปฏิบัติงาน (Action or Do) ผลการพัฒนาได้ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพและวางแผนการดูแลเป็นขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หรือเป็นโรคเรื้อรังที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายต้องดูแลแบบประคับประคอง หรือเป็นผู้ป่วยที่รับส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นๆ ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หรือเป็นโรคเรื้อรังที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายต้องดูแลแบบประคับ ประคองที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 2 พยาบาลประเมินความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้แบบประเมิน PPS scale แบบประเมิน ESAS ประกอบด้วยด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ

ขั้นตอนที่ 3 ทีมมิตรภาพบำบัด ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนากร และนักแพทย์แผนไทย ทำประชุมกลุ่มร่วมกับญาติผู้ดูแล (Family meeting)ในการวางแผนการดูแลร่วมกันโดยมีพยาบาล Case manager เป็นผู้ประสาน รวมทั้งมีระบบการให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 4 การดูแลต่อเนื่องโดยการส่งต่อให้เครือข่ายในชุมชนดูแล มีการติดตามเยี่ยมบ้านเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน เยี่ยมครอบครัวหลังเสียชีวิต

ระยะที่ 3 การตรวจสอบหรือการสังเกตการณ์ (Check or Observation) พบว่าหลังการนำระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไปใช้พบว่ามีปัญหา คือ พยาบาลบางคนยังใช้แบบประเมิน Palliative Performance Scale version 2 (PPSV2) และEdmonton Symptom Assessment System (ESAS) ไม่เป็น ไม่เข้าใจ ไม่ชำนาญและหลงลืมไม่ทำบ้าง นอกจากนี้ยังมองว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน การจัดการอาการยังไม่เหมาะสม แต่ส่วนใหญ่พบว่ามีแนวโน้มที่ดีมีการตื่นตัว ประสานงานกันมากขึ้น ขอคำปรึกษาจากแพทย์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเป็นระยะ ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจในการบริการมากขึ้น จากนั้นมีการทบทวนปัญหาและเชิญทีมสหวิชาชีพเข้าร่วมทีมการให้คำปรึกษาหรือการทำประชุมกลุ่มครอบครัว (Family meeting) เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการร่วมกัน

ระยะที่ 4 การปรับปรุงระบบ (Action) และประเมินผลระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้น

1. ข้อมูลเกี่ยวทั่วไปเกี่ยวกับทีมสหวิชาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 93.34 (14 คน) อายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี มีมากถึงร้อยละ 80 (12 คน) สถานภาพส่วนใหญ่เป็นสถานภาพโสด ร้อยละ 66.67 (10 คน) การศึกษาส่วนมากจบระดับปริญญาตรี ร้อยละ 86.67 (13คน) ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลมากถึงร้อยละ 66.66 (10) และส่วนมากมีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปีร้อยละ 86.67 (13 คน)

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 53.33 เพศหญิงร้อยละ 46.67 มีอายุระหว่าง 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.67 และรองลงมาคืออายุ 61 ปีขึ้นไป การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 50 รองลงมาคือต่ำกว่าปริญญาตรีร้อยละ 23.33 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ100 มีรายได้อยู่ระหว่าง 10,000 - 30,000 บาทร้อยละ 50 รองลงมาคือน้อยกว่า 10,000 บาทร้อยละ 36.66 ส่วนใหญ่ผู้ดูแลหลักคือคู่สมรส ร้อยละ50 รองลงมาคือบุตร ร้อยละ 33.33 มีการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีมากที่สุดร้อยละ 46.67 รองลงมาเป็นโรคมะเร็งตับร้อยละ 30 มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งปอดร้อยละ 10 ส่วนมะเร็งเต้านมคิดเป็นร้อยละ 3.33

3. ประเมินความคิดเห็นของทีมสหวิชาชีพในประเด็นความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.38) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านอยู่ในระดับมากทั้ง 2 ประเด็น คือ ด้านความเป็นไปได้ ($\overline{X}$ = 4.49) ด้านความเหมาะสม ($\overline{X}$= 4.24)

4. ประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทีมสหวิชาชีพเข้าร่วมทั้งหมดจำนวน 15 ราย ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.33 มีความพึงพอในอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 1ราย คิดเป็นร้อยละ6.67

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1.ด้านระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีการศึกษาสถานการณ์และปัญหาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าส่วนใหญ่ขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ขาดทักษะในการสื่อสารและจัดการอาการผู้ป่วย โดยเน้นการดูแลทางด้านร่างกาย ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนขาด การสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายไม่ได้รับข้อมูลส่งต่อการรักษา ขาดการนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล

2. มีระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่สร้างขึ้น 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การวินิจฉัยว่า เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หรือเป็นโรคเรื้อรังที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายต้องดูแลแบบประคับประคอง ขั้นตอนที่ 2 ประเมินความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยใช้แบบประเมิน PPS scale แบบประเมิน ESAS ขั้นตอนที่ 3 ทีมสหวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนากร และนักแพทย์แผนไทย ทำประชุมกลุ่มร่วมกับญาติผู้ดูแล (Family meeting) ในการวางแผนการดูแลร่วมกันโดยมีพยาบาล Case manager เป็นผู้ประสาน มีระบบการให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง ขั้นตอนที่ 4 การดูแลต่อเนื่องโดยอาศัยความร่วมมือของเครือข่ายในชุมชน มีการติดตามเยี่ยมบ้านเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน เยี่ยมครอบครัวหลังเสียชีวิต

ผลการพัฒนาจะเห็นว่ามีการวางแผนตั้งแต่การประเมินความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ มีระบบการให้คำปรึกษาจากทีมสหวิชาชีพ มีการวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัวโดยการทำ Family Meeting ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติให้การดูแลจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

3. การประเมินความคิดเห็นต่อระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลที่สร้างขึ้นโดยการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของทีมสหวิชาชีพ มีความคิดเห็นต่อระบบระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

โรงพยาบาลที่หนองหานสร้างขึ้น มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ระบบที่สร้างขึ้นมีความง่ายต่อการนำไปใช้ มีประโยชน์และมีความเหมาะสมไปใช้ในหน่วยงาน ซึ่งหากมีการดำเนินการและพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่องจะเกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการเป็นอย่างมาก

อภิปรายผลการวิจัย

ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลหนองหานเป็นรูปแบบการดูแลต่อเนื่องจากสถานบริการเชื่อมโยงถึงชุมชนโดยใช้กลยุทธ์การมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนากร นักแพทย์แผนไทยและเครือข่ายในชุมชน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ดูแล/ครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้าย อาสาสมัครหมู่บ้าน จิตอาสา ทำให้เกิดกระบวนการพัฒนาการดูแลอย่างเป็นองค์รวมที่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและญาติ สามารถยอมรับปรับตัวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ได้รับการดูแลจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิตและเสียชีวิตอย่างสงบ สอดคล้องกับหลักในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองซึ่งเป็นหัวใจในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองประกอบด้วย การให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวโดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของการรักษาบนพื้นฐาน การตัดสินใจร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัว การให้บริการครอบคลุมความต้องการทุกด้านของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การให้ความสำคัญต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย เจตคติส่วนตัว การให้คุณค่าต่อสิ่งต่าง ๆ ความเชื่อ ศรัทธาทางศาสนา การใช้เครื่องช่วยชีวิตเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้าย การเลือกสถานที่เสียชีวิต การร่วมงานศพ และการช่วยเหลือครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว การทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพรวมไปถึงคนในครอบครัวของผู้ป่วย และชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของบุคลากรทางการแพทย์ หลายสาขาทั้งแพทย์เฉพาะทาง พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบาบัด นักจิตวิทยา ทำงาน ประสานกันและเข้าใจบทบาทของกันและกัน ครอบครัว ผู้ดูแล ญาติสนิทมิตรสหายก็เป็นกลุ่มบุคคล ที่มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าทีมสาธารณสุข ในฐานะผู้ร่วมดูแลและเป็นกำลังใจที่สำคัญของผู้ป่วย รวมไปถึงความช่วยเหลือจากชุมชน ผู้นำทางศาสนา สมาคมและอาสาสมัครต่าง ๆ ตลอดจนความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย และประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ ไม่ว่าจะเป็นเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล กลับบ้าน หรือเสียชีวิตแล้ว ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย ครอบครัว สถานการณ์ที่เกิดขึ้น จึงต้องมีการประเมินผลเป็นระยะเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วย (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2554) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ เทศประสิทธิ์และคณะ (ทัศนีย์ เทศประสิทธิ์และคณะ, 2554) เรื่องการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลอุดรธานี พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายซึ่งพัฒนาจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย คู่มือการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายระบบการส่งต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนในเครือข่าย ผลการวิจัยพบว่า ด้านผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมองค์รวมมากขึ้น ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับมาก พยาบาลมีการปฏิบัติตามระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น ผลการศึกษาครั้งนี้สรุปว่าการพัฒนา

ระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์ (2552) เรื่องการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวในระยะสุดท้ายได้รับการตอบสนองครอบคลุมองค์รวมมากขึ้น เกิดทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้าใจแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองมีวิธีทำงานที่เอื้อต่อการดูแลแบบองค์รวม รวมทั้งมีเครื่องมือช่วยในการดูแล และการศึกษาของ (มุกดา ยิ้มย่อง (2556) เรื่องการพัฒนาการจัดการหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดเพชรบุรี ผลพบว่า ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจในระดับมากที่สุด พยาบาลมีความสามารถในการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับดี ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยพบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.58 ด้านโครงสร้างองค์การพบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.32 ด้านการประเมินผลลัพธ์โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.49 และเห็นว่าผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และพัฒนาการจัดตั้งหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อย่างเป็นระบบให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี นั้นมีการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุม กาย จิต สังคม จิตวิญาณ สิ่งที่สำคัญคือ มีความเหมาะสมกับบริบทที่เป็นอยู่โดยคำนึงสิ่งที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การได้รับความรักความอบอุ่นจากญาติ บุตรหลาน กำลังใจจากครอบครัวจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ นอกจากนี้การได้รับความช่วยเหลือที่ดี การดูแลต่อเนื่องจากทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายการดูแลในชุมชนรวมทั้งมีระบบการส่งต่อการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลช่วยเหลือตามสภาพปัญหาตอบสนองความต้องการ สามารถจัดการปัญหาและอาการรบกวนได้ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต เสียชีวิตอย่างสงบท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รัก

ข้อเสนอแนะ

1.ควรนำระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้นนำไปใช้อย่างต่อเนื่องและศึกษาผลการดำเนินงานปรับปรุงประสิทธิภาพระบบการดูแลให้ดียิ่งขึ้น

2. ควรมีการกำหนดโครงสร้างหรือมอบหมายผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร

3. ควรมีการสนับสนุนทรัพยากรได้แก่ วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งสถานที่ที่มีความเหมาะสมด้วย

4. ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญ ผู้ร่วมวิจัย ทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแลที่ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

งานข้อมูลสารสนเทศโรงพยาบาลหนองหาน. (2561). รายงานสถิติข้อมูลผู้ป่วยประจำปี.อุดรธานี.

ฐิติมา โพธิ์ศรี. (2550). การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต:จากโรงพยาบาลสู่บ้าน. รายการการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ทัศนีย์ เทศประสิทธิ์และคณะ. (2554). การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 23: 80-90.

มุกดา ยิ้มย่อง. (2556). การพัฒนาการจัดการหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

วาสนา สวัสดีนฤนาท, อมรพันธุ์ ธานีรัตน์และธารทิพย์ วิเศษธาร. (มปป.) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. มปท: 144-156.

สมชาย วรกิจเกษมสกุล. (2554). สถิติประยุกต์เพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. อุดรธานี: อักษรศิลป์.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. (2556). แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ.2556.กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์. (2552). การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุพัตรา ศรีวณิชชากรและคณะ. (2554). ก่อนถึงวันสุดท้าย.สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ.

ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2557). การสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิตของประชาชนไทย ในดุสิต สถาวร ,บรรณาธิการ. Who Care We Do. กรุงเทพฯ: บียอน เอนเทอร์ไพรซ์ จำกัด.

คำแนะนำการเปิดรับต้นฉบับเพื่อรับการพิจารณาเผยแพร่

วารสารสุขศึกษาและสื่อสารสุขภาพ ยินดีรับบทความวิชาการทางด้านสุขศึกษา การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพและสาธารณสุข ตลอดจนความรู้ทางด้านสุขภาพทั่วไป ที่ครอบคลุมงานวิชาการทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษที่ยังไม่เคยเผยแพร่ในวารสารอื่นใดมาก่อน โดยกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ ในการตรวจแก้ไขต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

บทความทางวิชาการที่รับเผยแพร่ ประกอบด้วย 1) บทความวิจัย 2) บทความวิชาการ 3) บทความปริทัศน์ 4) บทความพิเศษ และ 5) บทความทั่วไป โดยมีรายละเอียดดังนี้

รูปแบบและข้อกำหนด

1. บทความวิจัย ความยาวไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์ โดยมีองค์ประกอบดังนี้

1) ชื่อเรื่องควรสั้นกะทัดรัดให้ได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงกับวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2) ชื่อผู้เขียนให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน

3) บทคัดย่อคือ การย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขสถิติเฉพาะที่สำคัญใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว โดยให้ครอบคลุมถึงวัตถุประสงค์ เครื่องมือ วิธีการ ผล และอภิปรายหรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

4) บทนำอธิบายความเป็นมา และความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

5) วิธีการศึกษา/วิจัย อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

6) ผลการศึกษา/วิจัย อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมแปลความหมาย ของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบ กับสมมติฐานที่วางไว้

7) อภิปราย/สรุปผล/ข้อเสนอแนะ

2. บทความวิชาการ

รวบรวมองค์ความรู้จากผลงานตนเองและผู้อื่น ไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์

3. บทความปริทัศน์ (Review articles) เป็นบทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่าง ๆ ทั้งใน และต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียน วิธีการสืบค้นข้อมูล บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

4. บทความพิเศษ (Honors articles) เป็นบทความที่เขียนจากประสบการณ์ด้านต่าง ๆ และความคิดเห็นของผู้มีประสบการณ์ และผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขา รวมทั้งผู้บริหาร ที่เกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบัน และอยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 5 หน้าพิมพ์

5. บทความทั่วไป (General articles) บทความต่าง ๆ ที่น่าอ่าน เนื้อหาครอบคลุมเรื่องราวต่าง ๆ อาทิเช่นเกร็ดความรู้ด้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสื่อสารสุขภาพ และอื่น ๆ

การอ้างอิงเอกสาร

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง

2. การอ้างอิงเอกสาร สำหรับบทความตีพิมพ์ในวารสาร กองบรรณาธิการกำหนดให้ผู้เขียนรวบรวมเอกสารอ้างอิงเฉพาะรายเอกสารที่ถูกอ้างอิงไว้ในส่วนเนื้อเรื่องเท่านั้น ภายใต้หัวข้อ “เอกสารอ้างอิง” สำหรับบทความภาษาไทย และ “References” สำหรับบทความภาษาอังกฤษหลักเกณฑ์การเขียนเอกสารอ้างอิงกำหนดให้ผู้เขียนใช้แบบ APA Citation Style (American Psychological Association Style) เครื่องหมาย/หมายถึงเว้นระยะ 1 ตัวอักษร หากเป็นผู้แต่งชาวต่างประเทศ ใช้ชื่อสกุล ตามด้วยอักษรย่อชื่อต้นและชื่อกลาง โดยใช้เครื่องหมายตามตัวอย่างสำหรับชื่อหนังสือภาษาอังกฤษให้ใช้ตัวใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของชื่อเรื่องและ ชื่อเรื่องย่อย ยกเว้นกรณีชื่อเฉพาะ ชื่อผู้แต่ง.//(ปีที่พิมพ์)/(ฉบับพิมพ์).//สถานที่พิมพ์:/ผู้จัดพิมพ์.

ตัวอย่าง

กาญจนา แก้วเทพ. (2556). สื่อสาร อาหาร สุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์.

Bovy, J.E. (1993). Computer for libraries (3rded.). London: Library Association Publishing.

Owen, W.F. (1984). Interpretive Theme in Relation Communication. Quarterly Journal of Speech 70.

3. การอ้างอิงวารสาร/จุลสาร (Journal/Bullentin) กำหนดให้ ผู้เขียน. (ปี). ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปีที่: หน้า

ตัวอย่าง

วัลลภ สันติประชา และชูศักดิ์ ณรงค์เดช. (2535). คุณภาพเมล็ดพันธ์ถั่วเขียวที่ผลิตในภาคใต้. ว.เกษตรศาสตร์ (วิทย์.) 26: 119-125.

Brooks, J.R. and Griffin, V.K. (1987). Liquefaction of rice starch from milled rice flour using heat-stable alpha-amylase. J. Food Sci. 52: 712-717.

4. การอ้างอิงรายงานการวิจัย/รายงานสัมมนา/ประชุมวิชาการ (Proceeding) กำหนดให้ ผู้เขียน. (ปี). ชื่อเรื่อง. ชื่อรายงานการวิจัย หรือสัมมนา หรือจัดการประชุมทางวิชาการ เล่มที่. ชื่อบรรณาธิการ. (ถ้ามี) สถานที่. วันสัมมนา. หน้าของเรื่อง

ตัวอย่าง

วรวิชญ์ รุ่งรัตน์, ปรีชา วดีศิริศักดิ์, นันทกร บุญเกิด, วิทยา ธนานุสนธิ์, และเย็นใจ วสุวัต. (2527). ศึกษาปริมาณเชื้อไรโซเปียมที่เหมาะสมในการคลุกเมล็ดพันธุ์ถั่วลิสงไทยนาน. รายงานสัมมนาเชิงปฏิบัติการงานวิจัยถั่วลิสงครั้งที่ 4 ณ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน. 12-21 เมษายน 2537. หน้า 172-179

Hill, M. J., Archer, K.A. and Hutchinson, K.J. (1989). Toward developing a model of persistence and production for white clover. Proceedings of the XIII International Grassland Congress Nice, France, 4-11 October 1989. pp. 1043-1044.

5. การอ้างอิงสื่ออิเล็กทรอนิกส์/ข้อมูลที่มีเนื้อหาเต็มบนอิเล็กทรอนิกส์ ผู้แต่ง.//(วัน เดือน ปีที่เผยแพร่)./ชื่อบทความ.//ชื่อหนังสือ.//สืบค้นจาก (ระบุ URL)

ตัวอย่าง

ครม. อนุมัติให้ รฟม. กู้เงินในประเทศสร้างรถไฟฟ้า 3 สายแทนกู้ใจก้า. (1 เมษายน 2557). ประชาชาติธุรกิจ. สืบค้นจา http://www.prachachat.net/news.detail.php?newsid= _1396341620.

Heinlein, G. (2007, July 24). Michigan smoking ban takes big step. Detroit News. Retrieved from http://www.detnews.com.

รูปแบบต้นฉบับ

1. การเขียนควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัด และชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

2. รูปแบบตัวอักษร TH SarabunPSK ตัวเลขเป็นตัวอารบิก ขนาด 16 ปอยท์

3. พิมพ์ลงบนกระดาษ A4 ด้วยโปรแกรมไมโครซอฟท์เวิร์ด

4. ระยะขอบ 1 นิ้ว (บน-ล่าง/ ซ้าย-ขวา)

5. ภาพประกอบ (ความละเอียด 300 DPI) เป็นไฟล์ภาพ (.JPEG) /แผนภาพ/แผนภูมิ (ถ้ามี) ต้องชัดเจนมีเลขกำกับหมายเลขของภาพประกอบ เพื่อการจัดเรียงพิมพ์ได้อย่างถูกต้อง

การส่งและรับต้นฉบับ

1. จะต้องเป็นบทความทางด้านการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ สาธารณสุข และการสื่อสารสุขภาพ ตลอดจนความรู้ทางด้านสุขภาพทั่วไปที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน

2. การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 3 ชุด พร้อมแผ่น CD ระบุสถานที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ พร้อมหนังสือนำส่งถึง บรรณาธิการวารสุขศึกษาและสื่อสารสุขภาพ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 และส่งมาที่ e-mail: journal.hed@hotmail.com หมายเลขโทรศัพท์ 02 193 7052

3. เรื่องที่รับไว้กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้เขียนทราบเป็นลายลักษณ์อักษร

4. เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืนให้

5. เรื่องที่ได้รับการพิจารณาหากมีการแก้ไข กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ดำเนินการแก้ไขและให้ส่งกลับภายในระยะเวลาตามที่กำหนดในหนังสือแจ้ง

6. เรื่องที่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียนเรื่องละ 3 เล่ม

ความรับผิดชอบ

1. บทความที่ลงเผยแพร่ใน**วารสารสุขศึกษาและสื่อสารสุขภาพ** ถือเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียนคณะบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

2. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบเนื้อหาบทความของตนเอง ทั้งในทางวิชาการและกฎหมาย

ระยะเวลาการส่งต้นฉบับ

ฉบับที่	1	เดือน	มกราคม – มิถุนายน	ส่งต้นฉบับภายในเดือน ธันวาคม
ฉบับที่	2	เดือน	กรกฎาคม – ธันวาคม	ส่งต้นฉบับภายในเดือน มิถุนายน

การเผยแพร่

วารสารสุขศึกษาและสื่อสารสุขภาพออกเผยแพร่ปีละ 2 ฉบับ คือเดือนมกราคม – เดือนมิถุนายน และเดือนกรกฎาคม – เดือนธันวาคม

กองสุขศึกษา

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

Journal of Health Education and Communication

Journal of Health Education and Communication
Journal of Health Education and Communication
Journal of Health Education and Communication
Journal of Health Education and Communication
Journal of Health Education and Communication
Journal of Health Education and Communication
Journal of Health Education and Communication
Journal of Health Education and Communication
Journal of Health Education and Communication
Journal of Health Education and Communication

e-mail : hed.div.001@hss.mail.go.th
www.youtube.com/user/thaihealtheducation
www.facebook.com/thaihealtheducation