

JRIHS

Journal of Ratchathani Innovative Health Sciences

วารสาร

ราชธานีนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ISSN : 2586-8438

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 เมษายน - มิถุนายน 2560

Vol. 1 No. 1 April - June 2017

เจ้าของ

มหาวิทยาลัยราชธานี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานทางวิชาการที่มีคุณภาพ พัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการ ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการนำเสนอ แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นเชิงวิชาการ ของผู้ทรงคุณวุฒิ คณาจารย์ นักศึกษา และนักวิชาการ
3. เพื่อกระตุ้นให้เกิดการวิจัย การพัฒนานวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งในทางทฤษฎี และทางปฏิบัติ ที่จะสามารถนำไปอ้างอิงประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์แก่สังคมโดยรวม

กำหนดการเผยแพร่ กำหนดการตีพิมพ์ปีละ 4 ฉบับ

ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม

ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน

ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน

ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม

ที่ปรึกษา

นายกสภามหาวิทยาลัยราชธานี

ดร.วิลาวัณย์ ต้นวัฒนพงษ์

อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชธานี

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เยาวลักษณ์ โพธิ์ดารา

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.จิตติมา โกศลวิตร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.ภญ.นันทวัน บุญยะประสงค์

มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรทิพา ส่องศิริ

มหาวิทยาลัยสยาม

ดร.ศักดิ์ดา ขำคม

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ดร.กชพงษ์ สารการ

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

ดร.จวีร์วรรณ มณีแสง

มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วัชรพล

ดร.นุสรา ประเสริฐศรี
ดร.ภคิน ไชยช่วย
ดร.สุภาภรณ์ ศรีธัญรัตน์
ดร.อรทัย ศรีทองธรรม
ดร.จตุพร ผลเกิด
ดร.กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์
อ.จิริงกูร ญัฐรังสี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์
วิทยาลัยสาธารณสุขอุบลราชธานี
ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๐ จ.อุบลราชธานี
สนง.ป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จ.อุบลราชธานี
สนง.ป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จ.อุบลราชธานี
รพ.สต.คำเขื่อนแก้ว จ.ยโสธร
มหาวิทยาลัยราชธานี

ผู้ทรงคุณวุฒิกลั่นกรองบทความ (Peer review)

รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย
รองศาสตราจารย์ปราณี ทุไฟเราะ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อริทพา ส่องศิริ
ดร.ศักดา ขำคม
ดร.กชพงษ์ สารการ
ดร.จวีร์วรรณ มณีแสง
ดร.นุสรา ประเสริฐศรี
ดร.ภคิน ไชยช่วย
ดร.สุภาภรณ์ ศรีธัญรัตน์
ดร.อรทัย ศรีทองธรรม
ดร.จตุพร ผลเกิด
ดร.กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์

มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยสยาม
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วัชรพล
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์
วิทยาลัยสาธารณสุขอุบลราชธานี
ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๐ อุบลราชธานี
สนง.ป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ อุบลราชธานี
สนง.ป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ อุบลราชธานี
รพ.สต.คำเขื่อนแก้ว จ.ยโสธร

ผู้ประสานงานและเผยแพร่

อาจารย์เมธาวี ตันวัฒนะพงษ์
อาจารย์ธนาศักดิ์ ข่ายกระโทก

อาจารย์กนกกาญจน์ ศรีสุนทร
อาจารย์สิริมา บุรณกุล

ติดต่อกองบรรณาธิการ

มหาวิทยาลัยราชธานี เลขที่ 261 ถนนเลียงเมือง ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000
โทร 045-319-900 ต่อ 138 โทรสาร 045-319-911 E-mail: jrihs@rtu.ac.th

พิมพ์ที่

บริษัท ยงสวัสดิ์อินเตอร์กรุ๊ป จำกัด เลขที่ 56 ถนนแก้วเสนา ตำบลวารินชำราบ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190 โทรศัพท์ 0-4532-4777-9 โทรสาร 0-4532-4788

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Reviews) อย่างน้อย 2 ท่าน ข้อคิดเห็นใดๆ ที่ปรากฏในวารสาร เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน กองบรรณาธิการหรือมหาวิทยาลัยราชธานี ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

บทบรรณาธิการ

วารสารราชธานีนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับปฐมฤกษ์ของปี พ.ศ.2560 ของมหาวิทยาลัยราชธานี เพื่อเป็นการเผยแพร่งานวิจัยทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ เสริมสร้างศักยภาพในการศึกษาค้นคว้าวิจัย นำไปสู่การสร้างองค์ความรู้ใหม่ สำหรับวารสารราชธานีนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ฉบับแรกฉบับนี้ ขอนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับบทความวิจัย 5 เรื่อง และบทความวิชาการ 2 เรื่อง ซึ่งกองบรรณาธิการขอแนะนำเรียนว่าบทความทั้ง 7 เรื่อง ที่ตีพิมพ์ในวารสารฉบับนี้มีความหลากหลายและเต็มเปี่ยมไปด้วยคุณภาพ โดยในฉบับนี้ได้นำเสนอ บทความวิชาการ 2 เรื่อง ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการและการป้องกันปัญหา ภาวะสุขภาพของเด็กติดเกมออนไลน์ ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าสนใจ นอกจากนี้ยังนำเสนอบทความวิจัย ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการตรวจสอบสุขภาพของผู้สัมผัสอาหาร รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับ พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของคนทำงานท่าเฟอร์นิเจอร์ไม้ หรือพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในการจัดการความเจ็บปวดของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นเรื่องน่าสนใจ และต้องเข้าใจเรื่องการจัดการ ความเจ็บปวด นอกจากนี้ ยังมีบทความวิจัยที่ใช้โปรแกรมสุขศึกษาประยุกต์ใช้ทักษะชีวิตกับแรง สนับสนุนทางสังคม มาใช้กับผู้ติดเชื้อเอดส์ และการพัฒนารูปแบบการใช้ข้อบัญญัติท้องถิ่นใน การควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ซึ่งสามารถนำไปปรับใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลในที่อื่นๆ ตามบริบทนั้นๆ

กองบรรณาธิการขอเชิญชวนเพื่อนๆชาววิทยาศาสตร์สุขภาพทุกๆ สาขา จาก สถาบันการศึกษา และงานบริการสุขภาพทั้งระดับตติยภูมิ ตติยภูมิ และปฐมภูมิ ได้กรุณาส่ง บทความวิจัย หรือบทความทางวิชาการอันมีคุณค่าของท่าน มาร่วมแลกเปลี่ยน เพื่อให้เพื่อนๆ ชาววิทยาศาสตร์สุขภาพและผู้อ่านอื่นๆ ทุกท่าน ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อพัฒนาศักยภาพทาง วิชาการให้เจริญก้าวหน้า มีคุณภาพ ได้มาตรฐานสากลและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการ ให้บริการแก่ผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะเกิดผลลัพธ์ คือประชาชนมีสุขภาพะที่ดี ถ้วนหน้า

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เยาวลักษณ์ โพธิ์ดารา

บรรณาธิการ

สารบัญ

หน้า

บทความวิชาการ

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการ

สุนทรี ภาณุทัต, จำลอง ชูโต, เฉลิมศรี นันทวรรณ,
อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, ทศนีย์ พุกษาชีวะ

1

การป้องกันปัญหาภาวะสุขภาพของเด็กติดเกมออนไลน์

ขวัญจิต เฟื่องแป้น

16

บทความวิจัย

ประสบการณ์ความปวดและพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ในการจัดการกับความปวดของผู้สูงอายุ

นุสรรา ประเสริฐศรี, สาวิตรี วงศ์ศรี, สุกัญญา สระแสง

33

ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

ในการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2

จังหวัดอุบลราชธานี

ฐิติมา โกศลวิตร, ภัฏญารัตน์ กันยะกาญจน์, สุทธิพงษ์ สุทธิลักษณ์นิกุล,
ชนิษฐา หล้ามาชน

45

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสอบสุขภาพของผู้สัมผัสอาหาร ในเขตเทศบาลตำบล
เมืองศรีโค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

อัญชนา แก้วไธสง, ศิริจรรยา วิเศษน้ำ, ภาคิน ไชยช่วย, นัจรินทร์ เนืองเฉลิม

64

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของคนงานทำ
เฟอร์นิเจอร์ไม้ ตำบลโนนก่อ อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

ชนิสรา สังฆะศรี, ชญานนท์ พิมพ์บุตร, นิธิ ปรัสตรา, ภาคิน ไชยช่วย

81

การพัฒนารูปแบบการใช้ข้อบัญญัติท้องถิ่นในการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายของ
องค์การบริหารส่วนตำบลแดงหม้อ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี

มนัสนันท์ ลิ้มพิทยากุล, วันชัย สีหะวงษ์, ธงศักดิ์ ดอกจันทร์

99

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการ Caring for the Elderly with Malnutrition

สุนทรี ภาณุทัต^{1*} จำลอง ชูโต² เฉลิมศรี นันทวรรณ³

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์⁴ และทัศนีย์ พฤกษาชีวะ⁵

Suntharee Panutat^{1*} Chamlong Chuto² Chalerm Sri Nuntawan³

Ampaiwan Pumsrisawat⁴ and Tassanee Pruksacheva⁵

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตสังคม เศรษฐกิจและการมีโรคประจำตัว สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการได้ง่าย ดังนั้นการคัดกรองและการประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเครื่องมือประเมินภาวะโภชนาการที่เหมาะสมในทางปฏิบัติต้องไม่ซับซ้อนที่พยาบาลและผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง เพื่อช่วยให้พบผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงและหรือมีภาวะทุพโภชนาการได้เร็ว ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลได้ทันเวลาที่ก่อนที่จะเกิดภาวะทุพโภชนาการ หรือภาวะทุพโภชนาการที่รุนแรงขึ้น การดูแลผู้สูงอายุที่สำคัญคือการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และให้คำแนะนำกับญาติหรือผู้ดูแลในการเลือกรับประทานอาหารที่ส่งเสริมภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

¹ รองศาสตราจารย์ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

e-mail: suntharee_p@rmutt.ac.th หมายเลขโทรศัพท์: 089-9898889

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

e-mail: chamlongchuto@hotmail.com หมายเลขโทรศัพท์: 080-7235199

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

e-mail: chalerm Sri_n@rmutt.ac.th หมายเลขโทรศัพท์: 087-1537663

⁴ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

e-mail: ampaiwan_p@rmutt.ac.th หมายเลขโทรศัพท์: 086-0110692

⁵ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

e-mail: tassanee_p@rmutt.ac.th หมายเลขโทรศัพท์: 081-4885422

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การดูแล, ภาวะโภชนาการ

Abstract

The elderly have increasingly changed in physical, psychosocial and economic conditions as well as their underlining diseases. These changes affect their nutritional status which can lead to high risk in malnutrition. Therefore, screening and nutritional assessment in the elderly is absolute necessary. The practical assessment tool must be uncomplicated for nurses and caregivers to be able to evaluate by themselves for the purpose of early detection of the risk or malnutrition cases. As a result, the elderly will get quick access to care prior to malnutrition or progressive malnutrition. The essential care for the elderly need to be focus on maintaining their optimum nutrition condition of the body as required, along with giving useful advise to their relatives or caregivers in selecting appropriate foods in daily life.

Keywords: Elderly, Caring, Malnutrition

บทนำ

ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2548 คาดการณ์ว่าประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี 2564 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ร่วมกับสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2557) เห็นได้ว่าอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างรวดเร็ว การย่างเข้าสู่วัยสูงอายุร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านกายภาพอย่างชัดเจน โดยค่อยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง (Anderson, 2007; Ebersole, Hess, Touhy & Jett, 2005) เมื่อมีอายุมากขึ้นปริมาณน้ำในร่างกายลดลง ผิวหนังจึงมีความเหี่ยวย่นและขาดความยืดหยุ่นมาก มวลเนื้อเยื่อของร่างกายทั้งอวัยวะภายนอกและอวัยวะภายในร่างกายลดลง (Kyle, Genton, Hans & et al., 2001) ทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะมวลกล้ามเนื้อของระบบทางเดินอาหาร การเคลื่อนไหว การย่อย การหลั่งและการดูดซึมในทางเดินอาหารลดลง มีผลให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางโภชนาการ จากรายงานของ BAPEN (2008) ในประเทศอังกฤษพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60-80 ปี มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 25-35

และผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 80 ปี มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 35 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุในจังหวัดสุรินทร์ พบภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุร้อยละ 24.43 (สรณา แก้วพิบูลย์ และณัฏฐา คุ้มพิบูลย์, 2555) จะเห็นได้ว่าการที่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นมีโอกาสร้อยละเสี่ยงในการเกิดภาวะทุพโภชนาการมากขึ้น ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) เป็นภาวะที่ร่างกายได้รับสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายหรือจากการรับประทานอาหารที่ไม่สมดุล (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549) ดังนั้นจึงใช้ภาวะโภชนาการเป็นดัชนีชี้วัดสุขภาพของผู้สูงอายุ บทความทางวิชาการนี้จะได้นำเสนอความรู้ในหัวข้อของสาเหตุของการเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ การคัดกรองและการประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการในบทบาทของพยาบาล

สาเหตุของการเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ภาวะจิตสังคม ภาวะเศรษฐกิจ และการมีโรคประจำตัว

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีโครงสร้างและการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายเสื่อมลง เช่น ศูนย์กระตุ้นความอยากอาหารทำงานลดลง การมีเหงื่อกร่น การยึดติดของฟันกับกระดูกเหงือกไม่แน่น เหงือกอักเสบ เกิดฟันคลอนขณะเคี้ยวหรือกัดอาหาร มีฟันผุหรือฟันร่วงหลุด (Eliopoulous, 2005) พบว่าผู้สูงอายุมีฟันที่ใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ถึงร้อยละ 46.25 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549) ทำให้การบดเคี้ยวอาหารลำบาก ไม่ละเอียด ต้องรับประทานนิ่มๆ ชนิดเดิมซ้ำๆ มีปริมาณน้ำลายลดลง (Mauk, 2006) ขาดเอนไซม์ในการย่อยแป้ง ปากและลิ้นแห้ง การรับรส การรับกลิ่นลดลง (Eliopoulous, 2005) การเคลื่อนไหวของหลอดอาหาร การย่อยอาหาร การดูดซึมของกระเพาะอาหารและลำไส้ลดลง การเผาผลาญอาหาร การขับถ่ายอุจจาระลดลง (Eliopoulous, 2005) การหลั่งอินซูลินจากตับอ่อนลดลง และการดื้อต่อการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ทำให้การนำน้ำตาลเข้าเซลล์ลดลง (Mauk, 2006) นอกจากนั้นแล้วการที่มวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุเหี่ยวลีบลง กำลังการหดของกล้ามเนื้อลดลง ระยะเวลาที่กล้ามเนื้อหดตัวใช้เวลายาวนานขึ้น ทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้สูงอายุลดลง (Stanley, Blair & Beare, 2004) มีโอกาสเกิดการหกล้มได้บ่อย พบว่าในรอบ 6 เดือนผู้สูงอายุหกล้ม 1-5 ครั้งร้อยละ 14.1 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549) ทำให้ผู้สูงอายุไม่กล้าที่จะไปในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย ยากลำบากใน

การออกไปซื้ออาหาร หรือการออกไปกับเพื่อนฝูงเพื่อรับประทานอาหารร่วมกันลดลง สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะขาดอาหารจากการรับประทานอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

2. ภาวะจิตสังคม ผู้สูงอายุที่เคยทำงานประจำเมื่อถึงวัยนี้ซึ่งเป็นวัยเกษียณอายุไม่ได้ทำงานประจำแล้ว มีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพ บทบาททางสังคม ขาดเพื่อนที่เคยมีกิจกรรมร่วมกัน บางรายขาดคู่ชีวิตหรือต้องอยู่โดยลำพัง แบบแผนในการดำเนินชีวิตที่ผ่านมาต้องเปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียสถานภาพ สูญเสียอำนาจ สูญเสียการมีสังคมกับเพื่อน ความมีคุณค่าในตนเองลดลง (Eliopoulous, 2005; Mauk, 2006) วิตกกังวล ขาดความมั่นใจ เศร้าโศก เก็บกด พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าบุคคลทั่วไปร้อยละ 18.2 และผู้สูงอายุที่อยู่โดยลำพังมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าบุคคลทั่วไปร้อยละ 27.6 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) เห็นได้ว่าผู้สูงอายุขาดเพื่อนหรือสังคมมีปัญหาทางจิตสังคมสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีครอบครัว สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุขาดแรงกระตุ้นในการรับประทานอาหาร ทำให้รับประทานอาหารจำนวนน้อยลง รับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ พบว่าผู้สูงอายุรับประทานอาหารเพียง 1-2 มื้อ/วัน ถึงร้อยละ 21.4 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549) ทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะทุพโภชนาการ

3. ภาวะเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยเกษียณและไม่สามารถทำงานได้ ทำให้มีรายได้น้อยลงหรือลดลงแต่รายจ่ายส่วนใหญ่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะค่ารักษาพยาบาล พบว่าผู้สูงอายุมีรายได้น้อยพอเพียงร้อยละ 49.9 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549) จากการที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถหาซื้ออาหารที่ตนเองต้องการรับประทานได้ ต้องรับประทานอาหารประเภทแป้งและไขมันเพราะรับประทานง่ายและราคาถูกกว่าอาหารโปรตีน ทำให้เกิดความไม่สมดุลของภาวะโภชนาการ

4. การมีโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง/ไขมันในเลือดสูง/คลอเลสเตอรอลในเลือดสูงร้อยละ 33.62 โรคเบาหวานร้อยละ 15.03 โรคเก๊าท์/โรครูมาตอยด์/ปวดเข่า หลังและคอ ร้อยละ 19.05 และโรคหัวใจร้อยละ 4.83 ผู้สูงอายุจึงแสวงหาการรักษาจากแพทย์ แพทย์ทางเลือก ซื้อมารับประทานเอง ยาสมุนไพร ทำให้ผู้สูงอายุมีการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น พบว่าผู้สูงอายุรับประทานยาจากแพทย์ร้อยละ 52.6 และซื้อมารับประทานเองร้อยละ 13.6 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549) ยาเหล่านี้มีปฏิกิริยาต่อยาด้วยกันเอง ต่อร่างกายและมีผลต่ออาหารที่ได้รับ (ตารางที่ 1) เกิดการขัดขวางการย่อย การดูดซึม การเผาผลาญ และการขับออก

จากร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหาร หรือเพิ่มการสูญเสียสารอาหารทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ

ตารางที่ 1 ยาที่มีผลต่อยาด้วยกันเอง ร่างกายและอาหารที่ได้รับ (Rourke, 2015)

กลุ่มยา	ชื่อยา	ผลกระทบ
ยาแก้ปวด	Aspirin	ลดการดูดซึมของ Folic acid วิตามิน C, K และเหล็ก
ยาลดกรด	Aluminum hydroxide Sodium bicarbonate	ลดการดูดซึมของฟอสเฟต ลดการดูดซึมของ Folic acid
ยาลดการเต้นหัวใจผิดปกติ	Amiodarone Digitalis	การรับรสเปลี่ยน คลื่นไส้
ยาฆ่าเชื้อ	Penicillin Cephalosporin Rifampin	การรับรสเปลี่ยน ลดการดูดซึมวิตามิน K ลดการดูดซึมวิตามิน B6, D และ Niacin
ยาลดความดันโลหิต	Labetelol Methyldopa	การรับรสเปลี่ยน ลดการดูดซึมวิตามิน B12, เหล็ก และ Folic acid
ยาขยายหลอดลม	Theophylline	คลื่นไส้
ยาขับปัสสาวะ	Thiazides	ลดโปแตสเซียม แมกนีเซียม และสังกะสี
ยาระบาย	Mineral oil	ลดการดูดซึมของวิตามิน A,D,E,K และสารคาโรทีน

ผลกระทบของภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ ทำให้เพิ่มอัตราการเจ็บป่วย อันเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคอื่น ๆ ตามมา และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยแล้วต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เกิดการติดเชื้อได้ง่าย คุณภาพชีวิตลดลงและเป็นสาเหตุการตาย ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม เพราะต้องการการดูแลจากสถานสุขภาพและจากสังคม พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุทั้งในชุมชนและในโรงพยาบาล จำเป็นต้องตระหนักถึงภาวะทุพโภชนาการที่มักเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ พยาบาลต้องสามารถประเมินความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุให้ได้ตั้งแต่เริ่มแรก การคัดกรองผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะทุพโภชนาการสามารถช่วยป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการ เมื่อเกิดปัญหาให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงทีเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

การคัดกรองและการประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

การค้นหาผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะโภชนาการมีขั้นตอนในดำเนินการดังนี้

1. การคัดกรองภาวะโภชนาการ (Nutritional screening) การคัดกรองภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุเป็นขั้นตอนแรกในการค้นหาผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะทุพโภชนาการ สามารถประเมินได้จาก

1.1 ประวัติการรับประทานอาหาร ประวัติการเปลี่ยนแปลงทั้งปริมาณและคุณภาพอาหารลดลงใน 7 วัน การเปลี่ยนแปลงเวลาในการรับประทานอาหารโดยมีช่องว่างในการรับประทานอาหารระหว่างมื้อห่างขึ้น (Blackburn & Bistrian, 1977)

1.2 ประวัติการเป็นโรคเรื้อรัง หรือภาวะที่มีการเผาผลาญอาหารเพิ่ม และโรคที่มีผลต่อความต้องการสารอาหารเพิ่มขึ้น เช่น การดูดซึมในระบบทางเดินอาหารไม่ปกติ เป็นแผลเรื้อรัง กระดูกหักหลายตำแหน่ง และโรคเบาหวาน เป็นต้น (Blackburn & Bistrian, 1977)

สมาคม Parenteral and Enteral Nutrition แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (1995) ได้กำหนดดัชนีบ่งชี้ภาวะเสี่ยงในการเกิดภาวะทุพโภชนาการไว้ดังนี้

- 1) น้ำหนักตัวลดลงร้อยละ 10 หรือมากกว่าในระยะเวลา 6 เดือน
- 2) น้ำหนักตัวลดลงร้อยละ 5 หรือมากกว่าในระยะเวลา 1 เดือน
- 3) น้ำหนักตัวลดลงน้อยกว่าน้ำหนักมาตรฐานร้อยละ 20
- 4) มีภาวะโรคเรื้อรังหรือภาวะที่มีการเผาผลาญอาหารเพิ่ม
- 5) มีการเปลี่ยนแปลงในการรับประทานอาหารหรือเวลาในการรับประทานอาหาร
- 6) รับประทานอาหารลดลงในเวลา 7 วัน

เมื่อพบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ก็ให้ทำการประเมินภาวะโภชนาการต่อไป

2. การประเมินภาวะโภชนาการ (Nutritional Assessment) เป็นการประเมินเมื่อพบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะทุพโภชนาการ โดยแพทย์หรือพยาบาลเป็นผู้ทำการประเมินเพื่อการวินิจฉัยภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ การประเมินภาวะโภชนาการมีหลายวิธีทั้งวิธีโดยตรง ได้แก่การวัดส่วนต่างๆของร่างกาย (Anthropometrics assessment) และวิธีทางอ้อม ได้แก่การประเมินทางคลินิกและการประเมินทางชีวเคมีเป็นต้น โดยทั่วไปยังไม่มีวิธีใดวิธีหนึ่งที่จะประเมินภาวะโภชนาการที่ตีพอ จึงต้องอาศัยตัวชี้วัดทางโภชนาการหลายตัวร่วมกัน การประเมินภาวะโภชนาการมีดังนี้

2.1 การวัดส่วนสูง โดยการวัดความสูงเป็นเซนติเมตรและนำมาเทียบน้ำหนักมาตรฐานเป็นกิโลกรัม ในผู้สูงอายุที่ยืนไม่ได้ให้วัดความสูงเข่า (Knee height) โดยการวัดความยาวจากสันเท้าถึงเข่าเป็นเซนติเมตร แล้วนำไปคำนวณความสูงของผู้สูงอายุโดยใช้สูตร (Nutritional assessment of the elderly through Anthropometry, 1988) ดังนี้

$$\text{ความสูงในผู้สูงอายุชาย} = (2.02 \times \text{ความสูงเข่า}) \times (0.04 \times \text{อายุ}) + 64.19$$

$$\text{ความสูงในผู้สูงอายุหญิง} = (1.83 \times \text{ความสูงเข่า}) \times (0.24 \times \text{อายุ}) + 84.88$$

และนำความสูงที่คำนวณได้ไปเทียบน้ำหนักตัวที่ควรเป็นในผู้สูงอายุในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเทียบความสูงที่คำนวณได้กับน้ำหนักตัวที่ควรเป็นในผู้สูงอายุ (Andres & et al., 1985)

ส่วนสูง(นิ้ว/ ซม.*)	น้ำหนัก(ปอนด์/ กก.*)	ส่วนสูง(นิ้ว/ ซม.*)	น้ำหนัก(ปอนด์/ กก.*)
4 ฟุต 10 นิ้ว/ 147	115-142/ 52-64	5 ฟุต 8 นิ้ว/ 173	158-196/ 72-89
4 ฟุต 11 นิ้ว/ 150	119-147/ 54-67	5 ฟุต 9 นิ้ว/ 175	162-201/ 73-91
5 ฟุต 0 นิ้ว/ 152	123-152/ 56-69	5 ฟุต 10 นิ้ว/ 178	167-207/ 75-94
5 ฟุต 1 นิ้ว/ 155	127-157/ 58-71	5 ฟุต 11 นิ้ว/ 180	172-213/ 78-97
5 ฟุต 2 นิ้ว/ 157	131-163/ 59-74	6 ฟุต 0 นิ้ว/ 183	177-219/ 80-99
5 ฟุต 3 นิ้ว/ 160	135-168/ 61-76	6 ฟุต 1 นิ้ว/ 185	182-232/ 83-102
5 ฟุต 4 นิ้ว/ 163	140-173/ 64-78	6 ฟุต 2 นิ้ว/ 188	187-232/ 85-105
5 ฟุต 5 นิ้ว/ 165	144-179/ 65-81	6 ฟุต 3 นิ้ว/ 191	192-238/ 87-108
5 ฟุต 6 นิ้ว/ 168	148-184/ 67-83	6 ฟุต 4 นิ้ว/ 193	197-244/ 89-111
5 ฟุต 7 นิ้ว/ 170	153-190/ 69-86		

* ได้แปลงหน่วยวัดความสูงจากนิ้วเป็นเซนติเมตร และหน่วยวัดน้ำหนักจากปอนด์เป็นกิโลกรัมโดยผู้เขียนบทความ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการจะมีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่าร้อยละ 10 ในระยะเวลา 6 เดือน หรือ น้ำหนักตัวต่ำกว่าน้ำหนักมาตรฐานมากกว่าร้อยละ 20

2.2 ดัชนีมวลกาย (Body mass index, BMI) โดยการวัดส่วนสูงและน้ำหนักตัว แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย ในผู้ใหญ่ BMI ปกติมีค่าระหว่าง 18.5–22.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร ภาวะผอม BMI มีค่าน้อยกว่า 18.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร โดยแบ่งระดับความผอมออกเป็น ผอมเล็กน้อย (Grade I) BMI มีค่า 18.4-17 กิโลกรัม/ตารางเมตร ผอมปานกลาง

(Grade II) BMI มีค่า 16.9–16 กิโลกรัม/ตารางเมตร พอมมาก (Grade III) BMI มีค่าน้อยกว่า 16 กิโลกรัม/ตารางเมตร (WHO, 2004)

2.3 การวัดวงรอบแขน (Mid arm circumference, MAC) เป็นการวัดรอบวงที่แขนซ้ายที่จุดกึ่งกลางระหว่างเส้นตรงที่ลากจาก acromial process มาถึง olecranon process แล้วนำไปเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐาน (ตารางที่ 3) ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการจะมีวงรอบแขนลดลงมากกว่าร้อยละ 10 (Rourke, 2015)

2.4 การวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง (skin fold thickness) เป็นการวัดไขมันใต้ผิวหนังโดยใช้ caliper วัดที่บริเวณ biceps, triceps, subscapular, supra iliac และ calf แล้วนำค่าที่ได้ไปเปรียบเทียบกับมาตรฐาน (ตารางที่ 3) ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการจะมีความหนาของไขมันใต้ผิวหนังลดลงมากกว่าร้อยละ 10 (Rourke, 2015)

ตารางที่ 3 Percentile ที่ 10, 50 และ 95 ของวงรอบแขนและความหนาของไขมันใต้แขนในผู้สูงอายุเพศชายและหญิง (Rourke, 2015)

Percentile	ชาย		หญิง	
	55-65 ปี	65-75 ปี	55-65 ปี	65-75 ปี
วงรอบแขน (ซม.) 10 th	27.3	26.3	25.7	25.2
50 th	31.7	30.7	30.3	29.9
95 th	36.9	35.5	38.5	37.3
ความหนาของไขมันใต้แขน (มม.) 10 th	6	6	16	14
50 th	11	11	25	24
95 th	22	22	38	36

3. การประเมินทางคลินิก (Clinical assessment) เป็นการซักประวัติการเป็นโรค และประวัติทางโภชนาการ รวมทั้งการตรวจทางร่างกาย เช่น ตรวจพบกล้ามเนื้อลีบ ปากเป็นแผล บวม ซีดมองไม่เห็นในที่มีดี เป็นต้น การตรวจนี้ทำควบคู่ไปกับการประเมินทางชีวเคมี

4. การประเมินทางชีวเคมี (Biochemical assessment) เป็นการตรวจค่าสารในเลือดทำให้ทราบข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงว่าร่างกายขาดสารชนิดใด ได้แก่ ค่า albumin, transferrin, nitrogen balance และระดับวิตามินในเลือด เป็นต้น

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ดัดแปลงแบบประเมินภาวะโภชนาการ (Mini Nutritional Assessment) เพื่อใช้

ในผู้สูงอายุไทยจากแบบประเมินของ Miller (2003) และศูนย์วิจัยเนสท์เล่ คู่มือสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งแบบประเมินนี้ผู้ที่มิใช่บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำมาใช้ได้โดยได้แบ่งการประเมินเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 การคัดกรองภาวะโภชนาการเบื้องต้น ถ้าพบมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ให้ประเมินส่วนที่ 2 ซึ่งเป็นการประเมินภาวะโภชนาการ

แบบประเมินภาวะโภชนาการ (Mini Nutritional Assessment; MNA ®)

ชื่อ-สกุล เพศ อายุ..... ปี
น้ำหนัก กก. ส่วนสูง ซม. วันที่

ส่วนที่ 1 การคัดกรองภาวะโภชนาการเบื้องต้น

คำถามการคัดกรอง	คะแนน
1. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา มีการรับประทานอาหารได้น้อยลงเนื่องจากความอยากอาหารลดลง มีปัญหาการย่อย การเคี้ยว หรือปัญหาการกลืนหรือไม่ 0 = รับประทานอาหารน้อยลงอย่างมาก 1 = รับประทานอาหารน้อยลงปานกลาง 2 = การรับประทานอาหารไม่เปลี่ยนแปลง	
2. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักลดลงหรือไม่ 0 = น้ำหนักลดลงมากกว่า 3 กิโลกรัม 1 = ไม่ทราบ 2 = น้ำหนักลดลงระหว่าง 1-3 กิโลกรัม 3 = น้ำหนักเท่าเดิม	
3. สามารถเคลื่อนไหวได้เองหรือไม่ 0 = นอนบนเตียงหรือต้องอาศัยรถเข็นตลอดเวลา 1 = ลุกจากเตียงหรือรถเข็นได้บ้าง แต่ไม่สามารถไปข้างนอกได้เอง 2 = เดินและเคลื่อนไหวได้ตามปกติ	
4. ในเดือนที่ผ่านมา มีความเครียดรุนแรงหรือป่วยเจ็บป่วยหรือไม่ 0 = มี 2 = ไม่มี	
5. มีปัญหาทางประสาท (Neuropsychological Problems) หรือไม่ 0 = ความจำเสื่อม หรือห่อหุ้มอย่างรุนแรง 1 = ความจำเสื่อมเล็กน้อย 2 = ไม่มีปัญหาทางจิตประสาท	
6. ดัชนีมวลกาย [(BMI) = น้ำหนัก (กก.) / [ส่วนสูง (ม.) ²] 0 = BMI น้อยกว่า 19 1 = BMI ตั้งแต่ 19 แต่น้อยกว่า 21 2 = BMI ตั้งแต่ 21 แต่น้อยกว่า 23 3 = BMI ตั้งแต่ 23 ขึ้นไป	
รวมคะแนน	

คำถามการคัดกรอง	คะแนน
คะแนนการคัดกรองเบื้องต้น (เต็ม 14 คะแนน) ถ้าได้มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน ภาวะโภชนาการปกติ ไม่ต้องตอบแบบประเมินภาวะโภชนาการต่อ ถ้าได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ให้ทำแบบประเมินภาวะโภชนาการส่วนที่ 2 ต่อ	
ส่วนที่ 2 การประเมินภาวะโภชนาการ 7. คุณอาศัยอยู่ลำพังได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (ไม่ได้อยู่ในสถานพักคนชรา หรือ โรงพยาบาล) ใช่หรือไม่ 0 = ไม่ใช่ 1 = ใช่	
8. คุณรับประทานยามากกว่า 3 ชนิดต่อวัน ใช่หรือไม่ 0 = ใช่ 1 = ไม่ใช่	
9. คุณมีแผลกดทับหรือแผลที่ผิวหนังอื่นหรือไม่ 0 = ใช่ 1 = ไม่ใช่	
10. คุณรับประทานอาหารได้ครบ 5 หมู่ วันละกี่มื้อ 0 = 1 มื้อ 1 = 2 มื้อ 2 = 3 มื้อ	
11. ในแต่ละวันคุณรับประทานโปรตีนบ้างหรือไม่ * รับประทานนมหรือผลิตภัณฑ์นม (เช่น ซีส โยเกิร์ต) อย่างน้อยวันละ 1 หน่วยบริโภค ใช่หรือไม่ * รับประทานถั่วเมล็ดแห้งหรือไข่ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ใช่หรือไม่ * รับประทานเนื้อสัตว์ ปลา หรือสัตว์ปีก ทุกวัน ใช่หรือไม่ 0.0 ถ้าตอบไม่ใช่ทุกข้อหรือใช่เพียงข้อเดียว 0.5 ถ้าตอบใช่ 2 ข้อ 1.0 ถ้าตอบใช่ 3 ข้อ	
12. คุณรับประทานผักหรือผลไม้อย่างน้อย 2 มื้อต่อวัน ใช่หรือไม่ 0 = ไม่ใช่ 1 = ใช่	
13. คุณดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มต่างๆ เช่น น้ำ น้ำผลไม้ กาแฟ ชา นม ปริมาณวันละเท่าไร 0.0 = น้อยกว่า 3 แก้ว/วัน 0.5 = 3-5 แก้ว/วัน 1.0 = มากกว่า 5 แก้ว/วัน	
14. ในการรับประทานอาหาร คุณสามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือไม่ 0 = ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง 1 = รับประทานอาหารเองได้แต่ค่อนข้างลำบาก 2 = รับประทานอาหารได้โดยไม่มีปัญหา	
15. คุณคิดว่าตนเองมีภาวะโภชนาการเป็นอย่างไร 0 = เห็นว่าตนเองน่าจะมีภาวะทุพโภชนาการ 1 = ไม่แน่ใจว่ามีภาวะทุพโภชนาการ 2 = เห็นว่าตนเองไม่มีภาวะทุพโภชนาการ	

คำถามการคัดกรอง	คะแนน
16. เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในวัยเดียวกัน คุณคิดว่าสุขภาพของตนเองเป็นอย่างไร 0.0 = ไม่ดีเท่ากับคนอื่น 0.5 = ไม่ทราบ 1.0 = ดีเท่ากับคนอื่น 2.0 = ดีกว่าคนอื่น	
17. เส้นรอบวงแขน (Mid Arm Circumference: MAC) 0.0 = MAC น้อยกว่า 21 ซม. 0.5 = MAC 21 ถึง 22 ซม. 1.0 = MAC มากกว่า 22 ซม.	
18. เส้นรอบวงน่อง (Calf Circumference: CC) 0.0 = CC น้อยกว่า 31 ซม. 1.0 = CC ตั้งแต่ 31 ซม. ขึ้นไป	
รวมคะแนน	
รวมคะแนนการประเมินภาวะโภชนาการ (เต็ม 30 คะแนน)	
การแปลผล	24-30 คะแนน มีภาวะโภชนาการปกติ
	17-23.5 คะแนน มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ
	น้อยกว่า 17 คะแนน มีภาวะทุพโภชนาการ

ที่มา: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). คู่มือมาตรฐานและการดำเนินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการ

เมื่อพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะทุพโภชนาการ พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาล(Nursing process) ในการประเมินปัญหา การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนกำหนดกิจกรรมการพยาบาล การนำกิจกรรมไปดำเนินการปฏิบัติการให้การพยาบาล และการประเมินผล ดังนี้

การประเมินปัญหาและการวินิจฉัยทางการพยาบาล

ปัญหาทางการพยาบาล : ความไม่สมดุลของภาวะโภชนาการจากการได้รับน้อยกว่าความต้องการของร่างกายจากการอดอาหาร/ จากการย่อย การดูดซึมผิดปกติ/ โรคเรื้อรัง/ เบื่ออาหาร เป็นต้น

การประเมิน

- 1) รับประทานอาหารได้น้อย เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด ค่า BMI ต่ำ การวัดความหนาของไขมันใต้ท้องแขนน้อย เส้นรอบวงแขนและน่องต่ำกว่าเกณฑ์
- 2) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ ค่า Hb, Hct, อัลบูมินและระดับวิตามินต่างๆในเลือดต่ำ

การวางแผนกำหนดกิจกรรมการพยาบาล และนำไปดำเนินการปฏิบัติการให้การพยาบาล

พยาบาลกำหนดเป้าหมายในการดูแลและแนวกิจกรรมการพยาบาลดังนี้

เป้าหมายในการดูแล

ระดับความรุนแรงของภาวะทุพโภชนาการลดลง หรือไม่มีภาวะขาดสารอาหาร

แนวกิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาวะการขาดอาหาร น้ำหนักลด หรือต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ตามอายุ ความสูงและโครงสร้าง อาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ปากอักเสบ เป็นแผล เปื่อยตาซีด ค่า BUN สูง ค่า Hct, Hb, ระดับอัลบูมิน และ lymphocytes ที่ต่ำ
2. ประเมินปัจจัยส่งเสริมการเกิดภาวะขาดสารอาหาร จากการสังเกตและบันทึก การรับประทานอาหาร จำนวน ชนิด พลังงานจากอาหาร ความสามารถในการเคี้ยวอาหาร การกลืน และการช่วยเหลือตนเองในการรับประทานอาหาร การรับประทานยาหลายชนิด โรคที่มีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ ภาวะทางจิตสังคม เศรษฐกิจ และความเชื่อในการรับประทาน หรือไม่รับประทานอาหารบางอย่าง เป็นต้น
3. พรีกษาโภชนคลินิก/โภชนากร เพื่อคำนวณสารอาหารที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย และกำหนดแผนในการให้อาหารในแต่ละมื้อและแต่ละวัน
4. ส่งเสริมให้ร่างกายได้รับอาหารพอเพียง ให้คำปรึกษาในการช่วยผู้ป่วยเลือกอาหาร วิตามินและแร่ธาตุให้มีปริมาณ คุณภาพ ตรงกับความต้องการ ความชอบ สามารถปรุงอาหารที่เหมาะสมกับโรคมาใหรับประทานได้ การรักษาโรคฟันและเหงือก รักษาความสะอาด ปากและฟัน ก่อน-หลังอาหาร จัดให้ได้พักก่อนมื้ออาหาร จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด ผ่อนคลายและสดชื่น เพิ่มการเคลื่อนไหวของร่างกายระหว่างวัน
5. เริ่มให้อาหารควรให้อาหารที่เป็นน้ำหรืออาหารเหลวก่อนอาหารหลัก จะช่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ทำให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น อาหารที่ให้ควรเป็นอาหารอ่อนที่มีโปรตีนคุณภาพสูง พลังงานสูง เช่น ปลา ไข่ และนม เป็นต้น ให้จำนวนน้อย บ่อยครั้ง ให้อาหารตามแผนการรักษาที่กำหนดไว้ อุ่นอาหารและจัดให้น่ารับประทาน หลีกเลี่ยงอาหารหวาน มัน และมีกลิ่นเครื่องเทศ สังเกตมื้ออาหารที่รับประทานได้มาก ให้จัดอาหารมื้อนั้นให้มีปริมาณมากขึ้น
6. สังเกตการเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรภาพและภาวะแทรกซ้อนจากภาวะขาดสารอาหาร เช่น การติดเชื้อในระบบหายใจ แผลหายช้า กล้ามเนื้ออ่อนแรง และจิตใจหดหู่ เศร้าซึม เป็นต้น

7. ประเมินและติดตามน้ำหนักตัว ชั่งน้ำหนักสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ในภาวะที่ใกล้เคียงกัน และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Hb, Hct, อัลบูมิน และภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย

8. ประเมินอิทธิพลของความเชื่อและวัฒนธรรม ในการรับประทานอาหารที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการ

9. แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและต่อรองปรับเปลี่ยนความเชื่อและวัฒนธรรม ในการปรับเปลี่ยนวิธีการ รูปแบบ และชนิดอาหารที่ส่งเสริมภาวะโภชนาการ

10. ประเมินการรับประทานอาหารที่ปรับเปลี่ยนไปโดยไม่ขัดต่อความเชื่อและวัฒนธรรมเดิม

11. สอนผู้ป่วยและครอบครัว

11.1 ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแลในการเลือกรับประทานอาหารที่ส่งเสริมภาวะโภชนาการ

11.2 สร้างอุปนิสัยการรับประทานอาหารของผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแลที่ถูกต้องในการเลือกรับประทานอาหารและไม่ขัดต่อวัฒนธรรมของครอบครัว

11.3 ให้คำแนะนำตามสถานการณ์และข้อคำถามของผู้ป่วยและญาติ ให้คำแนะนำแหล่งช่วยเหลือ แหล่งให้คำปรึกษาในชุมชนกับผู้ป่วยและครอบครัว เช่น ศูนย์ผู้สูงอายุในชุมชน เป็นต้น

การประเมินผล ภายหลังการนำแนวกิจกรรมการพยาบาลไปใช้ ให้ติดตามประเมินผลตามเกณฑ์การประเมินดังนี้

1. รับประทานอาหารที่คำนวณพลังงานไว้ได้หมดในแต่ละมื้อ
2. มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 0.5 กิโลกรัม ในแต่ละสัปดาห์ BMI ปกติ (18.5-25.0) ระดับอัลบูมินในเลือด > 3 กรัม% ค่า Hb, Hct, อัลบูมินและระดับวิตามินต่างๆในเลือดเพิ่มขึ้นหรือปกติ
3. ระบุปัจจัยที่ทำให้น้ำหนักตัวลด แยกแยะหรือเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม

สรุป

ภาวะทุพโภชนาการเป็นปัญหาที่พบบ่อยและส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงได้ใช้ภาวะสุขภาพเป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแบบคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการขึ้น สามารถใช้ได้ทั้งบุคลากรทางการแพทย์และไม่ใช่มูลนิธิ

ทางการแพทย์ ภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุเป็นภาวะที่ป้องกันได้ บุคลากรทางการแพทย์ ญาติ และผู้ดูแลต้องตระหนักถึงปัญหานี้โดยการประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้สามารถตรวจคัดกรองพบผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางโภชนาการได้เร็วขึ้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการใช้กระบวนการพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพและค้นหาผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการมีภาวะทุพโภชนาการ และช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลในการส่งเสริมภาวะโภชนาการให้กลับคืนสู่สภาวะปกติได้อย่างรวดเร็ว ญาติ/ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำอย่างเหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ร่วมกับสถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. (2557). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *โครงการวิจัยสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *คู่มือมาตรฐานและการดำเนินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด
- สรญา แก้วพิบูลย์ และณัฏฐา ฤทธิ. แก้วพิบูลย์. (2555). *รายงานการวิจัยภาวะโภชนาการผู้สูงอายุในจังหวัดสุรินทร์*. นครราชสีมา: สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). *สรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจสุขภาพจิตกับประชากรสูงอายุในประเทศไทย*. สืบค้นจาก <http://www.service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/filesnso/nsopublish/themes/files/olderMental54.pdf>
- Andres, R., Elahi, D., Tobin, J. D., Muller, D. C., & Brant, L. (1985). Impact of age on weight and goals. *Annals of Internal Medicine*, 103 (12), 1030.
- Anderson, M. A. (2007). *Caring for older adults holistically* (4th ed.). Philadelphia: F.A. Davis.

- BAPEN Report. (2008) , *Nutritional screening survey in the United Kingdom 2007*.
Retrieved from http://www.bapen.org.uk/pdfs/nsw/nsw_report_2008-09.pdf.
- Blackburn, G. L. , & Bistran, B. R. (1977) . Nutritional and metabolic assessment of the hospitalized patient. *Journal Parenteral Enteral Nutrition*, 1(1), 11–22.
- Ebersole, P., Hess, P., Touhy, T., & Jett, K. (2005). *Gerontological nursing and healthaging*. Philadelphia: Elsevier & Mosby.
- Eliopoulous, C. (2005). *Gerontological nursing* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kyle, U. G., Genton, L., Hans, D., et al. (2001). Total body mass, fat mass, fat free mass and skeletonmuscle in older people across–section differences in 60-years-old people. *Journal of American Geriatrics Society*, 49 (12), 1633-40.
- Mauk, K. L. (2006). *Gerontological nursing: Competencies for care*. Boston: Jones and Bartlett.
- Miller, C. A. (2003). *Nursing for wellness in older adults: Theory and practice*. (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ross Laboratories. (1988) . *Nutrition assessment of the elderly through anthropometry*. Columbus, OH: Author.
- Rourke, K. M. (2015). Nutrition. In S.E. Meiner. (Ed.). *Gerotological nursing* (5th ed.). (pp.181- 201). St.Louis: MO: Elsevier Mosby.
- Stanley, M., Blair, K. A., & Beare, P. G. (2004). *Gerontological nursing*. Philadelphia: F.A. Davis.
- The American Society for Parenteral and Enteral Nutrition, (1995). Standard for nutrition support: Hospitalized patients. *Nutrition in Clinical Practice*, 10, 208.
- World Health Organization. (2004). Appropriate body-mass index for populations and it implication for policy and intervention strategies. *The Lancet*, 363 (1), 157-163. Retrieved from http://www.who.int/nutrition/publications/bmi_asian_strategies.pdf

การป้องกันปัญหาภาวะสุขภาพของเด็กติดเกมออนไลน์

Preventing health problems of childhood addicted to online games

ขวัญจิต เพ็งแป้น¹

Kwanjit Pengpan¹

บทคัดย่อ

เด็กเป็นวัยแห่งการเตรียมพร้อมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา เพื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ เป็นวัยที่อยากรู้อยากเห็น อยากทดลอง การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันส่งผลให้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต กลายเป็นสิ่งใกล้ตัวและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของเด็กอย่างมาก เด็กจะใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อค้นคว้าหาความรู้ และเพื่อความบันเทิง ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กมีประสบการณ์การใช้เพื่อการเล่นเกม โดยเฉพาะเกมออนไลน์ และอาจส่งผลทำให้เด็กติดเกมออนไลน์ได้ ซึ่งการติดเกมออนไลน์ส่งผลกระทบมากมายต่อเด็ก ทั้งด้านสุขภาพร่างกาย สมอและเซาว์ปัญญา รวมทั้งครอบครัวและสังคม ดังนั้นผู้ปกครองจึงควรให้ความรัก ความอบอุ่น ดูแลเอาใจใส่บุตรหลานอย่างใกล้ชิดเพื่อเป็นเกราะป้องกันการติดเกมออนไลน์ ส่วนเด็กที่มีพฤติกรรมติดเกมออนไลน์แล้ว ครอบครัวต้องเข้มแข็ง ให้เวลาที่มีคุณภาพกับเด็ก และหาทางแก้ไขร่วมกัน เพื่อให้เด็กสามารถเจริญเติบโตได้สมวัย มีพัฒนาการที่ดี และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ

คำสำคัญ: การป้องกันปัญหาภาวะสุขภาพ, เด็กติดเกมออนไลน์

Abstract

Children develop their physical, emotional, social and intelligence skills to prepare for adulthood. They are curious to try. With the current change of environment, where computers and the Internet have become closer to the individual has had a dramatic influence on children's behavior. Children use the Internet to expand knowledge and for entertainment. The children also got

¹ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี อุบลราชธานี

aupengpan509@gmail.com 090-9632918

experience using the internet for playing games. Some children become addicted to the game. The online games have effects on health, brain and intelligence Including family and society. Therefore, parents should give their warm love to their children and take care closely to prevent their children from the games. For the family whose children are already addicted to the games, parents need to be strong and spend quality time with their children and find solutions together. So that they can grow properly, have good development and can live in a society with quality.

Keyword: Preventing health problems, Childhood addiction to online games

บทนำ

ปัญหาเด็กติดเกมมีแนวโน้มทวีความรุนแรง กลายเป็นปัญหาใหญ่ในระดับนานาชาติ กำลังลุกลามขยายวงกว้างจากเด็กในเมืองกระจายไปสู่เด็กในทุกชุมชน จากผลสำรวจของสถาบันเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2556 พบว่ามีเด็กติดเกมมากถึง 2.5 ล้านคน จากจำนวนเด็ก 18 ล้านคนในประเทศไทย ซึ่งเพิ่มขึ้นมากถึงร้อยละ 14.4 เมื่อเทียบกับ พ.ศ. 2555 ถือได้ว่าในปัญหาเด็กติดเกมอยู่ในขั้นวิกฤต และเมื่อจำแนกเป็นภูมิภาคพบว่า ภาคใต้มีอัตราการติดเกมที่สูงสุดคือร้อยละ 18.3 รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคกลาง โดยมีอัตราการติดเกมคิดเป็นร้อยละ 14.3, 9.8 และ 9.1 ตามลำดับ (บทวิเคราะห์งานวิจัยสถานการณ์เด็กติดเกม, 2556) เด็กที่ติดเกมจะมีอาการคล้ายผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด คือมีความรู้สึกเพลิดเพลินเวลาที่ได้เล่นเกม มีความพึงพอใจที่ได้รับชัยชนะในการเล่นเกมนั้นๆ เด็กมักจะใช้เวลาเล่นเกมนานจนกว่าจะบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ และจะรู้สึกหงุดหงิด กระวนกระวาย หรือมีอาการทางกายจากความเครียดเมื่อถูกขัดขวางการเล่นเกม (ศิริชัย หงษ์สงวนศรี และพนม เกตุมาน, 2549) ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีหลายรูปแบบทั้งต่อสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิต สังคม รวมถึงผลเสียต่อการดำเนินชีวิต เด็กวัยเรียนที่ติดเกมจะหมกมุ่นกับการเล่นเกมมาก จนละเลยหน้าที่ความรับผิดชอบการทำงานบ้าน ด้านการเรียน ผลการเรียนลดลง ยอดอาหารและอดนอน จนมีผลกระทบต่อสุขภาพ ยอมเลิกกิจกรรมอื่นที่เคยสนุกสนาน และมีปัญหาพฤติกรรมหลายอย่างตามมา เช่น โกหก ขโมย ก้าวร้าว หนีเรียน หนีออกจากบ้าน และการพนัน หากไม่ได้รับการแก้ไขที่ถูกต้อง อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมและพัฒนาการของเด็กในระยะยาว

เกมออนไลน์คืออะไร

เกมเป็นส่วนหนึ่งของสื่อที่อยู่ใกล้ชิดกับเด็กและเยาวชน เกมออนไลน์ หมายถึง เกมที่ผู้เล่นอยู่ภายใต้เงื่อนไขการควบคุม มีจุดเริ่มต้นและจุดจบที่ชัดเจน ในเงื่อนไขที่จำกัด และอิสระในการเล่นเป็นการมุ่งใช้ความสามารถในการแสดงความเห็นอกว่า เพื่อเอาชนะหรือแข่งขันบนเงื่อนไขข้อจำกัดต่างๆ เกมคอมพิวเตอร์ออนไลน์เป็นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์หรือคอมพิวเตอร์ ที่นำมาประยุกต์กับระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ หรืออินเทอร์เน็ต ซึ่งจะทำให้มีการเชื่อมต่อโดยผ่านการให้บริการของบริษัทผู้ดูแลเกมออนไลน์และใช้ซอฟต์แวร์ในการประมวลผลเช่นกัน แต่จะมีการส่งและรับข้อมูลจากเซิร์ฟเวอร์ (Server) ผู้ให้บริการเกมออนไลน์ (Host Server) อยู่ตลอดเวลา (ศูนย์กลางความรู้แห่งชาติ, 2554) เกมออนไลน์ ถือเป็นสื่อที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อเด็ก มีทั้งแบบมีค่าใช้จ่าย และไม่มีค่าใช้จ่าย (สยาม อุทัยบุญยะลาภา, 2553) จุดเด่นของเกมออนไลน์ คือการที่บุคคลสามารถเข้ามาอยู่ในที่เดียวกันได้ โดยจะจำลองโลกในจินตนาการหนึ่งขึ้น ซึ่งผู้เล่นจะสามารถเข้าไปพบปะผู้คนมากมายจากทั่วโลกได้ (สิริวรรณ ปัญญาภาศ, 2551) เกมออนไลน์ส่วนมากจะเป็นเกมแบบ MMO (massive multiplayer online) หรือ เกมที่รับจำนวนผู้เล่นได้มหาศาลในพื้นที่ที่หนึ่งตั้งแต่ 100 คนขึ้นไป (วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี, 2559)

ประเภทของเกมออนไลน์ (ประเภทและชนิดของเกม, 2557) การจำแนกประเภทของเกม อาจมีมุมมองในการแบ่งประเภทของเกมที่แตกต่างกัน อาจจำแนกตามลักษณะการเล่นหรือวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1. **เกมเลียนแบบหรือการจำลอง (Simulation Games)** เช่น SIMS ซึ่งเป็นเกมที่พยายามเลียนแบบเหตุการณ์จริง เพื่อพัฒนาทักษะของผู้เล่น เช่น การฝึกบินจำลอง การขับรถจำลอง ตัวอย่างเกมประเภทนี้ คือ Flight SIM
2. **เกมแอคชั่นแบบ FPS (Action First Person Shooters Games)** เป็นเกมยิงปืนที่ผู้เล่นเป็นตัวเอกไล่ยิงผู้ร้าย ไปจนถึงสัตว์ประหลาดต่างๆตามระดับการเล่น มีทั้งเล่นแบบคนเดียวและเล่นเป็นกลุ่ม ตัวอย่างเกมประเภทนี้ได้แก่ Doom, Half-Life, Quake III
3. **เกมผจญภัย (Adventure Games)** มีวัตถุประสงค์ของเกมเพื่อทำภารกิจให้สำเร็จในดินแดนที่สร้างขึ้น ต้องแก้ไขปัญหาหรือหาสิ่งจำเป็นในระดับของเกมที่แตกต่างกันไป เช่น หากุญแจเพื่อไขเปิดห้องลับเพื่อไปหยิบอาวุธ เกมประเภทนี้ได้แก่ Myst, Zelda
4. **เกม RPG (Role-Playing)** เป็นเกมที่ผู้เล่นสามารถสร้างหรือเลือก character ของตัวละครให้ตรงกับความต้องการของตัวเอง แล้วเล่นไปตามเนื้อเรื่องของเกม ตัวอย่างเกมประเภทนี้ได้แก่ Racknaroc, Diablo II

5. **เกมต่อสู้ (Fighting Game)** เป็นเกมต่อสู้กันโดยมีตัวละครต่อสู้กันแบบตัวต่อตัว ด้วยเทคนิคการต่อสู้เฉพาะตัว ตัวอย่างเกมประเภทนี้ ได้แก่ Mortal Kombat, Boxing

6. **เกมวางแผน (Strategy Games)** เป็นเกมที่ใช้ความคิด นำกลยุทธ์มาใช้เพื่อเอาชนะ เกมมีเรื่องราวเป็นนิทาน หรือตำนาน มีตัวละครนำ และการผูกเรื่องเข้ากับการต่อสู้และวางแผนในเกม ตัวอย่างเกมประเภทนี้ ได้แก่ checkers, Age of Mythology

7. **เกมปริศนา (Puzzle Game)** เกมแก้ปัญหาให้ลุล่วงตามจุดประสงค์หลักของเกม เช่น Tetris (เกมตัวต่อ นั่นเอง)

8. **เกมกีฬาและการแข่งขัน (Sport & Racing Games)** วัตถุประสงค์ของเกมเพื่อการเป็นทีหนึ่งของการแข่งขัน เช่น แข่งรถ แข่งฟุตบอล เช่น FIFA Soccer

9. **เกมการศึกษา** วัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ความรู้และความเพลิดเพลิน ส่งเสริมในเรื่องของทางด้านการศึกษา โดยอาจนำเนื้อหาที่มีตามบทเรียนนำมาสร้างเป็นเกมหรืออาจจะนำเนื้อหาสาระต่างๆที่นอกเหนือจากตำราเรียนนำมาประยุกต์ใช้ ซึ่งช่วยให้ผู้เรียนเกิดแรงกระตุ้นในการเรียนรู้ ซึ่งส่งผลให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาหลายๆด้าน ทั้งการเรียน สังคม ฯลฯ

พฤติกรรมของเด็กติดเกมออนไลน์

เด็กหมายถึง ผู้เยาว์ที่มีอายุไม่เกิน 15 ปีบริบูรณ์ เป็นวัยแห่งการเตรียมพร้อมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา เป็นวัยที่อยากรู้อยากเห็น อยากรทดลอง ถ้าเด็กได้รับสิ่งแวดล้อมที่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการของเด็กทุกๆ ด้าน ก็จะสามารถปรับตัวให้เข้ากับประสบการณ์ใหม่ หรือสิ่งแวดล้อมใหม่ได้อย่างราบรื่น และจะมีการเรียนรู้เพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นวัยที่เข้ารับการศึกษารในโรงเรียน เด็กจะเริ่มเรียนรู้ในสิ่งที่อยู่ใกล้ตัวก่อน แล้วจึงค่อยเป็นประสบการณ์ไปหาสิ่งแวดล้อมที่อยู่ไกลตัวออกไป โดยมีสื่อทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่ช่วยหรือก่อให้เกิดความอยากรู้อยากเห็น อยากรทดลอง ได้แก่ ภาพยนตร์ โทรทัศน์ ภาพการ์ตูน สื่อมีอิทธิพลอย่างมากต่อการพัฒนาการของเด็กในด้านอารมณ์ ภาษาและสติปัญญา ดังนั้นหากเด็กเลือกรับสื่อที่ดีมีประโยชน์ก็จะทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้และมีพัฒนาการที่ดี และสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองได้เหมาะสม แต่ในขณะเดียวกันหากเด็กรับสื่อที่ไม่เหมาะสม หรือไม่มีผู้ใหญ่คัดกรองในการเสพสื่อของเด็ก ก็อาจทำให้เด็กมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม หรือหมกมุ่นในการเสพสื่อมากเกินไป จนส่งผลเสียต่อเด็กเอง โดยเฉพาะการหมกมุ่นในการเล่นเกมนมากเกินไป จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเกมคอมพิวเตอร์ในนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาพบว่า นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาติดเกมคอมพิวเตอร์ ร้อยละ 52.7 โดยเด็กที่มีการคล้อย

ตามกลุ่มเพื่อนมากมีโอกาที่จะติดเกมคอมพิวเตอร์เป็น 2.44 เท่าของเด็กที่มีการคล้อยตามกลุ่มเพื่อนน้อย กลุ่มตัวอย่างที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีมีโอกาที่จะติดเกมคอมพิวเตอร์มากขึ้น 0.56 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีและกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำมีโอกาที่จะติดเกมคอมพิวเตอร์มากขึ้น 0.35 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (ประกายเพชร สุเกษ, สุธรรม นันทมงคลชัย และมณฑนา ดำรงค์ศักดิ์, 2555) ดังนั้นพ่อแม่ผู้ปกครองจึงควรดูแล เอาใจใส่ในการใช้คอมพิวเตอร์ของเด็กอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะการเล่นเกมออนไลน์ เพื่อป้องกันการติดเกม

การวินิจฉัยการติดเกม

เด็กติดเกม หมายถึง เด็กที่มีพฤติกรรมการเล่นเกมนานวันละ 3 ชั่วโมงขึ้นไป ติดต่อกันอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน และให้ความสนใจต่อเกมมากกว่าสิ่งอื่นๆ ไม่สนใจครอบครัว การเรียน การบ้าน กีฬา หรือสุขภาพของตนเอง (โสรัจจะ จันทรแสงศรี, กนกพร กันทา และ ภูมิพิพิธ วณิชธรรม, 2553)

โดยมีลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกของการติดเกม (Kim et al., 2008; ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ, 2557) ได้แก่

1. ลักษณะท่าทาง เช่น หงุดหงิด กังวล ไม่เป็นมิตร มักพูดโกหก หมกมุ่นอยู่กับการเล่นเกมมากเกินไป ไม่สามารถควบคุมตัวเองให้เล่นในเวลาที่กำหนด (Griffiths & Hebert, 2002) กระวนกระวายเมื่อไม่ได้เล่น ใช้เวลาในการเล่นนานขึ้นเรื่อยๆ เมื่อถูกบังคับให้หยุดเล่น จะมีพฤติกรรมต่อต้าน แสดงออกถึงความไม่พอใจ

2. ลักษณะทางกาย เช่น เล่นเกมจนไม่มีเวลาอาบน้ำ ร่างกายสกปรก แต่งตัวมอมแมม ตาแดง ปวดหลัง ปวดข้อมือ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย (จิตริน ใจดี, 2557) รับประทานอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ ไม่ยอมรับประทานอาหารเช้าหรือน้ำหนักลด หรือ รับประทานมากเกินไปจนน้ำหนักเพิ่ม มีโภชนาการเกิน

3. พฤติกรรมเปลี่ยนไป เช่น แยกตัว ก้าวร้าว พูดจาหยาบค้าย โกหก ลักขโมย หลับในห้องเรียน หลีกเลี่ยงการสบตาผู้อื่น ไม่มีความเป็นมิตร แยกตัวออกจากสังคม เล่นเกมมากกว่า 20 ชั่วโมง/ ครั้ง

4. สัมฤทธิ์ผลในการเรียน เช่น แอบหนีออกจากบ้านเพื่อไปเล่นเกม ขาดเรียน ไม่ส่งการบ้าน หลับในห้องเรียน โต้แย้งกับครู ถูกพักการเรียน หรือถูกหักคะแนนความประพฤติ

เด็กที่ติดเกมมักมีพฤติกรรมคล้ายผู้ป่วยติดสารเสพติด คือ ในระยะแรกผู้ป่วยเสพติดสารเสพติดเพราะต้องการฤทธิ์ของสารเสพติดที่ไปกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมน Dopamine ทำให้เกิดความสุขความเพลิดเพลินในระยะแรก ในระยะหลังจะมีการหลั่ง Dopamine ลดลง และผู้ป่วยจะขาดความสนใจต่อสิ่งเร้าที่ให้ความเพลิดเพลินตามธรรมชาติต่างๆ แต่เมื่อมีสิ่งเร้าเหล่านี้จะกระตุ้นให้มีการหลั่ง Dopamine มากผิดปกติ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการต้องการเสพ และมีพฤติกรรมเสาะหาสารเสพติดโดยไม่สามารถยับยั้งได้ (วิทยากร เชียงกูล, 2552) ซึ่งเด็กติดเกมจะมีความต้องการในการเล่นเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว

ทฤษฎีความต้องการพื้นฐานของผู้เล่นเกม มีรายละเอียด 4 ข้อดังนี้ (วิชญ์ โคตรจรัส, 2548)

1. ผู้เล่นต้องการมีกลุ่มเข้าสังคม ขณะที่เล่นเกมกันผ่านเน็ตเวิร์คนั้น จะมีการเอะอะโวยวายเป็นอันมาก แต่เป็นการเอะอะโวยวายที่แสดงถึงการสนุกสนาน และการหยอกล้อกันของเพื่อนฝูง ดังนั้นเกมออนไลน์จึงควรมี Chat ไว้เสมอ เพื่อให้กลุ่มเพื่อน ๆ ที่เล่นเกมด้วยกันเหล่านี้ ได้คุยสนทนา หยอกล้อกัน นอกจากนี้ผู้แข่งที่เป็นคนมักเก่งกว่าเครื่องด้วย ทำให้เกิดความท้าทายมากขึ้น เกมที่สนองความต้องการนี้คือเกมออนไลน์ทั้งหลายนั่นเอง

2. ผู้เล่นต้องการความท้าทาย ผู้เล่นนั้นต้องการที่จะคิดหาวิธีแก้ปัญหาต่าง ๆ ในเกมด้วยตนเอง และทดสอบว่าวิธีในการแก้ปัญหาของตนเองนั้นสามารถใช้ได้จริงหรือไม่จริง พฤติกรรมแบบนี้มีในธรรมชาติของสิ่งมีชีวิตหลาย ๆ ชนิดอยู่แล้ว เกมก็ถือเป็นการเรียนรู้วิธีแก้ปัญหา ในสถานะที่ผู้เล่นมีโอกาส แก้วตัวได้ เช่นกัน ตัวอย่างเกมที่แสดงถึงความท้าทายในการแก้ปัญหา ก็เช่น เกมมาริโอ้ และเททริสแอตแทค (Tetris Attack) สำหรับมาริโอ้นั้นมีความท้าทายในการฝ่าด่านให้ไปถึงจุดหมาย โดยจะต้องกระโดดหลบศัตรูและก็ต้องไม่ให้ตกเหวด้วย สำหรับเททริสแอตแทค การเล่นก็จะเป็นการแข่งขันเรียง บล็อกระหว่าง สองฝ่าย ใครเรียงได้สามบล็อกที่มีสีติดกัน บล็อกเหล่านั้นก็จะหายไป ถ้าเรียงได้มากกว่าสามบล็อกในคราวเดียวกัน หรือเรียงที่หนึ่งแล้ว บล็อกที่ไม่หายตกไป เรียงกันอีกก็จะเป็นการปล่อยบล็อกไปยังฝ่ายตรงกันข้าม เนื่องจากบล็อกจะถูกดันสูงขึ้นเรื่อย ๆ ตามเวลา และคนที่บล็อกติดเพดานก่อนจะเป็นฝ่ายแพ้ การเล่นเพื่อถล่มบล็อกไปยังฝั่งตรงกันข้ามจึงสำคัญมากคนเล่นจะต้องถูกบังคับ ให้ใช้หัวคิดและไหวพริบไปโดยปริยาย

3. ผู้เล่นต้องการโลกในฝัน ช่วงเวลาที่เล่นเกมนั้นลำบากเป็นช่วงเวลาที่เรา สามารถหนีจากความยากลำบาก เป็นช่วงเวลาที่เราสามารถหลีกหนีจากความยากในโลกแห่งความจริงเข้าสู่โลกแห่ง ความฝันได้ นี่คือนิสัยที่ผู้เล่น ต้องการทำให้เป็นการพักผ่อนนั่นเอง ในโลกแห่งความฝัน

นั้นไม่ต้องมีกิจกรรมประจำวันที่น่าเบื่อ เช่นการกิน การนอน ผู้เล่นจึงสามารถผจญภัยได้เต็มที่ในโลกแห่งความฝัน นอกจากนี้ ผู้เล่น ยังต้องการบังคับตัวละครที่เก่งและน่าตื่นเต้น ซึ่งเขาจะไม่มีโอกาสได้เป็นตัวละครเช่นนี้ในชีวิตจริง

4. วิธีเล่น ผู้เล่นคาดหวังว่าจะรู้วิธีผ่านด่าน หรือรู้สิ่งที่จำเป็นสำหรับการเล่น ได้จากการเล่นขณะอยู่ในเกimdังกล่าวเอง

ซึ่งเด็กติดเกม มีระยะแห่งการบ่มฝึก ดังนี้

1. ระยะเริ่มต้น เด็กจะใช้เวลากับการเล่นเกมมากกว่าการประกอบกิจกรรมอื่นๆ สัมพันธภาพกับพ่อแม่ยังดี
2. ระยะปัญหาปานกลาง เด็กจะเริ่มมีปัญหาขาดความสัมพันธ์กับครอบครัว ใช้เงินและเวลาส่วนใหญ่กับการเล่นเกม
3. ระยะปัญหารุนแรง เด็กจะติดและหมกมุ่นกับเกมคล้ายติดยาเสพติด รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา นอนดึกหรือไม่นอน ไม่เรียนหนังสือ ขาดสัมพันธภาพกับคนในครอบครัว

ปัจจัยที่ทำให้เด็กติดเกม (สถาบันสุขภาพจิตและวัยรุ่น, 2556)

เด็กติดเกมอาจมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ทั้งตัวเด็กเอง พ่อแม่ผู้ปกครอง และเทคโนโลยีในปัจจุบันที่มีความทันสมัยและเข้าถึงได้ง่าย ดังนี้

1. การใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีที่ทันสมัยเพิ่มมากขึ้น จากสำรวจการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ.2556 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ สรุปว่า ช่วงระยะเวลา 5 ปี ระหว่างปี 2552-2556 พบว่าประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป ใช้คอมพิวเตอร์ในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 29.3 (จำนวน 17.9 ล้านคน) เป็นร้อยละ 35.0 (จำนวน 22.2 ล้านคน) โดยเฉพาะการเล่นเกมออนไลน์ เพราะเกมสามารถตอบสนองด้านจิตใจของเด็ก เล่นแล้วสนุกสนาน พึงพอใจในความสำเร็จ แต่เนื่องจากเด็กยังไม่สามารถควบคุมตัวเองในการเล่นเกมได้ และใช้เวลาในการเล่นมากกว่าที่ตั้งใจไว้ต่อเนื่อง จึงส่งผลให้เกิดปัญหาของการติดเกมตามมา

2. การไม่รู้เท่าทันสื่อของผู้ปกครอง พ่อแม่ ผู้ปกครองยุคใหม่ล้าแล้วแต่มีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบ หลายครอบครัวไม่มีเวลาให้กับบุตรหลาน หลายครอบครัวใช้เกมและอินเทอร์เน็ตเป็นเสมือน พี่เลี้ยงดูแลลูกแทนตน จนลืมน่าอินเทอร์เน็ตเป็นโลกกว้างที่เด็กสามารถเรียนรู้หรือค้นคว้าหาข้อมูลได้อย่างไม่มีข้อจำกัด ซึ่งมีทั้งสิ่งที่ดีและสิ่งที่ไม่เหมาะสมปะปนกันไป ไม่ได้เตรียมความพร้อมของเด็กในการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม

3. ตัวเด็กเอง เด็กที่ครอบครัวมีปัญหาขัดแย้งกันเสมอ เด็กที่ต้องแบกรับความเครียดจากความคาดหวังของพ่อแม่ มีปัญหาในการสื่อสารกันในครอบครัว หรือเด็กบางกลุ่มอาจมีความเสี่ยงต่อการติดเกมมากกว่าเด็กทั่วไป เช่น เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น (ADHD) เด็กที่มีปัญหาอารมณ์ซึมเศร้า หรือวิตกกังวล เด็กที่ขาดทักษะทางสังคม เข้ากับเพื่อนไม่ได้ เด็กที่มีปัญหาการเรียน มีความรู้สึกลดคุณค่าในตัวเองต่ำ (low self-esteem) เป็นต้น จึงหาทางออกด้วยการเล่นเกมคอมพิวเตอร์เพื่อชดเชยสิ่งที่ขาดหายไป

4. สังคมยุคเสรีภาพสื่อ นอกจากปัจจัยภายในตัวเด็กและครอบครัวแล้ว อีกปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเรียนรู้และพฤติกรรมของเด็กและเยาวชนอย่างมากคือ ปัจจัยทางสังคม อันได้แก่ สถาบันการศึกษาที่มุ่งเน้นทักษะทางวิชาการมากกว่าทักษะชีวิต สิ่งแวดล้อมที่มีร้านเกมและอินเทอร์เน็ตรอบสถาบันการศึกษาจำนวนมาก และไม่ได้มาตรฐาน และระบบสังคมไทยในปัจจุบัน รัฐบาลขาดการบังคับใช้กฎหมาย/ระเบียบอย่างจริงจัง หรือผู้ให้บริการยังหลีกเลี่ยงการปฏิบัติตามกฎระเบียบ ไม่เข้มงวดกับระยะเวลาในการเปิด-ปิดร้าน และไม่จำกัดอายุเด็ก ส่งผลให้เด็กเข้าถึงเกมได้ง่ายและติดเกมในที่สุด

เด็กติดเกมออนไลน์กับปัญหาภาวะสุขภาพ

รศ.นพ.อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์ ประธานคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น “การจัดการสภาพแวดล้อมรอบตัวเด็ก 24 ชั่วโมง: กรณีเด็กกับไอที” กล่าวว่า สภาวะเด็กไทยติดเกมและอินเทอร์เน็ตกลายเป็นปัญหาใหญ่ของสังคมไทยจนถึงขั้นวิกฤต มีนักเรียนติดเกมรุนแรงร้อยละ 10-15 ใช้เวลาเล่นเกมและอินเทอร์เน็ตหลายชั่วโมงต่อวัน ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ และพัฒนาการ ครอบครัวและสังคม (อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์, 2558) ซึ่งการติดเกม จะทำให้เกิดผลกระทบ ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย เด็กที่เล่นเกมเป็นเวลานานมากกว่า 2 ชั่วโมงขึ้นไปและเล่นนานติดต่อกัน 15 สัปดาห์ขึ้นไป ทำให้ขาดการออกกำลังกาย จะส่งผลให้มีอาการทางกายที่ไม่ทราบสาเหตุ เช่น ปวดตาบ่อยๆ (อรรคพล ศิวนาท, 2554) ปวดศีรษะ ปวดต้นคอ ปวดหลัง ปวดท้อง เจ็บหน้าอก และ อ่อนเพลีย เป็นต้น อาการเหล่านี้จะหายไปภายหลังจากหยุดเล่นเกมแล้ว บางคนอาจปวดข้อจากการอักเสบ ไปจนถึงอาการนิ้วล็อค เป็นต้น (หมอชาวบ้าน, 2553) การเล่นเกมเป็นเวลานานทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น และความดันโลหิตสูงขึ้น (Anderson, Gentile & Buckley, 2007) หรือเด็กที่นั่งเล่นเกมเป็นเวลานาน เสี่ยงต่อการเกิดการอุดตันของหลอดเลือดดำ และหากเล่นนานติดต่อกันมากกว่า 80 ชั่วโมง อาจเสียชีวิตจากการอุดตันของ

หลอดเลือดดำที่ปอด (Funk, 2005) มีภาวะขาดสารอาหาร จากการมีพฤติกรรมรับประทาน อาหารที่ผิดปกติ ความอยากอาหารลดลง หรืออาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ จะเป็นอาหารที่ ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการ นอกจากนี้ เด็กที่ใช้เวลาใน การเล่นเกมอย่างหนัก ก็นำไปสู่การมี น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เนื่องจากเด็กจะใช้ เวลาส่วนใหญ่ในการเล่นวิดีโอเกม ทำให้มีกิจกรรมทางกาย น้อยลง จึงส่งผลทำให้มีน้ำหนักร่างกายมากเกินไป (Kim et al., 2008)

2. ผลกระทบทางอารมณ์ เด็กจะหงุดหงิดง่าย บางครั้งจะเล่นเกมเพื่อหลบเลี่ยงการ เผชิญปัญหาต่างๆ เมื่อเด็กในรายนั้นๆติดเกมหนักเข้า ก็จะมีมุมมองเกี่ยวกับการเล่นเกมที่ผ่าน มา วางแผนเพื่อเอาชนะในครั้งต่อไป มีความต้องการที่จะเล่นเกมอยู่ตลอดเวลา ไม่สามารถ ควบคุมตนเองให้หยุดเล่นได้ทั้งๆที่หลายคนทราบดีว่ามีผลกระทบตามมาอย่างมาก ยอมเลิก กิจกรรมอื่นที่เคยสนุกสนาน เพื่อให้ได้เล่นเกม นอกจากนี้ยังมีรายงานข่าววัยรุ่นหมกมุ่นการเล่น เกมคอมพิวเตอร์มาก อดนอนมากจนมีอาการโรคจิต และเด็กบางคนฆ่าตัวตาย เลียนแบบเนื้อหา ในเกมที่เล่น (นวลฉวี ประเสริฐสุข, 2551)

3. ผลกระทบทางสังคม เด็กติดเกมใช้เวลาส่วนมากในการเล่น และไม่มีเพื่อนในกลุ่มที่ เล่นเกมด้วยกัน จะคุยกันในกลุ่ม แต่จะมีสัมพันธ์ภาพน้อยกับกลุ่มเพื่อนที่โรงเรียนและเพื่อนบ้าน ความสัมพันธ์ในครอบครัวแยลง ไม่เชื่อฟังผู้ปกครอง (Busch et al., 2013) อาจก่อให้เกิดปัญหา แหล่งมั่วสุมของเด็ก จนเป็นจุดเริ่มต้นของการเล่นการพนันในรูปแบบอื่นๆ ทำให้เสียค่าใช้จ่าย มากขึ้น จนอาจมีการขโมยเงินในบ้าน และอาจเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด หรือก่อ อาชญากรรมเพื่อหาเงินมาเล่นเกม หรือการบังคับขู่ตรึงเงินจากคนที่อ่อนแอกว่า เพื่อนำเงินไป เล่นเกม (อรรคพล ศิวนาท, 2554)

4. ผลกระทบทางสติปัญญา มีผลต่อการเรียน ยิ่งเล่นเกมมากจนไม่มีเวลาพักผ่อน ทำให้ ง่วง หรือตื่นไปโรงเรียนไม่ทัน ไม่มีสมาธิในการเรียน ไม่อยากไปโรงเรียนหรือเข้าชั้นเรียน ส่ง การบ้านไม่สม่ำเสมอ ทำให้เรียนไม่ทันเพื่อน ส่งผลให้เกรดลดลง จนทำให้การเรียนล้มเหลวได้ (ศุ ภคินิจ วิชญพงษ์พร, 2552)

ปัญหาเหล่านี้จะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก เนื่องจากเด็กเป็นวัยแห่งการเตรียมความ พร้อมทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญา หากเด็กได้รับสิ่งแวดล้อมที่ดี มีภาวะ สุขภาพที่ดีเหมาะสมตามวัย จะช่วยส่งเสริมพัฒนาการในทุกด้าน ในทางตรงข้ามเด็กที่ได้รับ สิ่งแวดล้อมไม่ดี หรือได้รับผลกระทบจากการติดเกม เกิดปัญหาภาวะสุขภาพไม่ดี ก็จะส่งผลเสีย ต่อพัฒนาการของเด็กตามมาได้

การป้องกันปัญหาภาวะสุขภาพในเด็กที่ติดเกมออนไลน์

เนื่องจากเด็กวัยเรียน เป็นวัยอยากรู้อยากเห็น อยากทดลอง แต่ยังมีวุฒิภาวะที่จะตัดสินใจยังไม่ดีพอ ดังนั้นเมื่อเด็กจะต้องเล่นเกมออนไลน์ ผู้ปกครองควรให้การดูแลเอาใจใส่เด็กอย่างใกล้ชิด อย่างเหมาะสม ให้มีความสมดุลของร่างกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญา ตลอดจนมีวุฒิภาวะที่เหมาะสม สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อม ให้ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข ดังนี้

1. ด้านร่างกาย พ่อแม่ผู้ปกครองควรดูแลกำกับให้เด็กได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเพียงพอ ให้เด็กได้รับประทานอาหารเป็นเวลาพร้อมครอบครัว เพราะการที่เด็กได้รับประทานอาหารร่วมกับครอบครัวบ่อยครั้งและโดยเฉพาะมื้อเย็น จะมีการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์มากขึ้น (Gillman et al., 2000) ควรให้เด็กได้รับประทานอาหารก่อนเล่นเกม และกำหนดเวลาในการเล่นเกมในแต่ละวันไม่ควรเล่นเกมเกิน 1 ชั่วโมง ในระหว่างการเล่น ต้องมีการพักทุกๆ 20 นาที ลูกขึ้นมายืดเส้นยืดสายเหยียดนิ้วทางมือให้เต็มที่ เวลานั่งต้องนั่งตัวตรง มีพนักพิงหลัง ไม่นั่งหลังค่อม ไม่ก้มคอก้มหัว วางเท้าแตะพื้นแบบสบายทั้ง 2 ข้าง ไม่จิกปลายเท้า ไม่เกร็งเท้า ดูแลการจัดทำการเล่นเกมของเด็ก การจับเกมและบังคับปุ่มกด ต้องให้ข้อมืออยู่ในท่าเหยียดตรง ไม่เอี้ยวข้อมือ เพื่อป้องกันอาการนิ้วล็อค (หมอชาวบ้าน, 2553) ชักชวนเด็กออกกำลังกายกลางแจ้ง หรือทำงานบ้านร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว

2. ด้านอารมณ์ พ่อแม่ควรให้ความรัก ความอบอุ่นและเวลาที่มีคุณภาพกับเด็ก ควรจัดสรรเวลาในการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว เล่นกับเด็ก หรือสนับสนุนกิจกรรมที่เด็กสนใจ นอกเหนือจากการเล่นเกม เพื่อช่วยให้เด็กไม่หมกมุ่นอยู่กับการเล่นเกมเพียงอย่างเดียว การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียน (พรพิมล ศรีสุวรรณ, 2553) เพราะการทำกิจกรรมร่วมกันภายในครอบครัว เป็นการส่งเสริมให้เด็กมีความภาคภูมิใจในตนเอง (self-esteem) เด็กส่วนหนึ่งติดเกมเนื่องจากขาดความภาคภูมิใจในตนเอง จึงหาทางออกโดยการเล่นเกมให้เก่ง เพื่อให้ได้การยอมรับจากผู้อื่น ดังนั้นพ่อแม่ควรหมั่นชมเด็กในสิ่งที่เด็กถนัด และทำได้ดีด้านอื่นๆ เด็กบางคนอาจจะเรียนได้ไม่ดี แต่อาจมีความถนัดทางด้านกีฬา ดนตรี ศิลปะ หาโอกาสพัฒนาทักษะเหล่านั้นของเด็กเพื่อให้เขามีความภาคภูมิใจในตนเองอย่างเต็มเปี่ยม ซึ่งจะเป็นการเสริมภูมิคุ้มกันในการติดเกมของเด็กได้ สนับสนุนให้เด็กมีงานอดิเรกที่สร้างสรรค์และรู้จักการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เด็กที่ติดเกมจำนวนมากเริ่มเล่นเกมเพราะเด็กมีความรู้สึกเหงาและไม่รู้จะทำอะไรในเวลาว่าง การมีกิจกรรมสร้างสรรค์อื่นๆ ที่ก่อให้เกิดความสุขแบบสร้างสรรค์ จะช่วยให้เด็กไม่เหงาและไม่มีเวลาว่างเกินไปได้ การห้ามไม่ให้เล่นเกม

จะทำให้เด็กไม่มีทางออก ทำให้ตัดใจได้ยากจากการเล่นเกม สิ่งที่คุณแม่ควรทำคือการช่วยให้เด็กได้ค้นหาความถนัด ความสนใจของตนเอง และมีโอกาสได้ทำกิจกรรมสร้างสรรค์ตามความถนัด

3. ด้านสังคม พ่อแม่ผู้ปกครองควรแนะนำการคบเพื่อน หรือทำความรู้จักเพื่อนของคุณ ควรรักษาสัมพันธภาพที่ดีกับลูก หลีกเลี่ยงการบ่นด่า ตำหนิ ใช้อารมณ์ หรือถ้อยคำรุนแรง แสดงความเห็นใจ เข้าใจว่าเด็กไม่สามารถควบคุมตัวเอง หรือตัดขาดจากเกมได้จริงๆ มีเวลาอยู่กับลูกมากขึ้น ชักชวนเด็กทำกิจกรรมกับครอบครัวและเพื่อนบ้าน ชวนเด็กทำความดี ทำกิจกรรมอาสา เสียสละ มีจิตสำนึกที่ดี หาเวลาพาเด็กเข้ารับการปฏิบัติธรรม นั่งสมาธิ และพ่อแม่เป็นควรเป็นแบบอย่างที่ดี (ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ, 2557)

4. ด้านสติปัญญา คุณแลการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ กำหนดเวลาเล่นเกมเพื่อไม่ให้รบกวนการพักผ่อน ไม่ควรให้เด็กเล่นเกมก่อนนอน เพราะจะทำให้นอนไม่พอ ตื่นไปโรงเรียนไม่ทัน ติดตามการเข้าชั้นเรียน การเรียนในชั้นเรียน การทำการบ้าน การส่งการบ้าน พ่อแม่ควรเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ หาเวลาพูดคุย ชื่นชม และส่งเสริมให้เด็กทำกิจกรรมที่เพิ่มความภาคภูมิใจ โดยไม่จำกัดเฉพาะการเรียน เช่น กีฬา ดนตรี ศิลปะ ซึ่งจะเป็นกิจกรรมที่เสริมภูมิคุ้มกันในการติดเกมได้

แนวทางการดูแลเพื่อป้องกันเด็กวัยเรียนติดเกม

ก่อนที่จะสายเกินไป การป้องกันจึงดีกว่าการแก้ไข ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย ได้จัดทำแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันเด็กวัยเรียนติดเกมสำหรับผู้ปกครอง (ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ, 2557) ดังนี้

สิ่งที่พ่อแม่ ผู้ปกครอง ควรปฏิบัติ ได้แก่

1. รับผิดชอบในการทำหน้าที่ของการเป็นพ่อแม่ที่ดี การให้ความรัก ความอบอุ่นและเวลาที่มีคุณภาพกับเด็กจะเป็นเกราะป้องกันการติดเกมของเด็กเป็นอย่างดีพ่อแม่ควรจัดสรรเวลาในการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว เล่นกับเด็ก หรือสนับสนุนกิจกรรมที่เด็กสนใจ นอกเหนือจากการเล่นเกม เพื่อช่วยให้เด็กไม่หมกมุ่นอยู่กับการเล่นเกมเพียงอย่างเดียว

2. ตั้งกติกาก่อนอนุญาตให้เด็กเล่นเกม พ่อแม่ควรกำหนดและดูแลระยะเวลาที่ใช้เล่นเกมในแต่ละวันของเด็กโดยตกลงเป็นกติการ่วมกันกับเด็กก่อนว่า เด็กสามารถเล่นเกมได้วันไหนบ้าง เวลาไหนบ้าง เล่นได้ครั้งละไม่เกินกี่ชั่วโมง ตั้งแต่เวลาใดถึงเวลาใด ก่อนจะเล่นจะต้องรับผิดชอบทำการบ้านให้เสร็จเรียบร้อยก่อน หากไม่รักษากติกาจะถูกทำโทษอย่างไร (แนะนำให้ใช้วิธีงดเกม หรือลดเวลาในการเล่นลง) จะเป็นการยากมากที่จะมาตั้งกติกากันภายหลังจากที่

เด็กติดเกมไปแล้ว โดยทั่วไปแนะนำว่าควรกำหนดให้เด็กสามารถเล่นเกมได้ไม่เกิน 1 ชั่วโมงต่อวันในวันธรรมดา ไม่เกิน 2 ชั่วโมงต่อวันในวันหยุด และเล่นเกมอย่างต่อเนื่องได้ไม่เกิน 1 ชั่วโมงต่อครั้ง

3. ฝึกให้เด็กมีความรับผิดชอบ การสอนให้เด็กรู้จักการแบ่งและใช้เวลาอย่างเหมาะสม ฝึกให้เด็กมีวินัยในการใช้เงิน ร่วมกับการฝึกหรือมอบหมายงานบ้านให้เด็กรับผิดชอบ จะเป็นการฝึกให้เด็กมีวินัย รู้จักควบคุมตัวเอง ถ้าเริ่มฝึกตั้งแต่เด็กยังเล็กๆ จะยังมีโอกาสประสบความสำเร็จ

4. ลดโอกาสในการเข้าถึงเกมของเด็ก ข้อมูลจากการวิจัยพบว่า บ้านใดที่มีอุปกรณ์ที่เล่นเกมได้มากขึ้นเท่าไร เด็กยังมีโอกาสติดเกมมากขึ้นเท่านั้น ดังนั้นพ่อแม่ควรพยายามจำกัดให้มีจำนวนอุปกรณ์ที่ใช้เล่นเกมได้ให้น้อยขึ้นที่สุด พ่อแม่ควรวางคอมพิวเตอร์หรือเครื่องเล่นเกมไว้ในบริเวณบ้านที่เป็นที่โล่ง มีคนเดินผ่านไปมาบ่อยๆ เพื่อช่วยให้พ่อแม่ได้เห็นเนื้อหาและพฤติกรรมของเด็กขณะเล่นเกม เพื่อให้คำแนะนำและกำหนดขอบเขตในการเล่นเกมที่เหมาะสมกับเด็กได้ นอกจากนี้พ่อแม่ควรติดตั้งโปรแกรมที่ควบคุมเวลา และเนื้อหาในการเล่นของเด็กไว้ในคอมพิวเตอร์ หรือใส่รหัสผ่าน โดยเด็กจะมีโอกาสได้เล่นเกมเฉพาะเวลาที่พ่อแม่อยู่บ้านและรับผิดชอบทำการบ้านจนเสร็จแล้วเท่านั้น

5. สม่่าเสมอ คงเส้นคงวา ในการวางกติกา พ่อแม่ ผู้ปกครอง หรือผู้ใหญ่ในครอบครัว ควรมีรูปแบบการเลี้ยงดูที่เป็นแนวทางเดียวกัน เพื่อให้เด็กเชื่อฟังและไม่เกิดความสับสนในการปฏิบัติตามมีความชัดเจน คงเส้นคงวา และเอาจริงเอาจังกับกฎกติกาในบ้าน

6. ส่งเสริมให้เด็กมีความภาคภูมิใจในตนเอง (self-esteem) เด็กส่วนหนึ่งติดเกมเนื่องจากขาดความภาคภูมิใจในตนเอง จึงหาทางออกโดยการเล่นเกมให้เก่งเพื่อให้ได้การยอมรับจากผู้อื่น ดังนั้นพ่อแม่ควรหมั่นชมเด็กในสิ่งที่เด็กถนัด และทำได้ดีด้านอื่นๆ เด็กบางคนอาจจะเรียนได้ไม่ดี แต่อาจมีความถนัดทางด้านกีฬา ดนตรี ศิลปะ หาโอกาสพัฒนาทักษะเหล่านั้นของเด็กเพื่อให้เขามีความภาคภูมิใจในตนเองอย่างเต็มเปี่ยม ซึ่งจะเป็นการเสริมภูมิคุ้มกันในการติดเกมของเด็กได้ นอกจากนี้พ่อแม่ควรชมเด็กเมื่อเด็กทำตามกติกา รักษาเวลา รู้หน้าที่ รู้จักความรับผิดชอบ เลิกเล่นเกมเมื่อครบกำหนดเวลาที่ได้ตกลงกัน

7. ฝึกให้เด็กมีวิถีจัดการกับความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ เหตุผลหนึ่งที่เด็กมักใช้เป็นข้ออ้างในการเล่นเกมนั้น คือ “เล่นเกมแก้เครียด” เด็กที่ใช้แต่การเล่นเกมนั้นเป็นเทคนิคเพียงอย่างเดียวเพื่อคลายเครียด มักจะมีโอกาสติดเกมสูงกว่าเด็กที่มีวิถีจัดการกับความเครียดหลากหลาย ดังนั้นพ่อแม่ควรฝึกให้เด็กมีงานอดิเรกทำหลายๆ อย่าง ร่วมกับการสอนให้เด็กมีวิถีจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

8. สร้างเครือข่ายพ่อแม่ พ่อแม่ควหาโอกาสทำความรู้จักกับเพื่อนของเด็ก ไปจนถึงคนในครอบครัวของเพื่อนเด็กด้วย เพื่อสร้างเครือข่ายผู้ปกครองในการพาเด็กทำกิจกรรมยามว่างร่วมกัน เช่น การเล่นกีฬา การทำกิจกรรมสันทนาการ การทำกิจกรรมอาสาเพื่อสังคม เป็นต้น

สิ่งที่พ่อแม่ไม่ควรปฏิบัติ ได้แก่

1. ละเลยการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว หลายครอบครัวที่มีเด็กติดเกม พบว่ามักจะเป็นครอบครัวที่พ่อแม่ เด็ก อยู่กันคนละทิศละทาง ต่างคนต่างอยู่ แต่ละคนง่วนอยู่กับสิ่งที่ตัวเองสนใจ ไม่ค่อยได้มีการทำกิจกรรมสนุกสนานด้วยกัน ดังนั้นพ่อแม่ควรส่งเสริมให้เด็กมีกิจกรรมทำยามว่าง เป็นกิจกรรมที่ให้ความสนุกสนานเพลิดเพลินไม่แพ้การเล่นเกม หรือมากกว่าการเล่นเกม ซึ่งควรเป็นกิจกรรมที่เด็กชอบ และสามารถร่วมกันทำกิจกรรมนั้นๆ ได้ทั้งครอบครัว เพื่อเป็นการสานความสัมพันธ์อันดีระหว่างพ่อแม่ เด็ก

2. ไม่ตั้งกติกาก่อนซื้ออุปกรณ์เล่นเกมให้ การที่ผู้ปกครองซื้ออุปกรณ์เล่นเกมให้เด็กโดยไม่ได้มีการตั้งกติกาการเล่นเอาไว้ก่อนล่วงหน้าเป็นสิ่งที่ไม่ควรทำเป็นอย่างยิ่ง

3. ใช้เกมเป็นเสมือนพี่เลี้ยงเด็ก พ่อแม่ ผู้ปกครองที่งานยุ่งอาจจะคิดว่าการให้เด็กอยู่บ้านเล่นเกม หรือไปอยู่ร้านเกมน่าจะปลอดภัย ตัวเองจะได้มีเวลาส่วนตัวเพื่อไปทำอย่างอื่น ความคิดนี้อันตรายเป็นอย่างยิ่ง หลายครอบครัวกว่าที่พ่อแม่จะรู้ตัวก็สายเสียแล้ว เด็กติดเกมงอมแงมหลายต่อหลายคนก็เพราะมีพ่อแม่ที่คิดง่ายๆ แบบนี้แหละ พ่อแม่ควรหลีกเลี่ยงการใช้เกมมาเป็นเสมือน “พ่อแม่ทดแทน” เพื่อให้เด็กไม่มาวุ่นวายกับตน

4. ดีแต่บ่น แต่ไม่เคยเอาจริง สิ่งที่พ่อแม่มักจะทำเสมอแต่เป็นวิธีที่ไม่เคยได้ผล คือ การดีแต่บ่น เช่น “เล่นนานไปแล้ว” “เลิกได้แล้วนะ” “เมื่อไหร่จะเลิกซักที” การพูดบ่อยๆ นอกจากจะไม่ค่อยได้ผลแล้ว ยังทำให้เด็กเกิดความรู้สึกว่า “บ่นอีกแล้ว...รำคาญ” ถ้าเกิดขึ้นบ่อยๆ จะทำให้เด็กไม่อยากคุยและไม่อยากเจอหน้าพ่อแม่ เพราะคิดว่าจะต้องโดนดุด การพูดน้อยแต่ทำจริงตามกติกาที่ตกลงกันไว้เป็นวิธีที่ได้ผลดีกว่าเสมอ

5. ใจอ่อน ธรรมชาติของเด็กมักจะชอบต่อรองกับพ่อแม่เสมอเมื่อหมดเวลาเล่น โดยมักจะพูดว่า “แป๊บนี้...ขออีก 10 นาทีน่า จะจบเกมแล้ว” ไปๆ มาๆ 10 นาทีที่ว่าก็อาจลากยาวเป็นครึ่งชั่วโมง หรือหลายชั่วโมง ซึ่งพอต่อรองได้ครั้งหนึ่งก็มักจะมีครั้งต่อไป เพราะเด็กเฝ้ารู้ว่าพ่อแม่ไม่เอาจริง การใจอ่อนอย่างนี้ไม่ได้มีผลเสียกับเรื่องเล่นเกมเท่านั้น แต่จะมีผลต่อกฎเกณฑ์ทุกอย่างในบ้าน ถ้าเด็กรู้ว่าพ่อแม่มักใจอ่อน ก็เป็นการยากที่เด็กจะทำตามกฎกติกาที่วางไว้ เพราะเด็กจะเกิดความคิดว่าเดี๋ยวมาต่อรองเอาทีหลังก็ได้ ซึ่งจะเป็นผลเสียต่อการรักษาระเบียบวินัยในตัวเองของเด็กในระยะยาว

6. ไม่เสมอต้นเสมอปลาย พ่อแม่อาจเคร่งครัดต่อกฎเกณฑ์ที่ตั้งไว้ได้ แต่ก็แค่ชั่วคราว ชั่วคราว เช่น ตั้งกฎว่าอย่าเล่นเกมเกิน 1 ชั่วโมง แต่ก็ทำได้บ้าง ไม่ได้บ้าง ซึ่งอาจเป็นเพราะความใจอ่อนของพ่อแม่ หรือความที่พ่อแม่ไม่มีเวลา สุดท้ายแล้วกฎเกณฑ์เหล่านั้นก็จะไร้ความหมาย ไม่ต่างกับการใจอ่อนยอมให้ทุกครั้ง

7. ขัดแย้งกันเอง ระหว่างผู้ปกครองเมื่อเด็กขอเล่นเกม คุณแม่อาจจะไม่ให้ แต่คุณพ่ออาจตามใจ เวลาเกิดความขัดแย้งกันแบบนี้ เด็กๆก็มักเลือกเข้าข้างฝ่ายที่ให้ประโยชน์กับเขามากที่สุด ซึ่งอาจพัฒนากลายเป็นปัญหาความสัมพันธ์ได้ เช่น เขาอาจรู้สึกว่าคุณแม่อยู่ฝั่งตรงข้ามกับเขา เป็นศัตรูกับเขาไปเลย ในเรื่องนี้พ่อแม่ควรมีจุดยืนร่วมกันว่าจะวางกฎกติกาของบ้านอย่างไร และตัวเด็กๆเองก็ต้องมีส่วนร่วมในการวางกฎกติกาด้วย

ดังนั้น แนวทางในการดูแลแก้ไขและป้องกันปัญหาเด็กติดเกม จึงควรเริ่มต้นจากการสร้างความตระหนักให้แก่พ่อแม่ผู้ปกครอง เพื่อให้เห็นความสำคัญและผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อบุตรหลานติดเกม พ่อแม่ควรรู้เท่าทันสื่อต่างๆ เพื่อให้การดูแลและป้องกันเริ่มต้นจากครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะหากเด็กติดเกมออนไลน์แล้วจะส่งผลกระทบต่อตัวเด็กโดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพ พ่อแม่ควรดูแลส่งเสริมให้เด็กมีภาวะสุขภาพที่ดี ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ซึ่งจะส่งผลทำให้เด็กมีการเจริญเติบโต และพัฒนาการเหมาะสมตามวัย นำไปสู่การพัฒนาเป็นประชากรที่มีคุณภาพในอนาคตต่อไป

บทสรุป

เด็กติดเกม เป็นปัญหาที่สำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขเร่งด่วนในสถานการณ์ปัจจุบัน เด็กติดเกมหมายถึง เด็กที่มีพฤติกรรมการเล่นเกมมากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน มากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลาอย่างน้อย 15 สัปดาห์ และมีความสนใจต่อการเล่นเกมมากกว่าทำสิ่งอื่นๆ ไม่สนใจครอบครัว แยกตัว นอนดึกหรือไม่นอน ไม่สนใจเรียน โดดเรียน จนผลการเรียนตกต่ำ รับประทานอาหารไม่เหมาะสม โดยไม่ยอมรับประทาน หรือรับประทานมากเกินไป และไม่ออกกำลังกาย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อเด็กในทุกๆ ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย ทำให้เกิดการเจ็บป่วยจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเหมาะสม 2) ด้านอารมณ์ เด็กจะหงุดหงิด หรือก้าวร้าว 3) ด้านสังคม เด็กจะหมกมุ่นกับเกม ไม่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว และเพื่อนๆ และ 4) ด้านสติปัญญา เด็กจะเล่นเกมจนไม่ยอมไปโรงเรียน ไม่ตั้งใจเรียน ไม่ส่งการบ้าน ผลการเรียนตกต่ำ ดังนั้น ผู้ปกครองและเด็กควรวางแผนร่วมกันในการแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เพื่อให้สามารถแก้ปัญหาเด็กติดเกมได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต, สถาบันสุขภาพจิตและวัยรุ่น. (2556). บทวิเคราะห์งานวิจัยสถานการณ์เด็กติดเกม มิถุนายน 2556. สืบค้นวันที่ 20 มีนาคม 2559 จาก http://www.healthygamer.net/sites/default/files/scribd/bthwiekhraahsthaankaaredktidekm_2556.pdf
- จิตริน ใจดี. (2557). ปัญหาเด็กติดเกม วิธีสังเกต ป้องกันและแก้ไข. สืบค้นวันที่ 20 เมษายน 2559 จาก <http://www.it24hrs.com/2014/problem-of-game/>
- ชาลววิทย์ พรนภดล. (2556). สิ่งที่พ่อแม่ควรและไม่ควรปฏิบัติในการดูแลเด็กไม่ให้ติดเกม (Do and Don't) สืบค้นวันที่ 20 เมษายน 2559 จาก <http://www.healthygamer.net/download/academic/13878>
- ชาลววิทย์ พรนภดล และคณะ. (2557). คำแนะนำสำหรับผู้ปกครอง “เรื่องการเล่นเกมคอมพิวเตอร์ของเด็กและวัยรุ่น” พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัทมีเดียโซน พรินติ้ง จำกัด.
- นวลฉวี ประเสริฐสุข. (2551). พฤติกรรมเสี่ยงและการป้องกันในนักเรียนวัยรุ่นไทยและญี่ปุ่น. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ประกายเพชร สุกะเกษ, สุธรรม นันทมงคลชัย และมณฑนา ดำรงค์ศักดิ์. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเกมคอมพิวเตอร์ในนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษา. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 42(1); 66-77
- ประเภทและชนิดของเกม. (2557). สืบค้นวันที่ 20 เมษายน 2559 จาก <http://guru.sanook.com/27010/>
- พรพิมล ศรีสุวรรณ. (2553). การเล่นเกมคอมพิวเตอร์ การทำหน้าที่ของครอบครัวและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเด็กนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 3-6 ในโรงเรียนเขตเทศบาลนครขอนแก่น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. (2559). เกมออนไลน์. สืบค้นวันที่ 20 เมษายน 2559 จาก <https://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B9%80%E0%B8%81%E0%B8%A1%E0%B8%AD%E0%B8%AD%E0%B8%99%E0%B9%84%E0%B8%A5%E0%B8%99%E0%B9%8C>
- วิทยากร เชียงกุล.(2552). จิตวิทยาวัยรุ่น.กรุงเทพฯ : สายธาร

- วิชญ์ โคตรจรัส. (2553). Game for Fun: รู้ใจคนเล่น ใน บทย่อความจากการบรรยายในงาน TAM 2005.
- ศิริไชย หงษ์สงวนศรี และพนม เกตุมาน. (2549). Game Addiction: The Crisis and solution.
- ใน : สุวรรณา เรื่องกาญจน์เศรษฐ์, พัฒน์มหาโชคเลิศวัฒนา, บรรณาธิการ. รู้ทันปัญหายัยรุ่นยุคใหม่. กรุงเทพฯ: พี ยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ศุภคินิจ วิชญพงษ์พร. (2552). พฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์ที่ส่งผลต่อการเรียนของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศูนย์กลางความรู้แห่งชาติ. (2554). รายงานการใช้อินเทอร์เน็ตหรือคอมพิวเตอร์ของบุตรหลาน/สมาชิกในครอบครัว
- สยาม อุทัยบุญยะลาภา. (2553). สัมภาษณ์ประธานชมรมผู้ประกอบการร้านอินเทอร์เน็ต และเกมจังหวัดสุราษฎร์ธานี
- สิริวรรณ ปัญญาภาศ. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงในสื่อเกมออนไลน์กับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดเชียงใหม่. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. สำนักหอสมุด.
- โสรัจจะ จันทรแสงศรี, กนกพร กันทาและภูมิพิพิธ วณิชธรรม. (2553). สภาพการดำเนินชีวิตครอบครัวที่มีเด็กติดเกมทั้งด้านบวกและด้านลบและบริการสวัสดิการสำหรับครอบครัว. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- หมอชาวบ้าน. (2553). เกมกับสุขภาพ... เด็ก สืบค้นเมื่อวันที่ 20 เมษายน 2559จาก <https://www.doctor.or.th/article/detail/10736>
- อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์. (2558). การสัมมนาวิชาการเฉพาะประเด็น “การจัดการสภาพแวดล้อม
- รอบตัวเด็ก 24 ชั่วโมง : กรณีเด็กกับไอที. สืบค้นวันที่ 20 เมษายน 2559 จาก <http://crtremote.blogspot.com/>
- อรรคพล ศิวนาท. (2554). ผลกระทบของการติดเกมคอมพิวเตอร์ที่มีต่อเด็กนักเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร. สารนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกริก.

- Anderson, C. A., Gentile, D. A., & Buckley, K. E. (2007). *Violent video game effect on children and adolescents: Theory, research, and public policy*. New York: Oxford University Press.
- Busch, V., Van, S. H. F., Leeuw, J. R. J., & Schrijvers, A. J. P. (2013). Clustering of health related behaviors, health outcomes and demographics in Dutch adolescents: A cross sectional study. *BMC Public Health*; 13, 1118.
- Funk, J. B. (2005). Video games. *Journal of Adolescent Medicine Clinics*; 16(2), 95-411.
- Gillman, M., Rifas-Shiman, S., Frazier, L., Rockett, H., Camargo, C., Field, A. (2000). Family dinner and diet quality among older children and adolescents. *Journal of Arch FamMed*.
- Griffiths, M., & Hebert, M. (2002). *Game and gaming addictions in adolescence*. Melden: BPS. Backwell.
- Kim, E. J., Namkoong, K., Ku, T., & Kim, S. J. (2008). The relationship between online game addiction and aggression, self-control and narcissistic personality traits. *European Psychiatry*, 23(3), 212-218.

ประสบการณ์ความปวดและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในการจัดการกับความปวดของผู้สูงอายุ Pain Experience and Self Care of Pain Management in Elderly

นุสรา ประเสริฐศรี¹, สาวิตรี วงศ์ศรี², สุกัญญา สระแสง³
Nusara Prasertsri¹, Savitree Wongsri², Sukanya Srasange³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ความปวดและพฤติกรรมการดูแลตนเองในการจัดการความปวดของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในเขตเทศบาลอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี แบบเจาะจง จำนวน 207 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) Brief Pain Inventory (BPI) ฉบับภาษาไทย 3) การดูแลตนเองในการจัดการความปวดของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีประสบการณ์ตำแหน่งที่ปวดปวดเฉลี่ย 3.2 (SD $\pm$ 4.3) ตำแหน่งเช้าและหลังเป็นบริเวณที่ปวดมากที่สุด ระดับความรุนแรงของความปวดเฉลี่ย 3.4 (SD $\pm$ 1.6) ผลกระทบความปวดเฉลี่ย 1.4 (SD $\pm$ 1.4) ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองในการจัดการความปวดหลากหลายวิธีทั้งใช้ยาและไม่ใช้ยา แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้ยาเพื่อจัดการความปวด แพทย์เป็นแหล่งข้อมูลหลักที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา การค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนในเมือง มีประสบการณ์ความปวดและมีการจัดการความปวดของตนเอง จากผลการศึกษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น พยาบาลในชุมชนเมืองควรให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและไม่ใช้ยาในการดูแลตนเองเพื่อจัดการความปวดในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ ประสบการณ์ความปวด, การดูแลตนเอง, การจัดการกับความปวด, ผู้สูงอายุ

¹ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
nprasertsri@gmail.com 045-255-462

² โรงพยาบาลตระการพิรุณ อุบลราชธานี

³ โรงพยาบาลนาตาล อุบลราชธานี

Abstract

The purpose of this descriptive research was to study pain experience and self-care of pain management in municipality community – dwelling elderly in Maung City, Ubon Ratchathani. The purposive sample of 207 elderly persons was recruited. The instrument for collecting data comprised of 3 parts, 1) General personal data, 2) Brief Pain Inventory (BPI) Thai version, and 3) Self-care of pain management. Descriptive statistic was used to analyze data. The result found that the average number of pain sites was 3.2 (SD±4.3). Knees and low back were the most commonly described pain site. The average of mean score of pain intensity was 3.4 (SD±1.6) and mean score of pain impact was 1.4 (SD±1.4). The participants used both of medications and non-medications for self-care of pain management; however, they likely more took medications to deal with pain; doctors were the main information source for this self-care. In the summary, municipality community – dwelling elderly reported mild to moderate of pain intensity. Participants identified self-care of pain management. However, prevention of complication might concern that nurses in community should teach self-care of pain management.

Keywords: Pain experience, Self-care, Pain management, Elderly

บทนำ

โครงสร้างของประชากรที่เปลี่ยนไป จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้เทคโนโลยีด้านการแพทย์ที่ทันสมัยเพิ่มมากขึ้น ทำให้คนมีอายุยืนยาวขึ้น ความสูงอายุมากขึ้นควบคู่ไปกับภาวะความเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุ เจ็บป่วย มีความปวด และความไม่สบายต่างๆ (Cowan, Fitzpatrick, Roberts, While, & Baldwin, 2003; Helme, 2001)

ความปวดในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่พบบ่อย พบว่าผู้สูงอายุมีความปวดเฉียบพลันและเรื้อรังมากกว่าผู้ใหญ่ที่อายุน้อยกว่า (Jakobsson, Rahm Hallberg, & Westergren, 2004) สิ่งนี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีการใช้ยาแก้ปวดมากกว่าคนที่อายุน้อยกว่า (Fitzcharles, Lussier, & Shir, 2011) อีกทั้งผู้สูงอายุมีปัญหาโรคเรื้อรังและมีแนวโน้มปัญหาเสื่อมสภาพทางสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับความปวด เช่น โรคข้อเข่าเสื่อม (Kean, Rainsford, & Kean, 2008) ปัญหาดังกล่าว

ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และยังพบว่าผู้สูงอายุเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลบ่อยกว่าและใช้ระยะเวลา นานกว่าคนอายุน้อยกว่า (Barkin, Barkin, & Barkin, 2005) นอกจากนี้ ความปวดเป็นหนึ่งในอาการที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งความปวดเกิดจากความผิดปกติของข้อต่ออักเสบและผลลัพธ์ทำให้มีการเคลื่อนไหวผิดปกติ สาเหตุความปวดที่พบในผู้สูงอายุเช่น เจ็บปวดหน้าอก ปวดหลังส่วนล่าง ปวดคอ ปวดท้อง neuropathic และปวดศีรษะ (Tsai, Liu, & Chung, 2010)

การจัดการความปวดในผู้สูงอายุ บุคลากรทางสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญ การจัดดังกล่าว ประกอบด้วยการใช้ยา และไม่ใช้ยา เช่น การนวด การกดจุด การออกกำลังกาย (Helme, 2001) ในผู้สูงอายุการดูแลจะต้องใส่ใจในรายละเอียดเพิ่มขึ้น บุคลากรทางสุขภาพต้องมีการวางแผนเฉพาะในการจัดการความปวดและต้องเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในวัยผู้สูงอายุซึ่งมีผลต่อการใช้ยา (Kaye, Baluch, & Scott, 2011) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุอาจมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม จิตใจ และการรับรู้ แตกต่างกับผู้ที่อายุน้อยกว่าทั้งด้านทัศนคติ การแสดงออกของความปวด (Tirapo, 2008) และความทนต่อความปวดในผู้สูงอายุแต่ละรายมีความแตกต่างกัน (Norelli & Harju, 2008)

การใช้ยาร่วมกับการไม่ใช้ยาเพื่อบรรเทาความปวดนับว่ามีความสำคัญในการจัดการความปวด อย่างไรก็ตาม อุปสรรคในการบรรเทาความปวดด้วยยาในผู้สูงอายุ เนื่องจากค่าใช้จ่ายยาที่มีราคาสูง อาการข้างเคียงของยา และการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา (Kaye et al., 2011; Tsai et al., 2010) นอกจากนี้ยังพบว่าอุปสรรคอื่นในการจัดการความปวดในผู้สูงอายุ เช่น ผู้ป่วยไม่รู้จักการจัดการกับความปวดที่ถูกต้อง และอุปสรรคด้านระบบสุขภาพ เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาระงับความปวดชนิดสารเสพติด รวมถึงการใช้เทคโนโลยีที่ไม่เหมาะสมและไม่ถูกต้องในการรักษาของผู้สูงอายุ เป็นต้น (McCleane, 2007)

แม้ว่าการจัดการความปวดในผู้สูงอายุที่ได้ผลคือการใช้ยา แต่การใช้ยาไม่สามารถที่จะบรรเทาความเจ็บปวดได้เสมอไป และอาจทำให้เกิดฤทธิ์ข้างเคียง หากมีการจัดการความปวดไม่เพียงพอ จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงโดยผู้ป่วยจะมีความกลัว โกรธ ไม่พึงพอใจ ทุกข์ทรมาน นอนไม่หลับนำมาซึ่งความไม่สุขสบาย ส่งผลให้ความสามารถของร่างกายลดลง (Tirapo, 2008)

งานวิจัยในต่างประเทศ มีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการจัดการความปวดของผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่ พบว่าผู้สูงอายุดูแลจัดการความปวดด้วยตนเองอย่างน้อยหนึ่งวิธี ซึ่งประกอบด้วย โดยการใช้ยา การออกกำลังกาย กิจกรรมทางศาสนา การใช้ยาเป็นวิธีการที่ใช่มาก

ที่สุดในการบรรเทาความปวด (Closs, & Bennett, 2009; Ersek, Turner, Cain, & Kemp, 2004; Ersek, Turner, McCurry, Gibbons, & Kraybill, 2003; Fitzcharles, et al., 2011; Haas et al., 2005; Hadjistavropoulos, 2011)

จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้สูงอายุที่ผ่านมา จากฐานข้อมูลต่างๆ ในไทย พบว่าส่วนใหญ่ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีความปวดเรื้อรัง โดย พุทธิพร พิธานธานกุล และ ปัทมา สุริต (Puttiporn Pitantanakune & Pattama Surit, 2011) และการศึกษาในผู้สูงอายุเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการเจ็บปวดในรูปแบบต่างๆ เช่น การจัดการความปวดโดยใช้ยา การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การใช้ดนตรีบำบัด เป็นต้น พบว่ามีข้อมูลจำกัดเกี่ยวกับการศึกษา ประสิทธิภาพความปวดและพฤติกรรมการดูแลตนเองในการจัดการความปวดของผู้สูงอายุในชุมชนโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและการจัดการความปวดของ โอเรม (Orem, 1985) ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือได้แนวทางการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้สูงอายุในชุมชน อันก่อให้เกิดคุณภาพบริการพยาบาลสูงสุดต่อผู้ป่วยและครอบครัว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพความปวด และ พฤติกรรมการดูแลตนเองในการจัดการกับความปวดของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบของ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ก่อนที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มตัวอย่าง

จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ใช้สูตรของการประมาณค่าเฉลี่ย (อรุณ จริวัฒน์กุล, 2552)

$$n = \frac{Z^2 \alpha/2 \sigma^2}{e^2}$$

ปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย ร้อยละ 10 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมดจำนวน 207 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในเขตเทศบาลอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์กำหนดเงื่อนไข คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป และมีประสบการณ์ความปวดใน 1 เดือนที่ผ่านมา การศึกษาค้นคว้าวิจัยเริ่มดำเนินการรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2555 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2555

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูล ส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส

2) แบบสอบถามความปวด Brief Pain Inventory (BPI) ฉบับภาษาไทย (Chaudakshetrin, 2009) แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ระดับความรุนแรงของความปวด (0 ไม่ปวด 10 ปวดมากที่สุด) และ ส่วนที่ 2 ผลกระทบของความปวด ต่อกิจกรรมโดยทั่วไป อารมณ์ ความสามารถในการเดิน งานประจำวัน ความสัมพันธ์กับผู้อื่น การนอนหลับ ความสุขในชีวิตประจำวัน (0 ไม่กระทบ 10 กระทบมากที่สุด) ตรวจสอบความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคในกลุ่มตัวอย่างนี้ เท่ากับ 0.86

3) แบบสอบถามการดูแลตนเองในการจัดการความปวดของผู้สูงอายุ สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเอง ทีมผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ แล้วนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (IOC) มีค่าระหว่าง 0.67 -1.0

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่า ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการจัดการกับความปวดของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 207 คน แสดงในตารางที่ 1 อายุเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่าง 69.9 ปี (SD $\pm$ 7.3) ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เพศหญิง ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี สถานภาพ

สมรส มีโรคประจำตัวเฉลี่ย 1.25 ส่วนใหญ่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีความเชื่อในการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน

2. ประสบการณ์ความปวด

ประสบการณ์ความปวด แสดงในตารางที่ 2 ระดับความรุนแรงของความปวดเฉลี่ย 3.4 ($SD \pm 1.6$) ซึ่งเป็นความรุนแรงในระดับเล็กน้อย และผลกระทบของความปวดต่อผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 1.4 ($SD \pm 1.4$) ผลกระทบที่มากที่สุดคือความสามารถในการเดิน กิจกรรมโดยทั่วไป และผลกระทบความปวดน้อยที่สุดคือความสัมพันธ์กับผู้อื่น พฤติกรรมการดูแลตนเองในการจัดการกับความปวดของผู้สูงอายุ

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองในการจัดการความปวดของผู้สูงอายุ

พบว่ากลุ่มตัวอย่างแต่ละรายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการจัดการกับความปวดมากกว่า 1 วิธี และมีความหลากหลายในการจัดการความปวด ดังแสดงในตารางที่ 3 ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุใช้ยานวด และยากินแผนปัจจุบัน ร่วมกับการใช้ยาสมุนไพร แพทย์เป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาในการจัดการความปวด และผู้ป่วยเรียนรู้ด้วยตนเอง พยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลเป็นส่วนน้อย การจัดการโดยไม่ใช้ยา ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุใช้วิธีการนึ่งพอก นวด การออกกำลังกาย และการนวดสมาธิ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (N= 207)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี) เฉลี่ย 69.9 ($SD \pm 7.3$) ต่ำสุด 60 ปี สูงสุด 91 ปี		
เพศ		
ชาย	62	30.0
หญิง	145	70.0
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	181	87.4
ปริญญาตรี	23	11.1
สูงกว่าปริญญาตรี	3	1.4
สถานภาพสมรส		
โสด	21	10.1
สมรส	144	69.5

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
หม้าย	38	18.3
ไม่ระบุ	4	1.9
ความเชื่อและพฤติกรรมของบุคคลและครอบครัว		
เชื่อในแพทย์แผนปัจจุบัน	158	76.3
เชื่อในการรักษาแบบพื้นบ้าน	2	1.0
เชื่อในแพทย์แผนปัจจุบัน และการรักษาแบบพื้นบ้าน	47	22.7
จำนวนโรคประจำตัว เฉลี่ย 1.25 (SD±1.1)		

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย (Mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของระดับความรุนแรง ประสิทธิภาพการปวด และผลกระทบของความปวดในผู้สูงอายุ (N= 207)

	Mean	SD
ระดับความรุนแรงประสิทธิภาพการปวด		
ปวดมากที่สุด	5.82	2.32
ปวดน้อยที่สุด	2.12	1.64
ปวดปัจจุบัน	2.13	2.11
ปวดเฉลี่ย	3.40	1.60
ระดับความทนต่อความปวด	3.30	2.00
ระดับความรุนแรงผลกระทบของความปวด		
กิจกรรมโดยทั่วไป	1.81	1.99
อารมณ์	1.16	1.65
ความสามารถในการเดิน	1.86	2.13
งานประจำวัน	1.35	1.71
ความสัมพันธ์กับผู้อื่น	0.75	1.3
การนอนหลับ	1.51	2.04
ความสุขในชีวิตประจำวัน	1.16	1.64

ตารางที่ 3 แสดงความถี่ของพฤติกรรมการดูแลตนเองในการจัดการกับความปวดของผู้สูงอายุ
(N=207)

วิธีการจัดการความปวด	ความถี่	แหล่งข้อมูลของวิธีการจัดการความปวด (ความถี่)			
		แพทย์	พยาบาล	ตัวเอง	อื่นๆ
การกินยา	118	60	16	40	2
การใช้นานวด	140	43	25	68	4
การฉีดยา	19	14	1	4	0
การใช้แผ่นแปะ	4	0	0	4	0
การใช้อาสมุนไพรรักษา	33	1	1	29	2
การใช้อาจีน	3	0	0	2	1
การประคบร้อน	41	5	2	32	2
การประคบเย็น	3	0	0	3	0
การนวด	59	3	0	53	3
การกดจุด	9	2	0	6	1
การฝังเข็ม	13	3	0	8	2
การอบสมุนไพร	57	1	0	52	4
การนอนหลับ	90	1	2	87	0
การนั่งพัก	105	3	1	100	1
การออกกำลังกาย	80	1	3	74	2
ทำสมาธิ/สวดมนต์	48	0	0	47	1
ดูโทรทัศน์	38	0	1	37	0
ฟังเพลง	30	0	0	30	0

สรุปและอภิปรายผล

ข้อค้นพบในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ประสพการณ์ความปวดของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศทางตะวันตก (Fitzcharles et al., 2011; Haas et al., 2005; Helme & Gibson, 2001; Jakobsson et al., 2004; Kean et al., 2008; Norelli & Harju, 2008; Tirapo, 2008) และประเทศในเอเชีย (Tsai, Liu, & Chung, 2011; Tsai, Tsai, Lai, & Chu,

2004) และการศึกษาความปวดเรื้อรังในผู้สูงอายุไทย โดย พุทธิพร พิธานธนานุกุล และ ปัทมา สุริต (Puttiporn Pitantananukune & Pattama Surit, 2011) ผู้สูงอายุมีความปวดในหลายตำแหน่งของร่างกาย เข่า และบริเวณหลังเป็นตำแหน่งที่มีความปวดมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่าน (Norelli & Harju, 2008; Tsai et al., 2011) การเสื่อมของกระดูกข้อเข่า และกระดูกสันหลังเป็นผลทำให้ผู้สูงอายุมีความปวดในตำแหน่งมากที่สุด (Gil Gregorio, Moreno, Rodriguez, & Zarco, 2007; Haas et al., 2005; Kean et al., 2008) และผลกระทบของความปวดดังกล่าวทำให้รบกวนการเดิน และ กิจกรรมโดยทั่วไปของผู้สูงอายุ แม้ว่ามีผลกระทบดังกล่าว แต่พบว่าผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับผู้อื่นอยู่ในระดับต่ำ ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น การเข้าร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งเหมือนกับการศึกษาที่ผ่านมา (Tsai et al., 2011; Tsai et al., 2004)

ผลการศึกษาพบว่าผลกระทบของความปวดต่อกิจกรรมโดยทั่วไป อารมณ์ความสามารถในการเดิน งานประจำวัน ความสัมพันธ์กับผู้อื่น การนอนหลับ สุขในชีวิตประจำวัน อยู่ในระดับที่ต่ำ ทั้งนี้เนื่องจาก ความปวดของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ และเป็นระดับความปวดที่ผู้สูงอายุสามารถทนได้ ทั้งนี้เนื่องจากเป็นประสิทธิผลการดูแลตนเอง การจัดการความเจ็บปวดของผู้สูงอายุ ทำให้ความปวดของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ

โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุใช้ยาในการจัดการความปวดในรูปแบบการกิน ใช้นานวด ซึ่งการใช้ยาบรรเทาความปวดมีประสิทธิผลในการดูแลตนเองในการจัดการความปวด สอดคล้องกับการศึกษาของ (Kaye et al., 2011; McClean, 2007; Puttiporn Pitantananukune & Pattama Surit, 2011) และข้อมูลส่วนใหญ่เกี่ยวกับยาผู้สูงอายุได้ข้อมูลจากแพทย์ ผลจากข้อมูลดังกล่าวอาจจะเนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในการศึกษาครั้งนี้เป็นชุมชนเมือง มีความสะดวกง่ายในการเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุขแพทย์แผนปัจจุบัน อย่างไรก็ตามยังมีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งซื้อยากินเองเนื่องจากมีความสะดวกในการซื้อยาจากร้านขายยา สิ่งที่ต้องศึกษาเพิ่มในการศึกษาครั้งต่อไปคือ ประสิทธิภาพของการใช้ยา และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในกรณีที่ผู้ป่วยซื้อยากินเองในท้องตลาด และพยาบาลในชุมชนควรให้ความรู้กับผู้สูงอายุเกี่ยวกับยาบรรเทาความปวด และการศึกษาเปรียบเทียบปัญหาของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนชนบท และชุมชนเมืองมีความแตกต่างในการจัดการความปวดของผู้สูงอายุโดยไม่ใช้ยา อย่างไร ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุในชุมชนชนบทสามารถเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุขแพทย์แผนปัจจุบันได้น้อย ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทอาจจะมีจัดการความปวดของผู้สูงอายุโดยไม่ใช้ยา หลากหลายมากกว่ากลุ่มที่อยู่ในชุมชนเมือง

การดูแลตนเองในการจัดการความปวดของผู้สูงอายุโดยไม่ใช้ยา เช่น การนวด การอบสมุนไพร การออกกำลังกาย เป็นวิธีการที่ผู้สูงอายุนำมาใช้เพื่อบรรเทาความปวดของตัวเอง สอดคล้องกับการศึกษาในวัฒนธรรมตะวันตก (Chatwin, Closs, & Bennett, 2009; Ersek, Turner, McCurry, Gibbons, & Kraybill, 2003; Fitzcharles et al., 2011; Haas et al., 2005) และข้อมูลส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ เรียนรู้และหาข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในประเทศไต้หวัน ที่พบว่าผู้สูงอายุรู้และมีการดูแลตนเองในการจัดการความปวดด้วยตนเองน้อย เนื่องจากความเชื่อทางศาสนาว่า ความปวดเป็นผลกรรมจากชาติก่อน จึงต้องอดทนต่อความปวด (Tsai et al., 2010) การนอน และการนั่งพัก เป็นวิธีการที่ผู้สูงอายุใช้เพื่อบรรเทาความปวดของตัวเอง

สรุปการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่อยู่อาศัยชุมชนเมือง มีประสบการณ์ความปวดในระดับต่ำ ส่งผลต่อกิจกรรมประจำวันของผู้อายุลดลงเล็กน้อย การดูแลจัดการตัวเองในการจัดการความปวดของผู้สูงอายุ มีทั้งรูปแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นกลยุทธ์การจัดการความปวดของผู้สูงอายุ การศึกษาเพิ่มเติมในบริบทของวัฒนธรรมมีความจำเป็น ทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างของวัฒนธรรมอาจจะทำให้การดูแลตนเองการจัดการความเจ็บปวดของผู้สูงอายุแตกต่างกัน

เนื่องจากในปัจจุบันการให้บริการดูแลสุขภาพเพื่อจัดการความปวดผู้สูงอายุในโรงพยาบาลโดยส่วนใหญ่ เน้นเนื้อหาของการฝึกอบรมบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับ การรับรู้ความปวดของผู้สูงอายุ และความสำคัญของการประเมินความปวด ทีมผู้วิจัยขอเสนอแนะ ให้จัดฝึกอบรมให้ความรู้การดูแลตนเองผู้สูงอายุที่มีความปวดในชุมชน ทั้งนี้เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุในชุมชน และปัญหาความปวดของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในอนาคต ควรสอนผู้สูงอายุในการดูแลตนเองในการจัดการความปวดที่ถูกต้องและสอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุในแต่ละชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- อรุณ จิรวัฒนกุล. (2552). *สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย*. กรุงเทพมหานคร:วิทย์พัฒน์.
- Barkin, R. L., Barkin, S. J., & Barkin, D. S. (2005). Perception, assessment, treatment, and management of pain in the elderly. *Clin Geriatr Med*, (3)21, pp.465-490.

- Chatwin, J., Closs, J., & Bennett, M. (2009). Pain in older people with cancer: attitudes and self-management strategies. *Eur J Cancer Care (Engl)*, (2)18, pp. 124-130.
- Chaudakshetrin, P. (2009). Validation of the Thai Version of Brief Pain Inventory (BPI-T) in cancer patients. *J Med Assoc Thai*, (1)92, pp. 34-40.
- Cowan, D. T., Fitzpatrick, J. M., Roberts, J. D., While, A. E., & Baldwin, J. (2003). The assessment and management of pain among older people in care homes: current status and future directions. *Int J Nurs Stud*, (3)40, pp. 291-298.
- Ersek, M., Turner, J. A., McCurry, S. M., Gibbons, L., & Kraybill, B. M. (2003). Efficacy of a self-management group intervention for elderly persons with chronic pain. *Clin J Pain*, (3)19, pp. 156-167.
- Fitzcharles, M. A., Lussier, D., & Shir, Y. (2011). Management of chronic arthritis pain in the elderly. *Drugs Aging*, (6)27, pp. 471-490.
- Gil Gregorio, P., Moreno, A., Rodriguez, M. J., & Zarco, J. (2007). Pain management in elderly people in primary care (ADA Study)]. *Rev Clin Esp*, (4)207, pp. 166-171.
- Haas, M., Group, E., Muench, J., Kraemer, D., Brummel-Smith, K., Sharma, R., Fairweather, A. (2005). Chronic disease self-management program for low back pain in the elderly. *J Manipulative Physiol Ther*, (4)28, pp. 227-238.
- Helme, R. D., & Gibson, S. J. (2001). The epidemiology of pain in elderly people. *Clin Geriatr Med*, (3)17, pp. 417-431.
- Jakobsson, U., Rahm Hallberg, I., & Westergren, A. (2004). Pain management in elderly persons who require assistance with activities of daily living: a comparison of those living at home with those in special accommodations. *Eur J Pain*, (4)8, pp. 335-344.
- Kaye, A. D., Baluch, A., & Scott, J. T. (2011). Pain management in the elderly population: a review. *Ochsner J*, (3)10, pp. 179-187.

- Kean, W. F., Rainsford, K. D., & Kean, I. R. (2008).Management of chronic musculoskeletal pain in the elderly: opinions on oral medication use. *Inflammopharmacology*, (2)16, pp. 53-75.
- McCleane, G. (2007). Pharmacological pain management in the elderly patient. *Clin Interv Aging*, (4)2, pp. 637-643.
- Norelli, L. J., & Harju, S. K. (2008). Behavioral approaches to pain management in the elderly. *Clin Geriatr Med*, (2)24, pp. 335-344.
- Orem, D. E. (1985). A concept of self-care for the rehabilitation client. *Rehabil Nurs*, (3)10, pp.33-36.
- Puttiporn Pitantanakune, & Pattama Surit. (2011). Chronic Pain Management of Older Persons Living in a Community. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division*, 29(4). pp.58-58.
- Tirapo, C. (2008). Improving pain management in the elderly patient. *Rev Infirm*, 142. pp.33-35.
- Tsai, Y. F., Liu, L. L., & Chung, S. C. (2010). Pain prevalence, experiences, and self-care management strategies among the community-dwelling elderly in Taiwan. *J Pain Symptom Manage*, (4)40, pp. 575-581.
- Tsai, Y. F., Tsai, H. H., Lai, Y. H., & Chu, T. L. (2004). Pain prevalence, experiences and management strategies among the elderly in Taiwanese nursing homes. *J Pain Symptom Manage*, (6)28, pp.579-584.

ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม
ในการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2
จังหวัดอุบลราชธานี

The Effectiveness of Health Education Program by Applying Life Skills and
Social Support in Preventing HIVs Behaviors in Mattayom 2 Students in
Ubon Ratchathani Province

จิตติมา โกศลวิตร¹, กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์²,

สุทธิพงษ์ สุทธิลักษณ์กุล³, ขนิษฐา หล้ามาชน⁴

Thitima Kosalavit ¹Kanyarat Kanyakan²

Sutthipong Sutthilukmunikul ³Kanitha Lamachon⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental design) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง (Pre Test-Post Test Static Group Comparison Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 คัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 33 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 33 คน ศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม – ธันวาคม 2559 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบให้มีการเรียนการสอนตามปกติ รวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

kanyakan2014@gmail.com 081-760-9845

² โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลย่อ

³ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

⁴ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาวิชราลงกรณ

อนุมานเปรียบเทียบภายในกลุ่มด้วย Paired t-test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ ทักษะชีวิตด้านการตระหนักรู้ในตน ความสามารถด้านการคิดและการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล ความสามารถด้านการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคเอดส์ และความตั้งใจที่จะกระทำในการป้องกันโรคเอดส์ สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($P\text{-value} < 0.01$)

โดยสรุปโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดอุบลราชธานี มีประสิทธิผล สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 นำไปขยายผลสู่กลุ่มนักเรียนในระดับเดียวกันได้

คำสำคัญ : ทักษะชีวิต, แรงสนับสนุนทางสังคม, พฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์

Abstract

This research is quasi experimental design by pre test-post test static group comparison design aimed to study the effect of the effectiveness of health education program by applying life skills and social support in preventing HIVs behaviors in Mattayom 2 students in Ubon Ratchathani Province. The sample were Mattayom 2 students divided into Multi- Stage Random Sampling, Subjects divided into two groups, the first experimental group were 33 respondents and comparison group were 33 respondents. Period of study: October-December 2016, The experimental group received health education program for 12 weeks. While the comparison group only got normal health education program. Data collected before and after experimental using a questionnaire. The data was analyzed by descriptive statistics, frequency distribution, percentage, mean, standard deviation. The researchers used in-group inferential statistics, paired t-test was used for within group comparisons while independent t- test was used for between group comparisons. Statistical significance was assumed at 0.05 level.

The study results showed that after the sampling group was educated, they got better understanding about HIVS, life skills about self-awareness, rational

thinking and decision making, communication abilities to prevent HIVs and willingness to take actions preventing aids compared to before joining the program and the comparison result was at the level of 0.01 significantly difference ($P\text{-value}<0.01$)

In conclusion, the Health Education program with the application of life skills, combined with social support in preventing HIVs behaviors in Mattayom 2 school students in Ubon Ratchathani is effective and can be utilized in HIVS preventing behaviors of students at the same level.

Keywords: Life Skills, Social Support, HIVs Prevention Behaviors

บทนำ

โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก จากสถิติผู้ติดเชื้อเอชไอวีระหว่างปี ค.ศ. 2010-2012 มีแนวโน้มสูงขึ้นโดยพบว่ามีจำนวนมากถึง 34.4, 34.9 และ 35.3 ล้านคน ตามลำดับ ปัจจุบันมีผู้เสียชีวิตเกือบ 30 ล้านคน นอกจากนี้ยังพบว่าเป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ 2.7 ล้านคน (Souksamone Thongmixay และรุจิรา ดวงสงค์, 2556) จากอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในเด็กวัยรุ่นและเยาวชนทั่วโลกในช่วงระยะเวลา 3 ปีดังกล่าว มีผู้ติดเชื้อรายใหม่โดยเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 41 ของจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ของผู้ใหญ่ (UNAIDS, 2011)

จากรายงานการวิจัยหลายฉบับของประเทศไทยพบว่า วัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อยและมีคู่หลายคนจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559) และจากผลการสำรวจข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล 50 พรรษามหาชราลกรณ ระหว่างปี พ.ศ.2556- 2558 พบว่าวัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเฉลี่ยร้อยละ 2.16 (โรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาชราลกรณ, 2559)

ปัจจัยที่ทำให้เด็กวัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี พัฒนาการทางเพศเริ่มเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ ขาดความรู้เรื่องเพศ ขาดทักษะในการวิเคราะห์สถานการณ์เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ ค่านิยมทางเพศเปลี่ยนไป ความคิดเห็นต่อพฤติกรรมทางเพศในทางสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (วรารณ บัญเชียง, วิลาวัณย์ เตือนราษฎร์, วารุณี ฟองแก้ว, และพิมพ์ภรณ์ กลั่นกลิน, 2556) ในขณะที่การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กวัยรุ่นที่มีประสิทธิภาพ คือการหยุดยั้งพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การพัฒนาทักษะชีวิต (อานนท์ พลแสน, 2551)

ปัจจุบันการสอนเรื่องเพศศึกษาในสถานศึกษายังมีข้อจำกัดอยู่มาก เนื่องจากทัศนคติของผู้บริหารและครูผู้สอนที่มองว่าการสอนเพศศึกษาอาจเป็นการชี้โพรงให้กระรอก และเห็นว่าเป็นการกระตุ้นให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552) ดังนั้น จึงทำให้นักเรียนขาดโอกาสในการเรียนรู้และไม่มีทักษะที่จะป้องกันตนเองจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและโรคเอดส์

แนวคิดการพัฒนาทักษะชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHO 1994 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2554) เป็นการเชื่อมโยงของความรู้ทักษะ ทัศนคติ และค่านิยม ทำให้เกิดพฤติกรรมไปในทางบวก มีพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้อง ซึ่งนำไปสู่การป้องกันปัญหาด้านสุขภาพได้ และการนำทักษะชีวิตมาประยุกต์ใช้จะทำให้บุคคลรู้จัก เข้าใจตนเอง และเข้าใจผู้อื่นและมีทักษะในการป้องกันปัญหาและเตรียมปรับตัวในอนาคตได้ ดังผลการศึกษาวิจัยของทรงพล ต่อณี, จุฬามาศ เทพชัยศรี และเนลิยา ผลพิกุล (2555) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทักษะชีวิต ที่มีต่อทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียน พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทักษะชีวิตนักเรียนมีทักษะความตระหนักในตนเอง ทักษะการเห็นคุณค่าในตนเอง ทักษะการตัดสินใจและแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล และทักษะการสื่อสารและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทักษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งจะเห็นว่าทักษะชีวิตช่วยลดโอกาสของการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการที่วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากวัยรุ่นขาดทักษะที่จะจัดการกับสถานการณ์และแรงกดดันจากสิ่งต่างๆ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มนักเรียน โดยประยุกต์ทักษะชีวิตในด้านการตระหนักรู้ในตน ความสามารถในการคิดและการตัดสินใจอย่างมีเหตุผลเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ความสามารถในการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคเอดส์ และความตั้งใจที่จะกระทำในการป้องกันโรคเอดส์ ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยการแจกคู่มือทักษะชีวิตเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ให้คำแนะนำในการศึกษาคู่มือ และเยี่ยมให้กำลังใจเพื่อให้นักเรียนมีทักษะชีวิตที่เหมาะสมในการป้องกันตนเองจากโรคเอดส์ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทักษะชีวิตในการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อศึกษาตัวชี้วัดผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทักษะชีวิตในการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดอุบลราชธานี ในการเปลี่ยนแปลงหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การตระหนักรู้ในตน ความสามารถในการคิดและการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล ความสามารถในการสื่อสารเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์ และความตั้งใจที่จะกระทำการในการป้องกันโรคเอดส์

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลองนักเรียนกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ทักษะชีวิตด้านการตระหนักรู้ในตน ความสามารถในการคิดและการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล ความสามารถในการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคเอดส์ และความตั้งใจที่จะกระทำการในการป้องกันโรคเอดส์ สูงกว่าก่อนการทดลอง

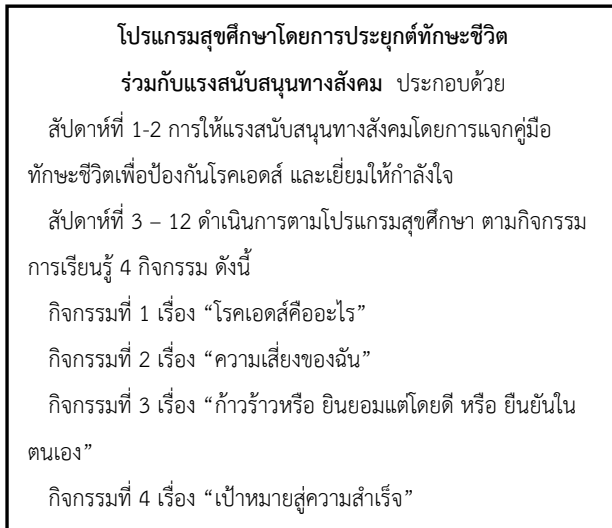
2. ภายหลังการทดลองนักเรียนกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ทักษะชีวิตด้านการตระหนักรู้ในตน ความสามารถในการคิดและการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล ความสามารถในการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคเอดส์ และความตั้งใจที่จะกระทำการในการป้องกันโรคเอดส์ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ขอบเขตการวิจัย

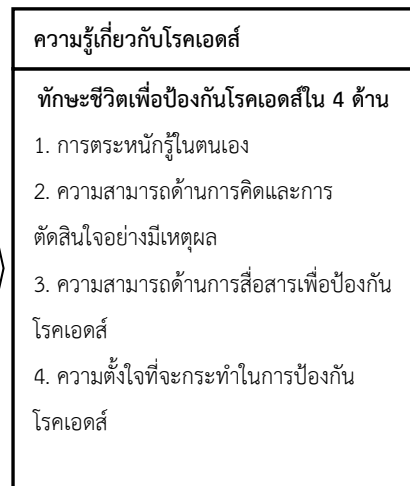
เป็นการศึกษาถึงผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทักษะชีวิตในการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดอุบลราชธานี ในด้านการตระหนักรู้ในตน ความสามารถในการคิดและการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล ความสามารถในการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคเอดส์ และความตั้งใจที่จะกระทำการในการป้องกันโรคเอดส์ หลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)



ตัวแปรตาม (Dependent Variables)



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนปทุมพิทยาคม ดำเนินการศึกษาระหว่างภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2559 จำนวน 182 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนปทุมพิทยาคม ดำเนินการศึกษาระหว่างภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2559 จำนวน 66 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 33 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 33 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (n_1 และ n_2 เท่ากันคือ 32) ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย กรณี 2 กลุ่มประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน (อรุณจิรวรรณกุล, 2551) จากสูตร

$$n/\text{กลุ่ม} = \frac{2(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

โดยกำหนดให้

n = จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม

Z_{α} = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนั้น = 1.64

Z_{α} = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานที่กำหนดให้ Power of Test = 90
 ดังนั้น ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนั้น $Z_{\alpha} = 1.28$

Δ = ผลต่างของค่าเฉลี่ย ($\mu_1 - \mu_2$) ของคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

σ^2 = ความแปรปรวนร่วมของคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยจะเป็นค่าความแปรปรวนร่วม (Pool Variance)

คำนวณจากสูตร

$$\sigma^2 = \frac{(n_1-1)Sd_1^2 + (n_2-1)Sd_2^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

กำหนดให้ n_1 คือ ขนาดตัวอย่างในกลุ่มทดลอง

n_2 คือ ขนาดตัวอย่างในกลุ่มเปรียบเทียบ

Sd_1^2 คือ ความแปรปรวนร่วมของคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มทดลอง

Sd_2^2 คือ ความแปรปรวนร่วมของคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเปรียบเทียบ

จากงานวิจัยของ ภัทธกร สุราเสถียรกุล (2558) เรื่อง การเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับกระบวนการกลุ่ม และการเสริมแรงเพื่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความตั้งใจเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ เท่ากับ 59.37 (S.D. = 2.79) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความตั้งใจเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ เท่ากับ 55.93 (S.D. = 4.66)

ข้อมูลดังกล่าวได้นำมาคำนวณขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แทนค่าในสูตรจะได้

$$\sigma^2 = \frac{(n_1-1)Sd_1^2 + (n_2-1)Sd_2^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

$$\begin{aligned} \text{ความแปรปรวนร่วม} &= \frac{(32-1)(2.79)^2 + (32-1)(4.66)^2}{32+32-2} \\ &= 14.75 \end{aligned}$$

ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย กรณี 2 กลุ่มประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน (อรุณ จีรวัฒน์กุล, 2551) จากสูตร

$$n/\text{กลุ่ม} = \frac{2(Z_\alpha + Z_\beta)^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

โดยกำหนดให้

Δ = ความต่างของผล หรือ Effect Size ของตัวแปรกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
คำนวณจาก $\mu_1 - \mu_2$

n = จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม

Z_α = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนั้น = 1.64

Z_β = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานที่กำหนดให้ Power of Test = 90
ดังนั้น ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนั้น $Z_\beta = 1.28$

โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์มีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความตั้งใจเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ เท่ากับ) 37.59 S.D. = 2.79) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความตั้งใจเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ เท่ากับ 93.55 (S.D. = 4.66)

ดังนั้น ค่าของผลต่าง หรือ Effect Size ($\mu_1 - \mu_2$) = 59.37 – 55.93 = 3.44

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าในสูตร } n/\text{กลุ่ม} &= \frac{2(1.64+1.28)^2 (14.75)^2}{(3.44)^2} \\ &= 21.27 \end{aligned}$$

อัตราการสูญหายจากการติดตาม การคำนวณขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา (อรุณ จีรวัฒน์กุล, 2551) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการศึกษา และเป็นตัวแทนของประชากร และมีการปรับขนาดตัวอย่างเพื่อสูญเสียหรือมีการถอนตัว (Drop Out) ร้อยละ 20 เป็นการนำผู้สูญหายจากการติดตามมาร่วมวิเคราะห์ โดยใช้สูตรดังนี้

$$n_{nds} = \frac{N}{(1-d)^2}$$

N = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง

n_{nds} = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

d = สัดส่วนตกรสำรวจหรือสูญหายจากการติดตาม

ผู้สูญหายจากการติดตามในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 21 คน คาดว่าจะมีผู้ตกรสำรวจร้อยละ 20 แทนค่า $n_{nds} = \frac{21}{(1-0.2)^2} = 32.81$

ดังนั้น จำนวนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ศึกษาที่ต้องใช้กลุ่มละ 33 คน ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 33 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) คือการคัดเลือกโรงเรียน การสุ่มโรงเรียนและการสุ่มห้องเรียนได้โรงเรียนปทุมพิทยาคม เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 33 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 33 คน

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental design) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง โดยมีแบบแผนการทดลองแบบทดสอบก่อนและหลังการทดลองและมีกลุ่มเปรียบเทียบ (Pre Test-Post Test Static Group Comparison Design) โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบให้มีการเรียนการสอนตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เนื้อหาของโปรแกรม ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1-2 การให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยการแจกคู่มือทักษะชีวิตเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ให้คำแนะนำในการศึกษาคู่มือ และเยี่ยมให้กำลังใจ สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 30 นาที

สัปดาห์ที่ 3 – 12 ดำเนินการตามโปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้กระบวนการให้สุขศึกษา ประกอบด้วย การบรรยายประกอบสื่อ การอภิปรายกลุ่ม การฝึกปฏิบัติ/การแสดงบทบาทสมมติ และการระดมสมอง ตามกิจกรรมการเรียนรู้ 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 เรื่อง “โรคเอดส์คืออะไร” การให้ความรู้ สร้างความตระหนักเกี่ยวกับโรคเอดส์ โดยการบรรยายและฐานการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาและโรคเอดส์ ระดมสมองกิจกรรมเพื่อสร้างจิตสำนึกความรับผิดชอบ โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

กิจกรรมที่ 2 เรื่อง “ความเสี่ยงของฉัน” เพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจแก่นักเรียน เกี่ยวกับช่องทางและสารคัดหลั่งที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี และเพื่อให้นักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมได้ฝึกการวิเคราะห์เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี โดยการแสดงบทบาทสมมติวิเคราะห์กรณีศึกษา

กิจกรรมที่ 3 เรื่อง “ก้าวร้าว หรือ ยินยอมแต่โดยดี หรือ ยืนยันในตนเอง” เพื่อให้นักเรียนได้เข้าใจความแตกต่างของลักษณะการสื่อสารสามประเภท คือ การก้าวร้าว การยินยอมแต่โดยดี และการยืนยันในตนเอง

กิจกรรมที่ 4 เรื่อง “เป้าหมายสู่ความสำเร็จ” เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนรู้จักการวางแผนเป้าหมายในชีวิต และหลีกเลี่ยงจากปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อความสำเร็จของชีวิต โดยการอภิปรายกลุ่ม การทำพันธะสัญญาใจ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และเติมคำลงในช่องว่าง เพื่อสำรวจสถานภาพของผู้ตอบ 2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ เป็นแบบเลือกตอบ โดยให้คะแนนตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดและตอบไม่ทราบได้ 0 คะแนน มีค่าความเชื่อมั่น 0.89 มีค่าความยาก (Level of Difficult : p) ที่ 0.56 และมีค่าอำนาจจำแนก (Discrimination Power : r) ที่ 0.82 3) ทักษะชีวิตเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียน ใน 4 ด้าน จำนวน 26 ข้อ ลักษณะเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ตัวเลือก เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติอนุมานเปรียบเทียบภายในกลุ่มด้วย Paired t-test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทางประชากร พบว่า กลุ่มทดลอง เป็นเพศชาย จำนวน 16 คน ร้อยละ 48.48 และเพศหญิง จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 51.52 อาศัยอยู่กับบิดาและมารดามากที่สุด จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 78.79 สถานภาพของบิดา มารดา ส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 90.91 เมื่อมีปัญหาจะปรึกษาเพื่อนมากที่สุด จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 54.55 โดยแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องเพศ ได้รับจากสื่อทางโทรทัศน์ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาได้รับทางสื่ออินเทอร์เน็ต จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 93.94 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า เป็นเพศชาย จำนวน 16 คน ร้อยละ 48.48 และเพศหญิง จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 51.52 อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา มากที่สุด จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 90.91 สถานภาพของบิดา มารดา ส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 93.94 เมื่อมีปัญหาจะปรึกษาเพื่อนมากที่สุด จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 57.58 โดยแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องเพศ ได้รับจากสื่อทางโทรทัศน์ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาได้รับทางสื่ออินเทอร์เน็ต จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 87.88

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ทักษะชีวิตด้านการตระหนักรู้ในตน ความสามารถในการคิดและการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล ความสามารถในการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคเอดส์ และความตั้งใจที่จะกระทำในการป้องกันโรคเอดส์ สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($P\text{-value} < 0.01$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะชีวิตฯ กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้และทักษะชีวิตเพื่อป้องกันโรคเอดส์	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	P-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์	11.69	1.78	16.79	1.43	-18.64	.00
2. การตระหนักรู้ในตน	2.72	.26	4.22	.172	-28.89	.00
3. ความสามารถในการคิดและการตัดสินใจ	2.47	.24	4.26	.27	-40.06	.00
4. ความสามารถในการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคเอดส์	2.75	.30	4.22	.17	-23.87	.00
5. ความตั้งใจที่จะกระทำในการป้องกันโรคเอดส์	2.71	.22	4.19	.22	-28.02	.00

3. หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ทักษะชีวิตด้านการตระหนักรู้ในตน ความสามารถในการคิดและการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล ความสามารถในการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคเอดส์ และความตั้งใจที่จะกระทำในการป้องกันโรคเอดส์ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($P\text{-value} < 0.01$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะชีวิตเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนใน 4 ด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

ทักษะชีวิต เพื่อป้องกันโรคเอดส์	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Difference	t	95% CI	p-value
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์							
กลุ่มทดลอง	33	16.79	1.43	4.79	15.60**	4.17 ถึง 5.40	.00
กลุ่มเปรียบเทียบ	33	12.00	1.03				
2. การตระหนักรู้ในตน							
กลุ่มทดลอง	33	4.22	.17	1.27	24.79**	1.17 ถึง 1.37	.00
กลุ่มเปรียบเทียบ	33	2.95	.24				
3. ความสามารถในการคิด และการตัดสินใจอย่างมี เหตุผล							
กลุ่มทดลอง	33	4.26	.27	1.42	19.59**	1.28 ถึง 1.57	.00
กลุ่มเปรียบเทียบ	33	2.84	.32				
4. ความสามารถในการ สื่อสารเพื่อป้องกันโรคเอดส์							
กลุ่มทดลอง	33	4.22	.17	1.33	16.43**	1.17 ถึง 1.49	.00
กลุ่มเปรียบเทียบ	33	2.87	.36				
5. ความตั้งใจที่จะกระทำใน การป้องกันโรคเอดส์							
กลุ่มทดลอง	33	4.19	.22	1.31	19.86**	1.18 ถึง 1.44	.00
กลุ่มเปรียบเทียบ	33	2.88	.31				

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ทักษะชีวิตด้านการตระหนักรู้ในตน ความสามารถด้านการคิดและการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล ความสามารถด้านการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคเอดส์ และความตั้งใจที่จะกระทำในการป้องกันโรคเอดส์ สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($P\text{-value} < 0.01$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม มีขั้นตอนการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิตในการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ โดยใช้กระบวนการให้สุขศึกษาหลากหลายวิธีการ ได้แก่ การบรรยายประกอบสื่อ การอภิปรายกลุ่ม การฝึกปฏิบัติ/การแสดงบทบาทสมมุติ และการระดมสมอง ตามกิจกรรมการเรียนรู้ ซึ่งนักเรียนกลุ่มทดลองได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกิจกรรมตามโปรแกรม สุขศึกษา ทำให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์และวิธีการป้องกันที่ถูกต้อง เกิดการเรียนรู้ ตระหนักรู้ในตนเองและผู้อื่น และมีทักษะชีวิตด้านการป้องกันโรคเอดส์มากขึ้น นำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ของนักเรียน สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาทักษะชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHO 1994, อ้างถึงใน จุฬารัตน์โสตะ, 2554) ที่ว่าการพัฒนาทักษะชีวิตเป็นการเชื่อมโยงของความรู้ทักษะ ทศนคติ และค่านิยมทำให้เกิดพฤติกรรมไปในทางบวก มีพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้อง ซึ่งนำไปสู่การป้องกันปัญหาด้านสุขภาพได้ และการนำทักษะชีวิตมาประยุกต์ใช้จะทำให้บุคคลรู้จัก เข้าใจตนเอง และเข้าใจผู้อื่นและมีทักษะในการที่จะจัดการปัญหาอุปสรรคต่างๆ ตัวในปัจจุบันและเตรียมปรับตัวในอนาคตได้ มีการให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยการแจกคู่มือทักษะชีวิตเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ให้คำแนะนำในการศึกษาคู่มือ และเยี่ยมให้กำลังใจ สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 30 นาที ซึ่งเป็นการสนับสนุนทั้งด้านการให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ และให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ทำให้นักเรียนกลุ่มทดลองเกิดความเชื่อมั่น มีความพร้อมและเต็มใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนการให้สุขศึกษา สอดคล้องกับแนวคิดของ Kahn (1979) ที่กล่าวถึงแรงสนับสนุนทางสังคมว่าประกอบด้วย การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งรวมไปถึงการแสดงความรู้สึกในทางที่ดีของบุคคลหนึ่งแก่บุคคลหนึ่ง การให้ความมั่นใจในการประพฤติปฏิบัติของบุคคลนั้นว่าดีหรือถูกต้อง การให้ความเห็นและการช่วยเหลือด้านสิ่งของ โดยผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมต้องให้ในสิ่งที่ผู้รับต้องการหรือรับรู้ถึงสิ่งนั้น ผลลัพธ์ในทางด้านบวกจึงจะเกิดขึ้น และสอดคล้องกับแนวคิดของ Caplan (1974) ที่ว่าธรรมชาติของการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลต้องมีการให้การช่วยเหลือ สนับสนุนทั้งด้าน

อารมณ์ ให้กำลังใจ แบ่งปันสิ่งของ ชี้แนะ ให้คำแนะนำหรือข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อให้บุคคลรู้สึกว่าเขาเองมีความมั่นคง และปลอดภัย

ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ จากผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($P\text{-value} < 0.01$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่าเป็นผลมาจากโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ที่จัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยการผสมผสานวิธีการทางสุขศึกษา การสนับสนุนคู่มือทักษะชีวิตเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ให้คำแนะนำในการศึกษาคู่มือ เยี่ยมให้กำลังใจ และกิจกรรม “โรคเอดส์คืออะไร” เป็นการให้ความรู้ สร้างความตระหนักเกี่ยวกับโรคเอดส์ โดยการบรรยายและฐานการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาและโรคเอดส์ เมื่อมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง จะนำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันตนเองให้ห่างไกลจากโรคเอดส์ได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (1995 : 56) ที่ว่าความรู้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในกระบวนการดูแลตนเอง เมื่อบุคคลมีความเข้าใจในเรื่องใดก็จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น บุคคลที่สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมของตนเอง และใช้ความรู้ในการคิดพิจารณาและตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเอง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของของอัญชลี ภูมิจันทิก (2554) ที่ศึกษาการเสริมสร้างทักษะชีวิตกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การตระหนักรู้ในตน จากผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการตระหนักรู้ในตน สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($P\text{-value} < 0.01$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่าการตระหนักรู้ในตนเองเป็นความสามารถของ นักเรียนในการประเมินสถานการณ์ คิด วิเคราะห์ พฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยงทางเพศ และสามารถ ตัดสินใจ ที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ กิจกรรม “ความเสี่ยงของฉัน” เพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจแก่นักเรียน เกี่ยวกับช่องทางและสารคัดหลั่งที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี และเพื่อให้นักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมได้ฝึกการวิเคราะห์เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี โดยการแสดงบทบาทสมมติ วิเคราะห์กรณีศึกษา ส่งเสริมให้นักเรียนกลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้และเกิดการพัฒนาความตระหนักรู้ในตนเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องตามแนวคิดการพัฒนาทักษะชีวิตด้านความตระหนักรู้ในตนเอง (Self-Awareness)

ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1994) ที่ว่าความตระหนักรู้ในตนเองนั้นเป็นความสามารถในการเข้าใจในจุดดี จุดด้อยของตนเอง อะไรที่ตนเองปรารถนา และไม่พึงปรารถนาและเข้าใจในความแตกต่างจากบุคคลอื่นๆ มีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (Empathy) เป็นความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกและความเห็นใจบุคคลที่แตกต่างจากตนเองและยอมรับความแตกต่างของบุคคลอื่น ทำให้เกิดความสัมพันธ์อันดีทางสังคม สอดคล้องกับผลการศึกษาของอัญชลี ภูมิจันทร์ (2554) ที่ศึกษาการเสริมสร้างทักษะชีวิตกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน ความตระหนักรู้ในตนเองและความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความสามารถด้านการคิดและการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล จากผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถด้านการคิดและการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($P\text{-value}<0.01$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า เป็นผลมาจากการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษาที่มีเนื้อหากิจกรรมครอบคลุมการเสริมสร้างทักษะชีวิต โดยกิจกรรม “ความเสี่ยงของฉัน” นักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมได้ฝึกการวิเคราะห์เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี โดยการแสดงบทบาทสมมติ วิเคราะห์กรณีศึกษา เป็นการเสริมสร้างทักษะชีวิตด้านการตระหนักรู้ในตนเอง ความสามารถและด้านการคิดและการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล ประกอบการตัดสินใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของวันวิสาข์ บัวลอย และคณะ (2555) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีความสามารถด้านการคิดและการตัดสินใจอย่างมีเหตุผลเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความสามารถด้านการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคเอดส์ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถด้านการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคเอดส์ สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($P\text{-value}<0.01$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า ความสามารถในการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคเอดส์ เป็นความสามารถในการพูดหรือการสื่อความหมาย ในการปฏิเสธในเรื่องเพศ เพื่อไม่ให้เป็นการทำลายสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่นเป็นทักษะที่ต้องฝึกฝน ประกอบด้วยการยืนยันความคิดและความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงและอันตรายที่อาจเกิดขึ้น จาก

กิจกรรม“ก้าวร้าว หรือ ยินยอมแต่โดยดี หรือ ยืนยันในตนเอง” มีการฝึกการสื่อสารในสถานการณ์จำลองที่อาจเกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวัน ให้นักเรียนได้แสดงบทบาทสมมติฝึกคิดและปฏิบัติการสื่อสาร ความแตกต่างของลักษณะการสื่อสารสามประเภท คือ การก้าวร้าว การยินยอมแต่โดยดี และการยืนยันในตนเอง เป็นการเสริมสร้างความสามารถด้านการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ให้สามารถเลือกใช้ทักษะการสื่อสารได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของทรงพล ต่อณี, จุฑามาศ เทพชัยศรี และเฉลียว ผลพิกุล (2555) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทักษะชีวิต ที่มีต่อทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียน พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทักษะชีวิตนักเรียนมีทักษะการสื่อสารและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของอุษา หิตนาคกรม (2558) ที่ศึกษาผลของการพัฒนาทักษะการสื่อสารของผู้ปกครองต่อการสื่อสารเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีระหว่างผู้ปกครองกับบุตรวัยรุ่นตอนต้น พบว่า ภายหลังได้รับการพัฒนาทักษะการสื่อสารเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กวัยรุ่น พบว่า บุตรวัยรุ่นในกลุ่มทดลองมีคะแนนมาตรฐานการรับรู้การสื่อสารเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

ความตั้งใจที่จะกระทำในการป้องกันโรคเอดส์ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจที่จะกระทำในการป้องกันโรคเอดส์ สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($P\text{-value}<0.01$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่าเป็นผลมาจากโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ โดยใช้กระบวนการให้สุขศึกษา โดยในกิจกรรม “เป้าหมายสู่ความสำเร็จ” เป็นการส่งเสริมให้นักเรียนรู้จักการวางแผนเป้าหมายในชีวิต และหลีกเลี่ยงจากปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อความสำเร็จของชีวิต โดยการอภิปรายกลุ่ม การทำพันธะสัญญาใจ เป็นการเสริมสร้างทักษะชีวิตด้านความตั้งใจที่จะกระทำในการป้องกันโรคเอดส์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Souksamone Thongmixay และรุจิรา ดวงสงค์ (2556) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเอดส์ในนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 โรงเรียนแห่งหนึ่งในนครหลวงเวียงจันทน์ ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจที่จะกระทำในการป้องกันโรคเอดส์สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.01$)

โดยสรุปโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดอุบลราชธานี

มีประสิทธิภาพ สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 นำไปขยายผลสู่กลุ่มนักเรียนในระดับเดียวกันได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1 สถานศึกษาในระดับมัธยมศึกษาควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ในการจัดการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษาให้นักเรียน เพื่อให้ให้นักเรียนมีทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์ที่ถูกต้อง ส่งเสริมให้เกิดการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์

1.2 ควรนำโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดอุบลราชธานีไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาทักษะชีวิตด้านอื่นๆ เช่น การป้องกันยาเสพติด

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรวิจัยติดตามประเมินผลความคงทนของพฤติกรรมสุขภาพ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาไปแล้ว 6 เดือน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต้องใช้เวลาพอสมควรจึงจะเห็นการเปลี่ยนแปลงได้อย่างชัดเจน และทราบถึงความคงทนของพฤติกรรมสุขภาพ

2.2 ควรทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยการให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการวางแผนออกแบบกิจกรรมและเนื้อหาการเรียนรู้ที่ต้องการ และมีส่วนร่วมในการประเมินผลพฤติกรรมตนเองและเพื่อน

เอกสารอ้างอิง

จุฬารณย์ โสตะ. (2554). แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ.

ขอนแก่น : คณะ สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ทรงพล ต่อนี้, จุฑามาศ เทพชัยศรี และเฉลิม ผลิตพิกุล. (2555). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทักษะชีวิต ที่มีต่อทักษะชีวิตในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียน. *วารสารคณะพลศึกษา*, 15 (ฉบับพิเศษ), 316-322.

ภัทรกร สุราเสถียรกุล. การเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับกระบวนการกลุ่ม และการเสริมแรงเพื่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*. 8(2), 126-178.

- โรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ. *สรุปผลการพัฒนางานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี*. อุบลราชธานี: โรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ.
- วารสาร บัญชี, วิลาวัณย์ เตือนราษฎร์, วารุณี พองแก้ว, และพิมพ์ภาพณ์ กลั่นกลิ่น. (2556). ความรู้ เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และเจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นตอนต้น. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(1),124-137.
- วันวิสาข์ บัวลอย และคณะ. (2555). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม *RamaNurs J*, 20(1),127-142.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. (2552). *การสำรวจพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Souksamone Thongmixay และรุจิรา ดวงสงค์ (2556). ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคเอดส์ในนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 โรงเรียนแห่งหนึ่งในนครหลวงเวียงจันทน์ ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 6 (2) ,80-88.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2554). *สถานการณ์และแนวโน้มอนามัยการเจริญพันธุ์วัยรุ่นและเยาวชนและนโยบายกระทรวงสาธารณสุข*. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2559, จาก <http://rh.anamai.moph.go.th/>
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2551). *ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. ภาควิชาสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- อานนท์ พลแสน. (2551). *การประยุกต์โปรแกรมสุขศึกษาด้านทักษะชีวิตเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยม ในอำเภอนิคมน้ำอ้อย จังหวัดมุกดาหาร*. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- อัญชลี ภูมิจันทิก. (2554). *ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการประยุกต์ใช้การเสริมสร้างทักษะชีวิตกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนแห่งหนึ่งในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหา บัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อุษา หีดนาคราม. (2558). ผลของการพัฒนาทักษะการสื่อสารของผู้ปกครองต่อการสื่อสารเรื่อง การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีระหว่างผู้ปกครองกับบุตรวัยรุ่นตอนต้น. *พยาบาลสาร*. 42 (ฉบับพิเศษ),163-179.

Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Behavioral Publication.

Kahn, R. (1979). Aging and social support. In M.W. Riley (Ed.), *Aging from birth to death: Interdisciplinary perspectives*,189-199.

Orem, D.E. (1995). *Nursing : Concept of practice*. New York : Appleton and Lange, 1995.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพของผู้สัมผัสอาหาร
ในเขตเทศบาลตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

Factors associated with health check up of food handler in
Muangsrikai Sub-district municipality, Warinchamrab District,
Ubonratchathani Province

อัญชา แก้วไธสง¹, ศิริจรรยา วิเศษน้ำ², ภคิน ไชยช่วย³, นัจรินทร์ เนืองเฉลิม⁴
Anchana Keawthaisong¹, Sirijanya Wisetnam², Pakin Chaichuay³,
Natjarin Nuangchalem⁴

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ ณ จุดใดจุดหนึ่ง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการตรวจสุขภาพของผู้สัมผัสอาหารและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพของผู้สัมผัสอาหารในเขตเทศบาลตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีประชากรที่ศึกษาคือ ผู้สัมผัสอาหารจากร้านอาหารจำนวน 140 ร้าน และกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ จำนวน 103 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ทำการศึกษากับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพโดยใช้สถิติไคสแควร์

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการตรวจสุขภาพในระดับต่ำ มากที่สุด ร้อยละ 40.8 ด้านการศึกษาความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการตรวจสุขภาพ และปัจจัยกระตุ้นในการไปตรวจสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

ทั้งนี้พบว่าปัจจัยกระตุ้นในส่วนของคุณภาพการแพทย์มีผลกระตุ้นให้ผู้สัมผัสอาหารไปตรวจสุขภาพ ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมการตรวจสุขภาพ มีการให้คำแนะนำการป้องกันและดูแลสุขภาพ รวมทั้งกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพให้ผู้สัมผัสอาหารอย่างชัดเจน

¹วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

anchanascp@uob.ac.th 081-9137477

เพื่อให้ผู้สัมผัสอาหารเล็งเห็นความสำคัญของการตรวจสุขภาพของตนเองและมีพฤติกรรม
ตรวจสุขภาพเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: ปัจจัย, พฤติกรรมการตรวจสุขภาพ, ผู้สัมผัสอาหาร

Abstract

The objective of this cross-sectional analytical research was to explore health check up behavior and factors associated with health check up of food handler in Meungsrikai Sub- district municipality, Warinchamrab District, Ubonratchatani Province. Subject were 103 food handlers. The data were collected by using questionnaires. Data were analysed using frequency, percentage, Mean, standard deviation and analysed factors associated with health check up by chi-square test.

The result 40.8% that had low level of health check up behavior. Significant different at .01 level correlation was found between perceived barriers, cues to action.

Based on this study, it is recommended that health check up of food handler should be promoted through social support activity, such as public health personnel officer. The recommended self-care behavior and regulation policy about health check up of food handler in order to appreciate and increased level of health check up.

Keyword: Factors, Health check up, Food handler

บทนำ

การดูแลสุขภาพตนเองเป็นการกระทำที่ส่งเสริมให้บุคคลมีชีวิตรอยู่อย่างมีความสุขและสวัสดิภาพที่ดี โดยบุคคลเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่ทราบว่าจะเกิดประโยชน์ต่อตนอย่างไร สามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้หรือไม่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสม มี 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการกับอารมณ์และความเครียด และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั่วไปในภาวะที่ร่างกายปกติและเมื่อเจ็บป่วย (สุดารัตน์, วัฒนา และกาญจนา, 2555) ซึ่งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั่วไปเน้นไปที่การป้องกันโรค

คือ การดูแลสุขภาพในภาวะที่ร่างกายยังปกติดีอยู่ เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี ที่เป็นการประเมินภาวะของสุขภาพและคัดกรองโรคได้อีกด้วย (สมศักดิ์, 2555)

ปัจจุบันทั่วโลกให้การสนับสนุนและมุ่งเน้นการป้องกันโรค รวมไปถึงการตรวจสุขภาพประจำปี โดยจะเห็นได้ว่าในปัจจุบัน พบว่ามีโครงการ หรือโปรแกรมการตรวจสุขภาพทุกโรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน หรือสถานบริการด้านสุขภาพต่างๆ (สมศักดิ์, 2555) รวมไปถึงการตรวจสุขภาพประจำปี เป็นบริการสุขภาพที่น่าจะคุ้มกว่าเมื่อเทียบกับบริการสุขภาพเชิงรับ ซึ่งเป็นการรักษาคนที่ป่วยเป็นโรคและมีอาการมากแล้ว และยังหากเป็นการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาโรคที่สามารถติดต่อได้ที่แฝงอยู่ในคนทั่วไปก็จะสามารถลดการแพร่กระจายของโรคไปยังผู้อื่นได้อีกด้วย โดยการตรวจสุขภาพนี้ได้มีการดำเนินการอย่างกว้างขวางในประเทศที่พัฒนาแล้ว (ชัยอนันต์, 2559) ซึ่งการการตรวจสุขภาพประจำปีในประเทศไทยพบว่ามีจัดสร้างนโยบาย การตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน โดยจะมุ่งเน้นไปที่ความเหมาะสมตามกลุ่มอายุ เพศ อาชีพ (กรมการแพทย์, 2559) สถานการณ์การตรวจสุขภาพของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ในประเทศไทย พบว่าในปี พ.ศ.2552 มีจำนวน 821,319 คน ในปี พ.ศ. 2554 มีจำนวน 545,017 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) ในปี พ.ศ. 2556 มีจำนวน 543,018 คน ซึ่งพบว่ามีจำนวนลดลง และเมื่อจำแนกตามรายภูมิภาคของประเทศไทยในปี 2556 พบว่าภาคเหนือมีจำนวนคนตรวจสุขภาพน้อยที่สุด รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กรมพัฒนาชุมชน, 2556)

จากข้อมูลสถานการณ์การตรวจสุขภาพของกลุ่มอายุตั้ง 15 ปีขึ้นไปในจังหวัดอุบลราชธานีพบว่าในปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 (เดือนตุลาคม 2553 – ถึงเดือนมกราคม 2554) พบว่ามีประชากรได้รับการตรวจสุขภาพจำนวน 100,889 คน จากจำนวนประชากรทั้งหมด 1,239,342 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2554) สำหรับในพื้นที่อำเภอวารินชำราบ พบว่า มีนโยบายการตรวจสุขภาพให้กับกลุ่มวัยทำงาน ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานของรัฐ และภาคเอกชน ในหน่วยงานต่างๆ ให้ได้รับการตรวจสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงเป็นพลังสำคัญของประเทศชาติ (กรมประชาสัมพันธ์, 2558)

จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า มีการตรวจสุขภาพประจำปีในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยทำงานเพราะ ถือเป็นวัยที่มีบทบาทสำคัญต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศเป็นกลไกขับเคลื่อนผลผลิตของเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังเป็นที่พักของคนในครอบครัว (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาเป็นกลุ่มวัยทำงานที่ทางบริษัทหรือสถานที่ทำงานจัดให้มีการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นประจำ

อยู่แล้ว ทั้งนี้ยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มวัยทำงานที่เป็นกลุ่มผู้สัมผัสอาหารที่เป็นกลุ่มวัยทำงานสำคัญในพื้นที่ต้องการศึกษา เนื่องจากพื้นที่เขตเทศบาลตำบลเมืองศรีไคเป็นพื้นที่ที่มีประชาชนอาศัยอยู่เป็นนักศึกษา ซึ่งส่วนมากมารับประทานอาหารจากร้านอาหารมากกว่าจะปรุงอาหารรับประทานเอง ผู้สัมผัสอาหารในพื้นที่ดังกล่าวจึงเป็นบุคคลสำคัญต่อประชาชนในพื้นที่ การตรวจสอบสุขภาพประจำปีจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้สัมผัสอาหารควรตระหนักและรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเอง เพื่อเป็นการป้องกันโรคที่อาจเกิดขึ้นกับตัวผู้สัมผัสอาหารเองอีกด้วย ดังนั้นผู้สัมผัสอาหารควรใส่ใจสุขภาพของตนเองป้องกันโรคสู่ตนเองโดยหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และตรวจสอบสุขภาพเป็นประจำ จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจสอบสุขภาพของผู้สัมผัสอาหารและศึกษาพฤติกรรมตรวจสอบสุขภาพ ซึ่งการศึกษานี้จะทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตรวจสอบสุขภาพและไม่ตรวจสอบสุขภาพ อีกทั้งจะเป็นแนวทางในการจัดแผนงานหรือโครงการที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบสุขภาพให้สอดคล้องกับการความต้องการในปัจจุบัน หรือปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ไม่ถูกต้องและเน้นให้เห็นข้อดีของการตรวจสอบสุขภาพเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สัมผัสอาหารต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาพฤติกรรมตรวจสอบสุขภาพของผู้สัมผัสอาหาร
2. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจสอบสุขภาพของผู้สัมผัสอาหาร

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจสอบสุขภาพ
2. อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจสอบสุขภาพ
3. ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจสอบสุขภาพ
4. รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจสอบสุขภาพ
5. ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจสอบสุขภาพ
6. ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจสอบสุขภาพ
7. ปัจจัยกระตุ้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจสอบสุขภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ ณ จุดใดจุดหนึ่ง (Cross-sectional Analytical Study Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษางานวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้สัมผัสอาหารจากร้านอาหารจำนวน 140 ร้าน ในเขตเทศบาลตำบลเมืองศรีโค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างโดยการเทียบค่าสัดส่วนจากตารางจำนวนประชากรและขนาดของตัวอย่างของ เจอร์ซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) ได้ตัวอย่างทั้งหมด 103 คน โดยมีวิธีการแบ่งกลุ่มประชากรที่ศึกษา ดังนี้

1. รวบรวมรายชื่อแฟงลอยจำหน่ายอาหารในเขตเทศบาลตำบลเมืองศรีโค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีจากการสำรวจเฝ้าระวังสุขภาพร้านอาหารของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองศรีโคแล้วจัดทำสลากรายชื่อแฟงลอยจำหน่ายอาหาร
2. ทำการสุ่มตัวอย่างจากรายชื่อแฟงลอยจำหน่ายอาหารจำนวน 140 ร้าน โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากรายชื่อแฟงลอยจำหน่ายอาหารให้ได้ตัวอย่างจำนวน 103 ร้าน
3. ทำการสุ่มผู้สัมผัสอาหารในแฟงลอยจำหน่ายอาหารแต่ละร้านร้านละ 1 คน

เกณฑ์คัดเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

ตัวแทนผู้สัมผัสอาหารที่เป็นผู้ปรุงหรือผู้เสิร์ฟจากร้านอาหารที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปในเขตเทศบาลตำบลเมืองศรีโค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

ผู้สัมผัสอาหารที่ไม่อยู่ในระหว่างการเก็บข้อมูลหลังจากติดตามไปแล้ว 2 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สัมผัสอาหารตามตัวแปร ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ซึ่งแบบสอบถามด้านข้อมูลทั่วไปได้ประยุกต์มาจากแบบสอบถามของอัจฉรา ว่องไวโรจน์ (2548) จำนวน 4 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ ซึ่งประยุกต์มาจากแบบสอบถามของอัจฉรา ว่องไวโรจน์ (2548)

ตอนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการตรวจสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นในการตรวจสุขภาพ ประยุกต์จากแบบสอบถามของยูภาพร ศรีจันทร์ (2548) โดยมีทั้งหมด 6 ข้อแบ่งเป็น 2 ส่วน

4.1) การได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพจากบุคคลใกล้ชิดและบุคลากรด้านสาธารณสุข 3 ข้อ

4.2) การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ 3 ข้อ

ตอนที่ 5 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการตรวจสุขภาพ 5 ข้อ

วิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพของผู้สัมผัสอาหารโดยใช้สถิติ Chi-square test (χ^2)

ผลการวิจัย

จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 103 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษารุ่นนี้ เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 71.8 และเพศชายร้อยละ 28.2 อายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 33 รองลงมาคือ อยู่ในช่วงอายุ 19-29 ปี 30-39 ปี และ 50 ปีขึ้นไปตามลำดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีรายได้ 12,001-36,000 บาท ร้อยละ 53.4 รองลงมาคือ น้อยกว่า 12,000 บาท ร้อยละ 30.1 และระดับการศึกษา อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 30.1 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 22.3 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
(n=103)		
เพศ		
ชาย	29	28.2
หญิง	74	71.8
อายุ		
19 - 29 ปี	25	24.3
30 - 39 ปี	25	24.3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
(n=103)		
40 – 49 ปี	34	33.0
50 ปีขึ้นไป	19	18.4
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 12,000 บาท	31	30.1
12,001 - 36,000 บาท	58	53.4
36,001 – 60,000 บาท	11	10.7
มากกว่า 60,000 บาท	3	5.8
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	31	30.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	13	12.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	23	22.3
อนุปริญญา/ปวส.	9	8.7
ปริญญาตรี	22	21.4
อื่นๆ	5	4.9

จากการวิเคราะห์ประวัติพฤติกรรมกรรมการตรวจสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยตรวจสุขภาพ ร้อยละ 69.9 และไม่เคยตรวจสุขภาพ ร้อยละ 30.1 ส่วนระดับพฤติกรรมกรรมการตรวจสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการตรวจสุขภาพในระดับต่ำ ร้อยละ 40.8 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 34.0 และระดับต่ำร้อยละ 25.2 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละประวัติพฤติกรรมการตรวจสุขภาพและระดับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพ

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติพฤติกรรมการตรวจสุขภาพ		
เคย	72	69.9
ไม่เคย	31	30.1
ระดับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพ		
ระดับสูง	26	25.2
ระดับปานกลาง	35	34.0
ระดับต่ำ	42	40.8

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพ พบว่า เพศ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 และกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 40.8 มีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ รองลงมาคืออยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง ร้อยละ 34.00 และร้อยละ 25.2 ตามลำดับรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพ

ตัวแปร	พฤติกรรมการตรวจสุขภาพ				X ²	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)					
	ระดับสูง	ระดับ	ระดับต่ำ	รวม		
	ปานกลาง					
เพศ						
ชาย	8 (30.8)	8 (22.9)	13 (44.8)	29 (28.2)	0.736	0.692
หญิง	18 (69.2)	27 (77.1)	29 (69.0)	74 (71.8)		
อายุ						
19 - 29 ปี	5 (19.2)	8 (22.9)	12 (28.6)	25 (24.3)		
30 – 39 ปี	4 (15.4)	10 (28.6)	11 (26.2)	25 (24.3)	3.162	0.788
40 – 49 ปี	11 (42.3)	11 (31.4)	12 (28.6)	34 (33.0)		
50 ปีขึ้นไป	6 (23.1)	6 (17.1)	7 (16.7)	19 (18.4)		

ตัวแปร	พฤติกรรมกรรมการตรวจสอบสุขภาพ				χ ²	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)					
	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ	รวม		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน						
น้อยกว่า 12,000 บาท	10 (38.5)	13 (37.1)	8 (19.0)	31 (30.1)		
12,001 - 36,000 บาท	11 (42.3)	19 (54.3)	25 (59.5)	55 (53.4)	8.287	0.218
36,001 – 60,000 บาท	2 (7.7)	2 (5.7)	7 (16.7)	11 (10.7)		
มากกว่า 60,001 บาท	3 (11.5)	1 (2.9)	2 (4.8)	6 (5.8)		
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	6 (23.1)	10 (28.6)	15 (35.7)	31 (30.1)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	3 (11.5)	4 (11.4)	6 (14.3)	13 (12.6)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/	8 (30.8)	8 (22.9)	7 (16.7)	23 (22.3)		
ปวช.					7.968	0.632
อนุปริญญา/ปวส.	2 (7.7)	2 (5.7)	5 (11.9)	9 (8.7)		
ปริญญาตรี	4 (15.4)	10 (28.6)	8 (36.4)	22 (21.4)		
อื่นๆ	3 (11.5)	1 (2.9)	1 (2.4)	5 (4.9)		
รวม	26 (25.2)	35 (34.0)	42 (40.8)	103 (100.0)		

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการรับรู้ประโยชน์กับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ในการตรวจสอบสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการตรวจสอบสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ในการตรวจสอบสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.2 รองลงมาคือ มีการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 6.8

ความสัมพันธ์ของการรับรู้อุปสรรคกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ อุปสรรคในการตรวจสอบสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการตรวจสอบสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.01 และกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคในการตรวจสอบสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 41.7 รองลงมาคือ มีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 16.5

ความสัมพันธ์ของปัจจัยกระตุ้นกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ปัจจัยด้านกระตุ้นในการ ตรวจสอบสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการตรวจสอบสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ปัจจัยกระตุ้นในการตรวจสอบสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 66.0 รองลงมาคือ มีการรับรู้ปัจจัยกระตุ้นในระดับปานกลางและระดับต่ำ ร้อยละ 25.2 และร้อยละ 8.7 ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพ

ตัวแปร	พฤติกรรมการตรวจสุขภาพ				χ ²	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)					
	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ	รวม		
การรับรู้ประโยชน์ในการตรวจสุขภาพ						
ระดับสูง	26 (100)	34 (97.1)	36 (85.7)	96 (93.2)	5.289*	0.060
ระดับปานกลาง	0 (0)	1 (2.9)	6 (14.3)	7 (6.8)		
ระดับต่ำ	-	-	-	-		
การรับรู้อุปสรรคในการตรวจสุขภาพ						
ระดับสูง	6 (23.1)	9 (25.7)	2 (4.8)	17 (16.5)	13.352	0.009
ระดับปานกลาง	15 (57.7)	11 (31.4)	17 (40.5)	43 (41.7)		
ระดับต่ำ	5 (19.2)	15 (42.9)	23 (54.8)	43 (41.7)		
การรับรู้ปัจจัยกระตุ้นในการตรวจสุขภาพ						
ระดับสูง	24 (92.3)	23 (65.7)	21 (50.0)	68 (66.0)	16.371*	0.001
ระดับปานกลาง	2 (7.7)	11 (31.4)	13 (31.0)	26 (25.2)		
ระดับต่ำ	0 (0.0)	1 (11.1)	8 (88.9)	9 (8.7)		
รวม	26 (25.2)	35 (34.0)	42 (40.8)	103 (100.0)		

*Fisher Exact Test

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพของผู้สัมผัสอาหาร ในเขตเทศบาลตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี อภิปรายผลแยกตามสมมติฐานของการศึกษาดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพ

จากผลการวิจัยพบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพของผู้สัมผัสอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา ว่องไวโรจน์ (2548) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัทประกันชีวิต พบว่าเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยของวารินทร์ ปุຍทอง (2547) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตองค์การ

บริหารส่วนตำบลวังดัง อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของสุภามิตร นามวิชา (2549) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของบุคลากรในโรงงานอุตสาหกรรม ในเขตจังหวัดสมุทรปราการ พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งนี้เป็นได้ว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองนั้นมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานั้นต้องปฏิบัติตามนโยบายหรือกฎข้อบังคับของสถานที่ปฏิบัติงานซึ่งเพศจะมีข้อบ่งชี้ในการดูแลสุขภาพที่ต่างกัน เช่น ผู้หญิงจะต้องตรวจสุขภาพคัดกรองมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก ซึ่งในผู้ชายไม่ได้ตรวจคัดกรอง เป็นต้น สำหรับในผู้สัมผัสอาหารยังไม่ปรากฏข้อบังคับที่ชัดเจนและกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาล้วนเป็นเพศหญิง

สมมติฐานข้อที่ 2 อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพ

จากผลการวิจัยพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพของผู้สัมผัสอาหารซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวารินทร์ ปุยทอง (2547) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังดัง อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยของปิยาภรณ์ นิกขนิภา (2549) ได้ทำการศึกษารื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของอัจฉรา ว่องไวโรจน์ (2548) ที่ทำการศึกษารื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัทประกันชีวิต พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในการศึกษามีการแบ่งช่วงอายุต่างกัน และกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาเป็นกลุ่มที่ไม่บังคับให้ตรวจสุขภาพตามช่วงอายุ เหมือนกับเจ้าหน้าที่ในสถานปฏิบัติงานทั่วไป เพียงแต่เป็นกลุ่มที่กำลังมีการสนับสนุนให้ตรวจสุขภาพทั่วไปเท่านั้นในปัจจุบันเพื่อป้องกันโรคสู่ผู้บริโภค

สมมติฐานข้อที่ 3 ระดับการศึกษาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพ

จากผลการศึกษพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพของผู้สัมผัสอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวารินทร์ ปุยทอง (2547) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังดัง อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อีกทั้งผลการวิจัยยังสอดคล้องกับงานวิจัยของอัจฉรา ว่องไวโรจน์ (2548) ที่

ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัทประกันชีวิต พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัทประกันชีวิต อาจกล่าวได้ว่าแม้ระดับการศึกษาแตกต่างกันหรือระดับการศึกษาไม่เท่ากันก็ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

สมมติฐานข้อที่ 4 รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพ

จากผลการศึกษาพบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพของผู้สัมผัสอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวารินทร์ ปุยทอง (2547) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังดงอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยของงานวิจัยของปิยาภรณ์ นิษฐ์นิภา (2549) ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่ไม่สอดคล้องกับงานการศึกษาของเมตตา คำพิบูลย์ (2553) ที่ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพ ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาดังกล่าวนั้นจำเป็นต้องใช้รายได้เป็นตัวกำหนดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ หรือตรวจสุขภาพ เช่น การตรวจโรคที่อาจเป็นโรคติดต่อ หรือโรคที่ต้องควบคุม เป็นต้น อาจกล่าวได้ว่าต้องตรวจมากกว่าบุคคลทั่วไปเนื่องจากโอกาสเสี่ยงมากกว่า

สมมติฐานข้อที่ 5 ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพ

จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพของผู้สัมผัสอาหาร สอดคล้องกับงานวิจัยของธราสิริ อิ่มมาก (2553) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยด้านความเชื่อสุขภาพกับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี กรณีศึกษาข้าราชการสำนักงานสรรพากรภาค 3 พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของสุพัตรา การะเกตุ (2556) ที่ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และสอดคล้องกับเมตตา คำ

พิบูลย์ (2553) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่พบว่าการรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้แม้คะแนนระดับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพของผู้สัมผัสอาหารจะต่ำ และมีระดับค่าคะแนนของปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับสูงซึ่งไม่สัมพันธ์กันอาจเป็นผลมาจาก อุปสรรคในการไปตรวจสุขภาพของผู้สัมผัสอาหาร เช่น ไม่มีเวลา สถานที่ในการตรวจไกล ไม่ทราบว่าต้องไปตรวจที่ไหน สิทธิการรักษา เป็นต้น รวมไปถึงนโยบายที่จำเพาะเจาะจงการตรวจสุขภาพของผู้สัมผัสอาหารเองยังไม่ชัดเจน ว่าต้องตรวจอะไรบ้าง ทำให้ผู้สัมผัสอาหารมีระดับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

สมมติฐานข้อที่ 6 ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพ

จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพของผู้สัมผัสอาหาร เช่นเดียวกับการศึกษาของเมตตา คำพิบูลย์ (2553) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และสอดคล้องกับงานอัจฉรา ว่องไวโรจน์ (2548) ที่ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัทประกันชีวิต พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพ โดยโรเซนสต็อก (Rosenstoke, 1974 อ้างถึงใน อัจฉรา, 2548) กล่าวถึง อุปสรรคต่อการปฏิบัติว่าจะเป็นสิ่งที่ทำให้ขัดแย้งทางจิตใจถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูงในขณะที่อุปสรรคต่อการปฏิบัติสูงจะเกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจมาก ยากแก่การแก้ไขก็จะทำให้มีพฤติกรรมที่เลี่ยงปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุพัตรา การะเกตุ (2556) ที่ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของธราสิริ อิมมาก (2553) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยด้านความเชื่อสุขภาพกับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี กรณีศึกษาข้าราชการสำนักงานสรรพากรภาค 3 ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปีทั้งนี้การศึกษาดังกล่าวได้ให้เหตุผลไว้ว่าอาจเนื่องมาจากข้าราชการที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่มีความรู้ ประกอบกับผู้บังคับบัญชาได้มีนโยบายให้ข้าราชการ

ตรวจสุขภาพประจำปีทุกปี อีกทั้งมีการบริการตรวจสุขภาพที่สะดวก ทำให้ต้องไปตรวจสุขภาพเป็นประจำ

สมมติฐานข้อที่ 7 ปัจจัยกระตุ้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพ

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยกระตุ้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของงานวิจัยของปิยาภรณ์ นิภษัณิภา (2549) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และสอดคล้องกับของเมตตา คำพิบูลย์ (2553) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า การได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อีกทั้งยังมีความสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร ของสุพัตรา การะเกตุ (2556) พบว่าการได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action) หรือปัจจัยกระตุ้นในแบบแผนความเชื่อ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอกที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดความพร้อมที่จะลงมือทำ เช่น การให้เอกสารสิ่งพิมพ์ การรณรงค์ทางสื่อมวลชน คำแนะนำจากเพื่อน บุคลากรทางสาธารณสุข อยู่ในรูปของการให้คำปรึกษารายบุคคล และการให้ข้อมูลผ่านสื่อมวลชน (สุปรียา, 2550)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

1. จากการศึกษาพบว่าผู้สัมผัสอาหารมีระดับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ โดยกลุ่มตัวอย่างในด้านการรับรู้อุปสรรคของการตรวจสุขภาพส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการตรวจสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ โดยส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่ามีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบมาก ทำให้ไม่มีเวลาไปตรวจสุขภาพ ซึ่งปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพของผู้สัมผัสอาหาร ดังนั้นการกระตุ้นให้ผู้สัมผัสอาหารตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจสุขภาพของตนเอง

2. จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเห็นเกี่ยวกับการได้รับคำแนะนำการตรวจสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขช่วยกระตุ้นให้

ไปตรวจสุขภาพ ดังนั้นการกระตุ้นให้ผู้สัมผัสอาหารไปตรวจสุขภาพควรให้บุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่กระตุ้นให้ผู้สัมผัสอาหารเล็งเห็นความสำคัญของการตรวจสุขภาพ โดยการเพิ่มนโยบายการตรวจสุขภาพที่ชัดเจนจำเพาะเจาะจงในกลุ่มของผู้สัมผัสอาหาร

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาตัวแปรปัจจัยในแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มเติม ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคเพื่อให้เกิดแนวทางการสนับสนุนการตรวจสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุมหลายด้านมากขึ้นควรมีการศึกษาแนวคิดทฤษฎีเพิ่มเติมเนื่องจากยังมีทฤษฎีที่สามารถศึกษาพฤติกรรมในด้านอื่นๆ ได้อีก เช่น การรับรู้ตนเองภายนอก - ภายใน Social Cognitive Model PRECEDE-PROCEED Model เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงหรือโรคที่อาจเกิดกับผู้สัมผัสอาหารเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มความชัดเจนให้กับปัญหาที่ทำการศึกษา
3. ควรใช้รูปแบบการศึกษาที่สามารถบอกถึงความแตกต่างที่ชัดเจนขึ้น เช่น case-control เป็นต้น และมีการใช้สถิติที่สามารถบอกปัจจัยเชิงสาเหตุที่ชัดเจนขึ้น เช่น multiple linear regression เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2559). แนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน. สืบค้นจาก <http://203.157.39.7/imrta/images/dms20160325.pdf>
- กรมประชาสัมพันธ์ สำนักประชาสัมพันธ์เขต2. (2558). โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จัดหน่วยบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ ประจำปี งบประมาณ 2559. สืบค้นจาก http://region2.prd.go.th/ewt_news.php?nid=132841&filename=index
- กรมพัฒนาชุมชน. (2556) คนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน และความดันสูง ปี 2556. สืบค้นจาก https://www.m-society.go.th/ewt_news.php?nid=11855
- ชัยอนันต์ ยุวพัฒน์วงศ์. (2558). ประโยชน์ของการคัดกรองสุขภาพ. สืบค้นจาก <https://www.samitivejhospitals.com/th/>
- ปิยาภรณ์ นิกขนิภา. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- เมตตา คำพิบูลย์. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร
ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ยุภาพร ศรีจันทร์. (2548). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
ของสตรี ตำบลป่าสัก กิ่งอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธรรมาธิ อิ่มมาก. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการ
การตรวจสุขภาพประจำปี: กรณีศึกษาข้าราชการสำนักงานสรรพากรภาค 3.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วารินทร์ ปุยทอง. (2547). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ
ประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังดงอำเภอเมืองจังหวัดกาญจนบุรี.
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุดารัตน์ ทางทอง, วัฒนา สุภิระ และกาญจนา วงศ์สวัสดิ์. (2555). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ของบุคลากรในมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร. สืบค้นจาก <http://cph.snru.ac.th>
- สุปรียา ต้นสกุล. (2550). ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ : แนวทางการดำเนินงานในงานสุขศึกษา
และส่งเสริมสุขภาพ. สืบค้นจาก
http://ns2.ph.mahidol.ac.th/phklb/knowledgefiles/1_.pdf
- สุพัตรา การะเกตุ. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร
ในโรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
สุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุภามิตร นามวิชา. (2549). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของ
บุคลากรในโรงงานอุตสาหกรรม ในเขตจังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2555). การตรวจสุขภาพประจำปี. สืบค้นจาก <http://haamor.com/th>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). วิจัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ. สืบค้นจาก
http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/citizen/news/news_work.jsp
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2554). โครงการรณรงค์น้ำพระราชหฤทัยในหลวงทรง
ห่วงใยสุขภาพประชาชน. สืบค้นจาก www.phoubon.in.th

อัจฉรา ว่องไวโรจน์. (2548). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัทประกันชีวิต. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.

Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). *Determining Sample Size for Research Activities*.

Educational and Psychological Measurement, 30(3), pp. 607-610.

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพนักงาน
ทำเฟอร์นิเจอร์ไม้ ตำบลโนนก่อ อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
Knowledge related to the safety behavior of wood furniture employee at
Nonkor Sub-district, Sirindhorn District, Ubon Ratchathani Province

ชนิสรา สังขะศรี¹, ชญานนท์ พิมพบุตร²,

นิธิ ประสรา³, ภคิน ไชยช่วย⁴

Chanitsara Sangkhasri¹, Chayanon Pimpabuth²,

Nithi Prassara³, Pakin Chaichuay⁴

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ ณ จุดใดจุดหนึ่ง (Cross-sectional Analytical Study Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพนักงานทำเฟอร์นิเจอร์ไม้ ตำบลโนนก่อ อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นคนงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ จำนวน 170 คน ได้มาโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม และแบบทดสอบ วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา และ Chi-Square Test ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุการเจ็บป่วยจากการทำงานการป้องกันและการควบคุมอุบัติเหตุจากการทำงานเฟอร์นิเจอร์ไม้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ด้านพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของพนักงานทำเฟอร์นิเจอร์ไม้อยู่ในระดับดี ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลจากการทำเฟอร์นิเจอร์ไม้อยู่ในระดับสูง ด้านความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุการเจ็บป่วยจากการทำงานการป้องกันและการควบคุมอุบัติเหตุจากการทำงานเฟอร์นิเจอร์ไม้อยู่ในระดับสูง จากผลการศึกษา พบว่า ความรู้ของพนักงานทำเฟอร์นิเจอร์ไม้อยู่ในระดับสูง ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้ความรู้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเพื่อให้กลุ่มที่ยังมีความรู้ต่ำมีความรู้เพิ่มมากขึ้นและการมีความรู้ที่สูงย่อมส่งผลให้คนงานทำเฟอร์นิเจอร์ไม้มีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยที่ดี

คำสำคัญ: ความรู้, พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย, คนงานทำเฟอร์นิเจอร์ไม้

¹ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

oummtutd@gmail.com 092-167-7679

Abstract

The objective of this Cross-sectional Analytical Study Design research was to study knowledge related to the safety behavior of wood furniture employee at Nonkor Sub-district, Sirindhorn District, Ubon Ratchathani Province, samples of 170 wood furniture employee were chosen by simple random sampling. The instrument used for data collection was the questionnaire constructed by the researcher. Data were analyzed by using percentage, mean and standard deviation, Chi-square. The results of the study were as following; the knowledge that had significantly related to safety behavior of wood furniture. The safety behaviors of wood furniture were at the good level. The uses of personal protective equipment were at the high level. The knowledge was at the high level. So there should be promoting knowledge continuously. The group also had low knowledge. With increased knowledge. The knowledge that affects the wood furniture workers with a good safety behavior.

Keywords: Knowledge, safety behavior, wood furniture employee

บทนำ

ในปัจจุบันประเทศไทยเป็นประเทศที่กำลังพัฒนาประเทศหนึ่ง โดยมีการพัฒนางานด้านอุตสาหกรรมขึ้นจำนวนมาก และปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนโรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ทั้งสิ้น 6,482 โรงงาน (สถิติกรมโรงงานอุตสาหกรรม, 2556) จากสถิติพบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ.2552-2556 มีผู้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องมาจากการทำงานทั่วประเทศเป็นจำนวนมากและมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีซึ่งในปี พ.ศ. 2555 มีผู้ประสบอุบัติเหตุเนื่องมาจากการทำงานรวมทั้งสิ้น จำนวน 131,826 คน และข้อมูลในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2556 มีผู้ประสบอุบัติเหตุเนื่องมาจากการทำงานรวมทั้งสิ้นจำนวน 111,894 คน แบ่งเป็นจำนวนผู้เสียชีวิต 635 คน ทุพพลภาพ 28 คน สูญเสียอวัยวะบางส่วน 3,036 คน ทำงานไม่ได้ชั่วคราว 76,776 คน และยังมีผู้ประสบอันตรายอีกจำนวนมากที่ยังไม่ได้มาแจ้งกับกรมแรงงาน (กองเงินทดแทน, 2556) ปัญหาการเกิดอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยไม่ได้ส่งผลกระทบต่อลูกจ้างหรือครอบครัวเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อนายจ้างรัฐบาลและประชาชนอันเป็นอุปสรรคในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชาติโดยส่วนรวม (เอกสารการสอนชุดวิชา อาชีวอนามัย, 2538:42)

จากข้อมูลรายงานผู้ป่วยนอก 21 กลุ่มโรค (รง..504) จากวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ 2557-2530 กันยายน พ.ศ 2558 พบว่า สาเหตุการเจ็บป่วย 5 อันดับโรค มีดังนี้ อันดับที่ 1 โรคระบบหายใจ อันดับ ที่ 2 โรคระบบย่อยอาหาร รวมโรคในช่องปาก อันดับที่ 3 โรคระบบกล้ามเนื้อ อันดับที่ 4 โรค ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง อันดับที่ 5 อุบัติเหตุรวมทุกสาเหตุ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แก่งศรีโคตร, 2559) จากข้อมูลรายงาน พบว่า สาเหตุการเจ็บป่วย 5 อันดับโรคนี้มีสาเหตุมาจาก พฤติกรรมการทำงาน ซึ่งในพื้นที่บ้านบากชุม และบ้านห้วยเตือ ตำบลโนนก่อ อำเภอสิรินธร จังหวัด อุบลราชธานี นี้ประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพทำเฟอร์นิเจอร์ไม้และทำเป็นวิสาหกิจชุมชน ทำให้ ประชาชนกลุ่มนี้เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพทำเฟอร์นิเจอร์ ไม้ ซึ่งสาเหตุมาจากลักษณะการทำงานทำให้คนงานทำเฟอร์นิเจอร์ต้องเผชิญกับฝุ่นละออง สารเคมี ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อระบบหายใจและผิวหนัง เนื่องจากขั้นตอนในการทำงาน ประกอบไปด้วยการไส ตัด เจาะไม้ การทาสี การทาแลคเกอร์ เป็นต้น อีกทั้งในการทำงานต้อง เผชิญกับบรรยากาศการทำงานที่เป็นพิษภัยจนเป็นสาเหตุทำให้สุขภาพอนามัยเสื่อมโทรมจน เจ็บป่วยเป็นโรค หรือพิการ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของบุคคลแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างรวม ไปถึงปัจจัยด้านความรู้ซึ่งจากการศึกษาของกาญจนา พุทธานรัักษ์ (2539) พบว่าความรู้มี ความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน แต่การศึกษาของสมถวิล เมืองพระ (2537) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุจากการทำงานและการป้องกันอุบัติเหตุจากการ ทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัยของคนงานในระดับปฏิบัติการ จากการทบทวน วรรณกรรม จะเห็นได้ว่า ปัจจัยด้านความรู้ยังไม่มี ความชัดเจนทำให้ยังไม่ทราบแน่ชัดว่าปัจจัยใด ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะศึกษาในเรื่องนี้ เพื่อให้ คนงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ในพื้นที่ตำบลโนนก่อ อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี มีพฤติกรรม การทำงานที่ปลอดภัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของคนงานทำเฟอร์นิเจอร์ไม้ ตำบลโนนก่อ อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลของคนงานทำเฟอร์นิเจอร์ไม้ ตำบลโนนก่อ อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของ
คนงานท่าเฟอร์นิเจอร์ไม้ ตำบลโนนก่อ อำเภอสิรินคร จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ ณ จุดใดจุดหนึ่ง (Cross-sectional Analytical Study Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

กำหนดขนาดของตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ใช้สูตรของเครจซ์และมอร์แกน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นคนงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ บ้านบากชุมและบ้านห้วยเตื่อ ตำบลโนนก่อ อำเภอสิรินคร จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่าง 10% จึงได้ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ทั้งสิ้น จำนวน 170 คนจากประชากรจำนวน 267 คน โดยจะทำการเลือกสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling) มีสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ บ้านบากชุมมีจำนวนประชากร 127 คน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 81 คน บ้านห้วยเตื่อมีจำนวนประชากร 140 คน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 89 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ผ่านการตรวจคุณภาพเครื่องมือ ความตรงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านได้ค่า IOC เท่ากับ 0.6 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับคนงานท่าเฟอร์นิเจอร์ไม้ บ้านหินสูง ตำบลช่องเม็ก อำเภอสิรินคร จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับประชากร จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย แบบสอบถามและแบบทดสอบ แบ่งออกเป็น 4 ตอน โดยมีการปรับปรุงใช้แบบสอบถามของ ธรรมรักษ์ ศรีมารุต (2555) ปรัชญา ไชยอินคำ (2556) และ พรทิพย์ แก้วจันทร์ (2548)

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปลักษณะคำถามเป็นแบบมีตัวเลือกให้ตอบ

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ การเจ็บป่วยจากการทำงานการป้องกันและการควบคุมอุบัติเหตุจากการทำงานเฟอร์นิเจอร์ไม้โดยเลือกตอบถูกและผิด (KR-20 เท่ากับ 0.813)

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า Rating scale (ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.804)

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า Rating scale (ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.831)

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี (หมายเลขใบรับรอง S007/2559)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลวิจัยในเดือนตุลาคม – พฤศจิกายน 2559 โดยมีการขออนุญาตผู้ใหญ่บ้านบ้านบากชุมและบ้านห้วยเตี๋ยเพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับรายละเอียดแบบสอบถามแล้วดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลจากคนงานทำเฟอร์นิเจอร์ไม้ในเขตบ้านบากชุม และบ้านห้วยเตี๋ย ตำบลโนนก่อ อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 170 คน โดยใช้แบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการนำแบบสอบถามและแบบทดสอบที่ได้เก็บจากกลุ่มตัวอย่างดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการคำนวณ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุการเจ็บป่วยจากการทำงานการป้องกันและการควบคุมอุบัติเหตุจากการทำงานกับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยวิเคราะห์โดยใช้ สถิติไคสแควร์ (Chi-square)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่าง ตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 76.47 อายุค่าเฉลี่ย 37.26 ปี อายุต่ำสุด 18 ปี สูงสุด 72 ปี จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 53.53 หน้าที่ในการปฏิบัติงาน พบว่า คนงานทำเฟอร์นิเจอร์ไม้มีหน้าที่ เลื่อยไม้ ซอยไม้ ร้อยละ 90.00 และรองลงมาคือไสไม้ด้วยกบไฟฟ้า ร้อยละ 88.20 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยระบบทางเดินหายใจ พบว่า คนงานทำเฟอร์นิเจอร์ไม้ไม่เคยเจ็บป่วย ร้อยละ 99.41 ประวัติการได้รับอุบัติเหตุในรอบ 1 เดือน พบว่าไม่เคยได้รับอุบัติเหตุ ร้อยละ 98.82 และไม่เคยได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการทำงานที่ปลอดภัย ร้อยละ 99.41 คน งานทำเฟอร์นิเจอร์ไม้มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล คือ มีถุงมือร้อยละ 90.00 รองลงมาคือหน้ากากอนามัย ร้อยละ 78.24 แว่นตานิรภัย ร้อยละ 34.12 รองเท้าหุ้มเหล็กร้อยละ 30.59 และ Ear Plugs ร้อยละ 5.29

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุการเจ็บป่วยจากการทำงานการป้องกันและการควบคุมอุบัติเหตุจากการทำงานเฟอร์นิเจอร์ไม้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุการเจ็บป่วยจากการทำงานการป้องกันและการควบคุมอุบัติเหตุจากการทำงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ (n=170)

รายการ	ตอบถูก	
	จำนวน (คน)	(ร้อยละ)
1.การทำงานในสถานที่ ที่มีเสียงดังมาก ๆ เป็นเวลานานเมื่อหยุดอาชีพนี้หรือเลิกทำงานไปแล้วหูจะตึง	148	87.1
2.ณ จุดที่ทำงานหากมีแสงสว่างไม่เพียงพอจะทำให้เกิดอุบัติเหตุขณะทำงานได้	168	98.8
3.การเร่งรีบเป็นสาเหตุทำให้เกิดอุบัติเหตุในการทำงานได้	170	100
4.การป้องกันอุบัติเหตุและโรคจากการทำงานที่ดีที่สุด คือ การป้องกันที่เครื่องจักร สิ่งแวดล้อมและตัวผู้ปฏิบัติงาน	162	95.3
5.การสูดดมกลิ่นของแลคเกอร์หรือสีสำหรับทาไม้ <u>ไม่</u> เป็นอันตรายทำให้ร่างกายสดชื่น	147	86.5
6.ในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงาน ต้องหยุดทำงานนั้นๆทันที	166	97.6
7.การใช้โปสเตอร์หรือป้ายเตือนไม่มีส่วนในการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน	100	58.8
8.การใส่แว่นกรองแสงใช้ป้องกันรังสีที่เกิดจากแสงงานเชื่อมโลหะ	118	69.4
9.สารไวไฟเช่นทินเนอร์หรือแลคเกอร์ต้องแยกเก็บไว้เป็นสัดส่วนโดยมีป้ายเตือนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุและโรคจากการทำงาน	164	96.5
10.คนงานต้องเข้ารับการตรวจสุขภาพร่างกายประจำปีเพื่อเฝ้าระวังโรคที่เกิดจากการทำงาน	164	96.5
11.ในการปฏิบัติงานควรเลือกใช้เครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ได้ถนัดทั้งมือซ้ายและมือขวา	121	71.2
12.ความสั่นสะเทือนอาจทำให้กล้ามเนื้อเป็นอัมพาตหรือทำให้อวัยวะบางส่วนลีบได้	145	85.3
13.ขณะยกหรือวางของที่มีน้ำหนักมากควรย่อตัวลงเพื่อจะได้ไม่เป็นอันตรายต่อกล้ามเนื้อและกระดูกสันหลัง	164	96.5
14.สารเคมีเข้าสู่ร่างกายได้ 3 ทาง คือ การหายใจ ทางผิวหนัง การกิน	156	91.8
15.ต้องไม่วางวัตถุไวไฟอยู่ใกล้เตาไฟ หม้อน้ำ ท่อไอน้ำ หรือบริเวณที่อาจเกิดประกายไฟ	164	96.5

16.การใช้ที่อุดหูหรือหน้ากากทุกครั้งเมื่อมีการตัดเลื่อยหรือไสไม้เป็นการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน	125	73.3
17.อุบัติเหตุจากการทำงานสามารถป้องกันได้	164	96.5
18.เสียงดังจากการเลื่อยไม้ไสไม้เป็นอันตรายต่อหู	164	96.5
19.การทำงานในที่มืดฝุ่นละอองมากๆไม่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุ	133	78.2
20.การเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานทำให้เสียเวลาและสูญเสียทางเศรษฐกิจ	132	77.6
21.เมื่อทำงานบ่อยๆจนเกิดความเคยชินจะ ไม่ ทำให้เกิดอุบัติเหตุ	145	85.3

จากการตารางที่ 1 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุการเจ็บป่วยจากการทำงาน การป้องกันและการควบคุมอุบัติเหตุจากการทำงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ พบว่า คนงานมีความรู้เรื่อง การเร่งรีบเป็นสาเหตุทำให้เกิดอุบัติเหตุในการทำงาน ร้อยละ 100 ณ จุดที่ทำงานหากมีแสงสว่างไม่เพียงพอจะทำให้เกิดอุบัติเหตุขณะทำงาน ร้อยละ 98.80 ในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงาน ต้องหยุดทำงานนั้นๆ ทันที ร้อยละ 97.60 สารไวไฟเช่นทินเนอร์หรือแลคเกอร์ต้องแยกเก็บไว้เป็นส่วน ส่วน โดยมีป้ายเตือนอันตรายเพื่อป้องกันอุบัติเหตุและโรคจากการทำงาน ร้อยละ 96.50 ขณะยกหรือวางของที่มีน้ำหนักมากควรย่อตัวลงเพื่อจะได้ไม่เป็นอันตรายต่อกล้ามเนื้อและกระดูกสันหลัง ร้อยละ 96.50

ตารางที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุการเจ็บป่วยจากการทำงานการป้องกันและการควบคุมอุบัติเหตุจากการทำงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ (n=170)

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรู้		
ระดับต่ำ (0-7 คะแนน)	11	6.47
ระดับปานกลาง (8-14 คะแนน)	13	7.65
ระดับสูง (15-21 คะแนน)	146	85.88
Mean = 17.02 S.D. = 3.44 Min = 6 Max = 21		

จากตารางที่ 2 พบว่า คนงานทำเฟอร์นิเจอร์ไม้มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 17.02 คะแนน และได้คะแนนสูงสุด 21 คะแนน ได้คะแนนต่ำสุด 6 คะแนน ระดับความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.88 ระดับปานกลาง ร้อยละ 7.65 และระดับต่ำ ร้อยละ 6.47

ส่วนที่ 3 การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลจากการทำเฟอร์นิเจอร์ไม้
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลจากการทำเฟอร์นิเจอร์ไม้
 (n=170)

อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล	ปฏิบัติมากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติมาก จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติน้อย จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติน้อยที่สุด จำนวน (ร้อยละ)
1.ท่านตรวจสอบสภาพของอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเช่น หน้ากากอนามัย ถุงมือ แวนตา รองเท้านิรภัย ฯลฯ ทุกครั้งก่อนนำมาใช้งาน	131 (77.1)	35 (20.6)	2 (1.2)	1 (0.6)	1 (0.6)
2.เมื่ออุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล เช่น หน้ากากอนามัย ถุงมือ แวนตา รองเท้านิรภัย ฯลฯ ชำรุดท่านจะเปลี่ยนหรือซ่อมแซมก่อนนำมาใช้	124 (72.9)	43 (25.3)	1 (0.6)	2 (1.2)	-
3.ขณะปฏิบัติงานท่านใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเหมาะสมกับประเภทงานที่ท่านทำ	111 (65.3)	45 (26.5)	12 (7.1)	2 (1.2)	-
4.ขณะปฏิบัติงานท่านใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขนาดเหมาะสมกับตัวท่านไม่ใหญ่หรือเล็กเกินไป	117 (68.8)	34 (20.0)	10 (5.9)	9 (5.3)	-
5.ท่านศึกษาข้อมูลวิธีการใช้งานของอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลก่อนนำมาใช้งาน เช่น อ่านคู่มือการใช้งานก่อนนำมาใช้	140 (82.4)	25 (14.7)	5 (2.9)	-	-
6.ท่านสวมใส่หน้ากากอนามัยปิดจมูกเมื่อต้องทำงานที่ต้องเผชิญกับฝุ่นและสารเคมี	122 (71.8)	29 (17.1)	7 (4.1)	6 (3.5)	6 (3.5)
7.ท่านสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันตา เช่น แวนตานิรภัย ขณะปฏิบัติงานเพื่อป้องกันเศษไม้หรือสารเคมีเข้าสู่ดวงตา	71 (41.8)	25 (14.7)	9 (5.3)	24 (14.1)	41 (24.1)
8.ขณะปฏิบัติงานที่ต้องจับของหนักและแข็ง หรือมีคม ท่านสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันนิ้วมือและแขน เช่น ถุงมือ	61 (35.9)	72 (42.4)	17 (10.0)	10 (5.9)	10 (5.9)
9.ท่านสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันเท้า เช่น รองเท้านิรภัย ขณะปฏิบัติงานเพื่อป้องกันไม้ตกกระแทกเท้า และป้องกันไฟฟ้า สารเคมี	51 (30.0)	23 (13.5)	10 (5.9)	16 (9.4)	70 (41.2)
10.ท่านสวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน หู เช่น Ear Plugs ขณะปฏิบัติงานที่มีเสียงดัง	13 (7.6)	48 (28.2)	10 (5.9)	5 (2.9)	94 (55.3)
11.ท่านเลือกใช้อุปกรณ์ที่มีประสิทธิภาพสูง ในการป้องกันอันตราย และมีความทนทาน	111 (65.3)	34 (20.0)	17 (10.0)	1 (0.6)	7 (4.1)
12.ท่านเลือกขนาดหน้ากากอนามัยให้เหมาะสม เพื่อไม่ให้มีช่องว่างระหว่างหน้า และขอบหน้ากาก	71 (41.8)	74 (43.5)	17 (10.0)	4 (2.4)	4 (2.4)

อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล	ปฏิบัติ มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ น้อยที่สุด จำนวน (ร้อยละ)
13.ขณะปฏิบัติงานท่านถอดอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลออก เนื่องจากมีความเกะกะ และน่ารำคาญ	24 (14.1)	24 (14.1)	63 (37.1)	37 (21.8)	22 (12.9)
14.ท่านไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลร่วมกับคนอื่น	66 (38.8)	69 (40.6)	20 (11.8)	10 (5.9)	5 (2.9)
15.ท่านได้รับการฝึกอบรมวิธีการใช้ วิธีการซ่อมบำรุงดูแลรักษาอย่างถูกต้อง	82 (48.2)	72 (42.4)	12 (7.1)	3 (1.8)	1 (0.6)

จากตารางที่ 3 พบว่า คนงานทำเฟอร์นิเจอร์ไม้ ปฏิบัติมากที่สุดคือ ท่านศึกษาข้อมูลวิธีการใช้งานของอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลก่อนนำมาใช้งาน เช่น อ่านคู่มือการใช้งานก่อนนำมาใช้ ร้อยละ 82.42 ท่านตรวจสอบสภาพของอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเช่น หน้ากากอนามัย ถุงมือ แวนตา รองเท้านิรภัย ฯลฯ ทุกครั้งก่อนนำมาใช้งาน ร้อยละ 77.10 เมื่อใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล เช่น หน้ากากอนามัย ถุงมือ แวนตา รองเท้านิรภัย ฯลฯ ชำรุดท่านจะเปลี่ยนหรือซ่อมแซมก่อนนำมาใช้ ร้อยละ 72.91

ตารางที่ 4 ระดับการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลจากการทำเฟอร์นิเจอร์ไม้ (n=170)

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล		
ระดับต่ำ (0-25 คะแนน)	15	8.82
ระดับปานกลาง (26-50 คะแนน)	19	11.18
ระดับสูง (51-75 คะแนน)	136	80.00
Mean= 55.59 S.D.= 13.47 Min= 19 Max=75		

จากตารางที่ 4 พบว่า คนงานทำเฟอร์นิเจอร์ไม้มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเฉลี่ย 55.59 คะแนน และได้คะแนนสูงสุด 75 คะแนน ได้คะแนนต่ำสุด 19 คะแนน ระดับการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.00 ระดับปานกลาง ร้อยละ 11.18 และระดับต่ำ ร้อยละ 8.82

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของคนงานท่าเฟอร์นิเจอร์ไม้

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของคนงานท่าเฟอร์นิเจอร์ไม้

(n=170)

พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย	ปฏิบัติ มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ น้อยที่สุด จำนวน (ร้อยละ)
1.ท่านไม่ทำงานเมื่อรู้สึกว่าคุณภาพร่างกายของท่านไม่พร้อม ต่อการทำงาน เช่น ไม่สบาย เมาสุรา เป็นต้น	137 (80.6)	13 (7.6)	5 (2.9)	2 (1.2)	13 (7.6)
2.ท่านดูแลรักษาความสะอาดโรงงานทุกครั้งที่คุณปฏิบัติงาน เสร็จสิ้น	144 (84.7)	13 (7.6)	13 (7.6)	-	-
3.ท่านไม่หยอกล้อกับเพื่อนร่วมงานในขณะที่ทำงาน	91 (53.5)	70 (41.2)	4 (2.4)	2 (1.2)	3 (1.8)
4.ท่านได้สำรวจความพร้อมของเครื่องจักรและอุปกรณ์ ก่อนทำงาน	110 (64.7)	58 (34.1)	2 (1.2)	-	-
5.ท่านใช้เครื่องมือที่ปลอดภัยขณะปฏิบัติงาน	108 (63.5)	15 (8.8)	18 (10.6)	11 (6.5)	18 (10.6)
6.ท่านได้พักผ่อนและให้คำแนะนำเพื่อนร่วมงานเมื่อเขา ละเลยไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนในการทำงาน	100 (58.8)	59 (34.7)	11 (6.5)	-	-
7.ท่านพักผ่อนเพียงพอก่อนการเข้าปฏิบัติงาน	116 (68.2)	51 (30.0)	1 (0.6)	2 (1.2)	-
8.ท่านทำงานทุกครั้งด้วยความระมัดระวังไม่ประมาท	91 (53.5)	70 (41.2)	4 (2.4)	2 (1.2)	3 (1.8)
9.ท่านจัดเก็บเครื่องมือ อุปกรณ์ที่มีคมมีอันตรายไว้ในที่ เก็บที่ปลอดภัยเมื่อใช้งานเสร็จ	110 (64.7)	58 (34.1)	2 (1.2)	-	-
10.ก่อนใช้อุปกรณ์ไฟฟ้าท่านตรวจสอบบริเวณรอยต่อหรือ ข้อต่อต่างๆว่าแน่นดีหรือไม่ ถ้าหลวมอาจเกิดประกายไฟ หรือความร้อนซึ่งจะเป็นสาเหตุให้เกิดเพลิงไหม้ได้	108 (63.5)	15 (8.8)	18 (10.6)	11 (6.5)	18 (10.6)
11.ท่านใช้เครื่องมือช่วยในกรณีที่ต้องยกของหนักเกินกำลัง เช่น ลูกรอก	150 (88.2)	20 (11.8)	-	-	-
12.ท่านปฏิบัติงานในที่ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก	69 (40.6)	99 (58.2)	1 (0.6)	-	1 (0.6)
13.ท่านทำงานเกินระยะเวลา 8 ชั่วโมงหรือทำงาน ล่วงเวลา เพื่อให้งานเสร็จตามกำหนด	55 (32.4)	99 (58.2)	8 (4.7)	5 (2.9)	3 (1.8)
14.ท่านสูบบุหรี่ขณะปฏิบัติงาน	124 (72.9)	15 (8.8)	6 (3.5)	9 (5.3)	16 (9.4)

ตารางที่ 5 (ต่อ) จำนวนและร้อยละพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของคณานพำเฟอร์นิเจอร์ไม้

(n=170)

พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย	ปฏิบัติ มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ น้อยที่สุด จำนวน (ร้อยละ)
15.การวางเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ ตามความสะดวก ในการหยิบใช้งานของตนเอง	46 (27.1)	18 (10.6)	14 (8.2)	21 (12.4)	71 (41.8)
16.ท่านแต่งกายรัดกุมและเหมาะสมขณะปฏิบัติงาน	120 (70.6)	42 (24.7)	7 (4.1)	-	1 (0.6)
17.การใช้ยาหรือเครื่องมือชูกำลังต่างๆ เพื่อให้สามารถ ทำงานได้นานโดยไม่เมื่อยล้า	117 (68.8)	11 (6.5)	11 (6.5)	11 (6.5)	20 (11.8)
18.ท่านไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายเพราะราคาแพงและ ร้อนอบอ้าว	107 (62.9)	18 (10.6)	21 (12.4)	11 (6.5)	13 (7.6)
19.ถ้าต้องทำงานหรืออยู่ใกล้เครื่องจักรท่านจะระวังตัว มากขึ้น	53 (31.2)	95 (55.9)	14 (8.2)	4 (2.4)	4 (2.4)
20.ท่านคุยโทรศัพท์ขณะปฏิบัติงาน	111 (65.3)	27 (15.9)	10 (5.9)	10 (5.9)	12 (7.1)

จากตารางที่ 5 พบว่า พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของคณานพำเฟอร์นิเจอร์ไม้ ปฏิบัติมากที่สุด คือ ท่านใช้เครื่องมือช่วยในกรณีที่ต้องยกของหนักเกินกำลัง เช่น ลูกรถ ร้อยละ 88.20 ท่านดูแลรักษาความสะอาดโรงงานทุกครั้งที่ปฏิบัติงานเสร็จสิ้น ร้อยละ 84.70 ท่านไม่ทำงานเมื่อรู้สึกว่สภาพร่างกายของท่านไม่พร้อมต่อการทำงาน เช่น ไม่สบาย เมาสุรา เป็นต้น ร้อยละ 80.60

ตารางที่ 6 ระดับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของคณานพำเฟอร์นิเจอร์ไม้ (n=170)

ระดับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของคณานพำเฟอร์นิเจอร์ไม้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย		
ระดับต่ำ (0-33 คะแนน)	9	5.29
ระดับปานกลาง (34-67 คะแนน)	12	7.06
ระดับดี (68-100 คะแนน)	149	87.65
Mean=83.18 S.D.=15.97 Min=28 Max=100		

จากตารางที่ 6 พบว่า คนงานทำเฟอร์นิเจอร์ไม่มีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยเฉลี่ย 83.18 คะแนน และตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยได้คะแนนสูงสุด 100 คะแนน ได้คะแนนต่ำสุด 28 คะแนน ระดับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 87.65 มีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 7.06 และมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 5.29

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ การเจ็บป่วยจากการทำงาน การป้องกันการควบคุมอุบัติเหตุจากการทำงาน และ อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของคนงาน ทำเฟอร์นิเจอร์ไม้

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ การเจ็บป่วยจากการทำงาน การป้องกันการควบคุมอุบัติเหตุจากการทำงาน และ อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของคนงาน ทำเฟอร์นิเจอร์ไม้ (n=170)

ระดับความรู้	พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย				χ^2	p-value
	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับดี	รวม		
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	รวม (n=170)		
ระดับต่ำ	9(5.30)	0(0.00)	2(1.20)	11(6.50)	56.456	0.000*
ระดับปานกลาง	0(0.00)	2(1.20)	11(6.50)	13(7.60)		
ระดับสูง	0(0.00)	10(5.90)	136(80.00)	146(85.90)		
รวม	9(5.30)	12(7.10)	149(87.60)	170(100)		

*Fisher's Exact test

จากตารางที่ 7 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ การเจ็บป่วยจากการทำงาน การป้องกันและการควบคุมอุบัติเหตุจากการทำงาน เฟอร์นิเจอร์ไม้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<0.001) จึงยอมรับสมมติฐานข้อที่ 1

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของคนงานทำเฟอร์นิเจอร์ไม้ ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า

ด้านพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของคนงานทำเฟอร์นิเจอร์ไม้ พบว่าระดับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยอยู่ในระดับดี ร้อยละ 87.65 คนงานทำเฟอร์นิเจอร์ไม้ส่วนใหญ่จัดเก็บเครื่องมือ อุปกรณ์ที่มีคมมีอันตรายไว้ในที่เก็บที่ปลอดภัยเมื่อใช้งานเสร็จ และใช้เครื่องมือช่วยในกรณีที่ต้องยกของหนักเกินกำลังเช่นลูกรอก ก่อนใช้อุปกรณ์ไฟฟ้าท่านตรวจสอบบริเวณรอยต่อหรือข้อต่อต่างๆ ว่าแน่นดีถ้าหลวมอาจเกิดประกายไฟหรือความร้อนซึ่งจะเป็นสาเหตุให้เกิดเพลิงไหม้ได้ พฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยอยู่ในระดับดี เนื่องจากในพื้นที่บ้านบากชุมและบ้านห้วยเตือ มีเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานสาธารณสุขเข้ามาตรวจสอบและประเมินความเสี่ยง พร้อมทั้งตรวจสุขภาพประจำปี ให้กับคนงานในสถานประกอบการณวิสาหกิจชุมชนทำเฟอร์นิเจอร์ไม้เป็นประจำทุกปีทำให้คนงานทำเฟอร์นิเจอร์ไม้มีการปฏิบัติตัวที่ดีและปฏิบัติตามเกิดความเคยชินจึงมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยในระดับดี และมีความสอดคล้องกับการศึกษาของภัทรทิยา กิจจิ๋ว (2551) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลพฤติกรรมกำบังกันอุบัติเหตุจากการทำงานของพนักงานฝ่ายผลิตในโรงงานอุตสาหกรรมผลิตอาหารและเครื่องดื่มเขตอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม พบว่าพฤติกรรมกำบังกันอุบัติเหตุจากการทำงานของพนักงานฝ่ายผลิตอยู่ในระดับดีมาก โดยพนักงานฝ่ายผลิตมีการตรวจสอบเครื่องมือก่อนลงมือทำงาน และความพร้อมของเครื่องจักรก่อนทำงานทุกครั้ง อีกทั้งพนักงานฝ่ายผลิตได้ปฏิบัติตามขั้นตอนการทำงานอย่างเคร่งครัดและปฏิบัติตามกฎระเบียบที่โรงงานได้กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด และสอดคล้องการศึกษาของพรรณิ ธนาพล (2547) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใช้แรงงานในโรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ยางพารา ในอำเภอแกลง จังหวัดระยอง พบว่าผู้ใช้แรงงานมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง แสดงว่าผู้ใช้แรงงานมีพฤติกรรมกำบังกันที่ถูกต้องเป็นส่วนมาก ที่เป็นเช่นนี้เพราะโรงงานมีกฎ ระเบียบ และกติกาของโรงงานที่ผู้ใช้แรงงานจะต้องปฏิบัติตามเพื่อผลประโยชน์ของตนเอง และยังคงมีการพัฒนาการทำงาน เช่น มีการนำเอาหลัก 5 ส. มาดำเนินการภายในโรงงาน มีการณรงค์ใช้ผ้าปิดปากปิดจมูกอีกด้วย

ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลจากการทำเฟอร์นิเจอร์ไม้พบว่า การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.00 คนงานทำเฟอร์นิเจอร์ไม้ศึกษาข้อมูลวิธีการใช้งานของอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลก่อนนำมาใช้งาน เช่น อ่านคู่มือการใช้งานและตรวจสอบสภาพของอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลทุกครั้งก่อนนำมาใช้เมื่ออุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลชำรุดจะเปลี่ยนหรือซ่อมแซมก่อน คนงานทำเฟอร์นิเจอร์ไม้มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลระดับสูง เนื่องจากคนงานทำเฟอร์นิเจอร์ไม้ไม่ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ หน้ากาก

อนามัยและรองเท่านั้นภัย อีกทั้งยังได้รับคำแนะนำ เกี่ยวกับประโยชน์ วิธีการใช้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และมีการรณรงค์ให้ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะทำงาน เนื่องจากในปี พ.ศ.2557 มีคนงานป่วยเป็นโรคในระบบทางเดินหายใจเป็นจำนวนมาก (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งศรีโคตร, 2559) จึงมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเพื่อป้องกันอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงาน และมีความสอดคล้องกับการศึกษาของเอกรินทร์ พงคจิตทิพา (2547) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการทำงาน กรณีศึกษา บริษัท โรห์มแอนด์เฮาส์ เคมิคอล ประเทศไทย จำกัด พบว่า การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ด้านการใช้เครื่องมือเครื่องจักรอย่างปลอดภัย และด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงานอยู่ในระดับสูง และส่งผลให้พฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการทำงานสูงไปด้วย

ด้านความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุการเจ็บป่วยจากการทำงานการป้องกันและการควบคุมอุบัติเหตุจากการทำงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ พบว่าระดับความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.88 คนงานทำเฟอร์นิเจอร์ไม้ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่อง การเร่งรีบเป็นสาเหตุทำให้เกิดอุบัติเหตุในการทำงาน ณ จุดที่ทำงานหากมีแสงสว่างเพียงพอจะทำให้เกิดอุบัติเหตุขณะทำงาน ในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงาน ต้องหยุดทำงานนั้นๆ ทันที สารไวไฟเช่นทินเนอร์หรือ แลคเกอร์ ต้องแยกเก็บไว้เป็นสัดส่วนโดยมีป้ายเตือนอันตรายเพื่อป้องกันอุบัติเหตุและโรคจากการทำงาน ขณะยกหรือวางของที่มีน้ำหนักมากควรย่อตัวลงเพื่อจะได้ไม่เป็นอันตรายต่อกล้ามเนื้อและกระดูกสันหลัง คนงานทำเฟอร์นิเจอร์ไม้มีความรู้อยู่ในระดับสูง เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานีเข้ามาอบรมให้ความรู้กับคนงานทำเฟอร์นิเจอร์ไม้เป็นประจำทุกปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนินนาท (2547) ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุในการทำงานของผู้ใช้แรงงานก่อสร้างในบริษัทรับเหมาในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้ใช้แรงงานมีความรู้ในระดับสูง ผู้ใช้แรงงานรู้ว่าเมื่อทำงานในที่สูงจะต้องเตรียมอุปกรณ์ป้องกันการพลัดตก รู้ว่าเมื่อมีการเปลี่ยนงานควรมีการเรียนรู้งานนั้นให้ดีก่อนลงมือปฏิบัติ และรู้ว่าการตรวจสอบเครื่องมือก่อนการทำงานสามารถช่วยป้องกันการเกิดอุบัติเหตุได้

ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุการเจ็บป่วยจากการทำงานการป้องกันและการควบคุมอุบัติเหตุจากการทำงานเฟอร์นิเจอร์ไม้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<0.001) ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกวิรัชตา อภิชนาดล (2546) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในการทำงานของคนงานโรงงานทำเฟอร์นิเจอร์พื้นที่เขตหนองแขม กรุงเทพมหานคร

พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับงานวิจัยของภัทรทิยา กิจจิรา (2551) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานของพนักงานฝ่ายผลิตในโรงงานอุตสาหกรรมผลิตอาหารและเครื่องดื่ม เขตอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม พบว่าความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การที่ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยอาจเนื่องมาจาก ในพื้นที่บ้านบากชุม และบ้านห้วยเตือ มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานีเข้ามาอบรมให้ความรู้กับคนงานทำเฟอร์นิเจอร์ไม้เมื่อปี พ.ศ.2557และปีพ.ศ. 2558 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนินนาท อ่อนหวาน (2547) ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุในการทำงานของผู้ใช้แรงงานก่อสร้างในบริษัทรับเหมาในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้ใช้แรงงานมีความรู้อยู่ในระดับสูง ผู้ใช้แรงงานรู้ว่าเมื่อทำงานในที่สูงจะต้องเตรียมอุปกรณ์ป้องกันการพลัดตก รู้ว่าเมื่อมีการเปลี่ยนงานควรมีการเรียนรู้งานนั้นให้ดีกว่าลงมือปฏิบัติ และรู้ว่าการตรวจสอบเครื่องมือก่อนการทำงานสามารถช่วยป้องกันการเกิดอุบัติเหตุได้ และสอดคล้องกับงานวิจัยที่ได้ศึกษามาข้างต้นเมื่อคนงานมีความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานย่อมทำให้ตนเองมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในการทำงานที่ดีด้วย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากผลการศึกษา พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของคนงานทำเฟอร์นิเจอร์ไม้ ดังนั้นควรมีการให้ความรู้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้กลุ่มที่ยังมีความรู้ต่ำมีความรู้เพิ่มมากขึ้น

- 2.จากผลการศึกษา พบว่าคนงานทำเฟอร์นิเจอร์ไม้ส่วนใหญ่ยังขาดอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ประเภทป้องกันหู ควรมีการจัดหาอุปกรณ์ที่มีประสิทธิภาพและราคาถูกให้กับผู้ประกอบการ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย เช่นปัจจัยด้าน ทัศนคติ การรับรู้

2. ควรมีการจัดโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำเฟอร์นิเจอร์ไม้

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. กรมอนามัย. สถานการณ์ด้านสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมในประเทศไทย ภาค 1 สถานการณ์ และแนวโน้มของปัญหาสุขภาพ ในแต่ละกลุ่มอายุ. สืบค้นเมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2559, จาก

<http://advisor.anamai.moph.go.th/main.php?filename=env105>

กาญจนา พุฒานุรักษ์. (2539). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของคนงานก่อสร้างในจังหวัดระยอง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

กวิณซ์ตา อภิษนาตล. (2546). พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในการทำงานของคนงานโรงงานทำเฟอร์นิเจอร์ไม้ พื้นที่เขตหนองแขม กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

กิตติพงษ์ มาพงษ์. (2556). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันฝุ่นละอองของคนงานในรัฐวิสาหกิจชุมชนกลุ่มหัตถกรรมรากไม้ตอไม้บ้านบากชุม ตำบลโนนก่อ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดบุรีรัมย์. ปริญญาดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ สาขาสังคมศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

กรมโรงงานอุตสาหกรรม. สถิติอุตสาหกรรมปี 2556. สืบค้นเมื่อ 8 กุมภาพันธ์ 2559, จาก <http://www.diw.go.th/hawk/content.php?mode=spss57>

จารุณี ไชยพรม. (2556). ภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของแรงงานนอกระบบ เฟอร์นิเจอร์ไม้ อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลวิชาชีพอนามัย, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เทิดศักดิ์ ศรีสุขพันธ์, สุรดา สดลอย, อัญชลี การดี. (2557). การศึกษาการรับรู้ความปลอดภัยต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานกรณีศึกษา: บริษัท ผลิตภัณฑ์พลาสติก เขตจังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

ชินโอสถ หัสบำเรอ, เฉลิมชัย ชัยกิตติภรณ์, ชัยยะ พงษ์พานิช. (2539). ความปลอดภัยจากการทำงาน. ใน กิตติ วัฒนกุล (บรรณาธิการ). เอกสารการสอนชุดวิชาอาชีวอนามัย (หน่วย

ที่ 1- 7). พิมพ์ครั้งที่ 12 . นนทบุรี:สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ธรรมรักษ์ ศรีมารุต. (2555). *พฤติกรรมความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของพนักงานระดับปฏิบัติงานฝ่ายผลิต*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเทคโนโลยีอุตสาหกรรม, บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันราชภัฏสวนสุนันทา.

นินนาท อ่อนหวาน. (2548). *ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุในการทำงานของผู้ใช้แรงงานก่อสร้างในบริษัทรับเหมาในจังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์วิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิศวกรรมและการบริหารการก่อสร้าง, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี.

ปรัชญา ไชยอินคำ. (2556). *ปัจจัยต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล*. วิทยานิพนธ์วิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิศวกรรมโยธา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.

พงศกร อินจับ. (2549). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการทำงานของพนักงานบริษัทเอกชนในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาการจัดการ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

พรรณี ธนาพล. (2542). *พฤติกรรมสุขภาพของผู้ใช้แรงงานในโรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ยางพารา ในอำเภอแกลง จังหวัดระยอง*. ศีษศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พรทิพย์ แก้วจันทร์. (2548). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยจากการฝึกวิชาชีพช่างไม้ของผู้ต้องขังในเรือนจำกลางคลองเปรม*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ภัทรทียา กิจจิวิ. (2551). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน of พนักงานฝ่ายผลิตในโรงงานอุตสาหกรรมผลิตอาหารและเครื่องดื่ม เขตอำเภอสามปราชญ์ นครปฐม*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งศรีโคตร. (2559). *รายงานผู้ป่วยนอก 21 กลุ่มโรค* (รง. 504).

รัศลี จอประยูร. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานบริษัท คาร์ตัน ออปติคัล (สยาม) จำกัด*. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาการจัดการทั่วไป, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา.

สมถวิล เมืองพระ. (2537). การศึกษาพฤติกรรมอนามัยของคณงานในระดับปฏิบัติการการป้องกันอุบัติเหตุเนื่องจากการทำงาน : ศึกษาเฉพาะกรณีอุตสาหกรรมการผลิตมันท์จากโลหะเครื่องจักรและอุปกรณ์ เขตอำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ ศาสตรบัณฑิต สาขาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

เอกรินทร์ พงคจิตพา. (2547). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการทำงาน : กรณีศึกษา บริษัท โรห์มแอนด์ฮาสส์เคมีคอล ประเทศไทย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

การพัฒนารูปแบบการใช้ข้อบัญญัติท้องถิ่นในการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ
ยุงลายขององค์การบริหารส่วนตำบลแดงหม้อ อำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี
Local Legislation Development Model on Dengue Vector Control
in Subdistrict Administrative Organization of Dangmor ,
Khueang Nai District, Ubon Ratchathani Province

มนัสนันท์ ลิมปวิททยากุล¹, วันชัย สีหะวงษ์², ธงศักดิ์ ดอกจันทร์³

Manassanan Limpavithayakul¹, Wanchai Srihawong², Thongsak Deogchan³

บทคัดย่อ

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาที่มีความสำคัญต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน แต่การใช้มาตรการควบคุมยุงลายที่ผ่านมายังไม่ได้ผลเท่าที่ควร การใช้ข้อบัญญัติท้องถิ่นเป็นทางเลือกหนึ่งที่สามารถนำมาใช้ในการควบคุมการระบาดของโรค ร่วมกับวิธีการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน เพื่อแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคอย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการใช้ข้อบัญญัติองค์การบริหารส่วนตำบลในการกำจัดพาหะนำโรคไข้เลือดออก และประเมินความรู้ ทักษะ ทักษะ พฤติกรรมของประชาชน และการสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายหลังการพัฒนารูปแบบการใช้ข้อบัญญัติ ในการกำจัดพาหะนำโรคไข้เลือดออก โดย การวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ของปัญหา ความต้องการ และความพร้อมในการใช้ข้อบัญญัติท้องถิ่น ระยะที่ 2 กระบวนการสนับสนุนการออกข้อบัญญัติ และ ระยะที่ 3 เป็นการประเมินผลรูปแบบการดำเนินงาน และถอดบทเรียนการดำเนินงาน ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง คือ องค์การบริหารส่วนตำบลแดงหม้อ การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลแดงหม้อ ใช้ข้อบัญญัติองค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อกำจัดพาหะนำโรคไข้เลือดออก โดยมีกระบวนการดำเนินงาน ดังนี้ 1) การแต่งตั้ง

¹ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี

Timdpc7@gmail.com 045-243-235

คณะกรรมการในการดำเนินงาน 2) การประชุมเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ความรุนแรงของโรค โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม 3) การหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน โดยใช้ข้อบัญญัติ องค์การบริหารส่วนตำบล 4) กระบวนการออกข้อบัญญัติองค์การบริหารส่วนตำบล 5) การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน และ 6) การสรุปผลการดำเนินงาน ซึ่งผลการประเมิน ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของประชาชนภายหลังการใช้รูปแบบดังกล่าวอยู่ในระดับดี โดย ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การสร้างเครือข่ายการดำเนินงานในพื้นที่ การกระตุ้นและติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการทำงานเป็นทีมในชุมชน

คำสำคัญ : การกำจัดพาหะนำโรคไข้เลือดออก, การพัฒนารูปแบบ, องค์การบริหารส่วนตำบล

Abstract

This action research aimed to develop local legislation model on dengue vector control and evaluated knowledge, attitude, people's behavior and index of *Aedes Aegypti* after improved local legislation model in Subdistrict Administrative Organization of Dangmor. Research has been divided into three phase; 1) Problem in the requirements analysis phase 2) Supported process phase and 3) Operational model evaluation and lesson learned phase. The participants were voluntary local organization. The qualitative data used In- depth interview and focus group discussion. Used questionnaire for quantitative data. The data analysis were shown on descriptive statistics and content analysis.

The findings revealed that local organization has used local legislation included 1) The Community Health Committee 2) Public meeting on situation and violence of dengue fever 3) Problem solving guide to used for local legislation 4) Process of local legislation 5) Operational model evaluation, and 6) Conclusion. The key success factors were (1) Building area network (2) Continuously monitor and evaluate and (3) Community Teamwork.

Key words: Dengue Vector Control, Local Legislation Development, Subdistrict Administrative Organization

บทนำ

โรคไข้เลือดออก พบมีการระบาดทั่วประเทศ ซึ่งประชาชนทุกคนมีโอกาสหรือความเสี่ยงที่จะเป็นโรคนี้ได้ โดยมีการแพร่กระจายและส่งผลกระทบไปทั่วทุกภาคของประเทศ ในประเทศไทยเริ่มพบโรคไข้เลือดออก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2492 และมีการระบาดใหญ่ในปี พ.ศ. 2501 ในเขตกรุงเทพฯ-ธนบุรี ซึ่งมีรายงานผู้ป่วย กว่า 2,706 ราย และเสียชีวิต 296 ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 10.6 ต่อประชากรแสนคน และอัตราป่วยตายนับเท่ากับร้อยละ 10.9 ต่อมาในปี พ.ศ. 2506-2507 โรคได้แพร่กระจายไปยังเขตปริมณฑลและในแถบชนเมือง ปี พ.ศ. 2510 ส่งผลให้มีการแพร่กระจายของโรคในทุกพื้นที่ของจังหวัดต่างๆจนถึงปัจจุบัน (กองกึ่งวิทยาทางกายแพทยกรรมวิทยาศาสตร์การแพทย, 2533) จากข้อมูลรายงานการพยากรณ์โรคไข้เลือดออก โดยใช้การวิเคราะห์หอนุกรมเวลา จังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2556 (นครพนม, สกลนคร, มุกดาหาร, อำนาจเจริญ, ยโสธร, อุบลราชธานี และศรีสะเกษ) ในช่วงปีพ.ศ. 2551 - 2555 พบอัตราป่วยเท่ากับ 57.9, 66.0, 128.3, 56.2, และ 53.4 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (กลุ่มระบาดวิทยาและข่าวกรอง, 2556)

การแพร่กระจายของโรคไข้เลือดออกที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน มีสาเหตุมาจากการติดต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ ในรูปแบบต่างๆ เช่น การเดินทางท่องเที่ยว การศึกษา หรือการเดินทางเพื่อประกอบอาชีพ แม้แต่การอพยพลี้ภัยจากสงคราม หรือการที่ประเทศมีระบบบริการสุขภาพที่ไม่ได้มาตรฐาน ล้วนแต่เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดการระบาดของโรคได้มากและรุนแรงขึ้น (ประเวศ วะสี, 2539) นอกจากนี้การใช้มาตรการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ตามแนวทางที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบันโดยการใช้มาตรการควบคุมลูกน้ำยุงลายและการกำจัดยุงลายตัวเต็มวัย ทั้งทางด้านกายภาพ เคมีและชีวภาพ ก็ยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร เนื่องจากชุมชนให้ความสำคัญร่วมมือไม่เต็มที่ ขาดการมีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่ และขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค (กระทรวงสาธารณสุข, 2548) ประชาชนมากกว่าครึ่งยังคิดว่าการเฝ้าระวังป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น ประชาชนบางส่วนยังขาดความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักต่อโรคไข้เลือดออก ซึ่งมาตรการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกจะได้ผลดีนั้น จะต้องใช้หลักการควบคุมโรคแบบบูรณาการโดยนำวิธีการที่หลากหลายมาปรับใช้ร่วมกัน (อุทัย ดุลยเกษม, 2540) การใช้มาตรการทางกฎหมายเป็นทางเลือกหนึ่งที่น่าสนใจ เพื่อให้การแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคไข้เลือดออกมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้กฎหมายทางสาธารณสุขให้ความเห็นว่า สมควรนำกฎหมายมาใช้เป็นเครื่องมือหนึ่งในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ และสร้าง

ตระหนักในการกำจัดลูกน้ำยุงลาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายแบบมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง โดยหน่วยงานของรัฐรวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถตรากฎหมายขึ้นมาใช้และมีผลในการบังคับใช้ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในชุมชน (นิรมล เมืองโสม, 2549)

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยการปกครองที่ใกล้ชิดประชาชนในชุมชนมากที่สุด มีบทบาทการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยมีบทบาทในการส่งเสริมประสานงาน และสร้างความร่วมมือทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ในการป้องกันควบคุมโรค มีการจัดทำแผนงาน/โครงการในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก การอบรมให้ความรู้ ทักษะ ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก เช่น การฉีดพ่นหมอกควัน การออกปฏิบัติงาน ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก และการประชาสัมพันธ์และรณรงค์การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก รวมถึงการกำจัดลูกน้ำยุงลายและปรับสภาพแวดล้อม โดยประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง (สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

สำหรับบทบัญญัติของกฎหมายที่สามารถปรับใช้ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ที่มีการนำมาใช้ในปัจจุบัน เช่น พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 พระราชบัญญัติสภาพาบล และองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.2537 และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดให้แหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายเป็นเหตุรำคาญ ซึ่งมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งได้ออกข้อบัญญัติท้องถิ่น โดยเฉพาะข้อบัญญัติขององค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย โดยอาศัยพระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ. 2535 หมวด 5 เหตุรำคาญ แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ที่เป็นปัญหาต่อการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก และการบังคับใช้กฎหมายดังกล่าวยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร (สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก กรมควบคุมโรค, 2544)

ด้วยเหตุผลและความจำเป็นดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการใช้ข้อบัญญัติท้องถิ่นในการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ขององค์การบริหารส่วนตำบลแดงหม้อ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อให้ได้องค์ความรู้ในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ แนวทาง มาตรการการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอนาคต และเป็นการตอบสนองนโยบายรัฐบาลในการถ่ายโอนภารกิจการป้องกันควบคุมโรคสู่ท้องถิ่น เพื่อเป้าหมายสูงสุดคือการป้องกันและควบคุมอัตราการเกิดโรคไข้เลือดออกได้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการใช้ข้อบัญญัติท้องถิ่นในการกำจัดการพหุโรควัณโรคใช้เลือดออกขององค์การบริหารส่วนตำบลแดงหม้อ อำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อประเมิน ความรู้ ทักษะ ทักษะ พฤติกรรมของประชาชน และสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายภายหลังการพัฒนารูปแบบการใช้ข้อบัญญัติท้องถิ่นในการกำจัดการพหุโรควัณโรคใช้เลือดออกขององค์การบริหารส่วนตำบลแดงหม้อ อำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ระยะเวลาศึกษา 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 ถึงปี พ.ศ. 2556 การดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 (ปีที่ 1) เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ของปัญหา สำรวจสมรรถนะบุคลากรและความต้องการจำเป็น (Need Assessment) ความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการใช้ข้อบัญญัติท้องถิ่นในการกำจัดการพหุโรควัณโรคใช้เลือดออก เก็บข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ประชากรศึกษา ได้แก่ บุคลากรในระดับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสาธารณสุขและงานด้านแผนงานขององค์การบริหารส่วนตำบลแดงหม้อ ผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแดงหม้อ และประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลแดงหม้อ อำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรในระดับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสาธารณสุขและงานด้านแผนงานขององค์การบริหารส่วนตำบลแดงหม้อ ผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแดงหม้อ และประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลแดงหม้อ จำนวนทั้งหมด 35 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสัมภาษณ์ที่มิวิจัยพัฒนาขึ้นโดยการสัมภาษณ์ ร่วมกับการสนทนากลุ่ม (Focus groups) ในการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ได้แก่ ค่าสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 2 (ปีที่ 2) กระบวนการพัฒนาและสนับสนุนการออกข้อบัญญัติท้องถิ่นในการกำจัดการพหุโรควัณโรคใช้เลือดออก

ประชากร ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลแดงหม้อ อำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) นายก/รองนายก/ปลัด อปท. 2) นักพัฒนาชุมชน/เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 3) นักวิชาการจาก รพ.สต. 4) แกนนำชุมชน 5) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 6) ผู้นำชุมชน จำนวน 35 คน

การดำเนินงานในระยะที่ 2 ประกอบด้วย

1. ปรับแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันควบคุมโรคให้กับผู้บริหารท้องถิ่น

2. อบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการออกและใช้ข้อบัญญัติท้องถิ่นในการควบคุมโรคไข้เลือดออก แนวทางการออกข้อบัญญัติท้องถิ่น กระบวนการบังคับใช้และการประเมินผล โดยหลังการประชุมมีการดำเนินการสนับสนุนการออกข้อบัญญัติ โดยมีการดำเนินงานดังนี้

2.1 ประชุมชี้แจงแนวทางการยกร่างข้อบัญญัติของท้องถิ่น (ประชุมครั้งที่ 1)

2.2 ประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อค้นหาปัญหา เรียงลำดับความสำคัญของปัญหา คัดเลือกปัญหาที่อยู่ในข่ายการควบคุมตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่จะดำเนินการยกร่างข้อกำหนดของท้องถิ่น (ประชุมครั้งที่ 2)

2.3 ประชุมระดมความคิดเห็นในการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และมาตรการเพื่อกำหนดในข้อกำหนดของท้องถิ่น (ประชุมครั้งที่ 3)

2.4 ยกร่างข้อกำหนดของท้องถิ่น

2.5 ประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนได้เสีย (ประชุมครั้งที่ 4)

2.6 ปรับปรุงร่างข้อบัญญัติของท้องถิ่น

2.7 เสนอร่างข้อบัญญัติของท้องถิ่นต่อสภาท้องถิ่นเพื่อให้ความเห็นชอบ

หลังจากนั้น อบต. จะดำเนินการเสนอข้อบัญญัติเพื่อให้ความเห็นชอบและประกาศในราชกิจจานุเบกษา โดยจะมีการติดตามและประเมินผลการใช้ข้อบัญญัติโดยทีมวิจัย โดยสรุปการวิจัยนี้มีกระบวนการดำเนินงาน ตั้งแต่การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Do) การสะท้อนกลับ (Check) และการปรับปรุงแก้ไข (Action)

วิธีการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผลในระยะที่ 2 : ใช้วิธีสังเกต สัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล : ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 3 (ปีที่ 3) การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงาน และถอดบทเรียนการดำเนินงาน

ประชากร คือ ประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไป จากตำบลแดงหม้อ อำเภอเชียงใน จังหวัด
อุบลราชธานี จำนวน 2,563 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไป โดยใช้สูตรการคำนวณของเครชีและมอร์แกน เมื่อทราบประชากรที่แน่นอน ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2} = \frac{2,563}{1 + (2,563 \times 0.05^2)} = 345.88$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร

e = ค่าความคาดเคลื่อน (0.05)

จะได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 346 คน และเพื่อกันการสูญหายของตัวอย่างระหว่างการเก็บข้อมูล จึงเพิ่มจำนวนตัวอย่างเป็น 350 คน

การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงาน ในด้านผลลัพธ์ของโครงการแก้ไขปัญหาโรค
ไข้เลือดออก และถอดบทเรียนการดำเนินงานเพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้ ให้ได้รูปแบบการใช้
ข้อบัญญัติในการกำจัดพาหะนำโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินผลรูปแบบโดย ประเมินจากประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ดำเนินการใน
ด้านความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการกำจัดพาหะนำโรคไข้เลือดออก และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ค่า
H.I, C.I.

ขั้นตอนที่ 2 ถอดบทเรียนการดำเนินงานเพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้ให้ได้รูปแบบการใช้
ข้อบัญญัติท้องถิ่นเพื่อกำจัดพาหะนำโรคใช้เลือดออกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แล้ว
นำเสนอผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ข้อเสนอแนะ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ตามคำแนะนำ

วิธีการเก็บข้อมูล : ใช้วิธีการสังเกต สัมภาษณ์ สนทนากลุ่ม และการสำรวจ

การวิเคราะห์ข้อมูล : ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)
ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive-analysis)

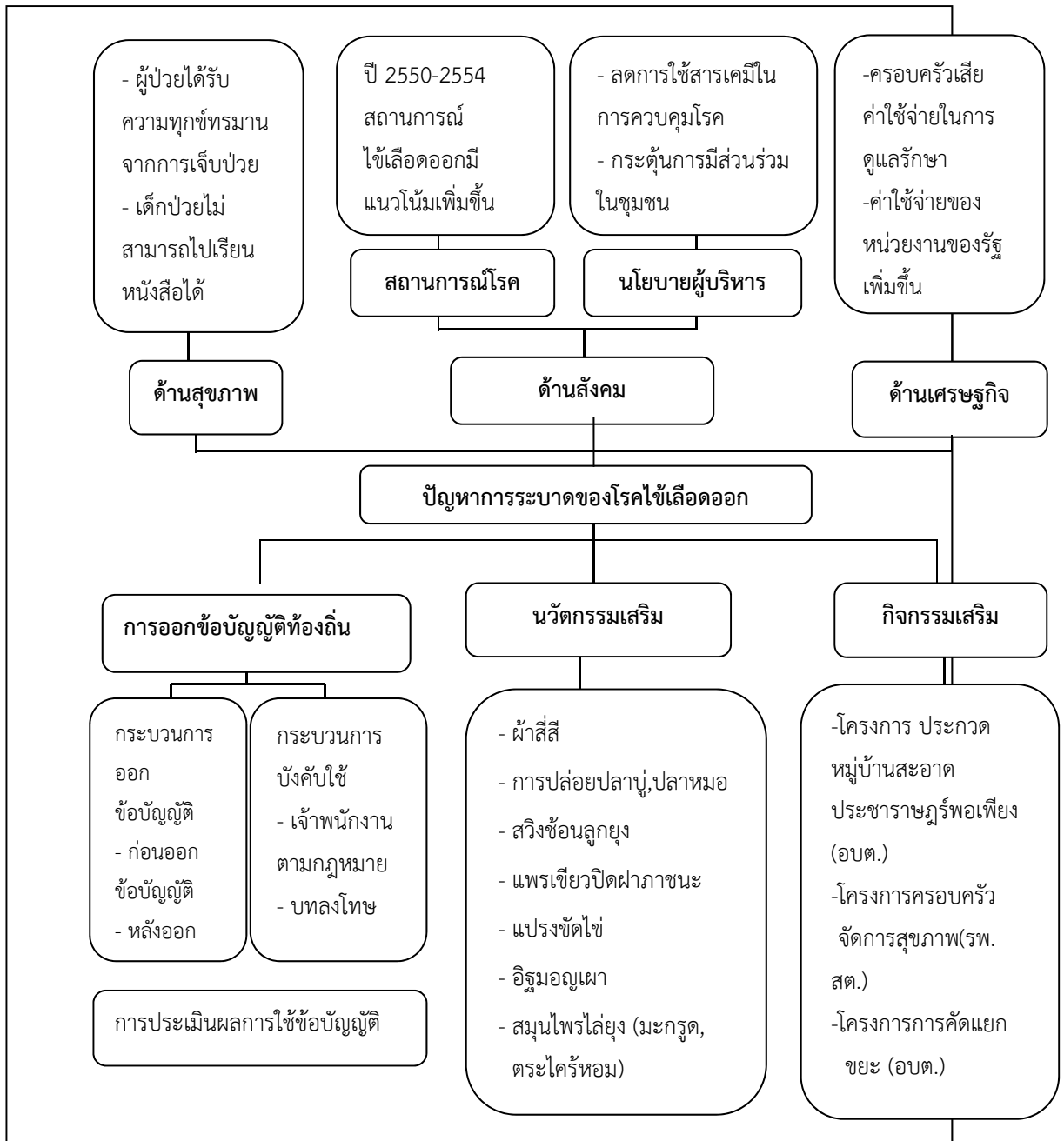
ส่วนในการเผยแพร่งานวิจัยได้รับการบอกกล่าวและการอนุญาตเป็นหนังสือจากผู้ร่วมวิจัยทุกคน

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ หาความต้องการจำเป็น (Need Assessment) และความพร้อมในการออกข้อบัญญัติ พบว่า ยังไม่มีบุคลากรที่มารับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขโดยตรงซึ่งปลัด อบต. เป็นผู้รับผิดชอบด้านสาธารณสุข ส่วนปัญหาสำคัญในพื้นที่ พบว่าโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสำคัญอันดับแรก รองลงมา คือโรคไม่ติดต่อ สาเหตุหลักที่ทำให้โรครังระบาดอยู่ คือขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทำให้มีพาหะนำโรค ซึ่งวิธีการหรือการใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์ปัญหาสำคัญของท้องถิ่น พบว่า ใช้ข้อมูล จปฐ. รวมทั้งมีการประสานขอข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) เพื่อนำมาวิเคราะห์ในการจัดทำแผน ส่วนเครื่องมือในการวิเคราะห์ปัญหา ใช้การทำประชาคมรับฟังปัญหาจากชาวบ้านหรือผู้นำชุมชน ซึ่งในการจัดทำแผนของ อบต. จะใช้ข้อมูล 2 ส่วน ทั้งข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) จากการทำประชาคม และจากการสำรวจจริงในพื้นที่ ส่วนข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จะใช้ข้อมูลจากระบบรายงาน เช่น ข้อมูล จปฐ. ข้อมูลพื้นฐานระดับหมู่บ้าน (กชช. 2 ค) รวมทั้งใช้ข้อมูลด้านสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การนำข้อมูลมาวิเคราะห์สภาพปัญหาส่วนใหญ่ใช้จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต)

ความพร้อมในการออกข้อบัญญัติท้องถิ่นในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า ความพร้อมด้านความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายและโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.42$) รองลงมาได้แก่ ความพร้อมในด้านทัศนคติการนำกฎหมายไปใช้อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.37$) และความพร้อมด้านการยอมรับของประชาชนในชุมชน ($\bar{X} = 3.68$)

ระยะที่ 2 มีกระบวนการพัฒนาบุคลากรและสนับสนุนการออกข้อบัญญัติท้องถิ่นในการกำจัดพาหะนำโรคไข้เลือดออกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการอบรมพัฒนาทักษะการบริหารงานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคไข้เลือดออก การดำเนินการสนับสนุนการออกข้อบัญญัติ และประกาศใช้ในพื้นที่ และได้มีการถอดบทเรียนและสังเคราะห์องค์ความรู้จากการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ทำให้ได้รูปแบบการใช้ข้อบัญญัติท้องถิ่นในการกำจัดพาหะนำโรคไข้เลือดออก ดังนี้



ภาพที่ 1 : รูปแบบการใช้ข้อบัญญัติท้องถิ่นในการกำจัดการระบาดของโรคไข้เลือดออกขององค์การบริหารส่วนตำบลแดงหม้อ

ในการดำเนินการใช้ข้อบัญญัติท้องถิ่นในการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย พาหะนำโรคไข้เลือดออก ประชาชนมีความตระหนักถึงสถานการณ์ของโรคไข้เลือดออก และความรุนแรงของโรคส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะผู้นำชุมชน อสม.เด็กและเยาวชนในพื้นที่ ประกอบกับ นโยบายของผู้บริหารระดับอำเภอ ได้แก่ นายอำเภอ และสาธารณสุขอำเภอ เห็นความสำคัญของปัญหาการระบาดของโรคไข้เลือดออกที่ระบาดในพื้นที่ จึงได้มีการสั่งการ ดำเนินการตามมาตรการป้องกันควบคุมโรคโดยการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน อย่างเร่งด่วน การถ่ายทอดนโยบายสู่พื้นที่ ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน้าที่โดยตรงในการควบคุมการระบาดของโรคติดต่อในพื้นที่ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับผู้นำชุมชน อสม. และ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแดงหม้อ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบุตร จึงร่วมกันวางแผนการดำเนินงานเพื่อควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก โดยการวิเคราะห์ปัญหา และผลกระทบจากการระบาดของโรค พบว่า สถานการณ์ของโรคไข้เลือดออก 5 ปีย้อนหลัง (ปี 2550-2554) มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องทุกปี ซึ่งส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน โดยผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ โดยเฉพาะครอบครัวเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย รวมทั้งค่าใช้จ่ายของหน่วยงานของรัฐในการให้การรักษาและควบคุมการระบาดของโรคเพิ่มขึ้น ประกอบกับนโยบายของผู้บริหารระดับอำเภอ และผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล ที่เน้นลดการใช้สารเคมีในการควบคุมการระบาดของโรค โดยส่งเสริม กระตุ้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน

จากเหตุผลดังกล่าว คณะผู้บริหารท้องถิ่นร่วมกับผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และแกนนำชุมชน ได้ร่วมประชุมเพื่อกำหนดแนวทางในการดำเนินงานเพื่อควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนตำบลแดงหม้อ (นายก/ปลัด) รพ.สต.และ แกนนำชุมชน ซึ่งผ่านการอบรมกระบวนการพัฒนาทักษะการบริหารงานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคไข้เลือดออก การออกและใช้ข้อบัญญัติท้องถิ่นในการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายพาหะนำโรคไข้เลือดออก ได้ดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานขึ้น ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นประธาน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นรองประธาน และคณะกรรมการ ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อสม. สมาชิก อบต. นิติกร และแกนนำชุมชน โดยมีผู้อำนวยการ รพ.สต. เป็นกรรมการและเลขานุการ โดยดำเนินการจัดทำแผนการออกข้อบัญญัติองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย และกิจกรรมอื่นๆที่สนับสนุนการกำจัดพาหะนำโรคไข้เลือดออก และปัญหาสุขภาพอื่นๆ

การออกข้อบัญญัติท้องถิ่น มี 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ก่อนออกข้อบัญญัติ มีการประชุมเพื่อชี้แจงแนวทางการร่างข้อบัญญัติ การประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อค้นหาปัญหาของท้องถิ่น เรียงลำดับความสำคัญของปัญหา คัดเลือกปัญหาที่อยู่ในข่ายการควบคุมตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และ จัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่จะดำเนินการร่างข้อกำหนดของท้องถิ่น และการประชุม ระดมความคิดเห็นในการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และมาตรการเพื่อกำหนดในข้อบัญญัติของ ท้องถิ่น เพื่อกำหนดประเด็นในการออกข้อบัญญัติและการอ้างบทบัญญัติของกฎหมายที่ เกี่ยวข้องประกอบการออกข้อบัญญัติ

ขั้นตอนที่ 2 การออกข้อบัญญัติท้องถิ่น ประกอบด้วย การร่างข้อบัญญัติของท้องถิ่น โดย คณะกรรมการดำเนินงานและนิติกร เพื่อกำหนดประเด็นของข้อบัญญัติที่จะใช้ในชุมชน แล้ว ดำเนินการจัดประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนได้เสีย เพื่อขอความเห็นชอบ และรับฟังความคิดเห็น ในขั้นตอนการทำประชาพิจารณ์ หลังจากนั้นดำเนินการปรับปรุงร่าง ข้อบัญญัติของท้องถิ่นตามคำแนะนำของประชาชนและผู้มีส่วนได้เสีย จากนั้นเตรียมเสนอร่าง ข้อบัญญัติของท้องถิ่นต่อสภาท้องถิ่นเพื่อให้ความเห็นชอบ เมื่อข้อบัญญัติ ผ่านความเห็นชอบใน 3 วาระ (รับหลักการ, แปรญัติติ และให้ความเห็นชอบ) และการเสนอร่างข้อบัญญัติของท้องถิ่นให้ ผู้บริหารท้องถิ่นลงนาม และเสนอนายอำเภอให้ความเห็นชอบ เพื่อประกาศในราชกิจจานุเบกษา และประกาศใช้ในพื้นที่ต่อไป

โดยรายละเอียด ในข้อบัญญัติท้องถิ่น มีประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. ห้ามมิให้ผู้ใดทิ้งหรือทำให้มีขึ้นซึ่งมูลฝอย รวมทั้งกระป๋อง กะลา ยางรถยนต์ หรือ มูลฝอยอื่นๆ ที่อาจขังน้ำได้ ในที่หรือทางสาธารณะ เว้นแต่ในที่หรือในถังรองรับมูลฝอยที่องค์การ บริหารส่วนตำบลแดงหม้อ จัดไว้ให้
2. เจ้าของหรือผู้ครอบครองอาคารหรือเคหสถาน ต้องเก็บกวาดและดูแลมิให้มีมูล ฝอย รวมทั้งกระป๋อง กะลา ยางรถยนต์ หรือมูลฝอยอื่นๆที่อาจขังน้ำได้ในอาคารหรือเคหสถาน รวมทั้งบริเวณรอบๆ ทั้งนี้ โดยเก็บลงถังมูลฝอยที่มีฝาปิด หรือบรรจุลงพลาสติกที่มีการผูกมัดปาก ถุง หรือวิธีการอื่นใดที่เจ้าพนักงานสาธารณสุขแนะนำ
3. ในกรณีที่องค์การบริหารส่วนตำบลแดงหม้อ ให้บริการเก็บขนมูลฝอย เพื่อนำไป กำจัด เจ้าของอาคารหรือเคหสถานมีหน้าที่เสียค่าธรรมเนียมการเก็บขนมูลฝอยตามที่กำหนด
4. เจ้าของหรือผู้ครอบครอง อาคาร เคหสถาน หรือสถานที่ใดๆ ที่มีแหล่งน้ำที่อาจเป็น แหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลาย จะต้องดูแลมิให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

5. เจ้าของหรือผู้ครอบครอง อาคาร เคหสถาน ต้องดูแลทำความสะอาดและเปลี่ยนน้ำในแจกัน ถ้วยรองขาตู้กับข้าว ภาชนะอื่น ๆ ที่มีน้ำขัง อย่างน้อยทุก 7 วัน หรือใส่สารที่ป้องกันการวางไข่ของยุงได้ และจัดให้มีฝาปิดตม่น้ำที่มีอยู่ในอาคารและเคหสถาน

6. ในกรณีที่ราชการส่วนท้องถิ่นได้จัดเจ้าหน้าที่ไปทำการกำจัดยุงในอาคาร หรือ เคหสถาน หรือสถานที่ใดๆ เจ้าของหรือผู้ครอบครองอาคาร เคหสถาน หรือสถานที่นั้น จะต้องให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกตามสมควร

ขั้นตอนที่ 3 หลังข้อบัญญัติท้องถิ่น (การบังคับใช้, การประเมินผล) เป็นขั้นตอนหลังดำเนินการประกาศใช้ข้อบัญญัติท้องถิ่น โดยมีการประชุมคณะกรรมการดำเนินงาน และการประชาสัมพันธ์เสียงตามสายโดยผู้นำชุมชน และการติดประกาศตามศาลาประชาคม เพื่อให้ประชาชนรับทราบข้อบัญญัติท้องถิ่น หลังจากนั้นมีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ เนื่องจากนายกองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นเจ้าพนักงานท้องถิ่นตามกฎหมาย และเป็นประธานคณะกรรมการดำเนินงานโดยมีบทบาทหน้าที่ ด้านการอำนวยความสะดวกการบริหารส่วนตำบลเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ เป็นผู้รับผิดชอบในการติดตามผลการดำเนินงาน และเป็นผู้มีอำนาจในการเปรียบเทียบปรับตามบทบัญญัติในข้อบัญญัติท้องถิ่น นายกมีอำนาจในการออกคำสั่งให้เจ้าของบ้านที่พบลูกน้ำยุงลายดำเนินการกำจัดลูกน้ำยุงลายในบริเวณบ้านของตน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) รับผิดชอบการตรวจประเมินลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้าน โดยการประเมินไข้วของ อสม.ต่างหมู่บ้าน และผู้นำชุมชนมีหน้าที่ในการแจ้งผลการประเมินการสำรวจลูกน้ำยุงลายและการแจ้งเจ้าของบ้านเพื่อจัดการสภาพแวดล้อมในบ้านเรือนไม่ให้มีแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย และผู้อำนวยการ รพ.สต. เป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุข มีหน้าที่ให้คำแนะนำ และตรวจตรา ควบคุม กำกับกับการปฏิบัติงานของ อสม. โดยในการดำเนินงานจะมีการสรุปผลการตรวจประเมินทุกเดือนผ่านเวทีการประชุมของคณะกรรมการ และมีการมอบรางวัลครัวเรือนสะอาด ปลอดลูกน้ำยุงลายทุกปี

โดยในการดำเนินการออกข้อบัญญัติเพื่อใช้ในการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย พาหะนำโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ จะทำควบคู่ไปกับโครงการประกวดหมู่บ้านสะอาด ประชาชนรู้พอเพียง โครงการครอบครัวจัดการสุขภาพ และโครงการการคัดแยก รวมทั้งนวัตกรรมการควบคุมพาหะนำโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย ผ้าสีสี่ การปล่อยปลาบู, ปลาหมอสีวงซ้อนลูกยุง แพร่เขียวปิดฝาภาชนะ แปรงขัดไข่ อิฐมอญเผา และสมุนไพรไล่ยุง (มะกรูด, ตะไคร้หอม) เป็นต้น

ผลการประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ในการปฏิบัติกิจกรรมการใช้ข้อบัญญัติ เพื่อใช้ในการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายพาหะนำโรคไข้เลือดออก รวมทั้งค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1: จำนวนและร้อยละของประชาชนจำแนกตามระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการปฏิบัติกิจกรรมกำจัดและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายและค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้		
ระดับดี	258	73.7
ระดับปานกลาง	49	14.0
ระดับต่ำ	43	12.3
รวม	350	100
ทักษะ		
ระดับดี	275	78.6
ระดับปานกลาง	45	12.9
ระดับต่ำ	30	8.5
รวม	350	100
พฤติกรรมในการปฏิบัติกิจกรรม		
ระดับดี	258	73.7
ระดับปานกลาง	55	15.7
ระดับต่ำ	37	10.6
รวม	350	100
ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย		
H.I.	160/24	15.51
C.I.	263/39	14.83

จากตารางสามารถสรุปได้ว่า ประชาชนมีความรู้ ในการปฏิบัติกิจกรรมกำจัดและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 79.42 มีทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมกำจัดและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 81.43 พฤติกรรมในการปฏิบัติกิจกรรมกำจัดและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 76.57 และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย จากการสำรวจ พบว่า ค่า H.I. เท่ากับ 14.38 และ ค่า C.I. เท่ากับ 15.51 ตามลำดับ

สรุปผลการวิจัย

การพัฒนาารูปแบบการใช้ข้อมูลสถิติท้องถิ่นในการกำจัดพาหะนำโรคไข้เลือดออกขององค์การบริหารส่วนตำบลแดงหม้อ อำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานีในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยทีมผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาทีมสุขภาพในระดับตำบล ทั้งเรื่องการจัดทำแผนงานโครงการ การวิเคราะห์ปัญหา การประเมินผลการดำเนินงาน จากนั้นให้ทีมสุขภาพเป็นผู้ดำเนินการตามแผนงานโครงการที่ทีมได้กำหนดไว้ โดยทีมวิจัยเป็นผู้สนับสนุนด้านวิชาการในการออกข้อบัญญัติท้องถิ่น และกระบวนการออกข้อบัญญัติท้องถิ่น โดยรูปแบบการดำเนินงานดังกล่าวจะต้องต่อเนื่อง สม่่าเสมอ ร่วมกับการใช้มาตรการหลัก 3 อย่าง คือ มาตรการทางกายภาพ มาตรการด้านการปรับปรุงสภาพแวดล้อม และมาตรการทางชีวภาพ โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน (ภาครัฐและประชาชน) ซึ่งส่งผลให้ประชาชนมีความตื่นตัว และตระหนักในเรื่องของอันตรายจากโรคไข้เลือดออก และเห็นความสำคัญในการป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออก ซึ่งกิจกรรมส่วนใหญ่จะส่งเสริมให้ประชาชนเป็นผู้มีบทบาทหลักในการกำจัดพาหะนำโรคและแหล่งเพาะพันธุ์ในบริเวณบ้านของตนเอง ซึ่งเป็นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) แก่ประชาชน ในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยการใช้ข้อมูลสถิติของชุมชนเป็นเครื่องมือประกอบการดำเนินงาน เพื่อกระตุ้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ ทำให้สามารถลดปัจจัยที่จะก่อให้เกิดความอ่อนแอในชุมชนจึงทำให้การแก้ปัญหามีประสิทธิภาพและเกิดความต่อเนื่อง ยั่งยืน รวมทั้งการเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันของสมาชิกชุมชน โดยสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นจะส่งผลต่อผลผลิตที่ต้องการ ดังเช่น สัมพันธภาพของครอบครัว เพื่อน และชุมชนมีความสำคัญในการให้คำแนะนำแก่บุคคลในชุมชน เพื่อให้บุคคลนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรค

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2548). แนวทางการวิจัยและรักษาโรคไข้เลือดออก. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กลุ่มระบาดวิทยาและข่าวกรอง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี.

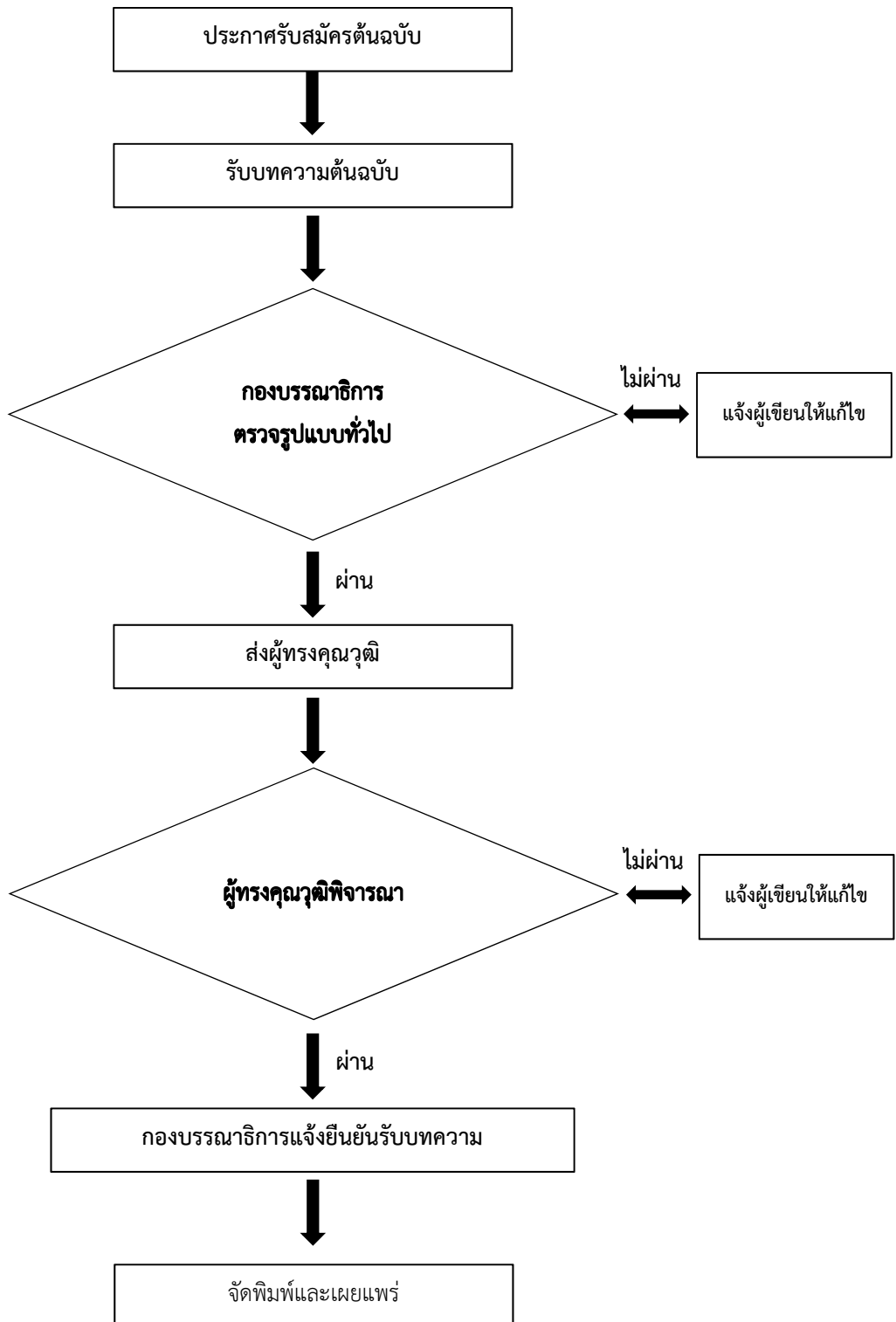
รายงานการพยากรณ์โรคไข้เลือดออก โดยใช้การวิเคราะห์หอนุกรมเวลา จังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2556 (สืบค้นเมื่อวันที่ 24 ธันวาคม 2557). แหล่งข้อมูล

URL:file:///C:/Users/urai/Downloads/report_2014_no13.pdf

- กองกึ่งวิทยาลัยทางการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2533). การทบทวนเทคโนโลยีและรูปแบบการควบคุม ยุงลายพาหะนำไข่ออกในประเทศไทย พ.ศ.2501 -2532. กรุงเทพฯ : กองกึ่งวิทยาลัยทางการแพทย์ (เอกสารพิมพ์)
- นิรมล เมืองโสม และคณะ. (2549). การบังคับใช้ข้อบังคับและมาตรการทางกฎหมายในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ: กรณีการควบคุมพาหะนำโรคไข่ออก. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น กรมควบคุมโรค.
- ประเวศ วะสี. (2539). ยุทธศาสตร์เพื่อความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจสังคมและศีลธรรม. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2553) คาดการณ์โรคและภัยสุขภาพที่สำคัญในประเทศไทย 2554. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักงานควบคุมโรคไข่ออก กรมควบคุมโรค. (2544) คู่มือการจัดการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาโรคไข่ออก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.).
- อุทัย ดุลยเกษม และอรศรี งามวิทยาพงศ์. (2540). ระบบการศึกษากับชุมชน : กรอบความคิดและการเสนอเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ : แพลนพรีนติ้ง.
- Glanz, K., Carbone, E., & Song, V. (1999). Formative research for developing targeted Skin cancer prevention programs for children in multiethnic Hawaii. *Health Education Research*. 14(2); April :155-166.
- Minkler, M. (1990). Improving Health through Community Organization. In Glanz, K.; et al. (Eds.). In *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass Press.

ภาคผนวก

ขั้นตอนการจัดทำวารสาร



แบบเสนอผลงานวิชาการเพื่อลงตีพิมพ์ใน
วารสารนวัตกรรมการทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว

ชื่อ-สกุล

(ภาษาอังกฤษ)

ตำแหน่งทางวิชาการ (โปรดระบุ)

☐ ศาสตราจารย์

☐ รองศาสตราจารย์

☐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์

☐ ดร.

☐ อาจารย์

☐ อื่นๆ

ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ (ที่ติดต่อได้)

.....
.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน โทรศัพท์มือถือ

โทรสาร E-mail

มีความประสงค์ขอส่งผลงานวิชาการ เรื่อง :

ชื่อผลงาน (ภาษาไทย)

.....
ชื่อผลงาน (ภาษาอังกฤษ)

.....
ประเภทผลงานวิชาการ ☐ บทความรับเชิญ ☐ บทความวิจัย ☐ บทความวิชาการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผลงานนี้ ☐ เป็นผลงานของข้าพเจ้าเพียงผู้เดียว

ผลงานนี้ยังไม่เคยลงตีพิมพ์ตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และจะไม่นำไปเพื่อพิจารณาตีพิมพ์
เผยแพร่ในที่อื่นๆ อีก นับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งผลงานต้นฉบับนี้ มายังกองบรรณาธิการวารสารนวัตกรรมการ
วิทยาศาสตร์สุขภาพ

.....ลายมือชื่อ เจ้าของบทความ
(.....)

วันที่

แบบรับรองพิจารณาบทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์ใน
วารสารนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ข้าพเจ้า ☐ ศาสตราจารย์ ☐ รองศาสตราจารย์ ☐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์
☐ ดร. ☐ อาจารย์

ชื่อ-สกุล

ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ (ที่ติดต่อได้)

.....

.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน โทรศัพท์มือถือ

โทรสาร E-mail

ขอรับรองว่าได้ตรวจสอบบทความวิจัยจากปริญญานิพนธ์/วิทยานิพนธ์/ดุษฎีนิพนธ์ เรื่อง :

ชื่อผลงาน (ภาษาไทย)

.....

ชื่อผลงาน (ภาษาอังกฤษ)

.....

ของนักศึกษา ชื่อ-สกุล

ว่าถูกต้องตามหลักวิชาการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ซึ่งบทความนี้ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และ
ไม่อยู่ระหว่างการเสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ในที่อื่นๆ

.....ลายมือชื่อ

(.....)

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

วันที่

ใบสมัครสมาชิก
วารสารนวัตกรรมการทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ชื่อ-สกุล

ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ (ที่ติดต่อได้)

.....

.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน โทรศัพท์มือถือ

E-mail

☐ ขอสมัครเป็นสมาชิกวารสาร “นวัตกรรมการทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ”

☐ หนึ่งปี 4 ฉบับ

ราคา 500 บาท

☐ สองปี 8 ฉบับ

ราคา 800 บาท

ชำระผ่าน ธนาคารกรุงเทพ เลขที่บัญชี 313-0-73505-4

ชื่อบัญชี วารสารนวัตกรรมการทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชธานี

โดยได้แนบหลักฐานการชำระเงิน :

☐ สำเนาหลักฐานเอกสารยืนยันการชำระเงิน ส่งทางไปรษณีย์มายังมหาวิทยาลัยราชธานี

☐ อัปโหลดหลักฐานเอกสารยืนยันการชำระเงิน มายัง e-mail: jrihs@rtu.ac.th วันที่

ฝ่ายสมาชิกวารสาร สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยราชธานี

261 เลี้ยวเมือง, ตำบลแกระเม อำเภอมืองอุบลราชธานี อุบลราชธานี, 34000

โทรศัพท์: 0-4531-9900 ต่อ 124 โทรสาร: 0-4531-9911

E-mail : jrihs@rtu.ac.th

คำแนะนำในการเตรียมและการส่งต้นฉบับ วารสารนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานทางวิชาการที่มีคุณภาพ พัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการ ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการนำเสนอ แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นเชิงวิชาการ ของ ผู้ทรงคุณวุฒิ คณาจารย์ นักศึกษา และนักวิชาการ
3. เพื่อกระตุ้นให้เกิดการวิจัย การพัฒนานวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งในทางทฤษฎีและทางปฏิบัติ ที่จะสามารถนำไปอ้างอิงประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์แก่สังคมโดยรวม

กำหนดการเผยแพร่ ปีละ 4 ฉบับ

ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม

ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน

ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน

ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม

ขอบเขตของวารสารฯ (Scope)

วารสาร Journal of Innovative Health Science รับบทความวิชาการ และบทความวิจัย ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทความนั้นต้องนำเสนอให้เห็นถึงการสร้างสรรค์องค์ความรู้ทางวิชาการที่มีประโยชน์และน่าสนใจ รวมถึงการนำเสนอผลการวิจัย ที่เป็นปัจจุบัน เป็นประโยชน์ต่อทั้งแวดวงวิชาการและวิชาชีพ โดยบทความที่จะได้รับการตีพิมพ์นั้น จะต้องผ่านการพิจารณากลั่นกรองโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความสามารถในสาขาที่บทความนั้นเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กัน โดยขอบเขตเนื้อหาทางวิชาการของวารสาร ฉบับภาษาไทย และภาษาอังกฤษ จะครอบคลุมเนื้อหาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ

สำหรับบทความที่จะลงตีพิมพ์ในวารสาร Journal of Innovative Health Science จะต้องเป็นบทความที่ไม่เคยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ หรืออยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ การละเมิดลิขสิทธิ์ถือเป็นการละเมิดลิขสิทธิ์ของผู้ส่งบทความโดยตรง การเผยแพร่ต่อไปต้องได้รับอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยลิขสิทธิ์

การพิจารณาบทความ (Editorial and Review Process)

บทความจะได้รับการพิจารณาลงตีพิมพ์จะต้องผ่านการพิจารณาจากกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาเพื่อทำการกลั่นกรองและตรวจสอบคุณภาพของบทความ ดังนี้

1. กองบรรณาธิการแจ้ง/ตอบกลับการได้รับบทความตามข้อกำหนดการส่งบทความ จากนั้นกองบรรณาธิการจะตรวจสอบชื่อเรื่องและเนื้อหาของบทความว่าเหมาะสมกับวัตถุประสงค์และอยู่ในขอบเขต (Scope) ของวารสาร

2. เมื่อกองบรรณาธิการพิจารณาเห็นควรว่าบทความเป็นบทความที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์และอยู่ในขอบเขต (Scope) ของวารสารจะดำเนินการส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาเพื่อตรวจสอบคุณภาพของบทความนั้นๆ ต่อไป โดยที่ผู้ทรงคุณวุฒิจะเป็นผู้พิจารณาว่าบทความอยู่ในระดับที่เหมาะสมที่จะลงตีพิมพ์ได้หรือบทความนั้นๆ ควรมีการแก้ไขในบางส่วนก่อนการตีพิมพ์ หรือปฏิเสธการตีพิมพ์ โดยกองบรรณาธิการจะอ้างอิงจากข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

3. กองบรรณาธิการส่งหนังสือตอบรับการตีพิมพ์หรือปฏิเสธการตีพิมพ์ให้เจ้าของบทความ

ประเภทของผลงานวิชาการที่เปิดรับตีพิมพ์

1. บทความวิจัย (Research Article) เป็นงานเขียนที่เกิดจากการวิจัยของผู้เขียนหรือสมาชิกร่วมในงานวิจัยนั้น อย่างเป็นระบบ และไม่เคยได้รับการตีพิมพ์มาก่อน

2. บทความวิชาการ (Academic Article) เป็นบทความทางวิชาการที่นำเสนอเนื้อหาสาระทางวิชาการที่น่าสนใจ ซึ่งผ่านการวิเคราะห์ หรือประมวลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น จากการวิจัยที่ผ่านมา จากเอกสารอ้างอิง จากความคิดเห็นของผู้เขียนและผู้อื่น อาจมีการนำเสนอในมุมมองใหม่ ที่สนับสนุนหรือคัดค้านต่อทฤษฎี หรือองค์ความรู้ทางวิชาการเดิม หรือเป็นการนำเสนอแนวทางในการวิเคราะห์องค์ความรู้ใหม่ๆ ที่ไม่เคยมีผู้รวบรวมเรียบเรียง หรือวิเคราะห์มาก่อน

การเตรียมบทความเพื่อการตีพิมพ์ในวารสาร

บทความวิจัย ประกอบด้วย

1. ชื่อเรื่อง (Title) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. ชื่อผู้เขียน (Author(s)) ใช้ชื่อเต็มทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
3. บทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นเรียงความย่อหน้าเดียว ที่สรุปสาระสำคัญของบทความไว้โดยครบถ้วน และควรมีความยาวไม่เกิน 300 คำ
4. คำสำคัญ (Keywords) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวนไม่เกิน 4 คำ และระบุไว้ท้ายบทคัดย่อ
5. เนื้อหา (Contents) ควรประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้
 1. บทนำ (Introduction)
 2. วิธีดำเนินการวิจัย (Methods)
 3. ผลการวิจัย (Results)
 4. สรุปและอภิปรายผล (Conclusion and Discussion)
 5. เอกสารอ้างอิง (References)
6. เอกสารอ้างอิง (References) ใช้การอ้างอิงและบรรณานุกรมของ APA 6th Edition Style (American Psychology Association)

บทความวิชาการ ประกอบด้วย

1. ชื่อเรื่อง (Title) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. ชื่อผู้เขียน (Author(s)) ใช้ชื่อเต็มทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
3. บทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นเรียงความย่อหน้าเดียว ที่สรุปสาระสำคัญของบทความไว้โดยครบถ้วนและควรมีความยาวไม่เกิน 300 คำ
4. คำสำคัญ (Keywords) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวนไม่เกิน 4 คำ และระบุไว้ท้ายบทคัดย่อ
5. เนื้อหา (Contents) ควรประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้
 1. บทนำ (Introduction)
 2. สาระในประเด็นต่างๆ (Contents)
 3. สรุปและอภิปราย (Conclusion and Discussion)
 4. เอกสารอ้างอิง (References)

6. เอกสารอ้างอิง (References) ใช้การอ้างอิงและบรรณานุกรมของ APA 6th Edition Style (American Psychology Association)

การเตรียมต้นฉบับผลงานที่รับตีพิมพ์ (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

1. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยกระดาษ A4 พิมพ์หน้าเดียว ระยะบรรทัด 1 เท่า (Single Space) พร้อมระบุเลขหน้า และตั้งระยะขอบกระดาษ ขอบบน 1 นิ้ว ขอบซ้าย 1.25 นิ้ว ขอบขวา 1.25 นิ้ว

2. ชื่อเรื่อง ต้องมีทั้งชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 18 point ตัวหนาทั้งกลางหน้ากระดาษ

3. ชื่อผู้เขียน (Author(s)) ใช้ชื่อเต็มทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 point ชิดขวาหน้ากระดาษ โดยระบุชื่อผู้เขียนของแต่ละคนที่มีส่วนในงานวิจัยเรียงตามลำดับความสำคัญ

4. บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทคัดย่อภาษาไทย ให้ใช้คำว่า “บทคัดย่อ” ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 18 point ตัวหนาชิดซ้ายหน้ากระดาษ ส่วนเนื้อหาของบทคัดย่อ ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 point จัดแบบกระจายให้สม่ำเสมอ จำนวนไม่เกิน 300 คำ

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ให้ใช้คำว่า “Abstract” ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 18 point ตัวหนาชิดซ้ายหน้ากระดาษ ส่วนเนื้อหาของบทคัดย่อ ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 point จัดแบบกระจายให้สม่ำเสมอ จำนวนไม่เกิน 300 คำ

5. เนื้อหา

5.1 เนื้อหาของต้นฉบับของบทความวิจัยและบทความวิชาการ มีความยาวไม่เกิน 15 หน้า กระดาษ A4 (รวมบทคัดย่อ เนื้อหา และเอกสารอ้างอิง)

5.2 เนื้อหาหัวเรื่อง ภาษาไทย ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 point ตัวหนา และเนื้อหาหัวเรื่องภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดซ้ายหน้ากระดาษ

5.3 เนื้อหาบทความภาษาไทยให้ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 point และเนื้อหาบทความภาษาอังกฤษให้ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 point จัดแบบกระจายให้สม่ำเสมอ

6. ให้ใช้ระยะห่างระหว่างบรรทัด (Line Space) 1 บรรทัด

7. ข้อมูลในส่วนเชิงอรรถ

7.1 ข้อมูลผู้เขียน ให้ระบุ ชื่อ-นามสกุลของผู้เขียนทุกคน (ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ) ตำแหน่ง หน่วยงานที่สังกัด E-mail หรือหมายเลขโทรศัพท์ โดยใช้หมายเลขกำกับตามลำดับ และให้ใส่เครื่องหมาย * เป็นตัวยกกำกับท้ายชื่อผู้แต่งหลัก (Corresponding Author) ภาษาไทย ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 14 point และภาษาอังกฤษ ให้ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 14 point

7.2 ส่วนประกอบอื่นหรือแหล่งที่มาของบทความ เช่น แหล่งทุนให้นำไปไว้ในส่วนของกิตติกรรมประกาศ

8. การอ้างอิงเอกสารให้ใช้รูปแบบ APA 6th Edition Style (American Psychology Association)

9. ใช้ตัวเลขอารบิกเท่านั้น และไม่ให้เกิดการตั้งค่าตัวเลขอัตโนมัติ

หมายเหตุ : นักศึกษาที่ส่งบทความวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ หรือสารนิพนธ์ จะต้องมีการรับรองจากประธาน หรือกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์หลักให้พิจารณาลงพิมพ์เผยแพร่

การติดต่อในการส่งบทความ

งานวารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชธานี

เลขที่ 261 ถนนเลียงเมือง ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000

โทรศัพท์ : 045-319-900 ต่อ 124

โทรสาร : 045-319-911

E-mail: jrihs@rtu.ac.th

Contents

บทความวิชาการ

- การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการ
สุนทรี ภาณุทัต, จำลอง ชูโต, เฉลิมศรี นันทวรรณ, อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์
และทัศนีย์ พกษาชีวะ **1**
- การป้องกันปัญหาภาวะสุขภาพของเด็กติดเกมออนไลน์
ขวัญจิต เฟิงแป้น **16**

บทความวิจัย

- ประสบการณ์ความปวดและพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ในการจัดการกับความปวดของผู้สูงอายุ
นุสรุ ประเสริฐศิริ , สาวิตรี วงศ์ศรี , สุกัญญา สระแสง **33**
- ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม
ในการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2
จังหวัดอุบลราชธานี **45**
- จิตติมา โกศลวิตร , ภัฏญารัตน์ กันยะกาญจน์ , สุทธิพงษ์ สุทธิลักษณ์กุล ,
ชนิสรา หล้ามาชน
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพของผู้สัมผัสอาหาร
ในเขตเทศบาลตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
อัญชนา แก้วไธสง , ศิริจรรยา วิเศษน้ำ, ภคิน ไชยช่วย, นัจรินทร์ เนืองเฉลิม **64**
- การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย
ของคณงานท่าเฟอร์นิเจอร์ไม้ ตำบลโนนก่อ อำเภอสรินทร จังหวัดอุบลราชธานี
ชนิสรา สังขะศรี , ชญานนท์ พิมพบุตร, นิธิ ปรังสา, ภคิน ไชยช่วย **81**
- การพัฒนารูปแบบการใช้ข้อบัญญัติท้องถิ่นในการควบคุม
แหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายขององค์การบริหารส่วนตำบลแดงหม้อ
อำเภอเขิองใน จังหวัดอุบลราชธานี **99**
- มนัสนันท์ ลิ้มปวิทยากุล ,วันชัย สีหะวงษ์ ,รงค์ดี ดอกจันทร์

