



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสาร

# สุขศึกษาและสื่อสารสุขภาพ

Journal of Health Education and Communication

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2559

ISSN 2465-4124

**วารสารสุขศึกษาและสื่อสารสุขภาพ**  
**Journal of Health Education and Communication**  
ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2559

### หลักการเหตุผล

ปัจจุบันการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เป็นประเด็นสำคัญที่องค์กรหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนให้ความสำคัญมีการศึกษาค้นคว้า ทดลอง หรือใช้กระบวนการใหม่ๆ ในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมายเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อมุ่งสู่การมีสุขภาพดีอย่างถ้วนหน้า

การนำกระบวนการสุศึกษา และการสื่อสารสุขภาพมาใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ มีการขยายผลลงสู่พื้นที่ที่มีความหลากหลายในรูปแบบของการทดลอง การศึกษา เพื่อหาวิธีการที่มีประสิทธิภาพประสิทธิผลที่สุด ก่อให้เกิดผลงานวิชาการเกิดขึ้นอย่างมากมายทั้งในกลุ่มนักวิชาการ นักปฏิบัติด้านการสาธารณสุข

วารสารสุศึกษาและสื่อสารสุขภาพ จึงเป็นเวทีทางวิชาการที่ต้องการส่งเสริมและเผยแพร่ วิทยาการความรู้ความคิดทางวิชาการและวิชาชีพที่เกี่ยวกับการดำเนินงานสุศึกษา การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เช่น งานสุศึกษา การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย การส่งเสริมสุขภาพ การสื่อสารเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งเป็นแหล่งสารสนเทศทางวิชาการด้านสุศึกษาเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ เป็นแหล่งประสานแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจรวมทั้งการปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินงานสุศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และการสื่อสารสุขภาพ ด้วยแนวคิด ทฤษฎี กลวิธีสมัยใหม่รวมทั้งเรื่องที่จะเป็นประโยชน์แก่นักวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข นักปฏิบัติการด้านสาธารณสุข นักวิจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ นักวิชาการด้านการเผยแพร่ การสื่อสารสุขภาพและผู้สนใจทั่วไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่บทความ ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการด้านการสุศึกษา การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ สาธารณสุข และการสื่อสารสุขภาพ ตลอดจนความรู้ทางด้านสุขภาพทั่วไป
2. เพื่อเป็นแหล่งให้นักวิชาการและนักปฏิบัติการด้านสุศึกษา การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ ได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อพัฒนาศาสตร์ด้านการสุศึกษา การสื่อสารสุขภาพ การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
3. เพื่อส่งเสริมให้นักวิชาการและนักปฏิบัติการด้านสุศึกษา การสื่อสารสุขภาพ นักพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเกิดแรงจูงใจในการเขียนบทความทางวิชาการและงานวิจัยเพื่อพิมพ์เผยแพร่ ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาผลงานวิชาการ

## บรรณาธิการ

วารสารสุขศึกษาและสื่อสารสุขภาพ เป็นเวทีทางวิชาการที่ต้องการส่งเสริมและเผยแพร่วิทยาการ ความรู้ ความคิดทางวิชาการ และวิชาชีพที่เกี่ยวกับการดำเนินงานสุขศึกษา การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เช่น งานสุขศึกษา การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย การส่งเสริมสุขภาพ การสื่อสารเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งเป็นแหล่ง สารสนเทศทางวิชาการ ด้านสุขศึกษาเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ เป็นแหล่ง ประสาน แลกเปลี่ยนความรู้ ความเข้าใจ รวมทั้งการปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อ พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และการสื่อสารสุขภาพ ด้วยแนวคิด ทฤษฎี กลวิธีสมัยใหม่ รวมทั้งเรื่องที่จะเป็น ประโยชน์แก่นักวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข นักปฏิบัติการด้านสาธารณสุข นักวิจัยด้าน พฤติกรรมสุขภาพ นักวิชาการด้านการเผยแพร่ การสื่อสารสุขภาพและผู้สนใจทั่วไป

วารสารสุขศึกษาและสื่อสารสุขภาพ ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 มีบทความพิเศษ เรื่องกระบวนการสื่อสาร เพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของ จังหวัดสิงห์บุรี ซึ่งเป็นผลศึกษาการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะในประเด็นเรื่องการเฝ้า ระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ เนื่องจาก เบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่เป็น ปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลก เป็นภัยคุกคามที่ลุกลามอย่างรวดเร็วไปทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อ การพัฒนาทางเศรษฐกิจอย่างมาก อีกทั้งการศึกษาดังกล่าวยังก่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ นำสู่การกำหนด นโยบายสาธารณะ ด้านสุขภาพ ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

กองบรรณาธิการยินดีรับบทความวิชาการทางด้านการศึกษา การสื่อสารสุขภาพ การพัฒนา พฤติกรรมสุขภาพและสาธารณสุข ตลอดจนความรู้ทางด้านสุขภาพทั่วไปที่ครอบคลุมงานวิชาการ ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน เพื่อลงตีพิมพ์เผยแพร่ในฉบับถัดไป หวังเป็นอย่างยิ่งว่า ประโยชน์ทางวิชาการที่จะเกิดจากวารสารฉบับนี้ จะช่วยส่งเสริมให้นักวิชาการ นักปฏิบัติและนักวิจัย ได้เกิดแรงบันดาลใจในการทำงานเพื่อสุขภาพที่ถูกต้องของประชาชนต่อไป

เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี

บรรณาธิการ

# วารสารสุขศึกษาและสื่อสารสุขภาพ ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2559

## ■ เจ้าของและผู้จัดพิมพ์

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

## ■ ที่ปรึกษา

นาวาอากาศตรี นายแพทย์บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์

นายแพทย์ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์

นายแพทย์ธงชัย กิริติห์ตถยากร

นายแพทย์ณัฐวุฒิ ประเสริฐสิริพงศ์

## บรรณาธิการบริหาร

นางสาวเบญจมาศ สุรมิตรไมตรี

## ผู้ช่วยบรรณาธิการบริหาร

นางดวงมालย์ สัมมาวิภาวิกุล

## ■ กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.ประสิทธิ์ ลีระพันธ์

รองศาสตราจารย์ ดร.เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์

ศาสตราจารย์ ดร.ทนพ.กิตติพงษ์ เกิดฤทธิ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กำพล แสงบุญสถิต

ดร.นายแพทย์วิชัย เทียนถาวร

อาจารย์ ดร.ขวัญเมือง แก้วดำเกิง

ดร.วิโรจน์ เล็งรักษา

นายแพทย์ไชนันท์ ทยาวิวัฒน์

นางสาวอำมร บรรจง

นางวิมลศรี อุทัยพัฒนาชีพ

นางสาวมะลิ ไพฑูรย์เนรมิต

นางพิศมัย สุขอมรัตน์

นางสาวทิวาพร กลมกล่อม

นายยุทธพงษ์ ขวัญขึ้น

นายประวิทย์ เกตุทอง

นางสาวสุธาทิพย์ จันทร์ักษ์

นางพานิพันธุ์ ฉัตรอำไพวงศ์

นางสาวธัญชนก ชุมทอง

นายนิรันดร์ เชี่ยวชาญชัยกุล

นางพิณญาติ อภัยฤทธิ

นางศิริวรรณ ตึกขาว

นางสาวสุภาวิณี แสงเรือน

นายอำนาจ คำยาดี

นางสาววิภาวิน โมสูงเนิน

นายธนวรรณ ยูทชัย

## ■ สำนักงาน

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทร. 0-2193-7000 ต่อ 18705

E-mail: Journal.hed@gmail.com

## สารบัญ

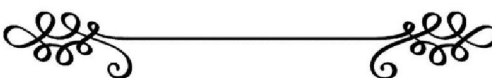
เรื่อง	หน้า
<b>บทความพิเศษ</b> กระบวนการสื่อสาร เพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ของจังหวัดสิงห์บุรี <i>ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร</i>	1
<b>รูปแบบการสื่อสารต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน</b> <i>ศิริวรรณ ตี๊กขาว</i>	9
<b>การขับเคลื่อนความเข้มแข็งทางสังคมในการร่วมมือป้องกันควบคุมโรคมะเร็ง ของประเทศไทย</b> <i>กิตติพงษ์ เกิดฤทธิ์</i>	26
<b>ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ ทัศนสุขภาพ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนวัดดาว ตำบลวัดดาว อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี</b> <i>สมทรง ภัคดีนารถ</i>	41
<b>ประสิทธิผลของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุ</b> <i>ปณรตี เชื้ออินตะ</i>	48

## บทความพิเศษ

กระบวนการสื่อสาร เพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในการเฝ้าระวัง  
ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของจังหวัดสิงห์บุรี

ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร

คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา



# กระบวนการสื่อสาร เพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของจังหวัดสิงห์บุรี

วิชัย เทียนถาวร

## บทนำ

ความมั่นคงของมนุษย์ในบริบทของสังคมไทยประกอบด้วย 10 มิติ ดังนี้ 1) มิติที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ 2) มิติสุขภาพอนามัย 3) มิติการศึกษา 4) มิติการทำงานและรายได้ 5) มิติครอบครัว 6) มิติความมั่นคงส่วนบุคคล 7) มิติการสนับสนุนทางสังคม 8) มิติสังคมวัฒนธรรม 9) มิติสิทธิและความเป็นธรรม 10) มิติการเมืองและธรรมาภิบาล

สิ่งจำเป็นพื้นฐานของการมีสุขภาพที่ดี ประกอบด้วยสภาพแวดล้อมและทรัพยากรพื้นฐานเพื่อการมีสุขภาพดี คือ สันติภาพ ที่อยู่อาศัย การศึกษา อาหาร รายได้ นิเวศน์ที่มั่นคง ทรัพยากรที่ยั่งยืน ความยุติธรรมในสังคมและความเสมอภาค การส่งเสริมสุขภาพ จึงต้องดำเนินการบนรากฐานและหลักคิดวิธีการอันได้แก่ การชี้แนะ (Advocate) สร้างสมรรถนะ (Enable) และเป็นสื่อกลาง (Mediate)

จากการทบทวนเอกสารพบว่า นโยบายเกี่ยวกับสุขภาพที่ทันสมัยไม่ได้จำกัดที่การบริหารจัดการ การจัดการให้มีประสิทธิภาพหรืองบประมาณทั่วไป การลงทุนเพื่อสุขภาพนั้นควรถือเป็นการลงทุนในปัจจุบันนำเข้าไปเพิ่มโอกาสในการพัฒนาประเทศ ใน Ontario นโยบายสุขภาพได้รับการยอมรับร่วมลงทุนจากหลายหน่วยงาน เป็นการร่วมพัฒนาทรัพยากรบุคคล โดยถือว่าเป็นนโยบายซึ่งจะนำไปสู่ความมั่งคั่ง และการพัฒนาประเทศโดยรวม ดังคำกล่าวต่อไปนี้คือ “เงินที่ใช้เพื่อการดูแลสุขภาพของประชากรจะส่งผลถึงความมั่งคั่งของประเทศและช่วยลดต้นทุนที่ใช้ในเรื่องทรัพยากรบุคคลากรของประเทศ”

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO) ให้แนวทางไว้ว่ากลยุทธ์และโครงการในการ

ส่งเสริมสุขภาพ จะต้องปรับให้สอดคล้องกับความต้องการ และความเป็นไปได้ของท้องถิ่นและประเทศ ซึ่งมีความแตกต่างกันในด้านสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจโดยวิธีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย

1. สร้างนโยบายสาธารณะที่จะส่งเสริมสุขภาพ (Build Healthy Public Policy)
2. สร้างสภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment)
3. การเพิ่มความสามารถของชุมชน (Strengthen Community Action)
4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills)
5. การปรับระบบการบริการสุขภาพ (Reorient Health Services)

จากความสำเร็จและความจำเป็นในการพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์ในมิติครอบครัวและสุขภาพอนามัย การดำเนินงานเพื่อการขับเคลื่อนให้เกิดความเข้มแข็งในระดับปัจเจก คือ การส่งเสริมสุขภาพอนามัยตั้งแต่เกิดจนตาย จึงเป็นความน่าสนใจที่จะศึกษาเพื่อให้เห็นกระบวนการและร่องรอยของการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะในประเด็นเรื่องการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ทั้งนี้เนื่องจากเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลก เป็นภัยคุกคามที่ลุกลามอย่างรวดเร็วไปทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อพัฒนาทางเศรษฐกิจอย่างมาก จากข้อมูลสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation; IDF) รายงานว่า ในปัจจุบันทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน 4 ล้านคนต่อปี เฉลี่ย 8 วินาทีต่อ 1 คน และพบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานมากกว่า 300 ล้านคน คนที่อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางมีโอกาสเป็นเบาหวานเร็วกว่าคนที่อยู่ในประเทศที่มีรายได้สูง 10-20 ปี โดยพบมากขึ้นในวัยทำงาน

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย จากข้อมูลสถิติ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า สถานการณ์ป่วยและเข้ารับการรักษาในสถาน บริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขด้วย โรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภาค เมื่อเปรียบเทียบจากข้อมูล 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2543-2553) พบว่า อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน จะมีผู้ป่วยด้วยโรค ความดันโลหิตสูง จาก 259 เป็น 1,349 ซึ่งถือว่ามีอัตราการเพิ่มที่สูงขึ้นกว่า 5 เท่า (ข้อมูลสำนัก โรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค) เบาหวาน ความดัน โลหิตสูง จึงกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ของประเทศไทย

จังหวัดสิงห์บุรี เป็นจังหวัดที่มีจำนวน ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สูงเป็นอันดับ 10 ของประเทศไทย ในปี 2553 อัตราการเข้า รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคความดัน โลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และ โรคหลอดเลือดสมอง ของจังหวัดสิงห์บุรี เทียบ กับปี 2551 พบว่า โรคที่มีอัตราการเข้ารับ การรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ได้แก่ โรคเบาหวานร้อยละ 1.32 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 2.8 และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 0.54 ตามลำดับ ดังนั้น ในปี 2555 สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี จึงได้กำหนดเข็มมุ่ง ของจังหวัดในการที่จะลดกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ลดอัตราการตายจากโรคแทรกซ้อนเบาหวาน ความดัน โลหิตสูง ด้วยการนำสู่การปฏิบัติภายใต้นโยบาย ลดอัตราป่วย ตาย และผลกระทบ จากโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดัน โลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด และ โรคมะเร็งอย่างมีบูรณาการและครบวงจร ตามระบบ ใฝ่ระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในประเทศไทย

การดำเนินงานใฝ่ระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งถือเป็นนโยบายสาธารณะอันสำคัญด้านสุขภาพของ

ประเทศไทย โดยเฉพาะมิติของการสื่อสารเพื่อ ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณสุข ด้วยการสื่อสาร ลักษณะป้องกันปัจจัยเสี่ยง 7 สี จึงได้จัดทำ กรอบการศึกษาการสื่อสารเพื่อการขับเคลื่อน นโยบายสาธารณะการใฝ่ระวัง ควบคุมป้องกัน โรคเบาหวานความดันโลหิตสูง ศึกษากรณี จังหวัดสิงห์บุรีให้ทราบถึงกระบวนการสื่อสาร เพื่อการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะฯ ทั้งนี้ เพื่อให้ได้องค์ความรู้ใหม่ในการกำหนดนโยบาย สาธารณะด้านสุขภาพ และกระบวนการสื่อสาร เพื่อการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้าน สุขภาพที่มีประสิทธิภาพต่อไป

### จากปัญหาสู่การศึกษา

การดำเนินโครงการใฝ่ระวัง ควบคุม ป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ด้วยสื่อ ลักษณะป้องกันปัจจัยเสี่ยง 7 สี มีการประกาศ นโยบายเป้าหมายอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม เมื่อวันที่ 17 สิงหาคม 2555 ณ ศูนย์ประชุม และนิทรรศการอิมแพ็ค เมืองทองธานี โดยสำนัก นโยบายและยุทธศาสตร์ ทั้งนี้ การประกาศ นโยบายดังกล่าว ได้มีการนำเสนอพื้นที่ต้นแบบ การดำเนินงานใฝ่ระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ด้วยป้องกัน ปัจจัยเสี่ยง 7 สี คือ จังหวัดสิงห์บุรี ที่มีการ ดำเนินงานตั้งแต่เดือนมีนาคมปี พ.ศ. 2555 ในพื้นที่นำร่อง 6 หมู่บ้าน กระทั่งขยายผล เพิ่มพื้นที่จังหวัดสิงห์บุรี เมื่อวันที่ 12 สิงหาคม 2555 นำมาสู่การลงนาม ข้อตกลงความร่วมมือในการ ดำเนินงานพัฒนาระบบใฝ่ระวังโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ด้วยป้องกันปัจจัยเสี่ยง 7 สี และสร้างองค์กรสร้างสุขภาพ สำหรับส่วน ราชการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อ สร้างระบบการดูแลสุขภาพ เป็นองค์กรสร้าง สุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขและส่วน ราชการอื่นๆ รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เมื่อวันที่ 9 กันยายน 2556

จากสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในภาพรวม



ของประเทศ สู่ภาพความสำเร็จการดำเนินงานของจังหวัดสิงห์บุรี ทำให้ผู้วิจัยต้องการหาคำตอบในประเด็น ของกระบวนการสื่อสารเพื่อการขับเคลื่อนนโยบายสู่การประกาศเป็นนโยบายสาธารณะของจังหวัดสิงห์บุรีว่า

1. การสื่อสารเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ การเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ของจังหวัดสิงห์บุรี มีกระบวนการและรูปแบบอย่างไร

2. นโยบายและแนวทางการปฏิบัติการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ของประเทศไทยด้วยสื่อสัญลักษณ์ “ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” มีการดำเนินการอย่างไร

3. การนำ การเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงด้วยสื่อสัญลักษณ์ “ปิงปองจราจร ชีวิต 7 สี” มาใช้ในการดำเนินงาน ของจังหวัดสิงห์บุรี มีประสิทธิผลเป็นอย่างไร จึงทำให้เป็นจังหวัดต้นแบบก่อนขยายสู่ทั่วประเทศและเป็นพื้นที่ศึกษาดูงานจากทั่วประเทศ

การศึกษา การสื่อสารเพื่อการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ การเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง : ศึกษากรณีจังหวัดสิงห์บุรี นั้น จัดได้ว่าเป็นการศึกษากระบวนการสื่อสารระหว่างฝ่ายการเมือง ผู้ปฏิบัติ กับฝ่ายประชาชน เพื่อคู่มือการไหลเวียนหรือการขับเคลื่อนสาร โดยเฉพาะนโยบายฯ การใช้ สื่อสัญลักษณ์ “ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” ในระบบเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ว่ามีกระบวนการอย่างไร ก่อให้เกิดผลกับประชาชน และส่งผลกระทบต่อในเชิงการเมืองอย่างไร ซึ่งในการวิจัยนี้ ได้นำกรอบแนวคิดและแบบจำลองการสื่อสารทางการเมือง (Political Communication) ของ Brian McNair มาใช้ในการสื่อสารทางการเมืองผ่านสื่อมวลชนไปยัง “ประชาชน” ทั้งคนปกติและคนป่วยซึ่งเป็นผู้

เลือกตั้ง และใช้แบบจำลองสื่อสารทางการเมืองประยุกต์โดย ดร.นันทนา นันทวโรภาส ซึ่งเพิ่มเติมจากแบบจำลองของ Brian McNair คือ การสื่อสารตรงระหว่างองค์กรทางการเมืองกับประชาชน โดยประยุกต์ให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิด แบบจำลองและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

### แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ

นโยบายสาธารณะ มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อทั้งผู้กำหนดนโยบายและผู้รับผลของนโยบาย โดยความสำคัญต่อผู้กำหนดนโยบายนั้น รัฐบาลที่สามารถกำหนดนโยบายให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน และสามารถนำนโยบายไปปฏิบัติจนประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลจะได้รับความเชื่อถือ และความนิยมจากประชาชน ส่งผลให้รัฐบาลดังกล่าวมีโอกาสในการดำรงอำนาจในการบริหารประเทศยาวนานขึ้น ส่วนความสำคัญต่อประชาชน นโยบายสาธารณะเป็นผลผลิตทางการเมืองเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน ดังนั้นประชาชน สามารถแสดงออกซึ่งความต้องการของพวกเขาผ่านกลไกทางการเมืองต่างๆ เช่น ระบบราชการ นักการเมือง ความต้องการดังกล่าวจะถูกนำเข้าสู่ระบบการเมืองไปเป็นนโยบายสาธารณะ เมื่อมีการนำนโยบายไปปฏิบัติและได้ผลตามเป้าประสงค์ก็จะทำให้ประชาชนมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

การวิจัยนี้ เป็นกระบวนการสื่อสารเพื่อการขับเคลื่อนนโยบาย จึงต้องมีการอธิบายให้เห็นภาพในเชิงสื่อสารทางการเมืองซึ่งผู้กำหนดนโยบายได้ดำเนินการสื่อสารสู่ประชาชน ซึ่งเป็นผู้รับสาร โดยสามารถสื่อสารผ่านสื่อไปยังประชาชนและขณะเดียวกันก็สามารถสื่อสารไปยังประชาชนโดยผ่านช่องทางการสื่อสารอื่นๆ ที่นอกเหนือจากสื่อมวลชนซึ่งการสื่อสารในลักษณะเช่นนี้ ทำให้ผู้ส่งสารสามารถแปรเป็น ผู้รับสาร และผู้รับสารก็พร้อมที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ส่งสารได้เช่นเดียวกัน อันเป็นการอธิบายที่แสดงให้เห็นการสื่อสารสองทางที่ย่อมส่ง

ผลดีต่อวัตถุประสงค์ของการสื่อสารเมื่อเกิดการตรวจสอบความเข้าใจระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร

### วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษากระบวนการสื่อสารของจังหวัดสิงห์บุรี ในการขับเคลื่อนนโยบายการเฝ้าระวังควบคุม ป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ด้วยสื่อสัญลักษณ์ ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี จากระดับนโยบายส่วนกลาง ไปยังจังหวัด ลงสู่ผู้ปฏิบัติ และประชาชนเป้าหมาย ในฐานะผู้รับสาร เนื่องจากการศึกษานี้มุ่งเน้นที่การสื่อสารที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายให้เกิดขึ้นทั้งจังหวัด ซึ่งเป็นการดำเนินงานในเชิงกระบวนการ และเกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บที่ต้องมีองค์ประกอบทั้งในเรื่องของบุคคล พฤติกรรม สภาพแวดล้อม ผู้วิจัยจึงเลือกใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นเครื่องมือในการศึกษา เพื่อให้สามารถเก็บรวบรวมรายละเอียดได้อย่างครบถ้วน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ

1. การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) ผู้เกี่ยวข้องทั้งในระดับบริหารและปฏิบัติ
2. การวิเคราะห์เอกสาร (Document Analysis) ที่เกี่ยวข้องในการสื่อสารเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ในระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย รวมถึงเอกสารรายงานผลการดำเนินงานของจังหวัดสิงห์บุรี

### ผลการศึกษา

1. กระบวนการกำหนดนโยบาย การวิเคราะห์นโยบาย และการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ การเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของจังหวัดสิงห์บุรี พบว่า มีการประกาศเป็นนโยบาย โดยนายกรัฐมนตรีนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร ได้แถลงต่อรัฐสภาเมื่อ วันที่ 23-24 สิงหาคม

2554 จัดให้มีมาตรการ สร้างสุขภาพโดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการป่วย ตาย และผลกระทบจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด และโรคมะเร็ง อย่างมีบูรณาการและครบวงจร ตั้งแต่การมีนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ จัดให้มีการสื่อสารสาธารณะของรัฐ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้ความรู้ป้องกันโรคเพื่อการดูแลรักษาสุขภาพเชิงรุก ตลอดจนคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ทั้งนี้ นโยบายดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุข ได้นำมาวางกรอบนโยบายการบริหารงาน เร่งรัดมาตรการสร้างสุขภาพ โดยมีเป้าหมาย เพื่อลดอัตราการป่วย ตาย และผลกระทบจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงกำหนดเป็นตัวชี้วัด ของกระทรวงสาธารณสุขในการคัดกรองประชาชนกลุ่มเป้าหมายเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยและผู้มีภาวะแทรกซ้อน เพื่อดำเนินการป้องกันในกลุ่มเสี่ยงและการดูแลรักษาในกลุ่มป่วย เพื่อให้สามารถควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้ได้ ลดอัตราการป่วย ตาย ให้ได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี โดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ในฐานะจังหวัดพื้นที่นำร่องการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้เชิญสาธารณสุขอำเภอและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน NCDs ในระดับอำเภอได้ร่วมประชุมฟังการชี้แจงรับฟังแนวทางในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งรับมอบนโยบายในการดำเนินงานตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ ใน 6 อำเภอ 6 ตำบล 6 หมู่บ้าน ตั้งแต่เดือนมกราคม และเริ่มดำเนินการในเดือนกุมภาพันธ์ ก่อนเริ่มเปิดตัวโครงการอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 18 เมษายน 2555 ภายใต้โครงการ การเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน

โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ด้วยป้องกัน  
จรรยาชีวิต 7 สี

#### การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ

ระยะที่ 1 หลังรับนโยบายในระดับ  
อำเภอได้คัดเลือกตำบลนาร่อง 1 ตำบล และ  
คัดเลือกหมู่บ้านนาร่อง 1 หมู่บ้าน เพื่อนำ  
รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ควบคุม  
โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงด้วยป้องกัน  
จรรยาชีวิต 7 สี ไปสู่การปฏิบัติ

ระยะที่ 2 ขยายพื้นที่การดำเนินงาน  
ตามนโยบายการดำเนินงานเฝ้าระวัง ควบคุม  
โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงด้วยป้องกัน  
จรรยาชีวิต 7 สี ไปยังทุกตำบลในพื้นที่ของทั้ง 6  
อำเภอ และในแต่ละตำบลได้คัดเลือกหมู่บ้าน  
นาร่อง ตำบลละ 1 หมู่บ้าน โดยมีตำบลต้นแบบ  
ที่ดำเนินการในระยะที่ 1 ทำหน้าที่เป็นที่เลี้ยง  
สอน แนะนำการปฏิบัติงาน ให้แก่ตำบลอื่นๆ  
รวมทั้งยังคงปฏิบัติงาน ตามนโยบายดำเนินงาน  
เฝ้าระวัง ควบคุมโรค ป้องกันโรคเบาหวาน  
โรคความดันโลหิตสูง ด้วยป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี  
อย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 ขยายพื้นที่การดำเนินงาน  
ตามนโยบายฯ ไปยังทุกหมู่บ้านในทุกตำบล  
ทุกอำเภอของจังหวัดสิงห์บุรี ครอบคลุมทุกพื้นที่  
ของจังหวัดสิงห์บุรี เมื่อเดือนสิงหาคม 2555  
ทั้งนี้ รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุข มีการ  
ประกาศนโยบายเป้าหมายอย่างชัดเจนเป็น  
รูปธรรม เมื่อวันที่ 17 สิงหาคม 2555 ณ ศูนย์  
ประชุมและนิทรรศการอิมแพ็ค เมืองทองธานี  
โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ รวมถึงได้มี  
หนังสือสั่งการกระทรวงสาธารณสุข เรื่องระบบ  
เฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดัน  
โลหิตสูง ในการประชุมกระทรวงสาธารณสุข  
ครั้งที่ 9 เมื่อวันที่ 9 ตุลาคม 2555 พร้อมทั้ง  
มอบหมายให้หน่วยงานต่างๆ รับทราบ และ  
บูรณาการ ให้เป็นเอกภาพ

2. ผลการศึกษากระบวนการสื่อสาร  
เพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในการเฝ้าระวัง

ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง  
ของจังหวัดสิงห์บุรี พบว่า มีการใช้กลยุทธ์ในการ  
สื่อสารเพื่อการถ่ายทอดไปยังกลุ่มเป้าหมาย  
ในแต่ละระดับที่แตกต่างกัน

ระดับบริหาร มีการจัดประชุมชี้แจงแก่  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ  
ทุกแห่ง ระดับปฏิบัติมีการจัดประชุมเจ้าหน้าที่  
ผู้รับผิดชอบงาน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล  
ส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกท่าน และสร้างทีมงาน

กลยุทธ์ในการสื่อสารข้อมูลสำหรับ  
เจ้าหน้าที่พยาบาลในพื้นที่ ใช้การประชุมชี้แจง  
โดยพยาบาล จากตำบลนาร่องในระยะที่ 1  
พร้อมทั้งมีคู่มือในการดำเนินงานสำหรับ  
ผู้ปฏิบัติงานในทุกสถานบริการ และให้พยาบาล  
ในตำบลนาร่องและพยาบาลที่เข้าใจในหลักการ  
ดำเนินงานป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี เป็นพี่เลี้ยง  
และที่ปรึกษาให้แก่ รพ.สต. อื่นๆ

กลยุทธ์ในการสื่อสารข้อมูลสำหรับ  
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นในพื้นที่ ให้พยาบาลที่  
เป็นที่ปรึกษา ในระดับอำเภอทำคู่มือที่สื่อสาร  
ง่ายๆ เอกสาร แผ่นพับ ให้กับเจ้าหน้าที่อื่นๆ  
นอกจากนี้มีการประชุมชี้แจง และทดลอง  
เรียนรู้ก่อนที่จะลงไปปฏิบัติงานในพื้นที่

กลยุทธ์การสื่อสารในเจ้าหน้าที่อื่นๆ  
ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการให้พยาบาลประจำ  
ในแต่ละ รพ.สต. ชี้แจงทำความเข้าใจแก่  
เจ้าหน้าที่

กลยุทธ์ในการสื่อสารต่อ อสม. และ  
ประชากรในพื้นที่ มีการใช้กลยุทธ์ที่หลากหลาย  
โปสเตอร์ ป้ายต่างๆ ประชาสัมพันธ์ทำความเข้าใจ  
แก่ประชาชนติดไว้ในที่ที่เห็นได้ง่ายทั้งในและนอก  
สถานบริการ เช่น ร้านค้าในชุมชน ร้านอาหาร วัด  
โรงเรียน สถานที่ราชการ แยกต่างๆ

การทำคู่มือหรือสมุดสุขภาพรายบุคคล  
ให้แก่ประชาชนเพื่อให้รับทราบสถานะสุขภาพ  
ของตนเองและได้เรียนรู้วิธีการดูแลตนเองโดยใช้  
หลักของ 3อ. 2ส.

ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ ไม่ว่าจะ เป็นเสียงตามสาย การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในระดับอำเภอ การจัดสัปดาห์ณรงค์คัดกรอง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การจัด กิจกรรมคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดัน โลหิตสูงให้กับหน่วยงานราชการ/อปท. ในพื้นที่ เพื่อสร้างกระแสและกระตุ้นการดูแลสุขภาพของ ประชาชน

จัดกิจกรรมสื่อสารเพื่อกระตุ้นให้เกิด แรงบันดาลใจ เช่น การมอบรางวัลคนดีต้นแบบ ในการดูแลสุขภาพ การแจกเมล็ดพันธุ์ผักแก่ ประชากร

ในส่วนของประเด็นเนื้อหา และช่องทาง การสื่อสารมีการจัดกลุ่มดังตารางที่ 1

จะเห็นได้ว่ากระบวนการสื่อสารเพื่อ ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ของจังหวัดสิงห์บุรี จากส่วนกลางกระทรวง สาธารณสุข โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวง สาธารณสุขสู่ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็น ข้าราชการระดับสูงสุดของกระทรวงโดยผ่านการ ประชุมผู้บริหารระดับสูงของกระทรวง สาธารณสุข

**ตารางที่ 1** ประเด็นเนื้อหา และช่องทางการสื่อสาร เพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของจังหวัดสิงห์บุรี

ช่องทางการสื่อสาร	วิธีการสื่อสาร
- การให้คำแนะนำรายบุคคล/พบเจ้าหน้าที่ อสม.	- พูดคุย ปรับทัศนคติ ความรู้ รับฟังปัญหา - หาแนวทางแก้ไขร่วมกัน
- การให้คำแนะนำรายกลุ่ม/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกัน และกันรายกลุ่ม/การดูแลแบบบัดดี้	- พูดคุย ปรับทัศนคติ ความรู้ - รับฟังปัญหา หาแนวทางแก้ไขร่วมกันในกลุ่ม/ การสื่อสาร ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วย/การดูแลโดยผู้ป่วย กันเอง
- แผ่นพับ/สมุดสุขภาพ/เอกสารให้ความรู้	- แจกให้ในการมารับบริการ
- โปสเตอร์/บอร์ดความรู้/มุมความรู้/นิทรรศการใน สถานบริการ	- ติดไว้/จัดไว้ในที่ที่เห็นได้สะดวก เข้าถึงได้ เห็นได้บ่อย
- เวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน/ตำบล/อำเภอ/ จังหวัด	- จัดอย่างน้อยที่ละ 1 ครั้งหมุนเวียนกันไป มอบรางวัล - ประกาศเชิดชูเกียรติบุคคลต้นแบบ
- เสียงตามสาย/หอกระจายข่าว	- ให้อ่านออกอากาศสัปดาห์ละ 2 ครั้ง
- คอมพิวเตอร์/โทรศัพท์/อินเทอร์เน็ต/โปรแกรม สาธารณะ	- ใช้กับประชากรที่สามารถเข้าถึงสื่อเหล่านี้ได้ มีการ อัปเดต ข้อมูลความรู้สุขภาพเป็นระยะๆ

โดยปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้แปลงนโยบายเป็นมาตรการและแนวทางการดำเนินงานในการขับเคลื่อนไปสู่การปฏิบัติในระดับภูมิภาค ในระดับจังหวัดโดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้รับนโยบาย และดำเนินการให้เป็นรูปธรรม โดยผ่านกระบวนการประชุมคณะกรรมการวางแผน และประเมินผลในระดับจังหวัดและการสั่งการแบบเป็นลายลักษณ์อักษรไปยังอำเภอ โดยในระดับอำเภอมีสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้รับมาตรการและแนวทางการดำเนินงานจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ได้ส่งต่อไปในระดับตำบลโดยผ่านการประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอและการสั่งการแบบเป็นลายลักษณ์อักษรไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในระดับตำบลมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยงานที่อยู่ล่างสุดของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งต้องสื่อสารไปยังอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นสื่อบุคคลที่สำคัญที่สุดของการสื่อสาร ที่จะต้องส่งต่อไปยังประชาชน ด้วยสื่อสัญลักษณ์ “ป้องกันจรรยาจรชีวิต 7 สี” ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานระบบเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ของจังหวัดสิงห์บุรี แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ หนึ่ง สื่อสัญลักษณ์ “ป้องกันจรรยาจรชีวิต 7 สี” เป็นเครื่องมือสื่อสารในกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่ดีให้กับประชาชน ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง (สีเขียวอ่อน) ที่มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ เมื่อมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ. 3ลด. จะสามารถลดระดับความรุนแรงลงและกลายเป็นคนกลุ่มปกติ (สีขาว) ส่วนกลุ่มป่วยรุนแรง (สีแดง) เมื่อมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ. 3ลด. และกินยาอย่างถูกต้อง สม่าเสมอ จะสามารถลดระดับความรุนแรงจากสีแดงเป็นสีส้ม เหลือง และเขียวเข้มตามลำดับ ไม่เกิดการแทรกซ้อนของโรคกลายเป็นผู้ป่วยสีดำ และลด

การเสียชีวิตได้ในที่สุด ส่วนกลุ่มป่วยที่มีโรคแทรกซ้อน (สีดำ) ซึ่งดูแลสุขภาพอย่างเคร่งครัดด้วย 3อ. 3ลด. และต้องกินยาตามแพทย์สั่งตลอดจนสังเกตอาการแทรกซ้อน อาการผิดปกติที่เกิดขึ้น จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมีอายุยืน

### สิ่งที่ค้นพบ

ความสำคัญของป้องกันจรรยาจรชีวิต 7 สี มีคุณค่า 7 ข้อ

1. บอกค่า (ตัวเลข) ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิตตามเกณฑ์ทางการแพทย์สากล

2. บอกค่าระดับความรุนแรงของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โดยแบ่งตามระดับสี

3. บอกค่าความชุก (Prevalence) ของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

4. เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติตัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

5. เป็นเครื่องมือปรับระบบบริการสุขภาพ ลดความแออัดอย่างเป็นระบบและยั่งยืน โดยกระจายสัดส่วนผู้ป่วย จาก รพศ., รพท. สู่ รพช., รพ.สต. และ รพช. สู่ รพ.สต.

6. เป็นเครื่องมือในการกำหนดหลักการและกำหนดมาตรการ การเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน รักษาโรค และสอบสวนโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงอย่างเป็นระบบโดยเน้น

6.1 ผู้ป่วยรุนแรงที่สุด (สีแดง) ดูเป็นอันดับ 1 : เพื่อป้องกันเป็นสีดำ และให้ลดความรุนแรงเป็นสีส้ม สีเหลือง สีเขียวเข้ม โดย : กินยาสม่าเสมอ + 3อ. 3ลด. + สอบสวนโรค (รายบุคคล)

6.2 ผู้ป่วยรุนแรงมีโรคแทรกซ้อน (สีดำ) ดูเป็นอันดับ 2 : เพื่อให้อายุยืน นานที่สุด โดย : กินยาสม่าเสมอ + 3อ. 3ลด. + สอบสวนโรค (รายบุคคล) หากเกิด Re attack เกิดอาการกำเริบซ้ำให้รีบส่งโรงพยาบาล เพื่อเข้าช่องทางด่วน (Fast tract)

6.3 คนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง (สีเขียวย่อน) ดูเป็นอันดับ 3 : กลุ่มใหญ่ป้องกันเป็นผู้ป่วยรายใหม่ (สีเหลือง) โดย : รมรงค์ Mass education + 3อ.3ลด ให้ความรู้เป็นกลุ่ม เพื่อให้เป็นสีขาว (ปกติ)

ข้อสังเกต :

6.4 สีเหลือง – สีส้ม : อยู่ในโซนควบคุมให้ลงมาเป็น “สีเขียวเข้ม” (ควบคุมโรคได้แต่ต้องกินยาตลอดชีวิต)

6.5 ผู้ป่วยรุนแรง : วัดความดันทุกวัน เจาะเลือดทุก 1 เดือน

6.6 คนปกติ/คนเสี่ยง : วัดความดันเดือนละครั้ง เจาะเลือดทุก 6 เดือน

7. เป็นเครื่องมือประเมินผล ได้แก่

7.1 Output

7.1.1 อัตราร้อยละครอบคลุมของการคัดกรองประชากรกลุ่มเป้าหมาย (15 – 65 ปี)

7.1.2 ความชุก (Prevalence) เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานบรรลุเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา

7.2 Outcome : การลดความรุนแรงของโรคจาก สีดำ : ลด/เพิ่ม/คงที่ สีแดง : ลด/เพิ่ม สีส้ม : ลด/เพิ่ม สีเหลือง : ลด/เพิ่ม สีเขียวเข้ม : ลด/เพิ่ม สีเขียวย่อน : ลด/เพิ่ม สีขาว : เพิ่ม/ลด

7.3 Impact : ความพึงพอใจ : ระบบบริการ

7.3.1 อายุขัยเฉลี่ย

7.3.2 ค่าใช้จ่าย

ปัจจุบันยังคงมีหน่วยนำบริการในระดับพื้นที่ ใช้แนวคิดสื่อสัญลักษณ์ “ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี” ไปใช้ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง

## เอกสารอ้างอิง

นันทนา นันทวโรภาส. (2548). การสื่อสารทางการเมือง: ศึกษากรณีการรณรงค์หาเสียงเลือกตั้งทั่วไปของพรรคไทยรักไทย. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (สื่อสารมวลชน) คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ประเวศ ะสี. (2552). ปฏิรูปประเทศไทย ปฏิรูประบบอุดมศึกษา ; อุดมศึกษาคือหัวใจจักรทางปัญญาพาชาติออกจากวิกฤต ประเทศไทย : บริษัทที่คิดพิจำกัด. สืบค้นจาก <http://sorndee.com/node/209>

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

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี. (2553). รายงานประจำปี 2553.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2556). รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการนโยบายสู่การปฏิบัติ ระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มปกติ/เสี่ยง/ป่วย เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

สมบัติ อังรังธัญวงศ์. (2555). นโยบายสาธารณสุข: แนวความคิด การวิเคราะห์และกระบวนการ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สมาธรรม.

# รูปแบบการสื่อสารต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน

## Model of Health Communication for Behavior Change in Community

ศิริวรรณ ตี๊กขาว (Siriwan Tuekkhew)\*

### บทคัดย่อ

การศึกษารูปแบบการสื่อสารต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบการสื่อสารสุขภาพของชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของการสื่อสารสุขภาพของชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ แกนนำชุมชนและ อสม.จำนวน 48 คน จาก 4 หมู่บ้านที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมาเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย (1) แบบสัมภาษณ์การถอดบทเรียนการสื่อสารสุขภาพในชุมชน (2) แบบสอบถามความสามารถในการสื่อสารสุขภาพของแกนนำชุมชน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคลและการสนทนากลุ่มโดยใช้แบบสอบถามนำวิเคราะห์ร่วมกันและใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลักในการกำหนดประเด็นวิเคราะห์สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา พบว่า กระบวนการสื่อสารสุขภาพของชุมชนตามโครงการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ มี 3 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนดำเนินโครงการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะประชุมชี้แจงสร้างความเข้าใจรายละเอียดและผลลัพธ์ของโครงการให้กับกลุ่มแกนนำชุมชน และกลุ่มแกนนำดังกล่าวจะถ่ายทอดสู่ประชาชนต่อไป 2) ระยะระหว่างดำเนินโครงการ มีการสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแกนนำ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะสื่อสารความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. และโรค NCDs ให้กับกลุ่มแกนนำ ผ่านการประชุม การอบรมและสื่อออนไลน์ ส่วนกลุ่มประชาชนมีการสื่อสารเพื่อสร้างความรู้ปรับทัศนคติ จูงใจให้ยอมรับและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ผ่านการประชุม/ประชาคม หอกระจายข่าว เสียงตามสาย สิ่งพิมพ์และสื่อบุคคล 3) ระยะหลังดำเนินโครงการ แกนนำชุมชนและ อสม.จะพูดคุยรายบุคคลเพื่อประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และจัดเวทีประชาคมสื่อสารข้อมูลผลประเมินการมีส่วนร่วมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชนและภาคีเครือข่ายได้รับรู้ ซึ่งทั้ง 3 ระยะ แกนนำชุมชนและ อสม.จะทำหน้าที่หลักในการให้ข้อมูลกับประชาชนในประเด็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ผ่านช่องทางที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก ได้แก่ ประชุม/ประชาคม หอกระจายข่าวและสื่อบุคคล และผลการศึกษาศามารถในการสื่อสารสุขภาพของกลุ่มแกนนำ พบประเด็นที่ยังมีค่าเฉลี่ยต่ำ คือ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ในประเด็นมีปัญหากับการค้นหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งต่างๆ ( $\bar{X}=1.62$ ) ทักษะการสื่อสารสุขภาพในชุมชน ในประเด็นฟังคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนฯ จากบุคคลต่างๆ แล้วพบว่าไม่ค่อยเข้าใจเนื้อหาและอ่านเอกสารแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนฯ แล้วพบว่าไม่ค่อยเข้าใจ ( $\bar{X}=2.21$  เท่ากัน) และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ในประเด็นเมื่อเห็นโฆษณาสินค้าในที่สาธารณะหรือจากเว็บไซต์และเกิดความสนใจในสินค้านั้น แล้วตั้งใจจะไปหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่นเพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจซื้อ ( $\bar{X}=2.79$ ) สำหรับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของการสื่อสารสุขภาพของชุมชน คือ 1) ผู้นำชุมชนมีอิทธิพลต่อความคิดและการตัดสินใจ สามารถถ่ายทอดข้อมูลให้เกิดความเชื่อถือ เชื่อมั่นได้ 2) ใช้วิธีการสื่อสารซ้ำๆ ในทุกโอกาส และ 3) การมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน

\*นักวิชาการเผยแพร่ชำนาญการ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

Dissemination Technical Officer, Professional Level, Health Education Division, Department of Health Service Support

## ABSTRACT

The study of communication model for health behavior change by community. The purpose of this study were to analyze health communication process on health behavior change of community and to explore the factors influencing the success of health communication for community. The target group included the representatives of local people and volunteer public health accounted for 48 people from 4 villages that success in implementation process of Village Development on Behavior Adjustment for the Reduction of Cancer, Hypertension and Cardiovascular Disease. The instrument for collecting data were group discussion consist of (1) In-depth interview and (2) Questionnaire. The qualitative data was analyzed using content analysis. The statistic used for quantitative data analysis were percentage and mean.

The results showed that health communication process by Village Development on Behavior Adjustment Project for the Reduction of Cancer, Hypertension and Cardiovascular Disease. The development approach was divided into three phases. 1) Pre-process phase: the meeting were held in order to promote understand and outcome on project between the public health officer and representatives of local people. Then they transferred information to community. 2) In-process phase: behavior change communication was divided into 2 groups in communication. The public health officer communicated knowledge about health behavior change with Food-Exercise-Mental-Smoking and Alcohol to the representatives of local people via the meeting, training and online media and the community via the meeting, broadcasting tower, audio line, printed media and personal media. 3) Post-process : the representatives of local people and volunteer public health shared individual experience change behavior in order to evaluate health knowledge, participation and perception of local community via community forum. All phases :the representatives of local people and volunteer public health act as key informant on change health behavior with Food-Exercise-Mental-Smoking and Alcohol for their local people and received knowledge via meeting, audio line and personal media. Moreover, The ability to health communication of the representatives of local people were low mean as follow : access to health care services on the issue of searching health information from many sources ( $\bar{x}$ = 1.62), communication skill in community on the issue of unclearly listening to people's advice and reading the information about health care ( $\bar{x}$ = 2.21) and media literacy on the issue of checking credibility of product advertising on public and website before deciding to buy things ( $\bar{x}$ = 2.79) In addition, the factor effecting the success of health communication in community as follow : 1) The community leader influence creditably the thinking and decision making by giving information to the local people. 2) It was important to repeat the health message all time. And 3) Community participation in health.



## บทนำ

สังคมโลกยุคโลกาภิวัตน์เป็นยุคข้อมูลข่าวสารไร้พรมแดนที่มีพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีสื่อสารและคมนาคมเพิ่มมากขึ้น ทำให้ประชาคมโลกไม่ว่าอยู่ ณ ที่ใด ประเทศใด สามารถรับรู้ สัมผัสหรือรับผลกระทบจากสิ่งที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว กว้างขวาง และมีการเปลี่ยนถ่ายข้อมูลความรู้ใหม่ๆ ในทุกๆ ด้าน ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม การศึกษา และสาธารณสุข ทำให้โลกเป็นโลกใบเล็กที่สามารถติดต่อสื่อสารได้ง่ายและรวดเร็ว ดังที่ บาร์เกอร์ (Barker, 1981) กล่าวว่า “การสื่อสารเป็นกระบวนการในการแลกเปลี่ยนข่าวสารที่มีลักษณะเป็นพลวัต (Dynamic) เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และไม่มีที่สิ้นสุด (Unending)” และการสื่อสาร คือ กระบวนการของการถ่ายทอดสาร (Message) จากบุคคลหนึ่ง ซึ่งเรียกว่า ผู้ส่งสาร (Source) ไปยังบุคคลอีกฝ่ายหนึ่ง ซึ่งเรียกว่า ผู้รับสาร (Receiver) โดยผ่านสื่อ (Channel) (ปรมะ สตะเวทิน, 2536)

ปัจจุบันการสื่อสารได้ถูกนำมาใช้เพื่อการพัฒนาประเทศในทุกๆ ด้าน สำหรับด้านสาธารณสุขก็เช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการส่งเสริมสุขภาพในยุคที่การสื่อสารมีความก้าวหน้า ทั้งทางด้านเทคโนโลยีและความต้องการที่หลากหลายของประชาชนการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ/พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนได้รับอิทธิพลจากสิ่งที่เป็นความคิด ความรู้สึก โดยการส่งผ่านในหลายระดับทั้งในระดับบุคคล ชุมชนและสังคม ซึ่งส่งผลต่อวิถีชีวิตและสุขภาพของประชาชนทั้งด้านบวกและด้านลบ กล่าวคือด้วยเทคโนโลยีที่เข้าถึงได้ง่าย รวดเร็ว ส่งผลให้ประชาชนได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร ที่ทันต่อสถานการณ์ แต่ในอีกแง่หนึ่ง ความรวดเร็วและเป็นอิสระเสรีของการรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่สื่อสารกันนั้น ข้อมูลจากบางสื่อยังมีการบิดเบือน ไม่ถูกต้อง เกินความจริง ยังไม่ได้มีการตรวจสอบ ทั้งทางด้านวิชาการทาง

การแพทย์ อีกทั้งไม่น่าเชื่อถือ รวมทั้งผู้รับสารขาดความรู้ และทักษะในการคิด วิเคราะห์ว่าข้อความจากสื่อใดที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือ ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อการนำข้อมูลมาใช้ทั้งในระดับบุคคล ชุมชน สังคม และเศรษฐกิจของประเทศได้

การส่งเสริมสุขภาพจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการดำเนินการควบคู่กันไปทุกระดับ และมีการนำแนวทางการสื่อสารสุขภาพมาประยุกต์ใช้และศึกษาพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพิ่มมากขึ้น เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในวงกว้าง ทุกระดับและมุ่งเน้นให้มีการสื่อสารทั้งในระดับประเทศไปจนถึงระดับท้องถิ่น/ชุมชน โดยเฉพาะระดับชุมชนการสื่อสารสุขภาพจะเป็นส่วนสำคัญในการสร้างโอกาสการเรียนรู้ให้กับประชาชน เพื่อให้ประชาชนได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เนื่องจากชุมชนเป็นแหล่งเรียนรู้ที่ใกล้ชิดกับประชาชน และเหมาะสมกับบริบท ความต้องการ การแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชนรวมทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพของชุมชน ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ง่ายและสะดวกที่สุดคือเสริมพลังความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนด้านการพัฒนาสุขภาพ

จะเห็นได้ว่า การสื่อสารมีความสำคัญและจำเป็นต่อการดำรงชีวิตทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและสังคม ดังนั้น กระบวนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ที่มีการวิเคราะห์ และการวางแผนอย่างเป็นระบบจะส่งผลทำให้ประชาชนและสังคมได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ เท้าทันสถานการณ์ต่างๆ และสามารถนำข้อมูลข่าวสาร ความรู้ต่างๆ ไปใช้เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 จนถึงปัจจุบัน กองสุขศึกษา ซึ่งเป็นหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข ได้นำแนวคิดของการสร้างสุขภาพโดยชุมชน ภายใต้โครงการหมู่บ้าน

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด มีเป้าหมายให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยการขับเคลื่อนและส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชนในหมู่บ้านมีพฤติกรรมออกกำลังกายสม่ำเสมอสัปดาห์ละอย่างน้อย 5 วันๆ ละอย่างน้อย 30 นาที ร่วมกับการกินอาหาร : การกินผัก ผลไม้สดวันละอย่างน้อยครึ่งกิโลกรัมขึ้นไป หรือกินผักครึ่งหนึ่ง อย่างอื่นครึ่งหนึ่ง ลดอาหารหวานมันเค็ม และการจัดการอารมณ์ความเครียด รวมทั้งไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา เพื่อการป้องกัน ลดโรค และมีสุขภาพที่ดี ในกระบวนการของการส่งเสริมพัฒนาหมู่บ้านฯ เพื่อบรรลุเป้าหมายการสื่อสารสุขภาพเป็นกระบวนการหนึ่งที่เกิดขึ้นและมีความหลากหลายรูปแบบตามบริบทของหมู่บ้านนั้นๆ เพื่อที่จะทำให้ประชาชนในหมู่บ้านนั้น สามารถเข้าถึง รับรู้ข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการปฏิบัติตนและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

ในปีงบประมาณ 2558 กองสุขศึกษา จึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบ กระบวนการสื่อสารสุขภาพของชุมชน โดยการถอดบทเรียนการสื่อสารสุขภาพของหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด จากพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพซึ่งคณะกรรมการประกวดระดับเขต ประจำปีงบประมาณ 2557 เพื่อเป็นต้นแบบการสื่อสารสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถถ่ายทอดและขยายผลไปสู่หมู่บ้าน ชุมชนอื่นเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้าต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษากระบวนการสื่อสารสุขภาพของชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการสื่อสารสุขภาพของชุมชน

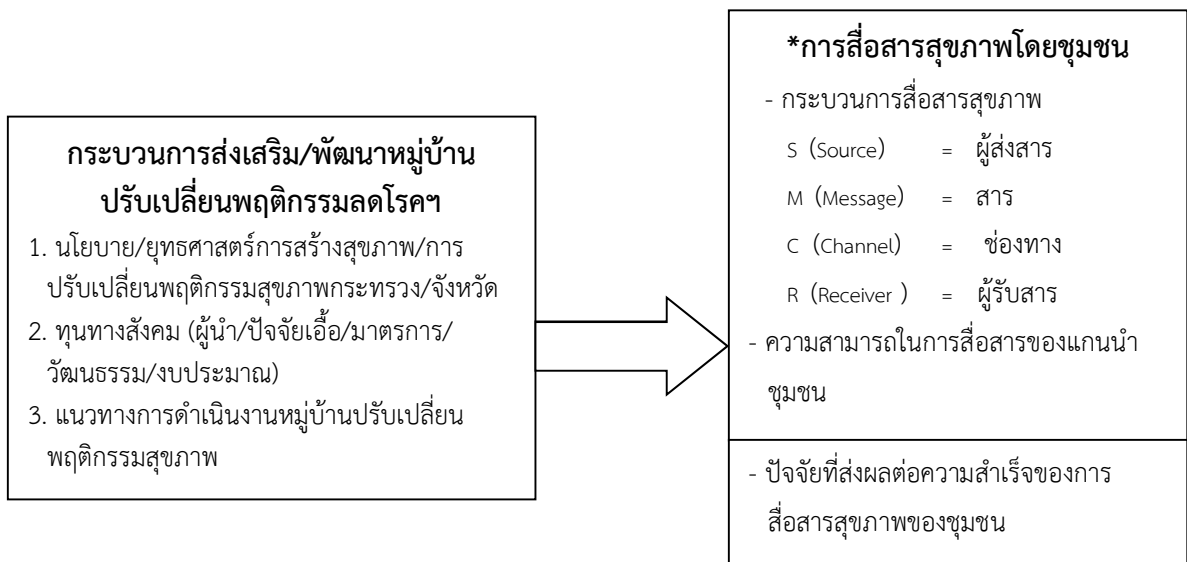
## ขอบเขตการวิจัย

1. มุ่งศึกษากับกลุ่มผู้รับผิดชอบ (แกนนำชุมชน/อสม.) ในการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 48 คน จากหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูงโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 4 หมู่บ้าน โดยการสุ่มอย่างง่ายจากหมู่บ้านทั้งหมด 12 หมู่บ้าน ซึ่งเป็นหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ ที่ประกวดชนะเลิศระดับเขต ปี 2557

2. มุ่งศึกษาในประเด็นเนื้อหา คือ (1) กระบวนการสื่อสารสุขภาพ ประกอบด้วย ผู้ส่งสาร สาร ช่องทางและผู้รับสาร (2) ความสามารถในการสื่อสารของแกนนำชุมชน ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสารสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ

3. ระยะเวลาในการศึกษา เดือนสิงหาคม – กันยายน 2558

## กรอบแนวคิดในการวิจัย



## วิธีการศึกษา

1. การศึกษารูปแบบการสื่อสารต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน ได้ศึกษาการสื่อสารตามโครงการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนดำเนินโครงการ ระยะระหว่างดำเนินโครงการ และระยะหลังดำเนินโครงการ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์การถอดบทเรียนการสื่อสารสุขภาพในชุมชนเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งผู้ศึกษาได้สร้างและพัฒนาขึ้นตามแนวคิดและหลักการของกระบวนการสื่อสารสุขภาพในชุมชน ที่กำหนดขึ้น โดยแบ่งแบบสัมภาษณ์ออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 สถานการณ์และสภาพทั่วไปด้านสุขภาพของชุมชน/หมู่บ้าน

ส่วนที่ 2 บทบาทของผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 3 กระบวนการสื่อสารสุขภาพในชุมชน

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความสามารถในการสื่อสารสุขภาพของแกนนำชุมชน เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งผู้ศึกษาได้สร้างและพัฒนาขึ้นตามแนวคิดและหลักการของการสื่อสารสุขภาพในชุมชนของกลุ่มแกนนำและ อสม. โดยมุ่งประเด็นการเข้าถึงข้อมูลและบริการ ทักษะการสื่อสารสุขภาพและการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าความถี่ในการปฏิบัติ (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ

ส่วนที่ 3 ทักษะการสื่อสารสุขภาพในชุมชน ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าความถี่ในการปฏิบัติ (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ

ส่วนที่ 4 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ เพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ลักษณะคำถามเป็นแบบ

มาตราส่วนประมาณค่าความถี่ในการปฏิบัติ (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ

3. ความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของเครื่องมือในการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการควบคุมคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล 2 ส่วน ดังนี้

3.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) โดยนำแบบสอบถามไปสอบถามผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อทำการพิจารณาและตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาแบบสอบถาม รวมถึงโครงสร้างของชุดคำถามที่ได้วัดตัวแปรต่างๆ แล้วจึงนำแบบสอบถามไปทำการปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้มีความชัดเจน ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.2 นำแบบสอบถามที่ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแล้วมาหาดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of Item-Objective Congruence) (ยุธพงษ์ กัยวรรณ, 2543) โดยคัดเลือกเฉพาะค่าคำถามที่มีดัชนีความสอดคล้อง ระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์เฉพาะ ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป มาใช้ ส่วนข้อที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 นำมาปรับปรุงให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

การแปลความหมายของคะแนนที่ได้  
+1 = เมื่อแน่ใจว่าคำถามนั้นวัดได้ตรงนิยามศัพท์เฉพาะ

0 = เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นวัดได้ตรงตามนิยามศัพท์เฉพาะ

-1 = เมื่อแน่ใจว่าข้อความคำถามนั้นวัดไม่ได้ตรงตามนิยามศัพท์เฉพาะ

3.3 การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

3.3.1 การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยจะหาค่าความเชื่อมั่นโดยการนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบ (Try Out) โดยนำเครื่องมือวิจัยไปทดลองกับกลุ่ม

ตัวอย่างไม่น้อยกว่า 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติหาค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีการของครอนบาค (Cronbach อ้างในยุทธพงษ์ กัยวรรณ, 2543)

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

1. เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ใช้วิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เปิดโอกาสให้ผู้ให้สัมภาษณ์นำเสนอข้อมูลอาจเป็นเอกสารเชิงประจักษ์นำเสนอประกอบข้อมูลในการสัมภาษณ์ได้อย่างอิสระ และใช้การสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus group) โดยมีอุปกรณ์ช่วยบันทึกข้อมูล เช่น เทปและเครื่องบันทึกเสียง กล้องถ่ายภาพโดยการบรรยายเชิงพรรณนา

2. เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองเป็นรายบุคคล

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ส่วน คือ เชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาด้วยการจัดหมวดหมู่ของเนื้อหาสาระที่จะตอบประเด็นการประเมินได้ และการประเมินความสัมพันธ์เชิงเหตุผลของประเด็นต่างๆ ที่จะเป็นคำตอบเกี่ยวกับกระบวนการสื่อสารสุขภาพของชุมชนและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของการสื่อสารสุขภาพของชุมชน

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นข้อมูลจากแบบสอบถาม นำมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ

**ผลการศึกษา**

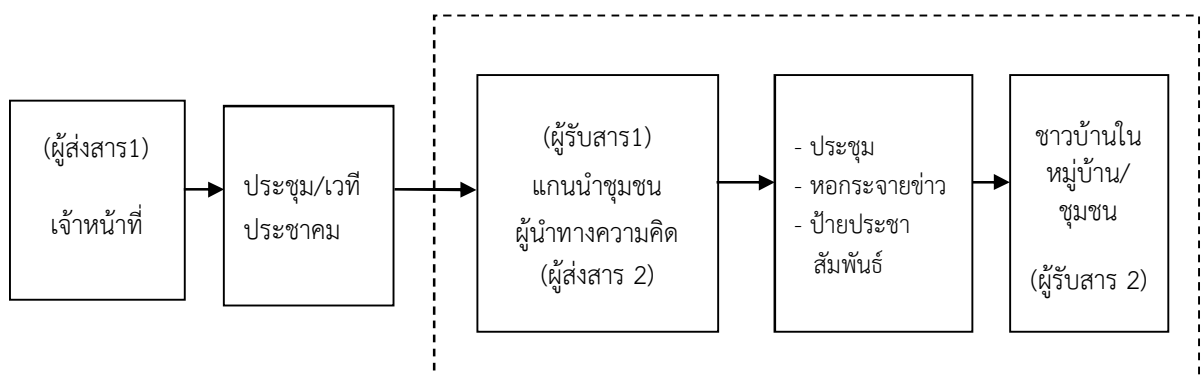
**1. กระบวนการสื่อสารสุขภาพของชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ**

ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์ พบว่าการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แบ่งการดำเนินการสื่อสาร ออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนดำเนินโครงการ 2) ระยะระหว่างดำเนินโครงการ 3) ระยะหลังดำเนินโครงการ

**1) ระยะก่อนดำเนินโครงการ** พบว่าในระยะแรกของการดำเนินโครงการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในฐานะผู้ริเริ่มโครงการก็จะมีการประชุมชี้แจงเพื่อสร้างการรับรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโครงการและถ่ายทอดข้อมูลรายละเอียดของโครงการ วัตถุประสงค์ เป้าหมาย รายละเอียดกิจกรรม และผลลัพธ์ที่คาดหวังให้กับแกนนำสุขภาพและแกนนำทางสังคม ซึ่งกลุ่มแกนนำดังกล่าวจะมีการตักต้อนทางความคิดร่วมกัน มีการเชื่อมโยงความเป็นตัวตนของหมู่บ้านกับสุขภาพให้เป็นเรื่องเดียวกัน ให้ประสานร้อยรัดไปด้วยกัน โดยไม่แบ่งแยกกว่าเป็นเรื่องปากท้องหรือสุขภาพ และจะทำหน้าที่สื่อสาร ถ่ายทอดข้อมูลการดำเนินงานโครงการผ่านเวทีการประชุม หอกระจายข่าว และป้ายประชาสัมพันธ์ให้กับประชาชนในหมู่บ้านได้รับรู้ดังแผนภาพที่ 1

**2) ระยะระหว่างดำเนินโครงการ**

พบว่า เป็นระยะที่แกนนำชุมชนและประชาชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ โดยเข้ามามีส่วนร่วมในการรับ/ให้ข้อมูล ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจและร่วมดำเนินการ ดังนั้นจุดเริ่มต้นของระยะนี้ แกนนำชุมชนร่วมกับเครือข่ายสุขภาพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะมีการเปิดเวทีประชุมของหมู่บ้าน เพื่อคืนข้อมูลที่ได้รับการตรวจสอบสุขภาพให้กับประชาชนจะได้รับทราบสถานการณ์สุขภาพของตนเอง ได้แก่ น้ำหนักตัว รอบเอว ดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต ค่าน้ำตาลในเลือด และพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงที่สำคัญ เช่น การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และผลการตรวจสารพิษปนเปื้อนตกค้างในผักและผลไม้ ฯลฯ และร่วมกันกำหนดแนวทาง วางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งการร่วมระดมทรัพยากรและทุนจากชุมชน อาทิ เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพ/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/แหล่งอื่นๆ และภายใต้การดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จะมีการดำเนินการสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละกลุ่ม ดังนี้



**แผนภาพที่ 1** กระบวนการถ่ายทอดข้อมูลการดำเนินโครงการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด

กลุ่มแกนนำ แกนนำท้องถิ่น (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิก อบต.) แกนนำสุขภาพ (อสม. ประชาชนชาวบ้าน) แกนนำอาชีพ (ประธาน กองทุนหมู่บ้าน กลุ่มแม่บ้าน) แกนนำเยาวชน (อ.น้อย แกนนำนักเรียน) ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะทำหน้าที่เป็นผู้ให้ความรู้ และสื่อสารข้อมูลความรู้สุขภาพ เรื่อง 3อ. 2ส. และโรค NCDs ผ่านการประชุมทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ การอบรมพัฒนาศักยภาพ และผ่านสื่อออนไลน์ เช่น Line และ Face book โดยแต่ละพื้นที่ จะใช้การตั้งกลุ่มสมาชิกทั้ง Line และ Face book ในการสื่อสารกันในกลุ่มแกนนำ

กลุ่มประชาชน ได้แก่ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ซึ่งทั้ง 3 กลุ่ม จะมีการสื่อสารเพื่อให้ความรู้ในการที่จะนำไปสู่การปรับทัศนคติ ชักจูงใจให้ประชาชน มีพฤติกรรมคล้อยตามหรือยอมรับการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ อาทิ

- กลุ่มปกติ และกลุ่มเสี่ยง แกนนำและ อสม. จะดำเนินการเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้และการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. ผ่านสื่อ ได้แก่

- หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน

- เสียงตามสาย วิทยุ/วิทยุชุมชน โดยออกอากาศเวลาเช้าและเย็น

- แผ่นพับ หมู่บ้าน และแนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนฯ

- สิ่งพิมพ์ท้องถิ่น เช่น หนังสือพิมพ์ชุมชน วารสารประชาสัมพันธ์ของหน่วยงานในชุมชน

- สื่อบุคคล ได้แก่ บุคคลต้นแบบด้านสุขภาพ อสม. ผู้นำชุมชน พระ ครู ประชาชนชาวบ้าน ผู้นำกลุ่มต่างๆ ในชุมชน เช่น กลุ่มสตรี กลุ่มฝึกอาชีพ

- จัดกิจกรรมรณรงค์ เช่น เติมนรณรงค์เคาะประตูบ้าน จัดมหกรรมสุขภาพในพื้นที่

- การสอน พูดคุย

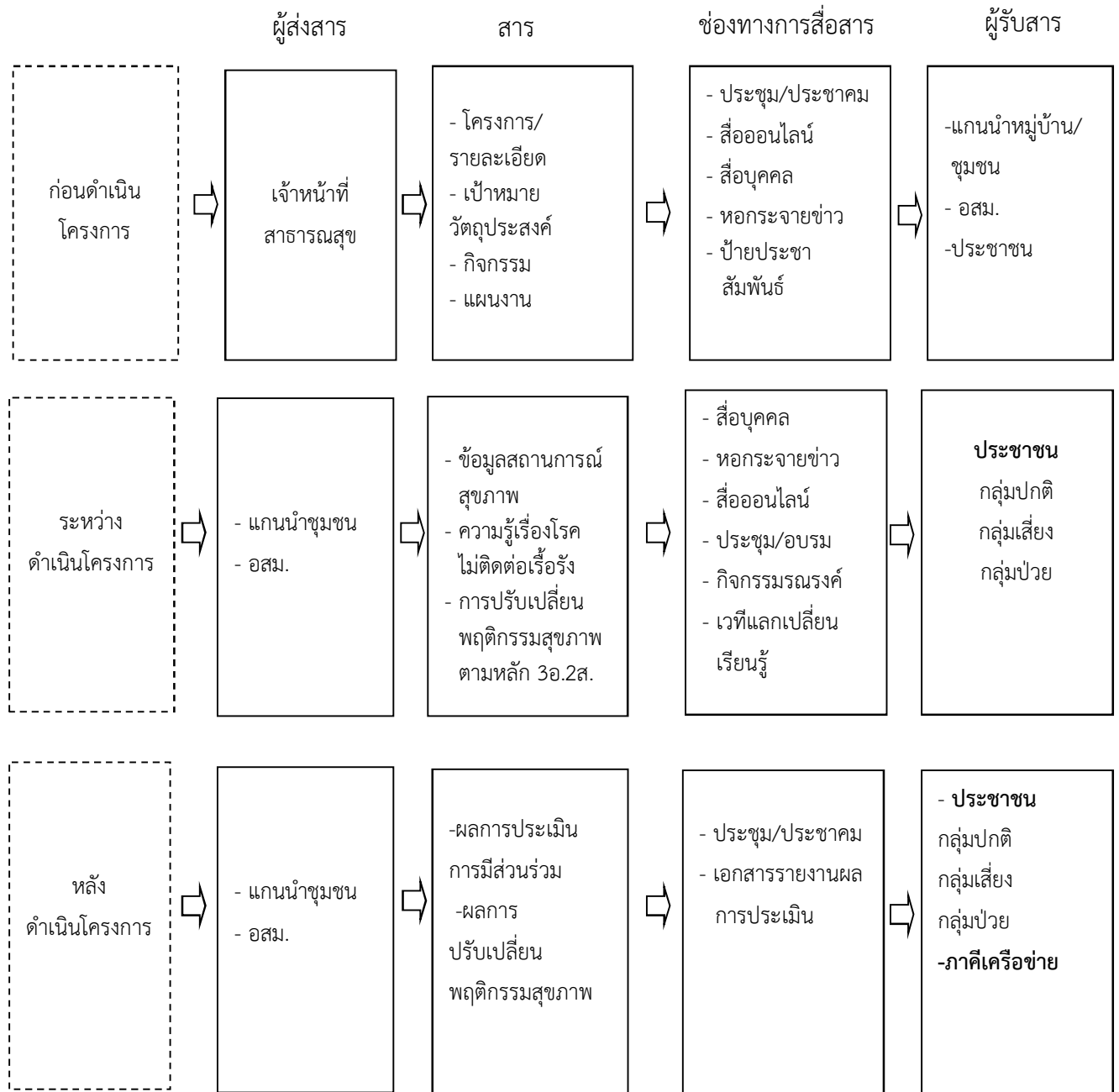
- จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

- กลุ่มป่วย สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ติดบ้าน อสม.จะต้องทำตารางเวลาออกเยี่ยม พูดคุยตามบ้าน สำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการ แม่หลังคลอด ผู้ป่วยที่นอนติดเตียง หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม ซึ่งได้เยี่ยมแล้วให้ข้อมูลความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองไปพร้อมกัน อีกทั้งยังไม่ลืมที่จะให้ข้อมูลความรู้ในการดูแลสุขภาพแก่ญาติผู้ป่วยที่เป็นคนคอยดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ กรณีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เมื่อมารับบริการที่ รพ.สต. จะได้รับการถ่ายทอดความรู้การดูแลสุขภาพมากกว่ากลุ่มอื่น เมื่อกลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้กลับไป ในชุมชนยังทำหน้าที่เป็นกระบอกเสียงในการถ่ายทอดความรู้ให้กับคนในชุมชน โดยเฉพาะพฤติกรรมการกิน การออกกำลังกาย

3) ระยะเวลาหลังดำเนินโครงการ พบว่า ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินงาน เป็นระยะของการประเมินผลการดำเนินงาน แกนนำชุมชน และ อสม. จะมีการประเมินว่า ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจในสิ่งที่ได้มีการสื่อสารไปหรือไม่ โดยส่วนใหญ่จะใช้การพูดคุย ถาม-ตอบ รายบุคคล โดยจะให้พูดถึงผลดี ผลเสียหรือให้บอกถึงวิธีการปฏิบัติตนตามที่ได้แนะนำไปว่า เขาจะปฏิบัติอย่างไรบ้าง และนอกจากนั้นจะมีการสื่อสารข้อมูลผลการประเมินการมีส่วนร่วม ในกิจกรรมต่างๆ และผลการประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ให้กับประชาชนและภาคีเครือข่ายได้รับรู้ผ่านเวทีประชาคมชาวบ้าน และเอกสารรายงานผลการประเมิน

ซึ่งทั้ง 3 ระยะของการดำเนินงานตาม  
โครงการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ  
ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการส่งสาร คือ แกนนำ  
ชุมชน และ อสม. โดยมีประเด็นเนื้อหา/สาร

ที่สำคัญ คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ  
ตามหลัก 3อ.2ส. ผ่านช่องทางที่ประชาชน  
สามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก ได้แก่ การ  
ประชุม/ประชาคม สื่อบุคคลและหอกระจายข่าว



แผนภาพที่ 2 สรุปลกระบวนการสื่อสารสุขภาพของชุมชน ในโครงการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด

ผลการศึกษาจากแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 คน พบว่าเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุ 46-55 ปี มากที่สุด ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และมีอาชีพทำนา/ทำไร่/ทำสวนมากที่สุด สำหรับในประเด็นการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสารสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ เมื่อต้องการข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. สามารถเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพได้ทันที ( $\bar{X}=3.44$ ) รองลงมา คือ สามารถตรวจสอบแหล่งข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. จนเชื่อว่าข้อมูลนั้น ( $\bar{X}=3.23$ ) และน้อยที่สุดคือ มีปัญหาเกี่ยวกับการค้นหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งต่างๆ ไม่ว่าจะขอคำปรึกษาจากผู้รู้ จากสื่อสิ่งพิมพ์หรืออินเทอร์เน็ต ( $\bar{X}=1.62$ ) ทักษะการสื่อสารสุขภาพในชุมชน ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ สามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. ให้ถูกต้อง ( $\bar{X}=3.19$ ) รองลงมา คือ สามารถแสดงออกในการพูด อ่าน เขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. เพื่อให้คนอื่นเข้าใจ ( $\bar{X}=3.17$ ) และน้อยที่สุด คือ ฟังคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. จากบุคคลต่างๆ แล้วพบว่าไม่ค่อยเข้าใจเนื้อหาและอ่านเอกสารแนะนำเรื่องการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. แล้วพบว่าไม่ค่อยเข้าใจ ( $\bar{X}=2.21$  เท่ากัน) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ใช้เหตุผลวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียเพื่อเลือกรับข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อที่ก่อนที่ปฏิบัติตาม ( $\bar{X}=3.06$ ) รองลงมา คือ เมื่อได้แลกเปลี่ยนพูดคุย วิพากษ์ วิจัยเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. กับผู้อื่น จะมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้รับก่อนการตัดสินใจเชื่อ

และปฏิบัติตาม ( $\bar{X}=3.02$ ) และน้อยที่สุด คือ เมื่อเห็นโฆษณาสินค้าในที่สาธารณะหรือจากเว็บไซต์และเกิดความสนใจในสินค้านั้น ท่านตั้งใจจะไปหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่น เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจซื้อ ( $\bar{X}= 2.79$ )



ตารางที่ 1 แสดงการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ					$\bar{X}$	SD.
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ		
1. เมื่อท่านต้องการข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. ท่านสามารถเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพได้ทันทีบ่อยครั้งแค่ไหน	26 (54.2)	19 (39.6)	2 (4.2)	0	1 (2.1)	3.44	0.769
2. เมื่อท่านต้องการข้อมูลสุขภาพท่านสามารถค้นหาข้อมูล หรือสอบถามผู้รู้จนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัย บ่อยครั้งแค่ไหน	18 (37.5)	25 (52.1)	3 (6.3)	1 (2.1)	1 (2.1)	3.21	0.824
3. ท่านมีปัญหากับการค้นหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งต่างๆ ไม่ว่าจะขอคำปรึกษาจากผู้รู้ จากสื่อสิ่งพิมพ์หรืออินเทอร์เน็ตบ่อยครั้งแค่ไหน	13 (27.1)	10 (20.8)	10 (20.8)	12 (25.0)	3 (6.3)	1.62	1.299
4. ท่านมีการตรวจสอบข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเอง โดยการสืบค้นหรือสอบถามจากหลายๆแหล่ง บ่อยครั้งแค่ไหน	14 (29.2)	26 (54.2)	5 (10.4)	2 (4.2)	1 (2.1)	3.04	0.874
5. ท่านตรวจสอบแหล่งข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. จนเชื่อว่าข้อมูลนั้นน่าเชื่อถือบ่อยครั้งแค่ไหน	19 (39.6)	23 (47.9)	5 (10.4)	0	1 (2.1)	3.23	0.805

N = 48

ตารางที่ 2 แสดงทักษะการสื่อสารสุขภาพในชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ					$\bar{X}$	SD.
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ		
1. ท่านฟังคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. จากบุคคลต่างๆ แล้วพบว่าไม่ค่อยเข้าใจเนื้อหาบ่อยครั้งแค่ไหน	1 (2.1)	10 (20.8)	15 (31.3)	22 (45.8)	0	2.21	0.967
2. ท่านขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเพื่อช่วยฝึกให้ท่านสามารถอ่านข้อมูลจากสื่อสุขภาพเกี่ยวกับเรื่อง 3อ.2ส. ได้บ่อยครั้งแค่ไหน	6 (12.5)	23 (47.9)	10 (20.8)	8 (16.7)	1 (2.1)	2.52	0.989
3. ท่านเล่าเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. ให้กับคนในครอบครัวหรือเพื่อนฟัง จนเขาเข้าใจอยู่บ่อยครั้งแค่ไหน	13 (27.1)	25 (52.1)	9 (18.8)	1 (2.1)	0	3.04	0.743

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ					$\bar{X}$	SD.
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ		
4. ท่านได้อ่านเอกสารแนะนำเรื่องการปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส. แล้วพบว่าไม่ค่อยเข้าใจบ่อยครั้งแค่ไหน	3 (6.3)	9 (18.8)	11 (22.9)	25 (52.1)	0 (0)	2.21	0.967
5. ท่านแสดงออกในการพูด อ่าน เขียน ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. เพื่อให้คนอื่นเข้าใจ บ่อยครั้งแค่ไหน	17 (35.4)	24 (50.0)	5 (10.4)	2 (4.2)	0 (0)	3.17	0.781
6. ท่านมีใ้มนำให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. ถูกต้องบ่อยครั้งแค่ไหน	17 (35.4)	24 (50.0)	6 (12.5)	1 (2.1)	0 (0)	3.19	0.734

N = 48

## ตารางที่ 3 แสดงการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ					$\bar{X}$	SD.
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ		
1. เมื่อท่านเห็นโฆษณาสินค้าเกี่ยวกับสุขภาพทางโทรทัศน์ และเกิดความสนใจ ท่านจะต้องหาข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนตัดสินใจซื้อ บ่อยครั้งแค่ไหน	18 (38.3)	1 (2.9)	12 (25.0)	2 (4.3)	1 (2.1)	2.98	1.011
2. เมื่อท่านเห็นโฆษณาสินค้าในทีวี สาธารณะหรือจากเว็บไซต์และเกิดความสนใจในสินค้านั้น ท่านตั้งใจจะไปหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่น เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจซื้อ บ่อยครั้งแค่ไหน	14 (29.8)	13 (27.7)	17 (36.2)	2 (4.3)	1 (2.1)	2.79	0.999
3. ท่านใช้เหตุผลวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียเพื่อเลือกรับข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อ นั้นก่อนที่จะปฏิบัติตาม บ่อยครั้งแค่ไหน	17 (36.2)	21 (44.7)	5 (10.6)	3 (6.4)	1 (2.1)	3.06	0.965
4. เมื่อท่านเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ ท่านมีการวิเคราะห์ ประเมินเนื้อหาโดยไม่เชื่อในทันที บ่อยครั้งแค่ไหน	12 (25.5)	23 (48.9)	8 (17.0)	3 (6.4)	1 (2.1)	2.89	0.938
5. เมื่อท่านได้แลกเปลี่ยนพูดคุย ปรึกษา วิเคราะห์เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ. 2ส. กับผู้อื่นโดยที่ท่านมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้รับก่อนการตัดสินใจเชื่อและปฏิบัติตาม บ่อยครั้งแค่ไหน	14 (29.8)	24 (51.1)	6 (12.8)	2 (4.3)	1 (2.1)	3.02	0.897

N = 48

## 2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของ การสื่อสารสุขภาพของชุมชน

1) ผู้นำชุมชน มีจิตวิทยาและมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีความรับผิดชอบสูง ทำงานเคียงข้างชาวบ้าน และให้ความสำคัญกับชุมชนเป็นหลัก จึงเป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อความคิดและการตัดสินใจของสมาชิกในชุมชน เมื่อมีการสื่อสารหรือถ่ายทอดข้อมูลทำให้สมาชิกให้ความเชื่อถือเชื่อมั่น รวมทั้งการใช้เทคนิคของกลุ่มแกนนำในชุมชนที่นำสู่การประสบความสำเร็จ เนื่องจากมีแกนนำชุมชนที่มาจากสาขาวิชาที่หลากหลาย มีการนำองค์ความรู้มาใช้ในการถ่ายทอดสู่สมาชิกในชุมชนด้วยการ *บูรณาการภูมิปัญญาชาวบ้าน เข้ากับ ภูมิปัญญาปัจจุบัน* สามารถประยุกต์ใช้กับชุมชนได้อย่างกลมกลืนจนเกิดกระบวนการเรียนรู้เป็นวงกว้าง เช่น “รวมเชื้อเรื่องสุขภาพ” โดยปราชญ์อาหารพื้นบ้านและปราชญ์หมอสู่ขวัญ เป็นต้น

2) การใช้วิธีการสื่อสารซ้ำๆ พูดให้ข้อมูล ความรู้ด้านสุขภาพ หรือประชาสัมพันธ์ซ้ำๆ บ่อยๆ ในทุกโอกาส

3) การมีส่วนร่วมของสมาชิกชุมชน และภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกชุมชน โดยเฉพาะสมาชิกชุมชนให้ความร่วมมือ ร่วมใจ และกระตือรือร้น เนื่องจากมองว่าทุกคนเป็นเจ้าของชุมชน ต้องช่วยกัน

### อภิปรายผล

1. กระบวนการสื่อสารสุขภาพของชุมชน จะเห็นว่าผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ส่งสารหรือผู้สื่อสาร คือ แกนนำชุมชนและ อสม. ส่วนเนื้อหาของการสื่อสาร ส่วนมากเป็นเรื่องเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. และมีการสื่อสารผ่านช่องทาง การประชุม/ประชาคม สื่อบุคคล และหอกระจายข่าวสารหมู่บ้าน ทั้งนี้เนื่องจาก แกนนำชุมชน และ อสม. เป็นบุคคลที่ชาวบ้านให้ความเชื่อถือไว้วางใจ และเชื่อมั่นว่าเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ เพราะได้ผ่านการอบรม

ด้านสุขภาพมาแล้วจากกระทรวงสาธารณสุข และมีความสนใจเนื้อหาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อใช้ในการปฏิบัติตนและดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับ แนวคิดของ ฮาโรลด์ ดี ลาสเวลล์ (Harold D. Lasswell) นักรัฐศาสตร์ชาวอเมริกัน ได้เสนอบทความที่เป็นการเริ่มต้นอธิบายการสื่อสารที่มีคนรู้จักมากที่สุด ในปี พ.ศ. 2491 โดยเสนอว่า วิธีที่สะดวกที่จะอธิบายการกระทำ การสื่อสารก็คือ การตอบคำถามต่างๆ ดังนี้ 1) ใคร (who) 2) กล่าวอะไร (says what) 3) ผ่านช่องทางใด (in which channel) 4) ถึงใคร (to whom) 5) เกิดผลอะไร (with what effect) และสอดคล้องกับ วิรัช ลภีรัตนกุล (2540) กล่าวว่า การติดต่อสื่อสาร คือกระบวนการในการส่งผ่านหรือสื่อความหมายระหว่างบุคคล สังคมมนุษย์เป็นสังคมที่สมาชิกใช้ความสามารถของตนสื่อความหมายให้ผู้อื่นเข้าใจได้ โดยแสดงออกในรูปของความต้องการ ความปรารถนา ความรู้สึกนึกคิด ความรู้และประสบการณ์ต่างๆ จากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่ง การติดต่อสื่อสารจึงมีความสำคัญยิ่งในการปรับพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่มนุษย์โดยสามารถส่งข่าวสารไปยังมนุษย์อีกผู้หนึ่งซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้รับ (receiver) โดยมนุษย์ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ส่ง (sender) เจตนาที่จะให้เกิดผลกระทบต่อพฤติกรรมของมนุษย์ที่ทำหน้าที่เป็นผู้รับ

2. ความสามารถในการสื่อสารสุขภาพของชุมชนใน 3 ประเด็นหลัก คือการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสารสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ จะเห็นว่า การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง มีความสามารถในการค้นหาข้อมูลสุขภาพจากผู้รู้ สื่อสิ่งพิมพ์หรืออินเทอร์เน็ต มีน้อยที่สุด เนื่องจากแกนนำชุมชน และ อสม. ส่วนมากมีช่วงอายุมากระหว่าง 46-55 ปี และมี

การศึกษาระดับประถมและมัธยมศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีทักษะไม่เพียงพอต่อการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ จึงมีผลต่อการสืบค้นข้อมูลจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ได้ทันที่และสถานการณ์ซึ่งสอดคล้องกับ (Schramm Wilbur, 1973) กล่าวว่าพฤติกรรมการเลือกรับข่าวสารมีองค์ประกอบที่สำคัญต่อกระบวนการเลือกสรรของมนุษย์ ได้แก่ (1) ประสบการณ์ ทำให้ผู้รับสารแสวงหาข่าวสารต่างกัน (2) การประเมินประโยชน์ของข่าวสาร ผู้รับสารจะแสวงหาข่าวสารเพื่อสนองจุดประสงค์ของตนอย่างใดอย่างหนึ่ง (3) ภูมิหลังแตกต่างกัน ทำให้ความสนใจต่างกัน (4) การศึกษาและสภาพแวดล้อม ทำให้ความแตกต่างในพฤติกรรมการเลือกรับสื่อและเนื้อหาข่าวสาร (5) ความสามารถในการรับสารเกี่ยวกับสภาพร่างกายและจิตใจ ที่ทำให้พฤติกรรมการเลือกรับข่าวสารต่างกัน (6) บุคลิกภาพทำให้ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติโน้มน้าวจิตใจ และพฤติกรรมของผู้รับสาร (7) อารมณ์ สภาพทางอารมณ์ของผู้รับสาร จะทำให้ผู้เข้าใจความหมายของข่าวสาร หรืออาจเป็นอุปสรรคของความเข้าใจความหมายของข่าวสารได้ (8) ทัศนคติ จะเป็นตัวกำหนดท่าทีของการรับและตอบสนองต่อสิ่งเร้า หรือข่าวสารที่ได้พบความพยายามน้อยที่สุด (Least effort) และได้ประโยชน์ตอบแทนดีที่สูงสุด (Promise of reward) ที่ว่าใช้ความพยายามน้อยที่สุดนั้นหมายความว่า ผู้อ่าน ผู้ดูหรือผู้ฟัง จะเลือกรับสื่อที่ตัวเองมีความสะดวกที่สุด การใช้ความพยายามน้อยที่สุดในการรับสื่อมาจากหลายปัจจัยด้วยกัน เช่น ความพร้อม และความสะดวกค่าใช้จ่ายที่จะใช้สำหรับซื้อสื่อ เวลาที่รับสื่อซึ่งย่อมแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลรวมทั้ง

บทบาทนิสัยและประเพณีนิยม ซึ่งรวมเป็นกิจกรรมอันเป็นพฤติกรรมทางสังคม ก็มีอิทธิพลในการเลือกใช้สื่อด้วย และสอดคล้องกับ แม็คคอมส์ และเบ็คเคอร์ (Mccombs & Becker, 1979) กล่าวว่า บุคคลเปิดรับข่าวสารจากสื่อมวลชน เพื่อตอบสนองความต้องการ 4 ประการ คือ (1) เพื่อต้องการรู้เหตุการณ์ (Surveillance) โดยการติดตามความเคลื่อนไหวและสังเกตการณ์สิ่งต่างๆ รอบตัวจากสื่อมวลชน เพื่อจะรู้ทันเหตุการณ์ ทันสมัย และรู้ว่าอะไรเป็นสิ่งสำคัญที่ควรรู้ (2) เพื่อต้องการช่วยตัดสินใจ (Decision) โดยเฉพาะการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวกับชีวิตประจำวัน การเปิดรับข่าวสารทำให้บุคคลสามารถกำหนดความเห็นของตนต่อสภาวะ หรือเหตุการณ์ต่างๆ รอบตัวได้ (3) เพื่อการพูดคุยสนทนา (Discussion) การเปิดรับข่าวสารจากสื่อมวลชน ทำให้บุคคลมีข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการพูดคุยกับผู้อื่นได้ ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้แก่นำชุมชนและ อสม. มีศักยภาพในการค้นหาข้อมูลสุขภาพ และการสนับสนุนให้คำปรึกษาจากผู้รู้และจากแหล่งต่างๆ ไม่ว่าจะ เป็นสื่อสิ่งพิมพ์หรืออินเทอร์เน็ตในชุมชนและทักษะการสื่อสารสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการเข้าใจเนื้อหาและอ่านเอกสารแนะนำ จากเอกสารแนะนำเรื่องการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. มีน้อยที่สุด เนื่องจากเนื้อหาของเอกสารแนะนำเรื่องการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. เป็นเอกสารที่ผลิตโดยหน่วยงานส่วนกลางและมีเนื้อหาเชิงวิชาการมากไป ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี SMCR ของเดวิด เค. เบอร์โล (David K.Berlo) ได้พัฒนาทฤษฎีที่ผู้ส่งจะส่งสารอย่างไร และผู้รับจะรับ แปลความหมาย และมีการโต้ตอบกับสารนั้นอย่างไร ในประเด็น

ระดับความรู้ (knowledge levels) ถ้าผู้ส่งและผู้รับมีระดับความรู้เท่าเทียมกันก็จะทำให้การสื่อสารนั้นลุล่วงไปด้วยดี แต่ถ้าหากความรู้ของผู้ส่งและผู้รับมีระดับที่แตกต่างกันย่อมจะต้องมีการปรับปรุงความยากง่ายของข้อมูลที่จะส่งในเรื่องความยากง่ายของภาษาและถ้อยคำสำนวนที่ใช้ เช่น ไม่ใช่คำศัพท์ทางวิชาการ ภาษาต่างประเทศ หรือถ้อยคำยาวๆ สำนวนสลับซับซ้อน ทั้งนี้เพื่อให้สะดวกและง่ายต่อความเข้าใจ ตัวอย่างเช่น การที่หมอรัรักษาคณไใช้แล้วพูดแต่คำศัพท์การแพทย์เกี่ยวกับโรคต่างๆ ย่อมทำให้คนไข้ไม่เข้าใจว่าตนเองเป็นโรคอะไรหรือพัฒนากรจากส่วนกลางออกไปพัฒนาหมู่บ้านต่างๆ ในชนบทเพื่อให้คำแนะนำทางด้านการเกษตรและเลี้ยงสัตว์แก่ชาวบ้าน ถ้าพูดแต่คำศัพท์ทางวิชาการโดยไม่อธิบายด้วยถ้อยคำภาษาง่ายๆ หรือไม่ใช้ภาษาท้องถิ่นก็จะทำให้ชาวบ้านไม่เข้าใจหรือเข้าใจผิดได้ หรือในกรณีของการใช้ภาษามือของผู้พิการทางโสต ถ้าผู้รับไม่เคยได้เรียนภาษามือ มาก่อนทำให้ไม่เข้าใจและไม่สามารถสื่อสารกันได้ เหล่านี้เป็นต้น ดังนั้นจึงจำเป็นต้องปรับวิธีการ การให้ข้อมูล ความรู้ ในเนื้อหา สาร และสื่อสาร ในเนื้อหา 3อ.2ส. อย่างง่ายและให้ตรงกับกลุ่มตัวอย่าง ส่วนการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการตั้งใจที่จะไปหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่นเพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจซื้อสินค้าจากโฆษณาหรือจากเว็บไซต์ น้อยที่สุด เนื่องจากแกนนำชุมชนและ อสม. ส่วนมากเป็นกลุ่มที่มีอาชีพทำนาทำไร่ ทำสวน จึงไม่มีเวลาในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่นซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความฉลาดทางสุขภาพ

ที่ว่า การตรวจสอบความถูกต้องน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อเสนอ เปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนหรือสังคม ส่งผลในการนำมาปรับเปลี่ยนวิถีปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ดังนั้นจำเป็นจะต้องประชาสัมพันธ์ หรือให้ข้อมูลความรู้กลุ่มตัวอย่างให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งใดเพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจซื้อ

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการสื่อสารสุขภาพของชุมชน จะเห็นว่า ผู้นำชุมชนและการมีส่วนร่วมของสมาชิกชุมชน เป็นหัวใจสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการสื่อสารของชุมชน เนื่องจาก ผู้นำชุมชน เป็นสื่อบุคคลในชุมชนที่เป็นทั้งปราชญ์ชาวบ้านและผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ และเป็นผู้ที่ดำรงชีวิตหรือมีกิจกรรมส่วนใหญ่เกี่ยวข้องในชุมชน มีศิลปะการจูงใจ และมีอิทธิพลในการเสริมพลัง และเป็นแม่แบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นตัวอย่างด้านสุขภาพที่ดีเป็นผู้ที่ชาวบ้านให้ความไว้วางใจ เชื่อใจ เคารพ และศรัทธา สอดคล้องกับ ทฤษฎีความสามารถพิเศษของผู้นำ (Charismatic theory) รังสรรค์ ประเสริฐศรี (2544) ซึ่งกล่าวว่า ผู้นำที่มีความสามารถพิเศษมีลักษณะ คือ เป็นผู้มีวิสัยทัศน์ มีความสามารถด้านทักษะการสื่อสาร ความสามารถที่ทำให้ผู้อื่นไว้วางใจ ความสามารถทำให้ผู้อื่นเห็นว่าตนเองมีความสามารถ มีพลังและมุ่งการปฏิบัติให้บรรลุผล แสดงอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมและเอื้ออาทรแก่ผู้อื่น และสอดคล้องกับ (ศิริโสภาคย์ บุรพาเดชะ, 2535 อ้างถึงใน มัลลิกา ต้นสอน,

2544) กล่าวไว้ว่า ผู้นำอาจจะเป็นบุคคลที่มีตำแหน่งอย่างเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้ ซึ่งเรามักจะรับรู้เกี่ยวกับผู้นำที่ไม่เป็นทางการ อยู่เสมอ เนื่องจากบุคคลนั้นมีลักษณะเด่นเป็นที่ ยอมรับของสมาชิกในกลุ่ม โดยเขาจะใช้ภาวะ ผู้นำในการปฏิบัติการและอำนวยความสะดวก โดยใช้ กระบวนการติดต่อสัมพันธ์กัน เพื่อมุ่งบรรลุ เป้าหมายของกลุ่ม และการสื่อสารสุขภาพใน ชุมชนจะเป็นการถ่ายทอดในประเด็นเนื้อหาที่ ตรงกับกลุ่มเป้าหมายโดยสื่อสารบ่อยๆ และ ต่อเนื่อง จะช่วยให้การสื่อสารข้อมูลข่าวสาร ส่งผลต่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับหลักสำคัญในการสื่อสารที่มี ประสิทธิภาพในประเด็นเนื้อหาสาระ (Content) ข่าวสารที่ดีจะต้องมีความหมายสำหรับผู้รับ มีสาระ ประโยชน์ แก่กลุ่มชน หรือมีสิ่งที่เขาจะ ได้ผลประโยชน์ จึงน่าสนใจ บางครั้งสิ่งที่เป็น ประโยชน์ต่อกลุ่มชนกลุ่มหนึ่ง แต่อาจจะไม่มี สาระสำหรับคนบางกลุ่ม ในเรื่องนี้จึงต้องใช้การ พิจารณากลุ่มชนเป้าหมายด้วย และจะต้อง สื่อสารเนื้อหาสาระบ่อยและสม่ำเสมอ ต่อเนื่องกัน (Continuity and Consistency) การสื่อข่าวสาร จะได้ผลต้องส่งบ่อยๆ ติดต่อกัน หรือมีการย้ำหรือซ้ำ เพื่อเตือนความทรงจำ หรือ เปลี่ยนทัศนคติ และมีความสม่ำเสมอ เสมอต้น เสมอปลาย มิใช่ส่งข่าวสารชนิดขาดๆ หาย ไม่เที่ยงตรงแน่นอน รวมทั้งการมีส่วนร่วมของ ชุมชน จะเห็นว่า การมีส่วนร่วมเป็นการเปิด โอกาสให้บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา เพราะคนในท้องถิ่นที่รู้จักสังคมและสิ่งแวดล้อม ทางกายภาพของชุมชนอย่างแท้จริง ให้เข้ามามี ส่วนร่วมในการพัฒนาและตัดสินใจได้อย่าง ถูกต้องมีประสิทธิภาพ ทำให้คนในท้องถิ่นมี

ความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนา และทำให้ประชาชนมีโอกาสใช้ความสามารถ ของตนเองในการร่วมกันทำงานทั้งในรูปของ ความคิด การตัดสินใจ และการกระทำอย่าง เต็มที่ ซึ่งส่งผลต่อวิถีชีวิตของตน มีอิทธิพลต่อ การพัฒนาสุขภาพสอดคล้องกับ แนวคิดของ Hirsch (1990) ที่ว่าการมีส่วนร่วมเป็นการนำคน ในท้องถิ่นที่รู้จักสังคมและสิ่งแวดล้อมทาง กายภาพของชุมชนอย่างแท้จริง ให้เข้ามามีส่วน ร่วมในการพัฒนาและตัดสินใจได้อย่างถูกต้องมี ประสิทธิภาพ ทำให้คนในท้องถิ่นมีความรู้สึกว่า ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาและทำให้ ประชาชนมีโอกาสใช้ความสามารถของตนเองใน การร่วมกันทำงานทั้งในรูปของความคิด การตัดสินใจ และการกระทำอย่างเต็มที่ และ ส่งผลต่อวิถีชีวิตของตน

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กระทรวงสาธารณสุข ควรทำ ยุทธศาสตร์การสื่อสารสุขภาพประเทศ เพื่อขยายผลการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยน พฤติกรรมลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ให้ครอบคลุม ทุกพื้นที่ เพื่อการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ ของคนไทย

2. จังหวัดควรมีการจัดทำแผนการ สื่อสารสุขภาพ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ เพื่อให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและ สื่อสารเตือนภัยให้กับประชาชนที่สอดคล้องกับ ปัญหาสุขภาพและความต้องการ ของประชาชน

#### ข้อเสนอแนะเชิงพัฒนา

1. กองสุกศึกษาควรรสนับสนุนและสร้าง ความร่วมมือทางวิชาการระหว่างองค์กร เครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาวิชาการการ สื่อสารให้กว้างขวางและต่อเนื่องในทุกระดับ

2. กองสุขศึกษาศึกษาควรส่งเสริมและสนับสนุนให้หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ ต้นแบบเป็นแหล่งเรียนรู้ในกระบวนการสื่อสารเพื่อการขยายผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำวิจัยในประเด็น กระบวนการสื่อสารสุขภาพของประชาชนในชุมชนที่มีความหลากหลายของบริบทและเทคนิควิธีการสื่อสารสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ

### เอกสารอ้างอิง

- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). ความฉลาดทางสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: นิเวศธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด.
- ประมะ สตะเวทิน. (2541). แนวคิดเกี่ยวกับสื่อสารเพื่อการพัฒนา. ในเอกสารชุดวิชาการสื่อสารการพัฒนา. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- มัลลิกา ต้นสอน. (2544). พฤติกรรมองค์กร. กรุงเทพมหานคร: บริษัทเอ็กซ์เบอร์เน็ท จำกัด.
- รังสรรค์ ประเสริฐศรี. (2544). ภาวะผู้นำ กรุงเทพมหานคร: ธนัชชการพิมพ์.
- วิรัช ลภีรัตนกุล. (2540). การประชาสัมพันธ์. (พิมพ์ครั้งที่6). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Becker.Lee B. (1979). Using Mass Communication Theory. New Jersey: Prince-hall.

- Den Hartog D. N., & Koopman, P.L. (2001). Leadership in organizations. Handbook of industrial. Work and organizational psychology (Vol. 2, London, UK: Sage
- Mccombs, Maxwell E. & Schramm Wilbur. (1973). Men Message and Media : A Look at Mass Communication. New York : Harper and Row Publisher. Retrieve from [http://www.baanjomjut.com/library/communication\\_theory/03\\_2.html](http://www.baanjomjut.com/library/communication_theory/03_2.html) : เดวิด เค. เบอร์โล (David K.Berlo)

การขับเคลื่อนความเข้มแข็งทางสังคมในการร่วมมือป้องกันควบคุมโรคมะเร็ง  
ของประเทศไทย

Driving Society's Strength in Cooperation of Cancer Control of Thailand

กิตติพงษ์ เกิดฤทธิ (Kittipong Kerdrat)\*

**บทคัดย่อ**

การศึกษาเรื่องการขับเคลื่อนความเข้มแข็งทางสังคมในการร่วมมือป้องกันควบคุมโรคมะเร็งของประเทศไทย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษา 1. ประเด็นความเข้มแข็งและความร่วมมือทางสังคม รวมถึงปัญหาอุปสรรคในการป้องกันควบคุมโรคมะเร็งของประเทศไทยในแต่ละภาคส่วน และ 2. เพื่อให้ได้ทิศทางและแนวทางในการขับเคลื่อนความเข้มแข็งทางสังคมในการร่วมมือป้องกันควบคุมโรคมะเร็งของประเทศไทย โดยใช้แบบสัมภาษณ์จากกลุ่มตัวอย่าง 2 หน่วยงาน คือ หน่วยงานสาธารณสุข 61 คน และหน่วยงานการปกครอง 57 คน รวมจำนวน 118 คน

ผลการศึกษาพบว่าหน่วยงานสาธารณสุขส่วนใหญ่มีการดำเนินงานฯ ตามแผนงาน และดำเนินกิจกรรมร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ตลอดจนชุมชน ซึ่งผลเป็นที่น่าพึงพอใจ ได้รับการตอบรับจากประชาชน ปัญหาและอุปสรรคคือขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถในเชิงลึกๆ และไม่มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องความเชื่อความเป็นอยู่ของประชาชน จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอกับปริมาณ ปัญหาเรื่องงบประมาณและเทคโนโลยี ในขณะที่หน่วยงานการปกครอง ส่วนใหญ่ยังไม่ได้มีการดำเนินงานฯ สำหรับทิศทางและแนวทางการขับเคลื่อนฯ ควรอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ให้มากขึ้น กำหนดเป็นนโยบาย มีการติดตามกำกับ ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงจัดสรรงบประมาณและมีหน่วยงานดูแลอย่างเหมาะสม ข้อเสนอแนะคือการสร้างกลไกความร่วมมือระหว่างหน่วยงานของรัฐบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เอกชน รวมทั้งชุมชน โดยการจัดทำแผนบูรณาการร่วมกัน

\*ผู้อำนวยการกองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

Director of Health Establishment Division, Department of Health Service Support



## Abstract

The descriptive study on Driving Society's Strength in Cooperation of Cancer Control of Thailand and the objectives are 1. To study the issue of strength and society cooperation as well as obstacles for cancer control of Thailand in various sectors and 2. To achieve the directions and guidelines for driving society's strength in cooperation of cancer control of Thailand. The methodology used is interview from the sample group of 118 people. The sample group is divided into 2 institutes, which are Public Health institutes consisting of 61 people and Administration institutes consisting of 57 people.

The result has shown that Public health institutes are conducted according to the program by creating activities with various related institutes and communities. The result of the operation is satisfactory and shows the tendency to improve as it received great response from the citizens. The problems and obstacles are the lack of specialized personnel who is knowledgeable about cancer control. Other problems are lack of knowledge, understanding and the living conditions of the citizens. The available numbers of personnel are not enough to carry out the operation as they have high load on their routine work. There are also problems of budget and technology. For the Administration institutes, it was found that mostly, there isn't many plans carried out. The practical directions and guidelines for driving society's strength in cooperation of cancer control of Thailand are to carry out the plan with the help of various institutes and organizations. A set of policies must be set and motivated for cancer control with continuous follow-ups and assessments as well as creating an appropriate budget that should be supervised by one institute. Recommendations: Create a mechanism of cooperation between Governmental institutes, Local Administration organizations, Non-Governmental organizations as well as communities. There should also be integration plans as well as promoting the policies of participation.

## บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรค NCDs) ได้แก่ เบาหวาน หัวใจขาดเลือด หลอดเลือดสมอง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และมะเร็ง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตและภาระโรคอันดับหนึ่งของประเทศไทยและของทั่วโลก จนกระทั่ง UN ต้องยกเอามาเป็นวาระที่ทุกชาติสมาชิกต้องร่วมมือกันจัดการปัญหาอย่างจริงจัง ซึ่งในแต่ละปีมีคนไทยเสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs มากกว่า 3 แสนคน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (ระหว่างอายุ 30 – 70 ปี) จากรายงานขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2557 ได้แสดงว่ากลุ่มโรค NCDs เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตถึงร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประชากรไทย ข้อมูลสถานการณ์ของประเทศไทยในปี 2556 พบว่าการเสียชีวิตของประชากรไทยด้วยโรคมะเร็ง มากที่สุด มากกว่าร้อยละ 14 รองมาเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 12.5 และตามมาด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 8.2 เบาหวาน ร้อยละ 8 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 4 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาเฉพาะโรคมะเร็งในรายโรค ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 – 2558 พบว่า อัตราตายด้วยมะเร็งเต้านม มะเร็งปอด และมะเร็งตับ นั้นมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในตลอดช่วง 10 ปี โดยเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 เท่าตัว

กลุ่มโรค NCDs ไม่ได้เป็นเพียงปัญหาสุขภาพแต่ยังเป็นปัจจัยคุกคามที่สำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ทั้งจากผลกระทบต่อคุณภาพของประชากร ความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สังคมต้องแบกรับ และผลต่อความยากจนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว

และสังคมโดยรวม สำหรับความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากโรค NCDs พบว่ามีมูลค่ารวมทั้งสิ้นเกือบ 2 แสนล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 2.2 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP) หรือเฉลี่ยประมาณ 3,128 บาทต่อหัวประชากร

กลุ่มโรค NCDs สามารถป้องกันได้ด้วยการจัดให้มีระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียมกัน และการผลักดันให้มีนโยบายสาธารณะในภาคส่วนอื่นๆ นอกเหนือจากภาคสุขภาพที่จะจัดการกับปัจจัยเสี่ยงร่วมของโรค NCDs ฉะนั้นกลไกในการแก้ไขปัญหาของกลุ่มโรค NCDs จึงมีความจำเป็นต้องสร้างความร่วมมือจากทุกภาคส่วน (Multi-sectoral cooperation) ในการส่งเสริมป้องกันดูแลตลอดช่วงชีวิต (Life course approach) เน้นการลดปัจจัยเสี่ยงหลัก (Risk reduction) ตลอดจนมีการกำหนดนโยบายที่เหมาะสมและคำนึงต่อสุขภาพ (Health in all policies) เพื่อลดปัจจัยกำหนด (Social determinant of health) และได้กำหนดเป้าหมายการป้องกันและควบคุมกลุ่มโรค NCDs

สำหรับสถานการณ์โรคมะเร็งในประเทศไทย มีความสัมพันธ์กับแนวโน้มและการกระจายของปัจจัยเสี่ยง ซึ่งจากการศึกษาของ หัชชาติ ศรีปลั่ง (2553) พบว่า มะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทย จะมีอยู่ 6 อันดับ คือ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม มะเร็งช่องปาก และมะเร็งลำไส้ใหญ่ ชนิดของโรคมะเร็งที่พบบ่อยในแต่ละประเทศไม่เหมือนกันเนื่องจากประชาชนมีการเกิดโรคติดเชื้อต่างกัน ได้รับรังสี สารเคมี มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร คุณสมบัตินานาชาติ พันธุกรรม วิถีการดำเนินชีวิตและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน แม้แต่ในแต่ละภาคของ

ประเทศไทยก็มีอัตราการเกิดโรคที่แตกต่างกัน ในภาคเหนือกับภาคใต้ปัญหาโรคมะเร็งปอดจัดเป็นปัญหาหลัก ปัญหาโรคมะเร็งตับที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนของภาคกลางนั้นโรคมะเร็งที่เป็นปัญหาใหญ่จะเป็นมะเร็งช่องปาก ในเพศชายจะมีโรคมะเร็งปอดเป็นปัญหาหลัก เพศหญิงก็ยังคงเป็นมะเร็งปากมดลูก ถึงแม้จะมีแนวโน้มลดลง แต่ก็มีมะเร็งเต้านมที่เพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ

การที่จะควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งได้นั้น จำเป็นต้องควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของโรคมะเร็งชนิดนั้นๆ โรคมะเร็งจะไม่แสดงอาการในระยะแรก แต่จะแสดงอาการเมื่อลุกลามแล้ว ซึ่งนั่นหมายถึงในระยะที่ 3 หรือระยะสุดท้าย การป้องกันที่ดีที่สุดคือการป้องกันในตนเองโดยเริ่มจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นพรัตน์ ส่งเสริม และสุพรรณิ พรหมเทศ (2554) ศึกษาเรื่องมะเร็งท่อน้ำดี กล่าวถึง ปัจจัยเสี่ยงของโรคนี้นั้นเป็นสิ่งที่คนในปัจจุบันยังไม่สามารถเลิกปฏิบัติได้ทั้งในการอุปโภค บริโภค รวมถึงพฤติกรรมต่างๆ ได้แก่ การบริโภคอาหารปรุงสุกๆ ดิบๆ ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคพยาธิใบไม้ตับ การบริโภคอาหารหมักดอง การดื่มสุรา สูบบุหรี่ ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค นักสาธารณสุขจึงแบ่งระดับการป้องกันเป็น 3 ระดับ โดยเริ่มจากการให้ข้อมูลความรู้ ผ่านสื่อต่างๆ ทั้งวิทยุ โทรทัศน์ สิ่งพิมพ์ ถึงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค และการออกกฎหมายควบคุมในสิ่งที่ทำให้เกิดความเสี่ยงระดับต่อไปเป็นการป้องกันจากการคัดกรองผู้ป่วย โดยสอบถามถึงประวัติการบริโภค การใช้ชีวิต เพื่อดูว่าเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับหรือไม่ รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณในการให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญออกตรวจในชุมชน จัดหาเครื่องมือที่

ทันสมัยเพื่อการคัดกรองและรักษาผู้ป่วยที่ดี และในระดับสุดท้ายเป็นการป้องกันเมื่อทราบว่าป็นโรคนี้อันแล้ว จะเป็นการช่วยทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ แพทย์ผู้รักษาจะทำการรักษาเพื่อให้เกิดความทรมานน้อยที่สุด และช่วยเยียวยาจิตใจของผู้ป่วย ปัญหา มะเร็งยังเป็นปัญหาใหญ่ของสาธารณสุข รวมทั้งนักวิชาการและนักวิจัยที่จะต้องร่วมมือการป้องกันและควบคุมปัญหาโรคนี้อย่างจริงจังจะต้องให้ความร่วมมือในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ จึงจะสามารถลดปัญหาโรคนี้อันได้

สำหรับการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน โดยการใช้ทุนทางสังคม ในการดูแลสุขภาพนั้นไม่ได้หมายถึงประชาชนเพียงอย่างเดียว ยังรวมไปถึงองค์กรต่างๆ ในชุมชน ทุนทางสังคมประกอบไปด้วย ทุนคน ทรัพยากร เงิน เครือข่าย และทุนภูมิปัญญา ในการใช้ทุนทางสังคมเพื่อดูแลสุขภาพ จะเริ่มจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยเริ่มจากประชาชน องค์กรชุมชน กลุ่มอาสาสมัครต่างๆ ในชุมชน ขยายไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยบริการสุขภาพในชุมชนในแต่ละภาคส่วนจะมีการดูแลสุขภาพของชุมชนร่วมกัน แต่จะมีหน้าที่ที่แตกต่างกันออกไปแล้วแต่ความสามารถของแต่ละองค์กร การวางแผนดูแลสุขภาพของคนในชุมชนเป็นกระบวนการในการวางแผนเพื่อให้ทุกคนในชุมชนมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเชิงพรรณนา เรื่องการขับเคลื่อนความเข้มแข็งทางสังคมในการร่วมมือป้องกันควบคุมโรคมะเร็งของประเทศไทย

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประเด็นความเข้มแข็งความร่วมมือทางสังคม รวมถึงปัญหา อุปสรรค ในการป้องกันควบคุมโรคมาเร็งในประเทศไทย ในแต่ละภาคส่วน

2. เพื่อเสนอทิศทาง แนวทางในการขับเคลื่อนความเข้มแข็งทางสังคมในการร่วมมือป้องกันควบคุมโรคมาเร็งในประเทศไทย

### ขอบเขตการศึกษา

ขอบเขตระยะเวลาของการศึกษา ระยะเวลา 2 เดือน คือ กรกฎาคม-สิงหาคม พ.ศ.2559

### วิธีการศึกษา

**ประชากร** คือ ผู้ที่ดำเนินงานในหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (stakeholder) กับการป้องกันควบคุมโรคมาเร็งในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง และทำการเลือกอย่างเหมาะสม จากประชากรของหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมาเร็งในประเทศไทย จำนวน 118 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

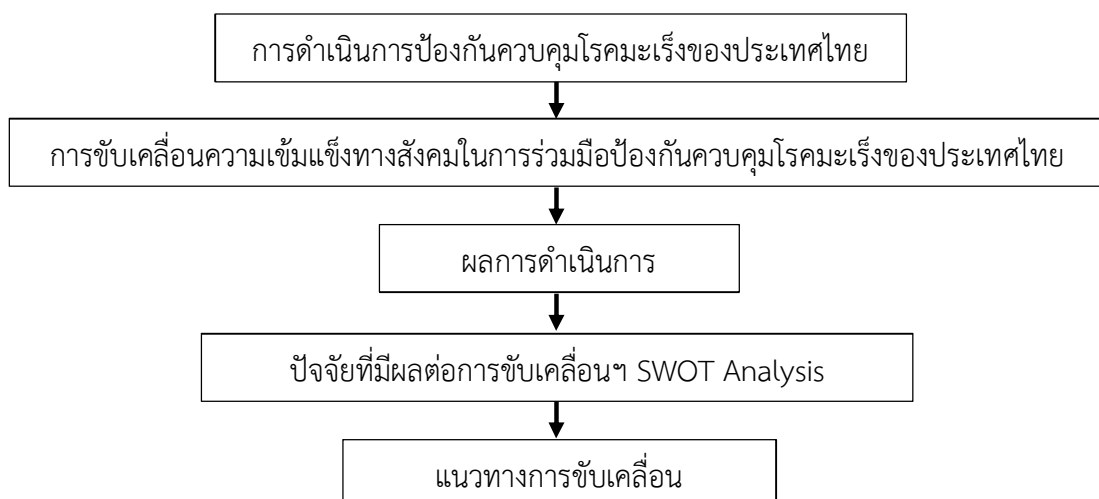
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสัมภาษณ์: การขับเคลื่อนความเข้มแข็งทางสังคมในการร่วมมือป้องกันควบคุมโรคมาเร็งของ

ประเทศไทย ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้น โดยกำหนดประเด็นไว้เป็นการล่วงหน้า (Discussion Guide Line) และผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันดำรงราชานุภาพ กรมควบคุมโรค และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3 คน และนำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย ประเด็นคำถาม 3 ตอน (แผนภาพที่ 1) ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน

ตอนที่ 2 ความคิดเห็นต่อการขับเคลื่อนความเข้มแข็งทางสังคมในการร่วมมือป้องกันควบคุมโรคมาเร็งของประเทศไทย ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ 1) มาตรการ/แนวทางการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องในการป้องกันควบคุมโรคมาเร็งของหน่วยงานของท่าน 2) ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรคมาเร็งของหน่วยงานของท่าน

ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะแนวทางในการขับเคลื่อนความเข้มแข็งทางสังคมเพื่อบูรณาการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมาเร็งกับภาคส่วนต่างๆ ของประเทศไทย



แผนภาพที่ 1 ประเด็นการสัมภาษณ์ข้อมูลการป้องกันควบคุมโรคมาเร็งในประเทศไทย

### การเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วนคือ

1. ข้อมูลทุติยภูมิ เป็นการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารอ้างอิง งานวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้อง หนังสือและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคมาเร็งในประเทศไทย รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการสืบค้นข้อมูลผ่านทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ต และข้อมูลจากเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้อง

2. ข้อมูลปฐมภูมิ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์: การขับเคลื่อนความเข้มแข็งทางสังคมในการร่วมมือป้องกันควบคุมโรคมาเร็งของประเทศไทยและการสังเกตการณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและนำมาวิเคราะห์สรุปผลตามวัตถุประสงค์ที่ศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจะดำเนินการนำแบบสัมภาษณ์ที่ได้ข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์มาทำการวิเคราะห์และตีความเพื่อหาข้อสรุปของการศึกษา นำผลไปประมวลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS เพื่อคำนวณหาค่าสถิติที่ต้องการใช้ในงานศึกษา โดยใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ และในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา

### ผลการศึกษา

ส่วนใหญ่ผู้ที่ให้สัมภาษณ์มาจากหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมาเร็ง สามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ หน่วยงานสาธารณสุข มีจำนวน 61 คน และหน่วยงานการปกครอง มีจำนวน 57 คน รวมทั้งหมด 118 คน ซึ่งในการดำเนินงานของหน่วยงานสาธารณสุขพบว่าส่วนใหญ่มีการดำเนินงานแล้ว จำนวน 57 หน่วยงาน และยังไม่ได้มีการดำเนินงาน จำนวน 4 หน่วยงาน ดังนั้น ถือได้ว่าหน่วยงานสาธารณสุขมีความตระหนักในปัญหาโรคมาเร็งเป็นอย่างดี และได้มีการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคมาเร็งตามบทบาทหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ดีอย่างถ้วนหน้าของประชาชน ส่วนหน่วยงานการปกครอง พบว่า ส่วนใหญ่ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน จำนวน 36 หน่วยงาน และมี

การดำเนินงานแล้ว จำนวน 21 หน่วยงาน แสดงให้เห็นว่าหน่วยงานการปกครองยังมีความตระหนักในปัญหาโรคมาเร็งน้อย ซึ่งอาจเพราะเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยอ้อมเกี่ยวกับการจัดการดูแลสุขภาพของประชาชน

นอกจากนั้น ความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการดำเนินงานของหน่วยงานสาธารณสุขพบว่า ส่วนใหญ่ ผลดำเนินงานประสบผลสำเร็จ จำนวน 50 คน และดำเนินการยังไม่ประสบผลสำเร็จ จำนวน 7 คน รวมทั้งยังไม่ดำเนินการ 4 คน ส่วนของหน่วยงานการปกครองพบว่าส่วนใหญ่ยังไม่ประสบผลสำเร็จ จำนวน 44 คน และมีการดำเนินงานแล้วประสบผลสำเร็จ จำนวน 13 คน แสดงว่าหน่วยงานการปกครองยังมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคมาเร็งน้อย และที่ดำเนินการแล้ว แต่ผลของการดำเนินงานนั้นยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

1. การขับเคลื่อนความเข้มแข็งทางสังคมในการร่วมมือป้องกันควบคุมโรคมาเร็ง

สำหรับแนวทางการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องในการป้องกันควบคุมโรคมาเร็งของหน่วยงานสาธารณสุข ส่วนใหญ่จะดำเนินการตามแผนงานและกิจกรรมร่วมกับหน่วยงานต่างๆ และชุมชน ซึ่งผลการดำเนินงานเป็นที่น่าพึงพอใจ และมีแนวโน้มที่ดีว่าเมื่อดำเนินการแล้วได้รับการตอบรับที่ดีจากประชาชน ซึ่งกิจกรรมหลักๆ ที่ส่วนใหญ่หน่วยงานสาธารณสุขใช้ในการขับเคลื่อน มี ดังนี้

1.1 ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับประชาชน

1) ทำเว็บไซต์ที่ให้ความรู้ งานวิจัย และจัดให้มีการดาวน์โหลดเอกสารได้ รวมทั้งบอกรายละเอียดวิธีการติดต่อเพื่อตรวจสุขภาพ และการรักษา

2) ทำการถือป้ายรณรงค์  
ติดป้ายตามสถานที่ต่างๆ

3) ให้ความรู้กับนักเรียนใน  
โรงเรียน

4) จัดให้มีอาสาสมัครเข้ามา  
ดูแลคนในชุมชนและโรงพยาบาล

5) จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ  
เป็นระยะๆ

## 1.2 การป้องกัน

1) ตรวจคัดกรองโรค  
2) รมรงค์ให้ลดการสูบบุหรี่และ  
ดื่มสุรา

3) ระวังเกี่ยวกับอาหาร ยา และ  
เนื้อสัตว์ ไม่ให้มีสารอันตรายปนเปื้อน เช่น โฟม  
ยาปฏิชีวนะ สารเคมีต้องห้าม ฯลฯ

4) จัดให้มีการออกกำลังกาย  
และส่งเสริมให้ประชาชนออกกำลังกาย

5) ส่งเสริมให้ประชาชนหมั่น  
ตรวจสุขภาพ

6) รัฐบาลจัดงบประมาณให้  
ดำเนินการ

7) จัดทำแผนหรือนโยบายของ  
หน่วยงานเพื่อป้องกันและควบคุมโรค

8) ขอความร่วมมือจากหน่วยงาน  
ต่างๆ และประชาชนให้ร่วมมือในการดำเนินการ  
ร่วมกัน

9) อบรมบุคลากรในหน่วยงาน  
ให้มีความรู้เรื่องโรค

10) ค้นหาอาสาสมัครเข้ามา  
ดูแลเรื่องนี้อย่างจริงจังและต่อเนื่อง

## 1.3 การรักษา

1) เมื่อตรวจเจอผู้ป่วย รีบส่งไป  
รักษาทันที

2) มีอาสาสมัครจากหน่วยงาน  
สาธารณสุขคอยติดตามอาการและดูแลเป็น  
อย่างดี

นอกจากนั้นแล้ว สำหรับความ  
คิดเห็นเกี่ยวกับยุทธศาสตร์การป้องกันและ  
ควบคุมโรคมะเร็งของหน่วยงานอื่นๆ ที่  
ดำเนินการแล้วและควรดำเนินการในการ  
ควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งต่อไป ซึ่งจะเป็น  
เรื่องที่เกี่ยวข้อง 4 เรื่องหลัก คือ การประชาสัมพันธ์  
การตรวจสุขภาพ การเฝ้าระวังพฤติกรรมและ  
การรักษา โดยส่วนใหญ่จะเป็นเน้นกิจกรรม  
ทางด้านการประชาสัมพันธ์และความร่วมมือกับ  
ทุกภาคส่วนเป็นหลัก เช่น

(1) ประชาสัมพันธ์เพื่อปรับเปลี่ยน  
ทัศนคติ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเสวนาความรู้  
เกี่ยวกับโรคมะเร็ง ขอความร่วมมือจากชุมชนใน  
การแลกเปลี่ยนข้อมูลสาธารณสุข ให้ความรู้แก่  
ประชาชนในด้านการดูแลสุขภาพ รมรงค์ให้  
ประชาชนออกกำลังกาย ให้ความรู้ประชาชนให้  
เห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย เดินรมรงค์  
ส่งเสริมการออกกำลังกาย เดินรมรงค์  
ป้องกันโรคไม่ติดต่อ และรมรงค์ให้ความรู้กับ  
ประชาชน เป็นต้น

(2) ร่วมกับทุกภาคส่วนในการ  
จัดทำโครงการและกิจกรรม เช่น โครงการ  
หมู่บ้านรักษาดี 5 โครงการจักรยานเพื่อชุมชน  
สุขภาวะ จัดกิจกรรมคัดกรองมะเร็งปากมดลูก  
และมะเร็งเต้านมในกลุ่มเสี่ยง จัดกิจกรรม  
รมรงค์ต่อต้านการใช้โฟมบรรจุอาหาร จัดกิจกรรม  
รมรงค์ให้มีเขตปลอดบุหรี่ และเลิกเหล้า  
เข้าพรรษา จัดกิจกรรม “อำเภอสุขภาพดี วิถี  
ชุมชน คนประทีพ” และจัดงานมหกรรมสุขภาพ  
 เป็นต้น

## 2. ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรคมะเร็งของหน่วยงาน

ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งของหน่วยงาน สามารถสรุปออกเป็นประเด็นหลักๆ ที่สำคัญ ดังนี้

2.1 ปัญหาขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในเชิงลึกของการป้องกันควบคุมโรคมะเร็ง ขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถที่จะช่วยในการดำเนินการได้เต็มที่เพราะภาระงานประจำที่มีมาก

2.2 ปัญหาเรื่องบุคลากรไม่มีความรู้ความตระหนัก และความเข้าใจในเรื่องความเชื่อ ความเป็นอยู่ของประชาชน ซึ่งดูแลสุขภาพตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันและควบคุมยังมีน้อย บุคลากรบางส่วนที่ดำเนินงานมองว่าประชาชนไม่ฉลาด เรียนรู้ไม่ได้ ทำให้การดำเนินการของเครือข่ายไม่ยั่งยืน นอกจากนี้บุคลากรยังท้อแท้หมดกำลังใจ ส่วนประชาชนก็ไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ทำให้องค์กรและภาคีเครือข่ายยังขาดความร่วมมือในหลายๆ หน่วยงาน

2.3 ปัญหาเรื่องงบประมาณ/เทคโนโลยี ที่มีไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน

2.4 มีปัญหาเรื่องระยะทางและสิ่งแวดล้อมของหน่วยงาน

2.5 มีปัญหาเรื่องกฎระเบียบที่ไม่เอื้ออำนวย กฎระเบียบต่างๆ ของแต่ละหน่วยงานที่ทำให้การดำเนินงานลำบากและกำหนดกรอบรูปแบบการทำงานที่เป็นทางการมากเกินไป

## 3. ปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและรักษาโรคมะเร็ง สามารถสรุปออกเป็นประเด็นหลักๆ ที่สำคัญ ดังนี้

3.1 การส่งเสริมด้านบุคลากร เช่น ขอเจ้าหน้าที่จัดแบ่งเวลามาให้หรือหาบุคลากรเพิ่มกำหนดผู้รับผิดชอบและระบบงานให้ชัดเจน เป็นต้น

3.2 การส่งเสริมความรู้ทั้งในบุคลากรและในประชาชน เช่น จัดอบรมหลักสูตร การดูแล ป้องกัน ควบคุมและรักษาโรคมะเร็งในเชิงลึกให้กับบุคลากรในแต่ละหน่วยงาน การให้ความรู้ในการดูแล จัดการตนเองของประชาชน ซึ่งควรจัดให้มีการอบรมให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคมะเร็ง รู้สัญญาณเตือนของโรคมะเร็งในโรงเรียน และมหาวิทยาลัย รวมทั้ง การศึกษาอบรมและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) หรือควรจัดเจ้าหน้าที่มาดูแลให้ความรู้/เอื้ออำนวยให้เกิดการรับรู้ เนื่องจากบางอาชีพของประชาชนอาจจะเข้าไม่ถึง การให้ความรู้ความตระหนักกับประชาชน หรือกลุ่มเสี่ยงอาจใช้สื่อโฆษณาเพิ่มขึ้นเนื่องจากยังมีการสนับสนุนน้อย และสื่อที่ยังให้ความรู้ได้ไม่เพียงพอ และควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ในชุมชน เป็นต้น

3.3 มีการส่งเสริมด้านนโยบาย เช่น จัดให้มีนโยบายสาธารณะ เสริมสร้างสิ่งแวดล้อมให้ดีต่อสุขภาพ นโยบายที่ชัดเจนในการดำเนินการ ควรกำหนดเป็นวาระแห่งชาติ เป็นต้น

3.4 มีการส่งเสริมด้านทัศนคติ เช่น เสริมพลังอำนาจให้ชุมชนให้มีศักยภาพ มีการพัฒนา มีความยืดหยุ่น และประชาชนมีส่วนร่วม

ให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลความรู้ได้ง่าย พัฒนาทักษะส่วนบุคคล ปรับทัศนคติ เป็นต้น

3.5 มีการส่งเสริมด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ความร่วมมือของชุมชน กำหนดให้องค์กรในชุมชนช่วยเหลืออย่างชัดเจน ผู้นำชุมชนควรมีมากขึ้นและสร้างพลังให้เข้มแข็งในการรณรงค์กับชุมชนการที่สังคมเปลี่ยนแปลงจากสังคมชนบทไปเป็นสังคมเมือง ทำให้มีปัจจัยที่สร้างความเสี่ยงให้เกิดโรคมามากขึ้นและการย้ายถิ่นฐานของประชากร รวมทั้งสร้างความเข้มแข็งของกลุ่มต่างๆ ที่ดำเนินการ เป็นต้น

3.6 มีการส่งเสริมด้านงบประมาณงบประมาณควรมีมากพอเศรษฐกิจที่ไม่ดี ทำให้คนที่ป่วยไม่มีเงินรักษา รัฐบาลควรจัดสวัสดิการให้เพียงพอ การมีงานทำของประชาชน การสนับสนุนจากองค์กรภายนอก และโครงการสนับสนุนควรมีมากพอ เป็นต้น

#### 4. ทิศทางและแนวทางในการขับเคลื่อนความเข้มแข็งทางสังคมเพื่อบูรณาการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมะเร็ง

สำหรับทิศทางและแนวทางในการขับเคลื่อนความเข้มแข็งทางสังคมเพื่อบูรณาการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมะเร็ง พบว่า

4.1 หน่วยงานของรัฐบาลโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รพ.สต. และโรงพยาบาลทั้งของรัฐบาลและเอกชนควรตั้งนโยบายที่ชัดเจน ผลักดัน ติดตามกำกับประเมินผลอย่างจริงจังต่อเนื่อง มีการให้ความรู้สร้างความตระหนักต่อประชาชน ปรับปรุงข้อมูลความรู้ทั้งหมดให้ถูกต้องและครบถ้วนแล้วเผยแพร่ ทำสื่อประชาสัมพันธ์ และมีโฆษณาออกทางสื่อโทรทัศน์ ควรให้บรรจุความรู้ใน

หลักสูตรของโรงเรียน และจัดให้มีการเผยแพร่สื่อให้ความรู้ออกโทรทัศน์ ควรจัดให้มีการคัดกรองโรคที่ครอบคลุมและมีการรักษาที่ราคาไม่แพง หรือฟรี หรือเบิกได้ ควรจัดงบประมาณอย่างเหมาะสมเพียงพอ มีการทำสื่อประชาสัมพันธ์ ส่งเสริมให้มีสิ่งแวดล้อมที่ดีเพื่อสุขภาพของประชาชน เป็นต้น

4.2 การร่วมมือของกระทรวงและหน่วยงานต่างๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงอุตสาหกรรม และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ต้องเข้มงวดตรวจสอบสารเคมีในอาหาร ยา และผลิตภัณฑ์อื่นๆ รวมทั้งสินค้านำเข้า ส่งออก กำหนดบทลงโทษผู้ที่ทำผิดมากขึ้น เผยแพร่ความรู้ให้กับประชาชน และทุกหน่วยงานต้องสร้างบรรยากาศสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อสุขภาพของประชาชน ส่งเสริมธรรมชาติที่เกี่ยวกับสุขภาพ เป็นต้น

4.3 องค์กรเอกชนควรสนับสนุนประชาชนในการดำเนินการให้ความรู้ คัดกรองค้นหาโรคมะเร็งในชุมชน ในประชาชนกลุ่มเป้าหมายให้เงินเพื่อเป็นงบประมาณและมีเครื่องมือช่วยด้วยจากบริษัทต่างๆ ควรให้ความรู้พนักงานในการตรวจรักษาตนเองให้งบประมาณ ในการเบิกได้

4.4 ภาคประชาชนต้องมีมาตรการเข้มแข็งในเรื่องสารก่อมะเร็งในอาหารและมีการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งอย่างทั่วถึง ต้องแจ้งปัญหาต่อหน่วยงานรัฐบาล หากพบสิ่งผิดปกติหรือไม่ถูกต้องมีอาสาสมัครให้ความรู้แนะนำประชาชนในการค้นหา คัดกรองผู้ป่วย แสดงพลังเข้มแข็งในการจัดการแก้ไข



ดังนั้น โดยสรุปในแต่ละหน่วยงานต่างมีความคิดเห็นว่าการขับเคลื่อนความเข้มแข็งทางสังคมเพื่อบูรณาการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมะเร็งนั้น ส่วนใหญ่ยังจำเป็นต้องเร่งประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งและขอความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ ให้ช่วยกันป้องกันและแก้ไขเรื่องโรคมะเร็งให้มากขึ้น แต่เรื่องที่สำคัญที่สุดควรทำเป็นอันดับแรกเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างแท้จริง คือ การขอความร่วมมือจากหลายๆ หน่วยงานและองค์กร ร่องลงมาคือการช่วยกันป้องกันและแก้ไขเรื่องโรคมะเร็งให้มากขึ้น โดยควรให้มีการประชาสัมพันธ์และจัดกิจกรรมรณรงค์ให้มากขึ้น ควรจัดให้มีการตรวจสุขภาพ ควรให้ควบคุมผลิตภัณฑ์ที่อาจมีสารก่อมะเร็ง ควรให้เฝ้าระวังพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดโรค ควรให้ตั้งนโยบายขึ้นมาป้องกันและแก้ไขโดยเฉพาะ และควรให้จัดงบประมาณขึ้นมาและมีหน่วยงานดูแล

### อภิปรายผล

จากการศึกษาประเด็นความเข้มแข็งและความร่วมมือทางสังคม และปัญหาอุปสรรคในการป้องกันควบคุมโรคมะเร็งของประเทศไทยในแต่ละภาคส่วน

ซึ่งผลของการศึกษานี้ มีการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคมะเร็งของประเทศไทยของหน่วยงานสาธารณสุขที่มีหน้าที่รับผิดชอบหลักโดยตรง มีความเข้มแข็งและได้รับความร่วมมือกับทุกภาคส่วนโดยเฉพาะภาคประชาชน ซึ่งส่วนใหญ่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในดำเนินงานตามแผนและกิจกรรมที่ดำเนินการร่วมกันเป็นหลัก สอดคล้องกับนักวิชาการหลายท่าน ได้แก่ เดวิส และนิวสตรอม (Davis & Newstrom, 1989) อังโน เสาวนีย์ เตือนเด่น จูไรรัตน์ พงษ์ไพโรจน์ อารยะ สายยิ้ม และจิระพงษ์ ชูศรีม, 2558) ที่ว่าการมีส่วนร่วมเป็นเรื่องของความเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ และความรู้สึกร่วมกันของแต่ละคน ที่มีต่อกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งของกลุ่ม หรือเป็นแรงกระตุ้นที่ช่วยทำให้ผลการดำเนินงานของ

หน่วยงานสาธารณสุขส่วนใหญ่เน้นประสบความสำเร็จ ส่วน ไพรัตน์ เดชะรินทร์ (2527) ที่ว่า กระบวนการที่รัฐบาลทำการส่งเสริม ชักนำ สนับสนุน และสร้างโอกาสให้ประชาชนในชุมชน ทั้งในรูปส่วนบุคคล กลุ่มคน ชมรม สมาคม มูลนิธิ และองค์กรอาสาสมัครในรูปต่างๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือหลายเรื่องร่วมกัน ทำให้การดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้และทำให้เกิดพัฒนาให้มีประสิทธิภาพ สำหรับ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2527) ได้กล่าวถึง การมีส่วนร่วมยังเป็นวิธีการที่ทรงประสิทธิภาพ ในการเสริมสร้างและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงหรือการพัฒนา เพราะการมีส่วนร่วมทำให้ผู้มีส่วนที่เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนร่วมเข้าใจสถานการณ์ และอุทิศตนมากยิ่งขึ้น เพื่อการเปลี่ยนแปลงหรือการพัฒนา การมีส่วนร่วมยังเป็นกระบวนการทำงาน หรือกิจกรรมของกลุ่มให้ดียิ่งขึ้นไปอีก เช่นเดียวกับ จุริพร คงประเสริฐ นิตยา พันธุ์เวทย์ ธาริณี พังจันทน์ และณัฐธิดา ชำนิยันต์ (2558) ได้กล่าวว่า ชุมชน องค์กรต่างๆ มีความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดปัจจัยเสี่ยงสืบเนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน รวมถึงการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ยาสูบ การบริโภคแอลกอฮอล์ ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ฝังรากอยู่ในชุมชน ในมิติของสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม สิ่งแวดล้อมทางกายภาพของชุมชน ดังนั้นปัญหาที่ต้องเร่งรัดจัดการคือ พฤติกรรมเสี่ยงของประชาชน ซึ่งไม่สามารถดำเนินการได้โดยกระทรวงสาธารณสุขเพียงกระทรวงเดียว ชุมชนและองค์กรมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในการตัดสินใจสุขภาพของตนเอง ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขล้วนมีความสำคัญ และต้องเพิ่มความร่วมมือกันเพื่อลดปัจจัยเอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยง ปรับสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ประชาชนสามารถมีพฤติกรรม/

กิจกรรมสุขภาพ มีทางเลือกด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ทั้งการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย การออกกฎหมาย/นโยบายของทุกองค์กรต้องคำนึงถึงผลที่จะกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับ นำชัย ทนุผล (2529) ที่กล่าวถึงขั้นตอนในการมีส่วนร่วมสามารถระบุปัญหาและสาเหตุของโรคมะเร็งได้อย่างชัดเจนและร่วมวางแผนกิจกรรมร่วม การเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจหาแนวทางการแก้ไขปัญหาและแนวทางดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคมะเร็ง ทำให้มีความรู้สึกเป็นเจ้าของในกิจกรรมนั้นๆ และเกิดความร่วมมือร่วมใจที่จะดำเนินกิจกรรมที่กำหนดต่อไป อย่างเช่น กิจกรรมประชาสัมพันธ์ต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพและโรคมะเร็ง รวมทั้ง การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเสวนาความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง เป็นต้น

นอกจากนี้ในการศึกษาได้ดำเนินการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมะเร็งโดยการประชาสัมพันธ์ การเฝ้าระวังคัดกรอง การตรวจและการรักษา ประสพผลสำเร็จระดับหนึ่ง แต่อย่างไรก็ตามยังขาดการบูรณาการแผนร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ โดยเฉพาะหน่วยงานการปกครอง พบว่าการเข้ามีส่วนร่วมในกระบวนการรณรงค์และกิจกรรมการมีส่วนร่วมต่างๆ ยังได้รับความร่วมมือไม่เต็มที่ ถือได้ว่าเป็นปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญในการมีส่วนร่วมกับการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งในระดับพื้นที่ เพราะหน่วยงานอื่นๆ อาจยึดติดกับระเบียบปฏิบัติที่แตกต่างกัน และบุคลากรยังไม่มีความรู้ ความเข้าใจแนวคิดและกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง รวมทั้งขาดการบูรณาการแผนปฏิบัติการในระดับพื้นที่ ขาดแคลนจำนวนบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในเชิงลึกของการป้องกันควบคุมโรคมะเร็ง ปัญหางบประมาณ

/เทคโนโลยี ที่มีไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน ซึ่งปัจจัยที่กล่าวมาทำให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประชาสัมพันธ์ การตรวจรักษาและการเฝ้าระวังพฤติกรรม ที่จะช่วยสนับสนุนให้เกิดการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และนำไปสู่ผลสำเร็จที่เพิ่มมากขึ้นนั้น ยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ในส่วนนี้ ชาปิน (Chapin, 1977 อ้างถึงใน อรุณ ภมร, 2547) ได้แบ่งระดับความสำคัญของการมีส่วนร่วมกิจกรรมของสมาชิกในองค์กรของชุมชน ไว้ดังนี้ 1) มีความสนใจและเข้าร่วมประชุม ได้แก่ การให้ความสนใจ ติดตามข่าวสารต่างๆ ของส่วนรวม และการเข้าร่วมประชุมเสนอแนะต่างๆ ในที่ประชุมกิจกรรมของส่วนรวม 2) ให้ความสนับสนุนและช่วยเหลือ เช่น การอุทิศเงิน เวลา ให้แก่ส่วนรวม 3) เข้าเป็นสมาชิกหรือกรรมการ ได้แก่ การอุทิศแรงงานในการทำกิจกรรมของส่วนรวม โดยการสมัครเป็นสมาชิกหรือเป็นกรรมการของชุมชน และ 4) เป็นเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ การยอมรับใช้ในการทำกิจกรรมต่างๆ ตามที่ได้รับมอบหมายจากผู้มีอำนาจสั่งการ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการป้องกันควบคุมโรคมะเร็งของประเทศไทยในแต่ละภาคส่วนนั้น ในปัจจุบันใช้การดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมกันแต่ยังไม่ครอบคลุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดังเช่น หน่วยงานการปกครองซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีความใกล้ชิดกับประชาชน แต่อาจมีหน้าที่รับผิดชอบโดยอ้อมเกี่ยวกับการจัดการดูแลสุขภาพของประชาชน และส่วนใหญ่ดำเนินงานโดยใช้การมีส่วนร่วมจากแรงกาย แรงใจของแต่ละภาคส่วน โดยเฉพาะชุมชน ส่วนด้านงบประมาณส่วนใหญ่ใช้งบจากหน่วยงานรัฐบาล

นั้นไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดความสำเร็จได้เต็มที่ ต้องใช้การมีส่วนร่วมในเรื่องงบประมาณ ในหลายภาคส่วนทั้งในส่วนของเอกชน ชุมชน รวมถึงดำเนินการโดยใช้ทรัพยากรบุคคลจากท้องถิ่น ชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน บุคคลต้นแบบ เข้ามามีส่วนร่วมให้มากขึ้น ซึ่งจะทำให้การขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคมะเร็ง สำเร็จ และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นไป

ในส่วนประเด็นเพื่อให้ได้ทิศทางและแนวทางในการขับเคลื่อนความเข้มแข็งทางสังคมในการร่วมมือป้องกันควบคุมโรคมะเร็ง ของประเทศไทย

จากผลการศึกษา พบว่า สิ่งที่สำคัญสำหรับทิศทางและแนวทางขับเคลื่อนอย่างเข้มแข็งทางสังคมในการร่วมมือ ป้องกันควบคุมโรคมะเร็งของประเทศไทยคือการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพที่ชัดเจน ผลักดัน ติดตาม กำกับ ประเมินผลอย่างจริงจังต่อเนื่อง โดยเฉพาะแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง ด้านการประชาสัมพันธ์สร้างความรู้ และความเข้าใจผ่านสื่อหลายช่องทาง ส่งเสริมให้มีสิ่งแวดล้อมที่ดีเพื่อสุขภาพของประชาชน และ ดำเนินงานร่วมกันทุกฝ่าย จากทุกภาคส่วนที่มีหน้าที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน โดยกำหนดแผนแบบบูรณาการร่วมกันของทั้งของหน่วยงานหลัก และหน่วยงานร่วม และควรประกอบด้วยทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน และในการศึกษานี้ ยังพบว่า การขับเคลื่อนการร่วมมือของหน่วยงานต่างๆ ร่วมกับประชาชน สิ่งที่สำคัญควรจะต้องพิจารณาก่อน คือ การปรับเปลี่ยนระบบคิดของเจ้าหน้าที่ที่ยังคงยึดติดกับการทำงานตามระบบราชการและการสั่งการ ก่อให้เกิดความล่าช้า ไม่คล่องตัวและไม่ยืดหยุ่น ซึ่งจะเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมจากหลายๆ ฝ่าย ดังนั้นควรมีการปรับปรุงเพื่อให้เกิด

การทำงานร่วมกันอย่างแท้จริงและส่งผลกระทบต่อแนวทางการพัฒนาสุขภาพที่ดีของประชาชนต่อไป ทั้งนี้สอดคล้องกับ นักวิชาการหลายท่าน ในหลายส่วน ดังเช่น จำลอง โพธิ์บุญ (2550) ที่ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ได้สร้างกลยุทธ์การมีส่วนร่วมของภาครัฐและประชาชน โดยจะต้องมีความเข้าใจในวัฒนธรรมแนวคิด การดำเนินชีวิตของประชาชน ให้ความรู้ เรื่อง การดูแลทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมให้การเสนอแนวคิดการดูแล รับผิดชอบทรัพยากรเหล่านี้ เพราะทรัพยากรธรรมชาติไม่ใช่เรื่องของภาครัฐเพียงฝ่ายเดียว ไม่ว่าจะเป็นไปในลักษณะของความเป็นเจ้าของหรือการจัดการ แต่เป็นเรื่องของคนทั้งชาติที่จะต้องช่วยกันดูแล โดยจะต้องส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการหาสาเหตุ และร่วมกันจัดทำแผนงานโครงการกับภาครัฐ โดยเน้นให้ประชาชนตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อสร้างจิตสำนึกที่ดี ส่วนกมลทิพย์ ชลังธรรมเนียม (2555) ที่ศึกษา พบว่าการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนโดยการใช้ทุนทางสังคม ในการดูแลสุขภาพนั้น ไม่ได้หมายถึงประชาชนเพียงอย่างเดียว ยังรวมถึงองค์กรต่างๆ ในชุมชน ทุนทางสังคมประกอบไปด้วย ทุนคน ทรัพยากร เงิน เครือข่าย และทุนภูมิปัญญา ในการใช้ทุนทางสังคมเพื่อดูแลสุขภาพนั้น จะเริ่มจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยเริ่มจากประชาชน องค์กรชุมชน กลุ่มอาสาสมัครต่างๆ ในชุมชน ขยายไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน ในแต่ละภาคส่วนจะมีการดูแลสุขภาพของชุมชนร่วมกัน แต่จะมีหน้าที่ที่แตกต่างกันออกไป แล้วแต่ความสามารถของแต่ละองค์กร การวางแผนดูแลสุขภาพของคนในชุมชนเป็นกระบวนการในการวางแผนเพื่อให้ทุกคนในชุมชนมีสุขภาพที่ดี สำหรับ ไพรัตน์ เดชะรินทร์ (2527) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วม ที่ทุกภาคส่วน

ต้องร่วมศึกษาค้นคว้าปัญหา สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนรวมถึงความต้องการของชุมชน ร่วมคิดหาและสร้างรูปแบบและวิธีการพัฒนา เพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชน หรือสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน หรือสนองความต้องการของชุมชน ร่วมวางนโยบายหรือแผนงาน หรือโครงการ หรือกิจกรรมเพื่อขจัดและแก้ไขปัญหาและสนองความต้องการของชุมชน ร่วมตัดสินใจในการใช้ทรัพยากร จำกัดให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม ร่วมจัดหรือปรับปรุงระบบการบริหารการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพ ร่วมลงทุนในกิจกรรมโครงการของชุมชน ตามขีดความสามารถของตนเองและหน่วยงาน ร่วมปฏิบัติตามนโยบาย แผนงาน โครงการ และกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ และร่วมควบคุม ติดตามประเมินผล และร่วมบำรุงรักษาโครงการและกิจกรรมที่ได้ทำไว้ ทั้งโดยเอกชนและรัฐบาลให้ใช้ประโยชน์ได้ตลอดไป สอดคล้องกับ เฉลียว บุรีภักดี และคณะ (2545) กล่าวว่า การที่ประชาชนหรือชุมชนสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในการกำหนดนโยบายพัฒนาท้องถิ่น อันเป็นกระบวนการขั้นต้นของการวางแผนในการพัฒนาท้องถิ่น ที่เป็นที่อยู่อาศัยในการดำรงชีวิตของตน นอกจากนั้นได้กำหนดวัตถุประสงค์และแผนงานร่วมกัน ปฏิบัติงานตามแผนงานร่วมกัน รวมทั้งมีส่วนร่วมในการควบคุมประเมินผลโครงการต่างๆ ของท้องถิ่น

### การใช้ประโยชน์จากการวิจัย

จากผลการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในเรื่องต่อไปนี้

1. การขับเคลื่อนความเข้มแข็งทางสังคมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมาเร็ง ควรบูรณาการหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วนที่มีหน้าที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน โดยกำหนดแผนแบบบูรณาการร่วมกันของทั้งหน่วยงานหลักและหน่วยงานร่วม และควรประกอบด้วยทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน

และภาคประชาชน ควรทำแผนปฏิบัติการบูรณาการในระดับพื้นที่ ควรมีกิจกรรมการประชาสัมพันธ์และจัดรณรงค์ผ่านสื่อหลายช่องทางให้มากขึ้น ส่งเสริมให้มีสิ่งแวดล้อมที่ดีเพื่อสุขภาพของประชาชน ควรจัดให้มีการตรวจสอบสุขภาพ ควรควบคุมผลิตภัณฑ์ที่อาจมีสารก่อมะเร็ง ควรเฝ้าระวังพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดโรค ควรกำหนดนโยบายด้านป้องกันควบคุมโรคมาเร็งที่ชัดเจน ผลักดัน ติดตามกำกับประเมินผลอย่างจริงจังต่อเนื่อง และควรจัดงบประมาณขึ้นมาโดยมีหน่วยงานดูแลเป็นพิเศษ

2. สิ่งสำคัญที่ควรจัดการก่อน คือ การปรับเปลี่ยนระบบคิดของเจ้าหน้าที่ที่ยังคงยึดติดกับการทำงานตามระบบราชการและการสั่งการก่อให้เกิดความล่าช้า ไม่คล่องตัวและไม่ยืดหยุ่น ซึ่งจะเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมจากหลายฝ่ายๆ ดังนั้นควรมีการปรับปรุงเพื่อทำให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างแท้จริงและส่งผลต่อแนวการพัฒนาสุขภาพที่ดีของประชาชนต่อไป

### ข้อเสนอแนะ

การสร้างกลไกความร่วมมือระหว่างหน่วยงานของรัฐบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เอกชน และองค์กรพัฒนาเอกชน รวมทั้งชุมชนและองค์กรชุมชนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กับสุขภาพและความเป็นอยู่ของประชาชน ในการร่วมมือป้องกันควบคุมโรคมาเร็ง และขับเคลื่อนโดยมีการจัดทำแผนบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันในระดับพื้นที่ในประเด็นหลักๆ เช่น การประชาสัมพันธ์ การตรวจสุขภาพ การเฝ้าระวังพฤติกรรมและการรักษา เป็นต้น

## เอกสารอ้างอิง

- กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม. (2556). การใช้ทุนทางสังคมเพื่อการดูแลสุขภาพชุมชน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า. 24(1), 66-72.
- จूरีพร คงประเสริฐ นิตยา พันธุ์เวทย์ ธาริณี พังจุนันท์ และณัฐธิดา ชำนิยันต์. (2558). คู่มือบูรณาการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชน (สำหรับบุคลากรสาธารณสุข). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- จำลอง โพธิ์บุญ. (2550). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. วารสารจัดการสิ่งแวดล้อม. 3(1), 141-174.
- เฉลียว บุรีภักดี และคณะ. (2545). ชุดวิชาการวิจัยชุมชน. ชุดการเรียนรู้ด้วยตนเอง. หลักสูตร ประกาศนียบัตรบัณฑิตการจัดการและประเมินโครงการ. นนทบุรี: เอส.อาร์.พรินติ้ง แมสโปรดักส์.
- ทวีทอง หงส์วิวัฒน์. (2527). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นำชัย ทนุผล. (2529). การพัฒนาชุมชน. เชียงใหม่: สถาบันเทคโนโลยีการเกษตร มหาวิทยาลัยแม่โจ้.
- นพรัตน์ ส่งเสริม และ สุพรรณิ พรหมเทศ. (2554). บทวิเคราะห์มะเร็งท่อน้ำดี: ความรู้ บทบาทและความท้าทายของนักสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมในประเทศไทย. วารสารวิจัยสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 4(3), 97-103.
- ไพรัตน์ เดชะรินทร์. (2527). นโยบายและกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในยุทธศาสตร์ การพัฒนาปัจจุบันของประเทศไทย ในการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพมหานคร: ศักดิ์โสภณาการพิมพ์. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). อัตราตายด้วยโรคมะเร็งปอด มะเร็งเต้านม และมะเร็งตับปี พ.ศ.2549 – 2558. กระทรวงสาธารณสุข. สรยุทธ จันสุข. (2552). ความหมายการมีส่วนร่วม. สืบค้นจาก <https://www.gotoknow.org/posts/328530>.
- เสาวนีย์ เตือนเด่น จุไรรัตน์ พงษ์ไพโรจน์ อารยะยา สายยิ้ม และจิระพงษ์ ชูศรี. (2558). การมีส่วนร่วมในการทำงานของบุคลากร มหาวิทยาลัยรามคำแหง. กองบริการการศึกษา สำนักงานอธิการบดี.
- หัชชา ศรีปลั่ง. (2553). รายงานโครงการวิเคราะห์คุณภาพข้อมูลมะเร็งและศึกษาสถานการณ์โรคมะเร็งและความสัมพันธ์กับแนวโน้มและการกระจายของปัจจัยเสี่ยงจากแหล่งข้อมูลต่างๆ. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

พ.จ.อ. อรุณ ภมร. (2547). ปัจจัยที่ส่งเสริม  
การมีส่วนร่วมของประชาชนในการ  
บริหารงานขององค์การบริหารส่วน  
ตำบล: ศึกษาเฉพาะกรณี องค์การ  
บริหารส่วนตำบลท่ากุ่ม อำเภอเมือง  
ตราด. ปัญหาพิเศษรัฐ  
ประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา  
การบริหารทั่วไป. วิทยาลัยการบริหร  
รัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ ทักษะสุขภาพ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6

โรงเรียนวัดดาว ตำบลวัดดาว อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี

Knowledge, Attitude, Behavior of Dental Health of Students in Between  
Prathomsueksa 4-6 of Watdow Primary School, Bangplama District, Suphanburi  
Province

สมทรง ภัคดีนารณ (Somsong Pakdeenard)\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตนด้านทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 โรงเรียนวัดดาว ตำบลวัดดาว อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวนทั้งหมด 56 คน อาชีพหลักของผู้ปกครองคือเกษตรกร รายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ในระดับ 5,001-10,000 บาทต่อเดือน นักเรียนเป็นบุตรคนที่ 1 และคนที่ 2 ของครอบครัว โดยศึกษาและรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการทางสถิติ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

ผลการศึกษา พบว่า นักเรียนจำนวน ร้อยละ 75 มีสภาพฟันแท้ผุ ภาพรวมด้านความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่ตอบมากที่สุดคือวิธีการกำจัดเศษอาหารบริเวณซอกฟันที่ดีที่สุดโดยการใช้ไหมขัดฟัน น้อยที่สุดคือการรับประทานอาหารรสหวานอาจจะทำให้เกิดโรคฟันผุ ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุส่วนใหญ่มีทัศนคติระดับสูง โดยส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการรับประทานนมกรุบกรอบ ทุกวันทำให้ฟันผุ น้อยที่สุดคือการรับประทานผัก ผลไม้ปริมาณมากๆ จะทำให้ฟันแข็งแรง ระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อการเกิดโรคฟันผุส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในระดับสูง โดยข้อที่มีการปฏิบัติมากที่สุด คือ เรารับประทานอาหารที่มีแคลเซียม เช่น ปลาเล็กปลาน้อย และเราแปรงฟันทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร น้อยสุด คือ เรารับประทานนมที่มีส่วนผสมของช็อกโกแลต

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา คือ ควรดำเนินการให้ความรู้ แก่นักเรียน โดยเน้นเรื่องการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพปากและฟัน การแปรงฟันและวิธีกำจัดเศษอาหารบริเวณซอกฟัน สร้างทัศนคติที่ดีและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารแก่เด็กนักเรียน โดยการจัดอบรมให้ความรู้เชิงปฏิบัติการ และขอความร่วมมือจากผู้ปกครองและครูให้ติดตาม ดูแลอย่างใกล้ชิด

\*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดดาว

Public Health Officer, Professional Level, Wat Dow Sub-district Health Promotion Hospital

### Abstract

The research is descriptive study. The purposes of this research are knowledge, attitude and behavior of dental health of 56 students in between grade 4-6 at Watdow primary School, Watdow, Bangplama district, Suphanburi province. The agriculture is the main occupation of their parents. The average income of families is in the 5,001-10,000 baht per month. The students are first and second descendant of the family. The data was investigated by questionnaire and analyzed by statistic method. The frequency, percentage, average, standard deviation, the minimum, and the maximum were indicated by Descriptive statistic.

The result of research indicated that the 75 % of all students was decayed permanent teeth. The level of knowledge for food consumption, which effect on decayed permanent teeth, is middle. The best way to get rid of waste food by flossing is the most answering. The minimal answer is eating sweet may makes the teeth decay. The level of attitude for food consumption, which effect on decayed permanent teeth, is high. Most students agree with eating snacks everyday may makes tooth decay and eating vegetables and fruit to keep teeth healthy is the least answer. The level of behavior, which effect on decayed permanent teeth, is high. The most doing is ate foods containing calcium such as a little fish and brush their teeth after every meal and eating sweets containing chocolate is the least answer.

The recommendation of research should propose more knowledge for student by focus on benefit food consumption for mouth and teeth health and training awareness of correct teeth brushing and remover food particle of teeth, positive attitude and change dietary habits for student. Parent and teacher should be follow up.



## บทนำ

การติดตามสถานการณ์การเกิดโรค ในช่องปากของประชาชนไทย มีการดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง กลุ่มอายุเด็กอายุ 12 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่ถูกใช้เป็นตัวแทนของอายุที่เป็นสากลเพื่อการเปรียบเทียบข้อมูลของประเทศต่างๆ โดยความชุกของโรคฟันผุยังคงเพิ่มขึ้นและแสดงให้เห็นว่าอัตราผุยังคงเพิ่มขึ้นตลอดมา จากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพครั้งที่ 6 พ.ศ. 2550 ของกองทันตสาธารณสุข การสำรวจสถานะโรคฟันผุในฟันแท้ในกลุ่มอายุ 12 ปี พบว่า ร้อยละ 56.9 ของเด็กมีประสบการณ์การเป็นโรคฟันผุ ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 1.6 ซี่ต่อคน ทั้งนี้ฟันที่เป็นโรคส่วนใหญ่จะยังไม่ได้รับการรักษา คิดเป็น ร้อยละ 54.2 ของฟันที่มีประสบการณ์การเป็นโรค พบเด็กที่มีฟันผุยังไม่ได้รับการรักษา นี้ถึง ร้อยละ 39.1 นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการเกิดโรคของเด็กในเขตชนบทจะสูงกว่าเด็กในเขตเมือง แต่สัดส่วนของฟันที่ได้รับการรักษาของเด็กชนบทสูงกว่าเด็กในเขตเมืองโดยภาพรวม ภาคกลางเป็นภาคที่เด็กอายุ 12 ปี มีประสบการณ์การเป็นโรคฟันผุสูงกว่าภาคอื่นๆ โดย ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด สูงถึง 1.9 ซี่ต่อคน โดยมีความชุก ร้อยละ 64.4 จังหวัดสุพรรณบุรี ได้มีการสำรวจสถานะทันตสุขภาพของประชาชน พบว่ากลุ่มอายุ 12 ปี มีค่าเฉลี่ย ผุ ถอน อุด เท่ากับ 1.8 ซี่ต่อคน มีฟันแท้ผุ ร้อยละ 64.7 จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าอัตราโรคฟันผุในส่วนของระดับชาติและระดับจังหวัดมีค่าใกล้เคียงกัน

จากปัญหาโรคฟันผุนำไปสู่การแก้ปัญหาและหาถึงสาเหตุของปัญหาพบว่าการพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนเป็นปัญหาที่นำไปสู่การเกิดโรคฟันผุของนักเรียน จากผลการสัมภาษณ์ของกองทันตสาธารณสุข

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ.2549 - 2550) ในเรื่องพฤติกรรมการบริโภคขนมและเครื่องดื่ม พบว่าน้ำอัดลมเป็นเครื่องดื่มที่มีผลเสียต่อสุขภาพช่องปากอย่างชัดเจน เนื่องจากส่วนประกอบหลักของน้ำอัดลม คือ น้ำตาลซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคฟันผุ นอกจากนี้ น้ำอัดลมนั้นยังมีค่าความเป็นกรดสูง คือ มีความเป็นกรด-เบส (pH) ประมาณ 2.7-3.0 ทำให้การดื่มน้ำอัดลมจะมีผลทำให้เกิดฟันกร่อนได้ด้วย ปัจจุบันน้ำอัดลมเป็นเครื่องดื่มที่หาง่ายและเป็นที่ยอมรับของเด็กเป็นอย่างมาก ผลจากการสำรวจพบว่า คงมีเด็กอายุ 12 ปี ที่ไม่เคยดื่มน้ำอัดลมเพียงร้อยละ 4.9 โดยเด็กส่วนใหญ่ ร้อยละ 45.6 จะดื่มน้ำอัดลมเป็นบางวัน เด็กในเขตเมืองดื่มน้ำอัดลมมากกว่าเด็กในเขตชนบท โดยภาพรวมแล้วสามารถสรุปได้ว่า น้ำอัดลมเป็นเครื่องดื่มที่อยู่ในชีวิตประจำวันของเด็ก

นอกจากนั้นการบริโภคขนมกรุบกรอบ ซึ่งเป็นขนมที่บรรจุขายเป็นอีกพฤติกรรมหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ เนื่องจากขนมเหล่านี้มักมีแป้งและน้ำตาลเป็นส่วนประกอบหลัก สถานการณ์จากการสำรวจพบว่า อัตราส่วนการบริโภคขนมกรุบกรอบเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการดื่มน้ำอัดลมของเด็ก หากแต่พบว่าการบริโภคขนมชนิดนี้เป็นประจำมีอัตราส่วนมากกว่าการดื่มน้ำอัดลม โดยพบว่าร้อยละ 28.2 ของเด็กอายุ 12 ปี บริโภคขนมเหล่านี้ทุกวัน

จากการรายงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี (กองทันตสาธารณสุข, 2555) พบว่าเด็กอายุ 1 - 12 ปี มีภาวะฟันผุและโรคปริทันต์ ร้อยละ 68

จากการรายงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางปลาม้า (งานส่งเสริมสุขภาพ, 2555) มีภาวะฟันผุและโรคปริทันต์ ร้อยละ 64

จากข้อมูลข้างต้น พบว่า ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 หรือกลุ่มอายุ 12 ปี ส่วนใหญ่มีปัญหาเนื่องจากเป็นช่วงที่มีการขึ้น

ของฟันแท้ครบทุกซี่ หากไม่มีการส่งเสริมและป้องกันในเรื่องทันตสุขภาพในทางที่ถูกต้องจะทำให้เกิดปัญหาทางด้านทันตสุขภาพมากยิ่งขึ้นในอนาคต นอกจากนี้ในกลุ่มนี้ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 เมื่อจบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาจะได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขค่อนข้างน้อย ประกอบกับผู้ศึกษาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดดาว ซึ่งต้องรับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขในโรงเรียน ซึ่งโรงเรียนวัดดาวอยู่ในเขตรับผิดชอบของผู้ศึกษา จึงสนใจศึกษาเพื่อจะได้ทราบถึงปัญหาและนำมาใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาให้ตรงกับสภาพความเป็นจริงอันจะส่งผลให้นักเรียนมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. ศึกษาพฤติกรรมทันตสุขภาพ ข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 โรงเรียนวัดดาว ตำบลวัดดาว อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี

### ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เพื่อศึกษาพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนวัดดาว ตำบลวัดดาว อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 56 คน ระหว่างเดือนมิถุนายน - ตุลาคม 2558

### รูปแบบการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมทันตสุขภาพนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 - 6 โรงเรียนวัดดาว ตำบลวัดดาว อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งเป็นการศึกษาในช่วงเวลาเดียว คือระหว่างเดือนมิถุนายน - ตุลาคม 2558

### ประชากรที่ศึกษา

ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 โรงเรียนวัดดาว ตำบลวัดดาว อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี ทั้งหมดจำนวน 56 คน อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดดาว

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ใช้แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาได้ประยุกต์และพัฒนาจากแบบสอบถามงานวิจัยของ (ธัญญารัตน์ ศรีนาค, 2552) ปรับปรุงให้สอดคล้องกับเนื้อหากรอบแนวคิดและกลุ่มประชากรที่ศึกษา

### ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คุณภาพของเครื่องมือที่สามารถนำไปใช้ในการวิจัย หมายถึง เครื่องมือนั้นจะต้องมีความเที่ยงตรง เชื่อมั่น นั่นคือ ในการวัดแต่ละครั้งผลที่ได้จากการวัดควรจะให้ผลการวัดได้เหมือนกัน สำหรับงานวิจัยนี้ได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวัด โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา และความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ทดสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ ตลอดจนความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ หลังจากผ่านการพิจารณาตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ซึ่งผลการวิเคราะห์ปรากฏว่าได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 โดยการนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบด้านเนื้อหาแล้วนำไปทดลองใช้แบบสอบถามกลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างและมีพื้นที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ติดต่อประสานงานกับครูประจำชั้นหรือครูผู้สอนของโรงเรียนวัดดาว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการมาเก็บข้อมูลครั้งนี้ แจกแบบสอบถามไปยังกลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ถึง 30 มิถุนายน 2558 นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องและนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้อธิบายลักษณะทั่วไปของประชากรที่ทำการศึกษา สถิติที่ใช้ได้แก่ จำนวนร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: S.D.) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum)

สถิติเชิงอนุมาน ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS

### ผลการศึกษา

#### 1. ลักษณะทั่วไปทางประชากร

นักเรียนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 34 คน ร้อยละ 60.7 และเพศหญิง จำนวน 22 คน ร้อยละ 39.3 ชั้นปีที่ศึกษานักเรียนส่วนใหญ่อยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 20 คน ร้อยละ 35.8 รองลงมาคือ ประถมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 18 คน ร้อยละ 32.1 และนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 18 คน ร้อยละ 32.1

อาชีพหลักของผู้ปกครองส่วนใหญ่คือ อาชีพเกษตรกรรวม จำนวน 40 คน ร้อยละ 71.4 รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป จำนวน 6 คน ร้อยละ 10.7 รองลงมาคือ รับราชการจำนวน 5 คน ร้อยละ 8.9 และค้าขายจำนวน 5 คน ร้อยละ 8.9

รายได้ของผู้ปกครองส่วนใหญ่คือ 5,001-10,000 บาท จำนวน 36 คน ร้อยละ 64.3 รองลงมาคือ 10,001-15,000 บาท จำนวน

14 คน ร้อยละ 25 รองลงมาน้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 6 คน ร้อยละ 10.7

ลำดับบุตรส่วนใหญ่เป็นบุตรคนที่ 1 จำนวน 30 คน ร้อยละ 53.6 รองลงมาคือ บุตรคนที่ 2 จำนวน 21 คน ร้อยละ 37.5 บุตรคนที่ 3 จำนวน 5 คน ร้อยละ 8.9

นักเรียนส่วนใหญ่มีสภาพฟันแท้ผู้ จำนวน 42 คน ร้อยละ 75 จำนวนนักเรียนที่ฟันแท้ไม่ผู้ 14 คน ร้อยละ 25 (จากการตรวจ)

#### 2. ระดับความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุของเด็กนักเรียนกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.9 ระดับสูงร้อยละ 22 และมีความรู้ในระดับต่ำเพียงร้อยละ 1 โดยคำถามที่นักเรียนตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับ คือ วิธีการกำจัดเศษอาหารบริเวณซอกฟันที่ดีที่สุดคือ การใช้ไหมขัดฟัน ร้อยละ 80.4 การสะสมของคราบจุลินทรีย์ทำให้เกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 73.2 การเคี้ยวอาหารโดยใช้ฟันข้างเดียวทำให้เกิดโรคเหงือกอักเสบ ร้อยละ 71.4 ส่วนคำถามที่ผิดตอบถูกน้อย คือ การรับประทานอาหารรสหวานอาจจะทำให้เกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 21.4 การรับประทานขนมกรุบกรอบมากจะทำให้มีโอกาสเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 35.7 และการดื่มน้ำอัดลมไม่ทำให้ฟันผุ ร้อยละ 46.4 ตามลำดับ

3. ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุ

จากการศึกษา พบว่า มีทัศนคติอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 69.6 และระดับปานกลาง ร้อยละ 30.4 โดยทัศนคติที่ถูกต้อง 3 อันดับ คือ นักเรียนไม่เห็นด้วยกับการรับประทานขนมกรุบกรอบ เช่น เลย์ เทสต์ ได้ทุกวัน ทำให้ฟันไม่ผุ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.45 เห็นด้วยกับการรับประทานผัก และผลไม้ ทำให้ฟันไม่ผุ และไม่เห็นด้วยกับอาหารที่เหนียวติดฟันอาจช่วยขัดให้ฟันสะอาดได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.25 และอาหารที่มีประโยชน์ต่อฟันคือ เนื้อ นม ไข่ ผัก

ผลไม้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.11 ตามลำดับ สำหรับทัศนคติ ที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับ คือ การรับประทานผัก ผลไม้ปริมาณมากๆ จะทำให้ฟันแข็งแรง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.32 รองลงมาคือการแปรงฟันไม่ถูกวิธีอาจทำให้คอฟันสึกได้ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 และการดื่มนมทุกวันแล้วไม่แปรงฟันจะทำให้ฟันแข็งแรง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.86 ตามลำดับ

#### 4. ระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อการเกิดโรคฟันผุ

จากการศึกษา พบว่า ระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อการเกิดโรคฟันผุ ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในระดับสูง ร้อยละ 55.4 ระดับปานกลางร้อยละ 44.6 โดยระดับการปฏิบัติตนของนักเรียนที่ถูกต้อง 3 อันดับ คือ เรารับประทานอาหารที่มีแคลเซียม เช่น ปลาเล็กปลาน้อย และเราแปรงฟันทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.64 รองลงมาคือเราแปรงฟันทุกครั้งก่อนนอน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.46 และเรารับประทานผักผลไม้ เช่น ถั่วงอก ผักบุ้ง ฝรั่ง กุ้ง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.66 ตามลำดับ ส่วนการปฏิบัติตนของนักเรียนที่ไม่ถูกต้องสูงสุด 3 อันดับ คือ เรารับประทานขนมที่มีส่วนผสมของช็อกโกแลต ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.43 รองลงมาคือ เราดื่มนมรสหวานก่อนนอนโดยไม่แปรงฟัน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.43 และเราดื่มน้ำอัดลม น้ำหวาน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.45 ตามลำดับ

#### สรุปผลการศึกษา

จากผลการศึกษา พบว่า นักเรียนเป็นเพศชายมากกว่านักเรียนเพศหญิง อาชีพหลักของผู้ปกครอง คือ เกษตรกรรม รายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ในระดับ 5,001-10,000 บาทต่อเดือน นักเรียนเป็นบุตรคนที่ 1 และคนที่ 2 จำนวนใกล้เคียงกัน นักเรียนมีสภาพฟันแท้ที่อยู่ในระดับสูง

ภาพรวมด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อการเกิดโรคฟันผุ พบว่าอยู่ใน

ระดับปานกลาง น้อยที่สุด คือ การรับประทานอาหารรสหวานอาจทำให้เกิดโรคฟันผุ ส่วนการปฏิบัติการบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อการเกิดโรคฟันผุ มีระดับด้านทัศนคติอยู่ในระดับสูง โดยส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการรับประทานขนมกรุบกรอบทุกวันทำให้ฟันผุ น้อยที่สุดคือ การรับประทานผัก ผลไม้ปริมาณมากๆ จะทำให้ฟันแข็งแรง และระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อการเกิดโรคฟันผุ มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง โดยข้อที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ เรารับประทานอาหารที่มีแคลเซียม เช่น ปลาเล็ก ปลาน้อยและเราแปรงฟันทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร น้อยที่สุดคือ เรารับประทานขนมที่มีส่วนผสมของช็อกโกแลต ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาคือ การดำเนินงานด้านทันตสุขภาพของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ควรดำเนินการให้ทันตสุขศึกษาโดยเน้นเรื่องการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพปากและฟัน การแปรงฟันและวิธีกำจัดเศษอาหารบริเวณซอกฟัน สร้างทัศนคติที่ดีและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารแก่เด็กนักเรียน โดยการจัดอบรมให้ความรู้เชิงปฏิบัติการ และขอความร่วมมือจากผู้ปกครองและครูให้ติดตาม ดูแลอย่างใกล้ชิด

#### อภิปรายผล

1. ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ  
นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 ของโรงเรียนวัดดาว มีระดับด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ส่งผลทำให้เกิดโรคฟันผุ ระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับ ปาลิรัฐ พิทักษ์ดำรงกิจ (2538) ได้ทำการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สังกัดสำนักงานคณะกรรมการประถมศึกษาแห่งชาติในภาคเหนือ ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง

2. ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อการเกิดโรคฟันผุ

นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ของโรงเรียนวัดดาว มีระดับด้านทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ส่งผลทำให้เกิดโรคฟันผุระดับสูง ซึ่งขัดแย้งกับ ปาสีร์ฐ์ พัทธ์ดาร์จงกิจ (2538) ได้ทำการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สังกัดสำนักงานคณะกรรมการประถมศึกษาแห่งชาติในภาคเหนือ ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนมีทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ประเด็นด้านความรู้ควรมีการดำเนินการให้ทันตสุขศึกษาแก่นักเรียนประถมศึกษาโดยเน้นเรื่องการบริโภคอาหารหลีกเลี่ยงอาหารที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุ

ประเด็นด้านทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก มีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเรื่องการบริโภคอาหาร ควรมีการปลูกฝังจิตสำนึกในการเลือกรับประทานอาหาร ด้านการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากควรเน้นการปฏิบัติในด้านแปรงฟันถูกวิธี และวิธีกำจัดเศษอาหารบริเวณซอกฟัน ควรประสานการดำเนินงานในส่วนของครูและผู้ปกครองด้วย เพื่อติดตามดูแลทั้งที่บ้านและโรงเรียน

### เอกสารอ้างอิง

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวง

สาธารณสุข. (2551). รายงานการสำรวจสภาวะช่องปากระดับประเทศ พ.ศ.2549-2550. (พิมพ์ครั้งที่ 6).

กรุงเทพมหานคร: สำนักกิจการองค์กรทหารผ่านศึก.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2540). คู่มือการเขียนรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จามจุรี โปรดักท์.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2540). ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์.

(พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2543). สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย.

กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.

ปาสีร์ฐ์ พัทธ์ดาร์จงกิจ. (2538). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สังกัดสำนักงานคณะกรรมการประถมศึกษาแห่งชาติภาคเหนือ. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต. ภาควิชาพลศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประสิทธิผลของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม  
ภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุ

Effectiveness of Public Participation Process on Behavior Modification for  
Abdominal Obesity in Elderly Persons

ปณรสี เชื้ออินตะ (Bunrasri Chueinta)\*

บทคัดย่อ

การศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว (one group pre test-post test design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 55 – 75 ปี ที่ได้รับการตรวจวัดรอบเอว และพบว่า มีรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐาน (ชาย  $\leq 90$  ซม. และ หญิง  $\leq 80$  ซม.) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 29 คน สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบประเมินพฤติกรรม 3 อ. ของกองโภชนาการ กรมอนามัย แบบทดสอบความรู้เรื่องภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุ แผนการจัดกิจกรรม ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนธันวาคม 2557 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2558 สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการโดยใช้สถิติ Paired – Samples t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 89.7 และเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 10.3 ส่วนใหญ่มีอายุ 56 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.3 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.4 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 72.4 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 55.2 ส่วนรายได้พบว่ามีรายได้เฉลี่ย 1,000-5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 55.2 มีรอบเอว 80 – 85 ซม. คิดเป็นร้อยละ 37.1 มีน้ำหนักอยู่ในช่วง 61 – 70 กก. คิดเป็นร้อยละ 48.3 มีค่าดัชนีมวลกาย 25.0 – 29.9 กก./ม<sup>2</sup> (โรคอ้วนระดับ 1) คิดเป็นร้อยละ 48.3 ค่าดัชนีมวลกาย 23.0- 24.9 กก./ม<sup>2</sup> (น้ำหนักเกิน) คิดเป็นร้อยละ 27.6 ค่าดัชนีมวลกาย มากกว่า 30 กก./ม<sup>2</sup> (อ้วนระดับ 2) คิดเป็นร้อยละ 13.8 และค่าดัชนีมวลกาย 23.0- 24.9 กก./ม<sup>2</sup> (น้ำหนักปกติ) คิดเป็นร้อยละ 10.3 และพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารความรู้เรื่อง ภาวะอ้วนลงพุง จากทาง แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 82.8 รองลงมา ได้แก่ ทางโทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 62.1 ทางแผ่นพับ คิดเป็นร้อยละ 17.2 ทางหนังสือพิมพ์และโปสเตอร์ คิดเป็นร้อยละ 10.3 และน้อยที่สุดทางวิทยุชุมชนคิดเป็นร้อยละ 3.4

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ภาวะอ้วนลงพุงหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ บุหรี่ และสุราหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแม่คำ จังหวัดเชียงราย

Registered Nurse, Professional Level, Mae Kham District Health Promoting Hospital

## Abstract

This research project was to study effectiveness of public participation process on behavior modification for abdominal obesity in elderly persons. This research was based on one group pretest-posttest design with the objectives of studying the effectiveness of public participation process on behavior modification for abdominal obesity in elderly persons. The samples were elderly persons with the age of between 55 and 75 years old that were measured their waistline and found that the waistline was over the standard (less than 90 cm. for man and less than 80 cm. for woman). 29 samples voluntarily applied to this research project. Techniques used in the research included ABCD Behavior. Where A is for Alcohol, B for Baccy (smoking), C for Coping (emotional management), D-Diet and E for Exercise.

Evaluation Form developed by Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health, and knowledge test form on abdominal obesity in elderly persons. The research was done between December 2014 and February 2015. Statistics included percentage, average, standard deviation, and test of difference of average score before entering and after completing the process by applying Paired-Samples T-test technique.

The result shows that 89.7% of samples were female while the rest was male, 48.3% of samples had the age of between 56 and 60 years old, 72.4% of samples were married, 72.4% of samples had a primary education, 55.2% of samples were agricultural workers, 55.2% of samples had an average income of between 1,000 and 5,000 Baht, 37.1% of samples had the waistline of between 80 and 85 cm, 48.3% of samples weighted between 61 and 70 kg, 48.3% of samples had a body mass index (BMI) of between 25.0 and 29.9 kg/m<sup>2</sup> (obese level 1), 27.6% of samples had BMI of between 23.0 and 24.9kg/m<sup>2</sup> (overweight), 13.8% of samples had BMI of over 30kg/m<sup>2</sup>(obese level 2), and 10.3% of samples had BMI of between 23.0 and 24.9 kg/m<sup>2</sup>(normal weight). In addition,

1. The samples were mainly aware of knowledge of abdominal obesity from physicians, nurses, sanitarians (82.8%), followed by televisions (62.1%), flyers (17.2%), newspapers and posters (10.3%), and community radios (3.4%).

2. The average score of understanding abdominal obesity after completing the participation process is statistically higher than that score before entering the process, with significant level of 0.5.

3. The average score of understanding food consumption, exercise, emotion, tobacco and liquor after completing the participation process is statistically higher than that score before entering the process, with the significant level of 0.5.

4. The average score of understanding behaviors to prevent abdominal obesity after completing the participation process is statistically higher than that score before entering the process, with significant level of 0.5.

## บทนำ

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบความชุกของกลุ่มอาการ อ้วนลงพุงร้อยละ 18.6 ในเพศชาย และร้อยละ 32 ในเพศหญิง (วิชัย เอกพลาการ และคณะ, 2553) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ระบุว่า การตาย การเจ็บป่วย และความพิการ ที่เป็นผลจากโรค วิธีชีวิตกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา โดยพบถึง ร้อยละ 66 ของการตายทั้งหมด ซึ่งเกี่ยวข้องกับ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดการ ออกกำลังกายจึงส่งผลให้เกิดกลุ่มอาการอ้วนลงพุง (metabolic syndrome) ซึ่งจะเห็นได้จากการ สสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2550 ในประชาชน 55 ล้านคน พบมีการออกกำลังกาย เพียง 16 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 29.09 จึงทำให้เกิดปัญหาโรคอ้วนได้ ซึ่งความอ้วนที่เกิดขึ้น มีผลเสียทำให้เกิดโรคเรื้อรังตามมาไม่ต่ำกว่า 8 โรค เช่น โรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจ และหลอดเลือด (สุดสายชล หอมทอง, 2548) สอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจสภาวะสุขภาพ ของคนไทยในปี 2547 พบว่า คนไทยอายุ มากกว่า 35 ปี จำนวน 9 ล้านอยู่ในภาวะอ้วนลงพุง โดยพบว่า มีรอบเอวเกินมาตรฐาน 3 แสนคน ซึ่งคนกลุ่มนี้จะเป็นโรคเบาหวานมากกว่าคนไม่อ้วน 3 เท่า และมีความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือด สูงมากกว่า 2 เท่า เสียชีวิตจากโรคหัวใจและ หลอดเลือดสมองมากกว่าเท่าตัว ซึ่งในปัจจุบัน ความทันสมัยของเทคโนโลยีที่ก้าวหน้า การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต และพฤติกรรม การบริโภคอาหารก่อให้เกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรม ที่ไม่เหมาะสมมีอุบัติการณ์สูงมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือดหรือ โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูงและ โรคเบาหวาน เป็นต้น ซึ่งปัจจัยที่เกื้อหนุนให้เกิด โรคเหล่านี้มีหลายประการ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทาง สังคมที่ไม่เอื้อให้คนมีสุขภาพดี พฤติกรรม การบริโภคที่ไม่ถูกต้อง ขาดการออกกำลังกาย ทำให้

ผู้คนอยู่ในภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มสูงขึ้น และมี แนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ จนทำให้เกิดโรคอ้วน ตามมา ซึ่งโรคที่เกิดขึ้นมีสาเหตุมาจากการใช้ชีวิต วิถีแบบสังคมคนเมืองสมัยใหม่ที่มีพฤติกรรม การกินเปลี่ยนแปลงไป โดยบริโภคอาหารหวาน มันและเค็มเพิ่มขึ้น กินผักผลไม้ไม่พอและขาด การออกกำลังกาย จึงส่งผลให้มีภาวะน้ำหนัก เกินและอ้วนเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้เกิดโรคอ้วน ลงพุงหรือโรคเมตาบอลิก ซึ่งเป็นผลมาจาก ภาวะผิดปกติเกี่ยวกับการผลิต และใช้พลังงาน ของร่างกาย (Metabolism) โดยมีภาวะดื้อต่อ ฮอร์โมนอินซูลิน แล้วทำให้บุคคลนั้นมีความเสี่ยง ต่อการเป็นโรคเบาหวานและโรคของหลอดเลือด และหัวใจ โดยสาเหตุหลักของกลุ่มอาการอ้วนลงพุง คือ ความไม่สมดุลของการรับประทานอาหาร และการใช้พลังงานของร่างกาย เกิดไขมันสะสม โดยเฉพาะที่บริเวณหน้าท้อง และรอบเอว (รสขรินทร์ ศิริเวิน และชุตินา ศิริกุลชยานนท์, 2551) เมื่อไขมันแตกตัวเป็นกรดไขมันอิสระ เข้าสู่ตับ ทำให้เกิดเป็นโรคเบาหวานและ โรคเรื้อรังต่างๆ (วณิชชา กิจวรพัฒน์, 2553) เกิด ผลเสียต่อสุขภาพ เป็นสาเหตุที่นำไปสู่การ เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และส่งผลต่ออัตราการ ตายของประชากรไทย โดยรอบเอวที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 5 เซนติเมตร จะเพิ่มโอกาสเกิดโรคเบาหวาน ได้ 3-5 เท่า (วณิชชา กิจวรพัฒน์, 2553) และมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มของน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ปริมาณไขมันในช่องท้องและ ปริมาณไขมันในเลือดสูง นอกจากนี้รอบเอวยังมี ความสัมพันธ์กับระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับโรคหัวใจ และหลอดเลือด มีอัตราการป่วยและอัตราการ ตายสูงขึ้น (กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข, 2549) ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไข อย่างเร่งด่วน

จากการคัดกรองสภาวะสุขภาพของประชาชน ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านห้วยसानยาว พบว่า ประชาชนที่มี



อายุ 55 ปีขึ้นไป ในปี 2555 มีภาวะรอบเอวมากกว่าเกณฑ์มาตรฐานจำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 29.5 และปี 2556 ภาวะรอบเอวมากกว่าเกณฑ์มาตรฐานจำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 30.34 สำหรับปี 2557 มีภาวะรอบเอวมากกว่าเกณฑ์มาตรฐานจำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 34.13 ซึ่งส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือดเพิ่มขึ้น หากไม่ได้รับการแก้ไข อาจส่งผลต่อสุขภาพของคนในชุมชนได้ และจากการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ามีพฤติกรรมในด้านการรับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม มาก และส่วนใหญ่ไม่มีการออกกำลังกาย ดังนั้น เพื่อลดภาวะเสี่ยงของการเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือด ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยสำนยาว ร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ได้แก่ อปท. ผู้นำชุมชน / อสม. / ผู้สูงอายุ / ครอบครัว ตลอดจนจิตอาสา และประชาชนในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมในการจัดการกับภาวะอ้วนลงพุง ลดน้ำหนัก ลดรอบเอว ใช้อุทธศาสตร์ 3อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ ในการสร้างและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ 3อ. 2ส. สู่การปฏิบัติด้วยชุมชนเอง เพื่อลดปัญหาโรคที่เกิดจากวิถีชีวิต และมุ่งเน้นการสร้างความเข้มแข็งและการพึ่งพาตนเองได้ เพื่อเป็นการจุดประกายให้กับประชาชนในหมู่บ้านได้หันมาเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเองและคนในชุมชน ซึ่งจะส่งผลดีต่อสุขภาพที่ยั่งยืนต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว (one group pre test-post test design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการมีส่วนร่วม

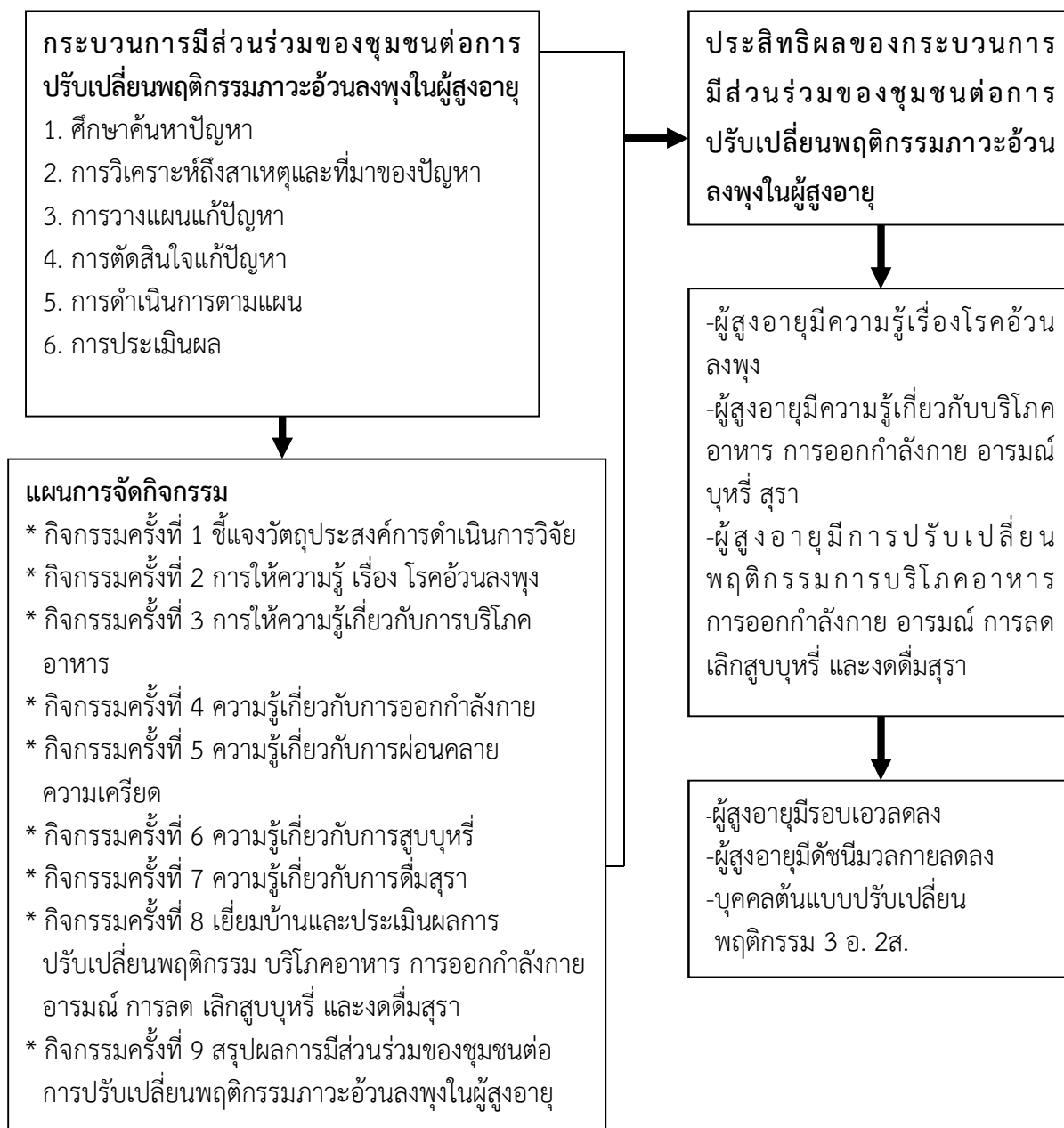
ของชุมชนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุที่มีรอบเอวเกินมาตรฐานในช่วงระยะเวลาระหว่างเดือนธันวาคม 2557 ถึงเดือนมิถุนายน 2558

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ประสิทธิภาพกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุ
2. นำข้อมูลมาวางแผนในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องอื่นๆ ต่อไป
3. จัดทำแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการดำเนินงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

### กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย

ในการศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้มีการนำแนวคิดของ อคิน รพีพัฒน์ (2525) กล่าวถึงรูปแบบของการมีส่วนร่วมที่ประชาชนสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมได้จนครบวงจรซึ่งผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ รายละเอียดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว (one group pre test-post test design) วัดสองครั้งก่อนและหลังการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ประชาชนที่มีอายุ 55 – 75 ปี จำนวน 29 คน โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ดังนี้

1. ได้รับการตรวจวัดรอบเอว และพบว่ามียรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐาน ชาย  $\leq 90$  ซม. และหญิง  $\leq 80$  ซม. (อัญชลี ศรีจำเริญ, 2553)
2. สม่ครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินพฤติกรรม 3 อ. ของกองโภชนาการ กรมอนามัย ซึ่งเป็นแบบประเมินพฤติกรรมที่เหมาะสมของตนเองเรื่องการบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์
2. แบบทดสอบความรู้เรื่องภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุและแบบสอบถามความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ บุหรี่ และสุรา
3. แบบสอบถามพฤติกรรมต่อการป้องกันภาวะอ้วนลงพุง 3อ. ด้วยตนเอง ประยุกต์จากกองโภชนาการ กรมอนามัย
4. คู่มือไร้พุงลดโรค และบันทึกเพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. ลดละ 2ส.
5. แบบสอบถามความพึงพอใจการมีส่วนร่วมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุ
6. เครื่องวัดองค์ประกอบของร่างกายเพื่อใช้ในการวัดน้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย ส่วนสูง

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลายวิธีประกอบกัน ได้แก่ การเก็บข้อมูลจากเอกสาร (Documentary Research) และการเก็บข้อมูลภาคสนาม (Field Research) การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิธีการวิจัยเอกสาร (Documentary Research) ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Source) การศึกษาข้อมูลเอกสารก่อนที่จะเข้าไปเก็บข้อมูลภาคสนาม และศึกษาประกอบเพิ่มเติมในขณะที่เก็บข้อมูลในภาคสนาม และหลังจากเสร็จสิ้นการศึกษภาคสนาม โดยการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยต่างๆ จากแหล่งข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายบริการสุขภาพแม่ลาว แหล่งข้อมูลห้องสมุดและข้อมูลหน่วยงานของทางราชการที่ได้ทำการเก็บรวบรวมไว้บริการ

2. เก็บรวบรวมข้อมูลจากภาคสนาม (Field Research) จากแบบประเมินพฤติกรรม 3 อ. ของกองโภชนาการ กรมอนามัย ซึ่งเป็นแบบประเมินพฤติกรรมที่เหมาะสมของตนเองเรื่องการบริโภคอาหาร ออกกำลังกายและอารมณ์

3. เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบทดสอบความรู้เรื่องภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุ

4. เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบการบันทึกอาหารการออกกำลังกายน้ำหนักตัวและรอบเอวในแต่ละสัปดาห์เพื่อให้เกิดการสร้างอารมณ์ที่เกี่ยวข้องและเกิดการรับรู้ความสามารถแห่งตน

5. เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินความพึงพอใจการมีส่วนร่วมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุ

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโครงการวิจัย ประสิทธิผลของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุนี้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ผู้วิจัยได้จัดทำใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างแนบไปพร้อมกับแบบสอบถามโดยสาระสำคัญประกอบด้วย ผู้วิจัยแนะนำตนเอง และขออนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมการศึกษา โดยให้ลงชื่อในเอกสารยินยอม และพร้อมแจ้งให้ทราบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ได้ ทุกคำตอบจะเป็นความลับ และจะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมเฉพาะในงานวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

## ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

### 1. ขั้นเตรียมการ

#### 1.1 การเตรียมคน ได้แก่

1.1.1 ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์เพื่อระดมความคิด และความต้องการของคนในชุมชน โดยภาคีเครือข่ายและชุมชน

1.1.2 คัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้สูงอายุ ที่มีรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐาน ชาย > 90 ซม. และหญิง > 80 ซม.

1.1.3 เตรียมบุคลากรผู้ร่วมทำวิจัย

#### 1.1.4 เตรียมชุมชน

### 1.2 เตรียมอุปกรณ์เครื่องมือ ได้แก่

1.2.1 คู่มือไร้พุงลดโรคและสมุดบันทึกเพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพ

1.2.2 แบบทดสอบความรู้เรื่องภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุและแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันภาวะอ้วนลงพุงตามหลัก 3อ. 2ส.

1.2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจการมีส่วนร่วมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุ

1.2.4 เครื่องวัดองค์ประกอบของร่างกาย เพื่อใช้ในการวัดน้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย ส่วนสูง

#### 1.2.5 เตรียมแผนการดำเนินงาน

### 1.3 การดำเนินกิจกรรมตามแผนงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อลดภาวะอ้วนลงพุง

1.3.1 ประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุประเมินรอบเอวและวิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพ

1.3.2 ประเมินความรู้ และพฤติกรรมป้องกันภาวะอ้วนลงพุง (Pre-test)

1.3.3 จัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับหลัก 3อ.2ส./สอนและสาธิตการวัดรอบเอว

1.3.4 ติดตามผลรายบุคคลและรายกลุ่มทุกสัปดาห์เพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพหรือสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เพื่อแลกเปลี่ยน

เรียนรู้ปัญหาและอุปสรรคระหว่าง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1.3.5 ติดตามเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้งโดยจิตอาสา อสม. อพส. ภาคีเครือข่าย

1.4 จัดกิจกรรมในชุมชน เช่น การให้ความรู้เรื่องอ้วนลงพุงผ่านเสียงตามสายในชุมชน ส่งเสริมกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การออกกำลังกายในชุมชน และสนับสนุนการปลูกผักปลอดสารพิษในครัวเรือนโดยเครือข่ายในชุมชน ส่งเสริมการกินผักและผลไม้สดวันละ 5 ซีด/คน และลดอาหารหวาน มัน เค็ม ให้ความรู้เรื่องการฝึกผ่อนคลายด้านอารมณ์และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา การส่งเสริมและให้ความรู้เรื่องการงดสูบบุหรี่และดื่มสุรา

### 1.5. การประเมินผล

1.5.1 ประเมินผลโดยคณะกรรมการติดตามการดำเนินงานทุกเดือน

1.5.2 ประเมินความรู้และพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันภาวะอ้วนลงพุง (Post-test)

1.5.3 ประเมินสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุประเมินรอบเอวและวิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพ หลังดำเนินการ 3 เดือน

1.5.4 คัดเลือกบุคคลต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดภาวะอ้วนลงพุง

### 2. กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุ

2.1 ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมศึกษาค้นหาปัญหาสุขภาพ และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุและนำข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ มาดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม

2.2 ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ถึงสาเหตุและที่มาของปัญหาสุขภาพ และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุมาวิเคราะห์ถึงสาเหตุพฤติกรรมที่ทำให้

เกิดโรค และที่มาของปัญหา เพื่อจะดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม

2.3 ภาศึเครือข่ายมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ปัญหา การรับรู้ เข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผน และมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุ และร่วมวางแผนในการแก้ปัญหา

2.4 ภาศึเครือข่ายมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ปัญหาพฤติกรรมที่ทำให้เกิดภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุ

2.5 ภาศึเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินการตามแผน และดำเนินการในการจัดกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการตัดสินใจ

2.6 ภาศึเครือข่ายมีส่วนร่วมในการประเมินผลของโครงการ กิจกรรมต่างๆ และพิจารณาวิธีการที่จะดำเนินการต่อเนื่องต่อไป

3. แผนการดำเนินการจัดกิจกรรมกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 1 อ. อาหาร วิทยากรได้บรรยายถึงการกินอาหารให้ถูกต้องตามธงโภชนาการ โดยเน้นกินอาหารเช้าเป็นหลัก เปรียบได้กับการกินแบบพระราชินี กินให้หลากหลายครบ 5 หมู่ ส่วนมือเย็นให้กินน้อยลง เปรียบได้กับการกินแบบบายจกเน้นกินข้าวสวยไม่เกินวันละ 10 ทัพพี ลดอาหารที่มีรสเค็มลง โดยบริโภคเกลือไม่เกิน 1 ช้อนชา/วัน กินอาหารเย็นให้ห่างจากการนอนอย่างน้อยต้องกิน 4 ชั่วโมงขึ้นไป กินปลาเพราะย่อยง่าย กินผักที่ปลูกกินเองที่บ้านปลอดสารพิษ หลีกเลี้ยงกินหมูติดมัน งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด

กิจกรรมที่ 2 อ. อารมณ์เน้นการทำจิตใจและอารมณ์ให้ผ่อนคลาย สวดมนต์ภาวนาทำสมาธิ

กิจกรรมที่ 3 อ. ออกกำลังกาย เน้นออกกำลังกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และแกว่งแขนลดพุง โดยให้ออกครั้งละ 30 นาที 3-5 วัน / สัปดาห์

กิจกรรมที่ 4 2 ส. แนะนำให้ลดการสูบบุหรี่ หรืองดการสูบบุหรี่ลง ในกลุ่มวิจัยพบผู้ชายสองคนสูบบุหรี่ ได้ทำพันธสัญญาทางใจว่าจะเลิกสูบบุหรี่ และงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด

#### การติดตามสัปดาห์ที่ 1

เข้ากลุ่มทบทวนความรู้ที่ได้รับฟังมา เมื่อวันที่ 14/11/2557 ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ประเมินค่า BMI

ออกกำลังกายโดยทำบริหารรำไทยภาคกลาง และยืดเหยียดกล้ามเนื้อด้วยท่าบริหารมณีเวช แนะนำใช้สายวัดเอวที่บ้านวัดรอบเอวทุกวัน พบปัญหาสายวัดเอวไม่ครบทุกคน และความเที่ยงตรงของสายวัดไม่เท่ากัน เน้นการกินผัก และออกกำลังกายที่บ้านเองทุกวันและนัดเข้ากลุ่มทุกสัปดาห์

#### การติดตามสัปดาห์ที่ 2

ทำกิจกรรมเดิม คือ ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต และคำนวณ BMI การสัมภาษณ์ทางวารายบุคคลในเรื่องการปฏิบัติตัวผ่านมา เน้น 3 อ.2ส. พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยเริ่มเกิดความตระหนักในการดูแลตนเอง เลือกกินข้าวสวยกันมากขึ้น ลดปริมาณอาหารมือเย็นลง ไม่กินจุบจิบ รอบเอวลดลงจากเดิมจำนวน 9 คน แต่ละคนรู้สึกดีใจและภูมิใจ

#### การติดตามสัปดาห์ที่ 3

ทำกิจกรรมเดิม คือ ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต และคำนวณ BMI การสนทนากลุ่มโดยให้สมาชิกในกลุ่มเล่าประสบการณ์ที่ผ่านมาของสัปดาห์ก่อนให้เพื่อนสมาชิกรับฟัง สรุปได้ว่าทุกคนมีความตระหนักในการดูแลตนเองได้มากขึ้น ออกกำลังกายตามแผนซีดีเต้นท่ารำไทยภาคกลางที่ทางเจ้าหน้าที่แจกให้ บางคนที่ไม่มีเครื่องเล่น จะออกไปออกกำลังกายพร้อมสมาชิกคนอื่นตอนเย็น ส่วนเรื่องอาหารได้ลดปริมาณอาหารลง โดยเฉพาะมือเย็น ส่วนผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นเพศชายเลิกสูบ

บุหรีได้ 2 คน สัปดาห์นี้พบว่ารอบเอวลดลงจากเดิมมีจำนวนเพิ่มขึ้นอีก 5 คน

#### การติดตามสัปดาห์ที่ 4

เริ่มใช้นวัตกรรมการมาช่วยใช้ชื่อว่า “สายวัดเอวมหัศจรรย์” เพื่อแก้ไขปัญหาให้มีสายวัดเอวทุกคน และสายวัดเอวมีความเที่ยงตรงเท่ากัน โดยเทียบกับสายวัดเอว BMI Calculator

#### การติดตามสัปดาห์ที่ 5

ทำกิจกรรม ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว โดยใช้นวัตกรรมการ “สายวัดเอวมหัศจรรย์” วัดความดันโลหิต และคำนวณ BMI การสัมภาษณ์ทางวารายบุคคลในเรื่องการปฏิบัติตัวที่ผ่านมา การใช้นวัตกรรมการ “สายวัดเอวมหัศจรรย์” จากการสอบถามผู้เข้าร่วมวิจัยมีความพึงพอใจที่มีการใช้นวัตกรรมการ “สายวัดเอวมหัศจรรย์” อยู่ระดับดีเยี่ยม คิดเป็นร้อยละ 84.48 ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 15.52 รอบเอวลดลงจำนวน 8 คน

#### การติดตามสัปดาห์ที่ 6

จัดกิจกรรมคงเดิมคือชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต และ ประเมินค่า BMI สัปดาห์นี้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีรูปร่างดีขึ้น รอบเอวลดลงจากเดิมมากขึ้นโดยนับจากการเริ่มใช้นวัตกรรมการ “สายวัดเอวมหัศจรรย์” โดยรอบเอวลดลงดังตาราง

การเปลี่ยนแปลง		จำนวน คน
เริ่มต้น (ซม.)	ลดลงเหลือ (ซม.)	
81	79	1
91	87	1
100	98	1
97	95	1
80	74	1
88	83	1
80	76	1

และมีการออกติดตามเยี่ยมบ้านเน้นการปลูกผักปลอดสารพิษกินเอง

#### การติดตามสัปดาห์ที่ 7

จัดกิจกรรมชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ประเมินค่า BMI และรวมกลุ่มใหญ่เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์กันในกลุ่ม การปฏิบัติตัวของแต่ละคนที่ผ่านมา ปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่ผ่านมา ประกอบกับเป็นช่วงเทศกาลขึ้นปีใหม่ได้มีการแลกเปลี่ยนของขวัญและห่อข้าวมากินร่วมกัน ซึ่งกับข้าวแต่ละอย่างส่วนมากเป็นอาหารพื้นบ้านและประกอบอาหารกินเอง

#### การติดตามสัปดาห์ที่ 8

จัดกิจกรรมชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ประเมินค่า BMI และออกกำลังกาย เริ่มมีผู้นำกลุ่มออกกำลังกายโดยมีการคัดเลือกตัวแทนกันเอง

#### การติดตามสัปดาห์ที่ 9

จัดกิจกรรมชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ประเมินค่า BMI และออกกำลังกายในมหรรมงานกีฬาผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมทุกหมู่บ้าน ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสภาพแวดล้อมภายในบ้าน สภาพแวดล้อมนอกบ้าน อาหารการกิน ความเป็นอยู่รวมทั้งปัจจัยเอื้อต่างๆ

#### การติดตามสัปดาห์ที่ 10

จัดกิจกรรมชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ประเมินค่า BMI รวมกลุ่มใหญ่ ถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสรุปกิจกรรมทั้งหมด

กิจกรรมหลังติดตามครบ 10 สัปดาห์ มีการติดตามเยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจ และหาปัจจัยเสริมเพื่อให้เกิดการดูแลตัวเองอย่างยั่งยืน

ร่วมแสดงการออกกำลังกายในงานวันเปิดโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยมีการขยายเครือข่ายไปทุกหมู่บ้าน

#### การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ก่อนทดลอง

(Pre-test) และหลังทดลอง (Post-test) ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละฉบับเพื่อความถูกต้อง
2. ตรวจสอบให้คะแนนแบบสอบถามตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
3. นำแบบสอบถามที่ตรวจเรียบร้อยแล้วมาลงรหัส ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล
4. คำนวณค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
5. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการให้ความรู้เรื่อง ภาวะอ้วนลงพุง การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ บุหรี่ และสุรา และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Paired – Samples t-test

#### สรุปผลการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 89.7 และเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 10.3 ส่วนใหญ่มีอายุ 56 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.3 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.4 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 72.4 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.2 มีรายได้เฉลี่ย 1,000-5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 55.2 มีรอบเอว 80 – 85 ซม. คิดเป็นร้อยละ 37.1 มีน้ำหนักอยู่ในช่วง 61 – 70 กก. คิดเป็นร้อยละ 48.3 มีค่าดัชนีมวลกาย 25.0 – 29.9 กก./ม<sup>2</sup> (โรคอ้วนระดับ 1) คิดเป็นร้อยละ 48.3 ค่าดัชนีมวลกาย 23.0 - 24.9 กก./ม<sup>2</sup> (น้ำหนักเกิน) คิดเป็นร้อยละ 27.6 ค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กก./ม<sup>2</sup> (อ้วนระดับ 2) คิดเป็นร้อยละ 13.8 และค่าดัชนีมวลกาย 23.0 - 24.9 กก./ม<sup>2</sup> (น้ำหนักปกติ) คิดเป็นร้อยละ 10.3

2. กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารความรู้เรื่อง ภาวะอ้วนลงพุง จากแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 82.8 รองลงมาได้แก่ ทางโทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 62.1 ทางแผ่นพับ คิดเป็นร้อยละ

17.2 ทางหนังสือพิมพ์และโปสเตอร์ คิดเป็นร้อยละ 10.3 และน้อยที่สุดทางวิทยุชุมชนคิดเป็นร้อยละ 3.4

**ตารางที่ 1** ระดับความรู้เรื่องภาวะอ้วนลงพุง ก่อนและหลังเข้าร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุง

ระดับความรู้	ระดับความรู้ (N= 29 )			
	ก่อนเข้าร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุง		หลังเข้าร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (คะแนน 80-100)	19	65.5	29	100.00
ระดับปานกลาง (คะแนน 60-79)	9	31.0	-	-
ระดับพอใช้ (คะแนนต่ำกว่า 60)	1	3.4	-	-
<b>รวม</b>	<b>29</b>	<b>100.00</b>	<b>29</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 1 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เรื่องภาวะอ้วนลงพุงก่อนเข้าร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความรู้ระดับดี ร้อยละ 65.5 ระดับปานกลาง ร้อยละ 31.0 และระดับพอใช้ 3.4 และหลังเข้าร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องภาวะอ้วนลงพุงในระดับดีร้อยละ 100

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ เรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ บุหรี่ และสุรา ก่อนและหลังเข้าร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุง

ระดับความรู้การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ บุหรี่ และสุรา	ก่อนเข้าร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุง		หลังเข้าร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	22	75.9	29	100.00
ระดับปานกลาง	7	24.1	-	-
พอใช้	0	0	-	-
<b>รวม</b>	<b>29</b>	<b>100.00</b>	<b>29</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าระดับความรู้ เรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ บุหรี่ และสุรา ก่อนเข้าร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุงมีระดับความรู้ระดับดีคิดเป็นร้อยละ 75.9 ระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 24.1 และหลังเข้าร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุงความรู้ อยู่ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ภาวะอ้วนลงพุง ความรู้การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ บุหรี่ และสุรา และพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุง ก่อนและหลังเข้าร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุง

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S.D.	t	df	P
<b>ความรู้ภาวะอ้วนลงพุง</b>						
ก่อนการทดลอง	29	2.62	0.56			
หลังการทดลอง	29	3.00	.00	3.638	28	.001*
<b>ความรู้การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ บุหรี่ และสุรา</b>						
ก่อนการทดลอง	29	2.76	.43			
หลังการทดลอง	29	3.00	.00	2.985	28	.006*
<b>พฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุง</b>						
ก่อนการทดลอง	29	1.36	.23			
หลังการทดลอง	29	1.68	.16	6.178	28	.000*

ระดับนัยสำคัญ .05\*

จากตารางที่ 3 ก่อนเข้าร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ภาวะอ้วนลงพุง เท่ากับ 2.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .56 และหลังเข้าร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ภาวะอ้วนลงพุง เท่ากับ 3.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .00 และเมื่อนำไปทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ภาวะอ้วนลงพุงหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่าก่อนเข้าร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุงกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ บุหรี่ และสุราเท่ากับ 2.76 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .43 และหลังเข้าร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุงกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ บุหรี่ และสุรา เท่ากับ 3.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .00 และเมื่อนำไปทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ บุหรี่ และสุราหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าก่อนเข้าร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุงกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุง เท่ากับ 1.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .23 และหลังเข้าร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุงกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุง เท่ากับ 1.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .16 และเมื่อนำไปทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุง หลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### อภิปรายผล

การศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุ อภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ประสิทธิผลของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุ พบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง และความรู้เรื่องการบริหารโภชนาการ การออกกำลังกาย อารมณ์ บุหรี่ และสุรา สูงกว่าก่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อภิปรายได้ว่าเป็นผลมาจากแผนการจัดกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยผู้วิจัยได้มีการศึกษาความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะอ้วนลงพุง และนำความรู้ที่ได้สืบค้นมาวางแผนในการจัดกิจกรรมอย่างเป็นระบบ โดยเน้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษาค้นหาปัญหา การวิเคราะห์ถึงสาเหตุและที่มาของปัญหา การวางแผนแก้ปัญหา การตัดสินใจแก้ปัญหา การดำเนินการตามแผน และมีส่วนร่วมประเมินผลการดำเนินการจัดกิจกรรม ในการจัดกิจกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงผู้วิจัยได้มีการชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัยให้ความรู้ เรื่อง โรคอ้วนลงพุง ให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ความรู้เกี่ยวกับการผ่อนคลายความเครียด ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ความรู้เกี่ยวกับการดื่มสุรา เยี่ยมบ้านและประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ การลด เลิกสูบบุหรี่ และงดดื่มสุรา และให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม และแกนนำชุมชนร่วมสรุปผลการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุ การศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กุสุมา สุริยา (2550) การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมลดน้ำหนัก โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองบัวลำภูจังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับการลดน้ำหนัก ด้านการรับรู้ในความสามารถตนเองในการลดน้ำหนัก ด้านความคาดหวังในผลลัพธ์เกี่ยวกับการลดน้ำหนัก และด้านการปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนัก

เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 สอดคล้องกับ กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ วรรัตน์ สุขคุ้ม และ วราณี สัมฤทธิ์ (2554) ศึกษาผลการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกายและค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับลาวัลย์ ผลสมภพ นีระชา อินนวล และจันทร์ศรัณย์ ไตรย์ปักษ์ (2554) ศึกษาผลของการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุบ้านใหม่ ตำบลดอนคา อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า หลังการทดลองผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยด้านความรู้เรื่อง 3 อ. และพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจากการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

ประสิทธิผลของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุ พบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงสูงกว่าก่อนกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อภิปรายได้ว่าเป็นผลมาจากแผนการจัดกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผู้วิจัยได้มีการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงของการเกิดภาวะอ้วนลงพุง และพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุง และปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุง โดยผู้วิจัยนำความรู้ที่ได้จากค้นคว้าคู่มือวิชาการ และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมาวางแผนในการจัดกิจกรรมอย่างเป็นระบบ

โดยเน้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษาค้นหาปัญหา การวิเคราะห์ถึงสาเหตุและที่มาของปัญหา การวางแผนแก้ปัญหา การตัดสินใจแก้ปัญหา การดำเนินการตามแผน และมีส่วนร่วมประเมินผลการดำเนินการจัดกิจกรรม ผู้วิจัยดำเนินการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุประเมินรอบเอวและวิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพทดสอบความรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุง จัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับหลัก 3.อ.2ส./สอนและสาธิตการวัดรอบเอว ผู้วิจัยดำเนินการติดตามผลรายบุคคลและรายกลุ่มทุกสัปดาห์เพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพหรือสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาและอุปสรรคระหว่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้งโดยจิตอาสา อสม. อผส. ภาควิชาการพยาบาล และจัดกิจกรรมในชุมชนร่วมกับชุมชน ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องอ้วนลงพุงผ่านเสียงตามสายในชุมชน สนับสนุนการปลูกผักปลอดสารพิษในครัวเรือนโดยเครือข่ายในชุมชน ส่งเสริมการกินผักและผลไม้สด วันละ 5 ซีด/คน และลดอาหารหวาน มัน เค็ม ให้ความรู้เรื่องการฝึกผ่อนคลายด้านอารมณ์ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา และการส่งเสริมและให้ความรู้เรื่องการงดสูบบุหรี่และดื่มสุรา จึงทำให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงสูงกว่าก่อนมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าดัชนีมวลกายลดลง รอบเอว และน้ำหนักลดลง การศึกษาค้นหานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วรรัตน์ สุขคุ้ม และวราณี สัมฤทธิ์ (2554) ศึกษาผลการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกายและค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ .05 พฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างพบว่าโดยภาพรวม เมื่อพิจารณาความพึงพอใจในแต่ละหัวข้อพบว่าผู้เข้ารับโปรแกรมมีความพึงพอใจต่อวิทยากรนำเดินแอโรบิก การเปลี่ยนแปลงของดัชนีมวลกายและรอบเอว และประโยชน์ที่เกิดกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมากที่สุด สำหรับความเหมาะสมของกิจกรรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิกอยู่ในระดับมาก

### ข้อเสนอแนะการวิจัย

#### 1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร คือ การกินอาหารมื้อหลักมากกว่าวันละ 3 มื้อ ไม่ทำให้เกิดภาวะอ้วนลงพุง และพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด คือ การนั่งสมาธิไม่สามารถช่วยลดความรู้สึหงุดหงิด และรำคาญใจ ดังนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการส่งเสริมให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการผ่อนคลายความเครียดให้กับผู้สูงอายุ โดยการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน

1.2 การศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน อ้วน โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง จึงควรมีการณรงค์เพื่อลดภาวะเสี่ยงเหล่านี้

1.3 ควรใช้แบบประเมินพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่ครอบคลุมเพิ่มเติม เช่น การชั่งประวัติการบริโภคอาหารแต่ละวันนำมาวิเคราะห์หาพลังงานที่ได้รับ สัดส่วนของพลังงานจากสารอาหารโดยเฉพาะอาหารประเภทไขมัน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจมากขึ้น

1.4 ควรมีการประเมินผลพฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการดื่มสุรา เป็นระยะๆ ภายหลังจากได้รับโปรแกรม การเพิ่มสมรรถนะแห่งตนเพื่อสุขภาพ

#### 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุเป็นโรคอ้วนและความดันโลหิตสูง เช่น ระดับน้ำตาล และไขมันในเลือด

2.2 ควรมีการศึกษาผลของสุขภาพจิตวิญญาณต่อระดับความดันโลหิต เพื่อที่จะนำผลมาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมด้านจิตวิญญาณให้แก่ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง

2.3 ควรมีการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนลงพุงในกลุ่มผู้สูงอายุ เขตเมือง และเขตชนบท

2.4 ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดำเนินชีวิตกับการเกิดโรคอ้วนลงพุงในกลุ่มผู้สูงอายุในเขตเมือง และเขตชนบท

### เอกสารอ้างอิง

กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ วรรัตน์ สุขคุ้ม และวารณี สัมฤทธิ์. (2554) ศึกษาผลการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกายและค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 25(4), 31-48.

- กุสุมา สุริยา. (2550). ประสิทธิภาพของโปรแกรมลดน้ำหนักโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาล หนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- ปาริฉัตร พงษ์หาร และคณะ. (2554). ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการอ้วนลงพุง ของอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 5(3), 54-64.
- วณิชา กิจวรพัฒน์. (2553). พิชิตอ้วน พิชิตพุง. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- วิชัย เอกพลากร. (2553). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์ จำกัด.
- รสรินทร์ ศิริเวิน และชุตินา ศิริกุลชยานนท์. (2551). Nutrition Review : Melanocortin – 4 receptor กับโรคอ้วน. วารสารโภชนาการ. 43(4), 5-6.
- ลาวัณย์ ผลสมภพ นีระชา อินนวล และจันทรรัตน์ ไตรย์ปักษ์. (2554). ศึกษาผลของการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุบ้านใหม่ ตำบลดอนคา อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์นกาญจนบุรี.
- สุดสายชล หอมทอง. (2548). โรคอ้วนกับวิธีการลดน้ำหนัก. สืบค้นจาก <http://www.ipst.ac.th>.
- อคิน รพีพัฒน์. (2525). มนุษย์วิทยาสังคมกับการพัฒนาชนบท. สังคมศาสตร์. 19(1), 33.
- อัญชลี ศรีจำเริญ. (2553). อาหารและโภชนาการการป้องกันและบำบัดโรค. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

# การเปิดรับต้นฉบับเพื่อรับพิจารณาเผยแพร่

วารสารสุขศึกษาและสื่อสารสุขภาพ ยินดีรับบทความวิชาการทางด้านสุขศึกษา การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ และสาธารณสุข ตลอดจนความรู้ทางด้านสุขภาพทั่วไปที่ครอบคลุมงานวิชาการทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ที่ยังไม่เคยเผยแพร่ในวารสารอื่นใดมาก่อน โดยกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ ในการตรวจแก้ไขต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

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

## รูปแบบและข้อกำหนด

### 1. บทความวิจัย ความยาวไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์ โดยมีองค์ประกอบดังนี้

1) ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัดให้ได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงกับวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2) ชื่อผู้เขียนให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมตำแหน่ง สังกัด หน่วยงาน

3) บทคัดย่อ คือ การย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขสถิติเฉพาะที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว โดยให้ครอบคลุมถึงวัตถุประสงค์ เครื่องมือ วิธีการ ผล และอภิปรายหรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

4) บทนำ อธิบายความเป็นมา และความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

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

6) ผลการศึกษา/วิจัย อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมแปลความหมาย ของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้

7) อภิปราย/สรุปผล/ข้อเสนอแนะ

### 2. บทความวิชาการ

รวบรวมองค์ความรู้จากผลงานตนเองและผู้อื่น ไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์

3. บทความปริทัศน์ (Review articles) เป็นบทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งใน และต่างประเทศ ประกอบด้วย บทความความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจ วิธีการสืบค้นข้อมูล บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

4. บทความพิเศษ (Honors articles) เป็นบทความที่เขียนจากประสบการณ์ด้านต่างๆ และความคิดเห็นของผู้มีประสบการณ์ และผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขา รวมทั้งผู้บริหาร ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ปัจจุบัน และอยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 5 หน้าพิมพ์

5. บทความทั่วไป (General articles) บทความต่างๆที่น่าสนใจ เนื้อหาครอบคลุมเรื่องราวต่างๆ อาทิ เช่น เกร็ดความรู้ด้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสื่อสารสุขภาพ และอื่นๆ

## การอ้างอิงเอกสาร

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง

2. การอ้างอิงเอกสาร สำหรับบทความตีพิมพ์ในวารสาร กองบรรณาธิการกำหนดให้ผู้เขียนรวบรวมเอกสารอ้างอิงเฉพาะรายเอกสารที่ถูกอ้างอิงไว้ในส่วนเนื้อเรื่องเท่านั้น ภายใต้หัวข้อ “เอกสารอ้างอิง” สำหรับบทความภาษาไทย และ “References” สำหรับบทความภาษาอังกฤษ หลักเกณฑ์การเขียนเอกสารอ้างอิงกำหนดให้ผู้เขียนใช้แบบ APA Citation Style (American Psychological Association Style) เครื่องหมาย/หมายถึงเว้นระยะ 1 ตัวอักษร หากเป็นผู้แต่งชาวต่างประเทศ ใช้ชื่อสกุล ตามด้วยอักษรย่อชื่อต้นและชื่อกลาง โดยใช้เครื่องหมายตามตัวอย่างสำหรับชื่อหนังสือภาษาอังกฤษให้ใช้ตัวใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของชื่อเรื่องและ ชื่อเรื่องย่อ ยกเว้นกรณีชื่อเฉพาะ

ชื่อผู้แต่ง.//(ปีที่พิมพ์)/(ฉบับพิมพ์)//สถานที่พิมพ์:/ผู้จัดพิมพ์.

ตัวอย่าง

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

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

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

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

ตัวอย่าง

กรม. อนุมัติให้ รพม. กู้เงินในประเทศสร้างรถไฟฟ้า 3 สายแทนภูเก็ต. (1 เมษายน 2557).

ประชาชาติธุรกิจ. สืบค้นจาก

[http://www.prachachat.net/news.detail.php?newsid=\\_1396341620](http://www.prachachat.net/news.detail.php?newsid=_1396341620).

Heinlein, G. (2007, July 24). Michigan smoking ban takes big step. Detroit News.

Retrieved from <http://www.detnews.com>.

## รูปแบบต้นฉบับ

1. การเขียนควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับ และชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

2. รูปแบบตัวอักษร TH SarabunPSK ตัวเลขเป็นตัวอารบิก ขนาด 16 พอยท์

3. พิมพ์ลงบนกระดาษ A4 ด้วยโปรแกรมไมโครซอฟท์เวิร์ด

4. ระยะขอบ 1 นิ้ว (บน-ล่าง/ ซ้าย-ขวา)

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

### การส่งและรับต้นฉบับ

1. จะต้องเป็นบทความทางด้านการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ สาธารณสุข และการสื่อสารสุขภาพ ตลอดจนความรู้ทางด้านสุขภาพทั่วไปที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน
2. การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 3 ชุด พร้อมแผ่น CD ระบุสถานที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ พร้อมหนังสือนำส่งถึง บรรณาธิการวารสารศึกษาและสื่อสารสุขภาพ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุน - บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 และส่งมาที่ e-mail: journal.hed@gmail.com หมายเลขโทรศัพท์ 02 193 7000 ต่อ 18705
3. เรื่องที่รับไว้กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้เขียนทราบเป็นลายลักษณ์อักษร
4. เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืนให้
5. เรื่องที่ได้รับการพิจารณาหากมีการแก้ไข กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ดำเนินการแก้ไข และให้ส่งกลับภายในระยะเวลาตามที่กำหนดในหนังสือแจ้ง
6. เรื่องที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียนเรื่องละ 3 เล่ม

### ความรับผิดชอบ

1. บทความที่ลงเผยแพร่ใน วารสารศึกษาและสื่อสารสุขภาพ ถือเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียนคณะบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
2. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อหาบทความของตนเอง ทั้งในทางวิชาการและกฎหมาย

### ระยะเวลาการส่งต้นฉบับ

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

### การเผยแพร่

วารสารศึกษาและสื่อสารสุขภาพออกเผยแพร่ปีละ 2 ฉบับ คือ เดือนมกราคม – เดือนมิถุนายน และเดือนกรกฎาคม – เดือนธันวาคม



กองสุขศึกษา

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข





Journal of Health Education and Communication

Journal of Health Education and Communication

Journal of Health Education and Communication

Journal of Health Education and Communication

Journal of Health Education and Communication

Journal of Health Education and Communication

Journal of Health Education and Communication

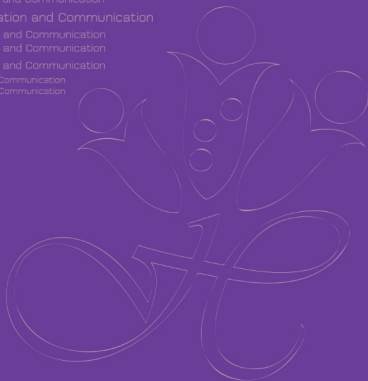
Journal of Health Education and Communication

Journal of Health Education and Communication

Journal of Health Education and Communication

Journal of Health Education and Communication

Journal of Health Education and Communication



e-mail : [hed.div.001@hss.mail.go.th](mailto:hed.div.001@hss.mail.go.th)

[www.youtube.com/user/thaihealtheducation](http://www.youtube.com/user/thaihealtheducation)



[www.facebook.com/thaihealtheducation](http://www.facebook.com/thaihealtheducation)

