



1 การศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดเมื่อย
ของประชาชนในเขตอำเภอท่าใหม่ จังหวัด
จันทบุรี

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวสังคมและ
การรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันการ
หกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลหลุมข้าว
อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี

2

3 โรคไข้เลือดออกกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ :
การประเมินความเปราะบางและการปรับตัวทางด้าน
สุขภาพ

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านม
ด้วยตนเองของสตรีอายุ 45-54 ปี ในเขต
ชุมชนบ้านห้วยจระเข้ ตำบลหินลาด
อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา

4

5 พฤติกรรมการบริโภคผักให้ปลอดภัยจากสารพิษ
ของประชาชนบ้านแสนสำราญ ตำบลสามขา
อำเภอดุสิตนารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ISSN 2697-5653 (Online)

 www.ccph.or.th

 [ccph.th.org](https://www.facebook.com/ccph.th.org)

 @ccph.or.th

 02-591-9186



วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
Journal of Council of Community Public health

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2562

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่และส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการสาธารณสุขชุมชนและความรู้จากศาสตร์อื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์แก่วิชาชีพสาธารณสุขชุมชน
2. เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานวิจัยและเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสาธารณสุข
3. เพื่อสร้างเครือข่ายการเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ และองค์ความรู้ระหว่างสภาการสาธารณสุขชุมชนกับหน่วยงานภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน

สำนักงาน

สำนักงานกองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
สภาการสาธารณสุขชุมชน
88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02-5919186, 091-8348711 โทรสาร 02-5919187
e-mail address: The.JCCPH@gmail.com

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
Journal of Council of Community Public Health: JCCPH
ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2562

ที่ปรึกษา

ดร.ไพศาล บางขวด
ศาสตราจารย์ ดร.นพ.สุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล
ศาสตราจารย์(คุณวุฒิ) ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์
ศาสตราจารย์(เกียรติคุณ) ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ
นายมานะ เป่าพุย
รองศาสตราจารย์ ดร.วิทยา อยู่สุข
รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) ภก. กิตติ พิทักษ์นิตินันท์

บรรณาธิการ

ดร.ปริญญา จิตอร่าม
ผู้ช่วยบรรณาธิการ
ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ

กองจัดการ

อาจารย์ยลฤดี ตันทสิทธิ์
นางสาวสวดยะห์ หาแว
นายเฉลิมพล จันทะบาล
นางสาวศศิพร คงทรัพย์
นางสาวกนกพร สมพร
นางบุษรา โพธิ์เที่ยง

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.สธิกร พงศ์พานิช
ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสมุน พงษ์ภิญโญ
รองศาสตราจารย์ ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์
รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทรวง
รองศาสตราจารย์ ดร.สลิธร เทพตระการพร
รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ ศิวะเดชาเทพ
รองศาสตราจารย์ ดร.สุเมธนา กลางคาร
รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์
รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ ลักษณะมีจรัสกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพ.ณัฐวธ แก้วสุทธา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราศิริ
อาจารย์ ดร.วรพล หนูนุ่น
อาจารย์ ดร.กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ
อาจารย์ ดร.พิทยา ศรีเมือง
อาจารย์ ดร.จิรนนท์ ตูลชาติ
อาจารย์ ดร.สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยสยาม
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยทักษิณ
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้
ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม
ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

เจ้าของ

สภาการสาธารณสุขชุมชน

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อ
ลงตีพิมพ์จำนวน ๒ ท่านต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสาร
สภาการสาธารณสุขชุมชนที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือสภาการสาธารณสุข
ชุมชน ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

บทบรรณาธิการวารสาร

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน ฉบับปฐมฤกษ์จัดทำโดยมีวัตถุประสงค์ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพสาธารณสุข พ.ศ. 2556 หมวดที่ 1 มาตรา 6 เพื่อส่งเสริมการศึกษา การวิจัย และการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ช่วยเหลือ แนะนำ เผยแพร่ และให้การศึกษาแก่ประชาชน ตลอดจนองค์กรอื่นในเรื่องที่เกี่ยวกับการสาธารณสุขชุมชนที่มีความสนใจในการพัฒนาองค์ความรู้ แลกเปลี่ยนทัศนคติ ข้อคิดเห็น ข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขชุมชน โดยสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองได้ทางเว็บไซต์สภาการสาธารณสุขชุมชน วารสารมีกำหนดการเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

เนื้อหาในวารสารฉบับนี้ มีบทความวิจัย 5 เรื่อง บทความทุกเรื่องสามารถ Download ได้ในรูปแบบ pdf. File ขณะเดียวกันหากมีความสนใจในการ เขียนบทความ ทั้งด้านวิชาการ งานวิจัยหรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขชุมชนและสุขภาพตลอดจนข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาปรับปรุงวารสารให้เหมาะสม ท่านผู้อ่านสามารถแจ้งมายังกองบรรณาธิการได้ จักขอบคุณยิ่ง

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน ขอขอบคุณสภาการสาธารณสุขชุมชน ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนบทความทุกท่านที่มีส่วนร่วมสนับสนุนในการทำให้วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนเสร็จสมบูรณ์อย่างมีคุณภาพ

ปริญญา จิตอร่าม
บรรณาธิการ

สาส์นจากนายกสภาการสาร

เรียน สมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชนที่รักทุกคน

นับเป็นอีกวาระหนึ่งที่คณะกรรมการสภาการสาธารณสุขชุมชนชุดที่ 1 ที่ได้ดำเนินการบริหารกิจการของสภาการสาธารณสุขชุมชนให้รุดหน้ามา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 จนกระทั่งปัจจุบัน สภาการสาธารณสุขชุมชนได้ดำเนินกิจกรรมต่างๆ ทั้งในเรื่องของกิจกรรมการฝึกอบรม จัดสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาตผู้ประกอบการวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน โครงการอบรมจริยธรรมและกฎหมายกับผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน การสร้างเครือข่ายการวิจัยและการพัฒนาความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาทางด้านสาธารณสุขและหน่วยงานต่างๆ ผลงานที่ผ่านมาสภาการสาธารณสุขชุมชนยังคงเดินหน้าจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องในทุกด้าน ตัวอย่างเช่น โครงการความร่วมมือเวทีสภา' สัจจร ปี 2561 และปี 2562 และสิ่งที่สำคัญการดำเนินการจัดทำวารสารวิชาการสภาการสาธารณสุขชุมชนขึ้น

ในห้วงเวลาที่ประเทศเข้าสู่สังคม 4.0 ทุกอย่างต้องเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา ระบบ IT มีบทบาทในการสื่อสารมากขึ้น การสื่อสารระบบอินเทอร์เน็ตเข้ามาแทนที่ระบบกระดาษสิ่งตีพิมพ์ ในประเทศไทยทยอยกันปิดตัวลงไปเรื่อยๆ วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนก็เป็นไปตามนั้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

สำหรับวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนนั้น หลังจากทีกรรมการสภาการสาธารณสุขชุมชนได้ผลักดันให้วารสารของสภาฯ เข้าสู่ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทยเพื่อเข้าสู่การประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI (Thailand Citation Index) ให้อยู่ในกลุ่มที่ 1 ต่อไป ท้ายสุดนี้กระผมในนามนายกสภาการสาธารณสุขชุมชนขออำนวยการให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายที่ท่านสมาชิกให้การเคารพนับถือได้โปรดดลบันดาลให้ท่าน และครอบครัวมีความสุขความเจริญ ความก้าวหน้าสุขภาพที่แข็งแรง ตลอดปีพ.ศ. 2562 เพื่อเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาสภาการสาธารณสุขชุมชนของพวกเราให้มีความเติบโตก้าวหน้า เข้มแข็ง และเป็นองค์กรวิชาการชั้นนำของประเทศต่อไป



(นายไพศาล บางชวด)

นายกสภาการสาธารณสุขชุมชน

บรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ

บทบรรณาธิการวารสาร

สาส์นจากนายกสภาการสาธารณสุขชุมชน

บทความวิจัย (Original Article) :

การศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยของประชาชนในเขตอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี	1
The Study of Behaviors and Factors Affecting Analgesic Use in Thamai District, Chantaburi Province. อัครเดช เล่าหุไกรกุล	
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวสังคมและการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ของผู้สูงอายุตำบลหลุมข้าว อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี.....	12
Relationship Between Biophysical Factors and Perceptions and Fall Prevention Behaviors of Elderly People in Lumkaw Sub-District, Khok Samrong District, Lopburi Province นภาพร เวสสุกรรม และ ประทีป กาลแก้ว	
โรคไข้เลือดออกกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ: การประเมินความเปราะบาง และการปรับตัวทางด้านสุขภาพ.....	24
Dengue Fever and Climate Change: Health Vulnerability and Adaptation Assessment นิกร ฮะเจริญ และ มณฑิรา ยุติธรรม	
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 45-54 ปี ในเขตชุมชนบ้านห้วยจระเข้ ตำบลหินดาด อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา.....	41
Effects of Promoting Breast Self-Examination Programme on Women in Hindat Sub-District, Dankhunthot District, Nakhon Ratchasima Province สรรัตน์ ตระกูลรัมย์ และ จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ	

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

พฤติกรรมการบริโภคผักให้ปลอดภัยจากสารพิษของประชาชนบ้านแสนสำราญ

ตำบลสามขา อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์..... 53

People's Behavior of Pesticide-residue Free Vegetable

Consumption of Ban Sean-Sam-Ran, Samkha Sub-District,

Kuchinarai District, Kalasin Province

ลออรัตน์ จิตต์พงษ์ , เบญญาภา กาลเขว้า และ ประทีป กาลเขว้า

คำแนะนำการส่งบทความ

การศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยของประชาชนในเขตอำเภотаใหม่ จังหวัดจันทบุรี

The Study of Behaviors and Factors Affecting Analgesic Use in Thamai District, Chantaburi Province.

อัศรเดช เลาหุลไกุล*

Akkdeach Laouhulaikul*

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาหัว*

Khaovovl Health Promoting Hospital*

(Received: October 22, 2018; Revised: July 22, 2019; Accepted: July 22, 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดเมื่อย และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับยาแก้ปวดเมื่อยกับพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในเขตอำเภотаใหม่ จังหวัดจันทบุรีจำนวน 400 คน ใช้วิธีสุ่มแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับยาแก้ปวดเมื่อยและพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดเมื่อย ได้ค่า KR20 เท่ากับ .75 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบทางสถิติด้วย t-test Oneway ANOVA และหาความสัมพันธ์โดยใช้ค่า Correlation Coefficient ผลการวิจัยพบว่า

ประชาชนในเขตอำเภотаใหม่ จังหวัดจันทบุรีมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยอยู่ในระดับดีมาก และพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยอยู่ในระดับค่อนข้างดี ($M = 2.79$, $SD = 2.61$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศและรายได้แตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยของประชาชนในเขตอำเภотаใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ดังนั้น เกสัชกรควรเพิ่มคำแนะนำในการใช้ยาแก่ประชาชนให้ละเอียดมากกว่าเดิม โดยเฉพาะประเด็นวิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง และเน้นให้ประชาชนตระหนักและสนใจอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ข้อห้ามใช้ตลอดจนเน้นย้ำถึงผลเสียของการปฏิบัติกรรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง

คำสำคัญ: อาการปวดเมื่อย, ยาแก้ปวดเมื่อย, พฤติกรรมการใช้ยา

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: akkdeach@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 089-8313468)

Abstract

This study aimed to explore behaviors, focusing on analgesic use for pain, and the correlation between knowledge associated with those drugs and the behaviors of drug used. 400 participants aged 15 to 59 years old in Thamai District, Chantaburi Province, were recruited in the study. Statistical analysis was performed using the software and reported as a percentage, mean and standard deviation. T-test and one-way ANOVA was conducted to test a statistical significance. The correlation coefficient was used to examine the relationship between knowledge and behaviors.

The results showed that major analgesic users were females aged 25-34 years old, married, achieving a primary school level and employee having an average salary of 5,677.51 Baht a month. Those users had a very good level of their knowledge and a good level of their behaviors, including reading indications and information about drugs before taking drugs, no duplicated dosages and having an adequate amount of water after taking drugs. Sex, age, educational levels, occupations and incomes had affected drug use behaviors ($p < 0.05$). Knowledge and behaviors of analgesic users had a positive correlation ($p\text{-value} < 0.01$).

This study will then benefit to develop the treatment plan and improve the behaviors in analgesic users. Furthermore, this will also help public health sectors to design appropriate strategies for promoting the use of analgesic drugs efficiently in the future.

Suggestions

1. Health care professionals should educate users to improve their attitudes and behaviors in several approaches such as media and public relations.
2. Pharmacists should increase their roles in a drug counseling process, especially appropriate dosage instructions. In addition, an emphasis on adverse events, contraindications and precautions due to analgesic uses should be done to prevent drug-related problems.

Keywords: Pain, Analgesics, Drug Use Behaviors

บทนำ

“ยา” เป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ที่สำคัญต่อการดำรงชีวิต เพื่อนำมาใช้ในการบำบัดรักษาโรค ตลอดจนอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในยามเจ็บป่วย ดังนั้นจึงถือได้ว่ายามีประโยชน์และมีความสำคัญต่อประชาชนอย่างยิ่ง และจะขาดเสียมิได้

ปัจจุบันประชาชนคนไทยมีการบริโภคยาในปริมาณที่ค่อนข้างสูง ซึ่งจากผลการศึกษาในอดีตได้มีการประมาณว่า ในอนาคตจะมีมูลค่าการบริโภคยาทุกชนิดในราคาขายส่ง เพิ่มมากขึ้นมากกว่า 25,000 ล้านบาท ถ้าคิดเป็นราคาขายปลีกประมาณ 50,000 ล้านบาท ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนคนไทยรวมไม่ต่ำกว่า 140,000 ล้านบาท โดยเฉพาะเรื่องยาเพียงอย่างเดียวคิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 35 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (บุปผา ศิริศรีศรี, 2560) ซึ่งเป็นตัวเลขที่ค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วซึ่งอยู่ระหว่างร้อยละ 10-25 นอกจากนี้ยังพบว่า ค่าใช้จ่ายด้านยากำลังเพิ่มขึ้นในปริมาณที่สูงเมื่อเทียบกับการขยายตัวทางด้านภาวะเศรษฐกิจ สังคม และการพัฒนาทางด้านสาธารณสุข กล่าวคือ มีการบริโภคยา โดยผ่านการตัดสินใจหรือคำแนะนำของแพทย์ เภสัชกร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ประมาณ 2 ใน 3 ที่เหลืออีกประมาณ 1 ใน 3 เป็นการบริโภคยา โดยการตัดสินใจของประชาชนเอง ซึ่งนอกจากนี้ยังพบว่า การบริโภคยาไม่ว่าจะเป็นการบริโภคยาในรูปแบบใดล้วนมีสัดส่วนการบริโภคยาที่เกินความจำเป็น และไม่เหมาะสมในสัดส่วนที่สูงมาก ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากหลายสาเหตุด้วยกัน เช่น การได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ประเภทยาที่มีมากเกินไปทำให้มีการส่งเสริมการขายยามาก ขาดระบบการควบคุมการใช้และจำหน่ายยา เป็นต้น แนวโน้มการใช้ยาที่เกินความจำเป็นและไม่เหมาะสมยังคงมีอยู่ต่อไป เนื่องจากปัจจุบันกำลังซื้อของผู้บริโภคมีมากขึ้นการโฆษณาทั้งในและนอกระบบมีมากขึ้น ตลอดจนการกระจายรายได้และความเจริญซึ่งมีผลกระทบต่อระดับการศึกษา ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาของประชาชน ตลอดจนศักยภาพในการบริโภคยาเพิ่มมากขึ้น

โดยเฉพาะการใช้ยาแก้ปวดเมื่อย หรือยาลดไข้ของประชาชนไทยในระดับจุลภาค พบว่า ประเภทยาที่ใช้กันมากใน 5 อันดับแรก คือยาแก้ปวด ลดไข้ ยาระบบทางเดินหายใจ ยาระบบทางเดินอาหาร ยาระบบประสาท และยาบำรุงร่างกาย ส่วนพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในชนบท ยังนิยมใช้ยารักษาตนเองกันมาก ทั้งรู้สึกลัวป่วยหรือไม่ป่วยก็ตาม ซึ่งจากปัญหาการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยกันอย่างแพร่หลาย ทำให้ประชาชนผู้บริโภคเคยชินกับการรับประทานยาแก้ปวดโดยไม่จำเป็นและอาจเกิดพิษภัยได้ ทำให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้ถอนคาเฟอีนจากตำรับยาแก้ปวดที่มีส่วนผสมคาเฟอีนในระยะเวลาที่ผ่านมา

จากสภาพปัญหาด้านเศรษฐกิจของประชาชนในเขตอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมที่ต้องทำงานหนัก ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ประชาชนใช้ยาแก้ปวดเมื่อยอยู่เป็นประจำในการรักษาตนเอง และจากสถิติการเข้ารับบริการของสถานบริการสาธารณสุขในเขตอำเภอท่าใหม่จากการใช้ยาแก้ปวด พบว่า มีอัตราการใช้ยาแก้ปวดเพิ่มขึ้นทุกปีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559, พ.ศ. 2560 และ พ.ศ. 2561 กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2560 มูลค่าการใช้ยา Paracetamol เพิ่มจากปี พ.ศ. 2559 คิดเป็นร้อยละ 5.03 และในปี พ.ศ. 2561 มูลค่าการใช้ยา Paracetamol เพิ่มจากปี พ.ศ. 2560 คิดเป็นร้อยละ 63.66 ส่วนในปี พ.ศ. 2560 มูลค่าการใช้ยา Diclofenac เพิ่มจากปี พ.ศ. 2559 คิดเป็นร้อยละ 61.52 และในปี พ.ศ. 2561 มูลค่าการใช้ยา Diclofenac เพิ่มจากปี พ.ศ. 2560 คิดเป็นร้อยละ 68.25 ตามลำดับ (ข้อมูลการใช้ยาของสถานบริการสาธารณสุข, 2561) ซึ่งผลจากการใช้ยาแก้ปวดดังกล่าวก่อให้เกิดปัญหาการเจ็บป่วยจากการใช้ยาตามมา เช่น การเกิดโรคระบบทางเดินอาหาร (โรคกระเพาะอาหาร) ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยที่ไม่ถูกต้อง

ดังกล่าว เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลเสียอย่างมากมาย ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ สิ้นเปลืองทางเศรษฐกิจ เสียเวลาในการรักษา และยิ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยอย่างอื่นเพิ่มขึ้นอีกด้วย การใชยาแก้ปวดเมื่อยควรอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ เภสัชกร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งจะเป็นผู้จ่ายยาแก้ปวดให้ตรงกับโรคหรืออาการเจ็บป่วย ฉะนั้นการดูแลเกี่ยวกับการใชยาแก้ปวดเมื่อยในปัจจุบัน ยังทำได้ไม่ทั่วถึงและครอบคลุม ดังนั้นประชาชนจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหานี้

ด้วยเหตุผลดังกล่าวมาแล้วในข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาพฤติกรรมการใชยาแก้ปวดเมื่อยของประชาชนในเขตอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรีว่าประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับยาแก้ปวดเมื่อยมากน้อยเพียงใด และมีพฤติกรรมการใชยาแก้ปวดเมื่อยอย่างไร มีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อพฤติกรรมการใชยาแก้ปวดเมื่อยของประชาชนในเขตอำเภอท่าใหม่ ตลอดจนปัญหาของประชาชนในส่วนที่เกี่ยวข้องกับยาแก้ปวดเมื่อยเพื่อใช้เป็นแนวทางในการรักษาและการดูแลตนเองของประชาชนเมื่อเจ็บป่วยโดยเฉพาะอาการไข้ อาการปวด กล้ามเนื้อปวดข้อ ปวดกระดูก ปวดหลัง ปวดเอว เนื่องจากการทำงานหรืออันมีสาเหตุมาจากปัจจัยอื่น ๆ และใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงพัฒนาพฤติกรรมการใชยาแก้ปวดเมื่อยของประชาชนให้ถูกต้องต่อไป

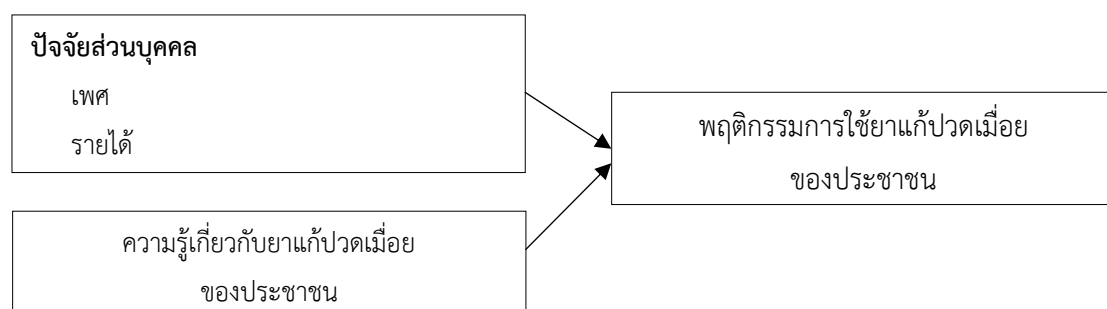
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับยาแก้ปวดเมื่อยของประชาชนในเขตอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใชยาแก้ปวดเมื่อยของประชาชนในเขตอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการใชยาแก้ปวดเมื่อยของประชาชนในเขต อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี จำแนกตามเพศ และรายได้
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับยาแก้ปวดเมื่อย กับพฤติกรรมการใชยาแก้ปวดเมื่อยของประชาชนในเขตอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี

สมมติฐานวิจัย

1. เพศและรายได้ของประชาชนในเขตอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรีแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการใชยาแก้ปวดเมื่อยแตกต่างกัน
2. ความรู้เกี่ยวกับยาแก้ปวดเมื่อยของประชาชนมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับพฤติกรรมการใชยาแก้ปวดเมื่อยของประชาชนในเขตอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย คือ ประชาชนที่อยู่ในกลุ่มอายุ 15 - 59 ปีในเขตอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี จำนวนทั้งหมด 46,974 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่อยู่ในกลุ่มอายุ 15 - 59 ปีในเขตอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี จำนวนทั้งหมด 46,974 ราย โดยการหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรยามาเน่ ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 400 ราย ใช้วิธีสุ่มแบ่งชั้นภูมิจำแนกตามตำบลในอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถาม โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของประชาชนในเขตอำเภอท่าใหม่ โดยมีลักษณะเป็นคำถามแบบปิด และคำถามแบบเปิดจำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับยาแก้ปวดเมื่อยของประชาชน มีลักษณะเป็นคำถามตรวจสอบรายการ (Check-List) มีคำถามทั้งหมด 16 ข้อ โดยมีคำตอบที่ถูกต้องเพียงคำตอบเดียว และมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน ประเมินโดยใช้เกณฑ์ประเมินผลความรู้เกี่ยวกับยาแก้ปวดเมื่อยของประชาชนดังนี้

คะแนนร้อยละ 80 – 100 หมายถึง	มีความรู้ระดับดีมาก
คะแนนร้อยละ 70 – 79 หมายถึง	มีความรู้ระดับดี
คะแนนร้อยละ 60 – 69 หมายถึง	มีความรู้ระดับปานกลาง
คะแนนร้อยละ 50 – 59 หมายถึง	มีความรู้ระดับน้อย
คะแนนร้อยละ 0 – 49 หมายถึง	มีความรู้ระดับน้อยมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยของประชาชน มีลักษณะเป็นคำถามตรวจสอบรายการ (Check-List) มีคำถามทั้งหมด 15 ข้อ โดยมีลักษณะการตอบคำถาม เป็นแบบระดับพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยของประชาชนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ทำเป็นประจำ ให้ 4 คะแนน ถึงไม่เคยเลยให้ 1 คะแนน โดยมีคำถามเชิงบวกและคำถามเชิงลบ กำหนดเกณฑ์การแปลค่าคะแนนของพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยของประชาชน แปลผลโดยถือตามเกณฑ์ของคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

1.00 – 1.50	หมายถึง	มีพฤติกรรมไม่ดี
1.51 – 2.50	หมายถึง	มีพฤติกรรมค่อนข้างไม่ดี
2.51 – 3.50	หมายถึง	มีพฤติกรรมค่อนข้างดี
3.51 – 4.00	หมายถึง	มีพฤติกรรมที่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ แพทย์ 2 ท่าน และเภสัชกร 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่า IOC ระหว่าง .67 – 1.00 และนำแบบสอบถามมาทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของด้านความรู้ (KR20) เท่ากับ .75 และพฤติกรรมการใช้ยาเท่ากับ .84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ภายหลังกกลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืนทั้งหมด จำนวน 400 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคลของประชาชนในเขตอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

2. วิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับยาแก้ปวดเมื่อยของประชาชนในเขตอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี โดยใช้จำนวน และร้อยละ

3. วิเคราะห์พฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยของประชาชนในเขตอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยของประชาชนในเขตอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี จำแนกตามเพศและรายได้โดยใช้สถิติ t-test

5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับยาแก้ปวดเมื่อย กับพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยของประชาชนในเขตอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson' Product Moment Correlation) โดยการกำหนดค่าระดับความสัมพันธ์ (Wiersma, & Jurs, 2009) ดังนี้

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.01-0.20	ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก
ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.21-0.40	ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.41 -0.60	ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.61 -0.80	ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูง
ค่าสหสัมพันธ์ (r) มากกว่า 0.80	ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้าน คือ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดในแบบสอบถาม โดยครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า ประชาชนในเขตอำเภอท่าใหม่ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.50 และเพศชาย ร้อยละ 37.50 มีอายุอยู่ระหว่าง 25 – 34 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 33.75 รองลงมา มีอายุอยู่ระหว่าง 35-44 ปี และอายุระหว่าง 15-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.75 และร้อยละ 21.50 โดยมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 33.79 ปี และมีสถานภาพสมรสร้อยละ 57.25 รองลงมา มีสถานภาพโสด ร้อยละ 32.00 ส่วนการศึกษาของประชาชนมีการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 30.50 รองลงมา มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 21.50 ส่วนประชาชนที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จะมีสัดส่วนใกล้เคียงกับประชาชนที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือปวช. ร้อยละ 16.75 และร้อยละ 16.25 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาการประกอบอาชีพ พบว่า ประชาชนประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 32.00 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และอาชีพค้าขายในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 19.00 และร้อยละ 18.50 ตามลำดับ โดยประชาชนจะมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 5,677.51 บาท

2. ความรู้เกี่ยวกับยาแก้ปวดเมื่อยของประชาชนในเขตอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี

ตาราง 1 จำนวนร้อยละความรู้เกี่ยวกับยาแก้ปวดเมื่อยของประชาชน (n= 400)

ข้อความ	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. พาราเซตามอลเป็นยาแก้ปวด-ลดไข้ที่รับประทานได้ทุก 4-6 ชั่วโมง	397	99.25	3	0.75
2. กรณีที่มีอาการปวดมากหรือมีไข้สูงก็ต้องรอให้ครบ 4 ชั่วโมงจึงจะกินยาสามารถกินยาพาราเซตามอลซ้ำได้อีก	220	55.00	180	45.00
3. การกินยาพาราเซตามอลในขนาดสูงและติดต่อกันเป็นเวลานานทำให้เกิดอันตรายต่อดับ	337	84.25	63	15.75
4. ผู้ป่วยโรคตับหรือผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ต้องระมัดระวังในการรับประทานยาพาราเซตามอล	290	72.50	110	27.50
5. ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่พาราเซตามอล เช่น ยาหัตถ์ใจ บวดหาย โวลทาเรน จะห้ามใช้ในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 1 ขวบ	353	88.25	47	11.75
6. ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่พาราเซตามอล เช่น ยาหัตถ์ใจ บวดหาย โวลทาเรน จะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อระบบทางเดินอาหาร คือ แสบท้อง ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียนได้	335	83.75	65	16.75
7. ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่พาราเซตามอล เช่น ยาหัตถ์ใจ บวดหาย โวลทาเรน ทำให้เกิดอันตรายต่อดับในผู้สูงอายุได้มากกว่าในคนวัยหนุ่มสาว	354	88.50	46	11.50
8. ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่พาราเซตามอล เช่น ยาหัตถ์ใจ บวดหาย ต้องระวังหากมีการใช้ในหญิงตั้งครรภ์ใกล้คลอด	364	91.00	36	9.00

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อความ	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
9. ผู้ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง ต้องเพิ่มความระมัดระวัง ในการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่พาราเซตามอล เช่น ยาต้มใจ โวลทาเรน มากกว่าผู้ป่วยทั่วไป	245	61.25	155	38.75
10. ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่พาราเซตามอล เช่น ยาต้มใจ โวลทาเรน บวดหาย จำเป็นต้องกินยาหลังอาหารทันที เพื่อหลีกเลี่ยงอาการปวดท้อง แสบร้อนในท้องได้	231	57.75	169	42.25
11. ไม่ควรรับประทานยาแก้ปวด - ลดไข้ร่วมกับการดื่มน้ำผลไม้ หรือน้ำอัดลม เพราะจะมีผลกระทบต่อฤทธิ์ของยา	167	41.75	233	58.25
12. ในกรณีที่เด็กมีอาการปวดหรือมีไข้ ไม่สามารถนำยาแก้ปวด- ลดไข้ของผู้ใหญ่มาให้เด็กกินโดยการลดขนาดยาลงครึ่งหนึ่งได้	216	54.00	184	46.00
13. หากยาแก้ปวดที่รับประทานเมื่อยามีสีเปลี่ยนไปจากเดิม หรือแคปซูลบวมแตก ก็ไม่ควรรับประทานถึงแม้ว่าจะไม่ถึงวันหมดอายุของยา	220	55.00	180	45.00
14. ถ้ากินยาแก้ปวด ลดไข้ แล้วมีผื่นคัน หรือ ปวดท้องมาก อุจจาระเป็นสีดำ ต้องหยุดรับประทานยาแล้วรีบไปพบแพทย์	387	96.75	13	3.25
15. ยาแก้ปวดชนิดลูกกลอน หรือ ยาชุดจะมีอันตรายกว่ายาแผนปัจจุบัน	310	77.50	90	22.50
16. การกินยาแก้ปวดชนิดลูกกลอนที่มีส่วนผสมของสารสเตียรอยด์เป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดภาวะกระดูกผุได้	275	68.75	125	31.25

จากตาราง 1 พบว่า ประชาชนในเขตอำเภอท่าใหม่ มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยอยู่ในระดับดีมาก โดยเฉพาะในเรื่องความรู้ที่ว่าพาราเซตามอลเป็นยาแก้ปวด-ลดไข้ ที่รับประทานได้ทุก 4-6 ชั่วโมง(ร้อยละ 99.25) รองลงมาถ้ากินยาแก้ปวด ลดไข้ แล้วมีผื่นคัน หรือปวดท้องมาก อุจจาระเป็นสีดำ ต้องหยุดรับประทานยาแล้วรีบไปพบแพทย์ (ร้อยละ 96.75) ส่วนความรู้เกี่ยวกับการไม่ควรรับประทานยาแก้ปวด-ลดไข้ร่วมกับการดื่มน้ำผลไม้หรือน้ำอัดลมเพราะจะมีผลกระทบต่อฤทธิ์ของยามีประชาชนตอบถูกน้อยที่สุด ร้อยละ 41.75

3. พฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยของประชาชนในเขตอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยของประชาชน (n=400)

ข้อความ	ระดับของพฤติกรรม		
	M	SD	แปลผล
1. การอ่านสรรพคุณและวิธีใช้อย่างละเอียดทุกครั้งก่อนใช้ยา	3.64	0.79	ดี
2. การเลือกซื้อยาจากร้านขายยาที่มีเภสัชกรเท่านั้น	2.85	1.24	ค่อนข้างดี
3. การกินยาตามโดยไม่เพิ่ม หรือ ลดขนาดยาเอง	2.83	1.34	ค่อนข้างดี
4. การสังเกตดูสีความเข้มข้น หรือลักษณะอื่น ๆ ของยาก่อนรับประทาน	3.01	1.15	ค่อนข้างดี
5. การสอบถามถึงสรรพคุณ (ประโยชน์) ของยาที่ได้รับ	3.22	1.06	ค่อนข้างดี
6. การไม่คล้อยตามผู้อื่นที่แนะนำให้ใช้ยารักษาอาการปวดเมื่อย ถึงแม้จะมีการบอกว่า ใช้ได้ผลดี	2.93	1.29	ค่อนข้างดี

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อความ	ระดับของพฤติกรรม		
	M	SD	แปลผล
7. เมื่อรับประทานยาแก้ปวดเมื่อยหรือยาอื่น ๆ จะดื่มน้ำเปล่าตามมาก ๆ เสมอ	3.27	1.04	ค่อนข้างดี
8. การไม่ลืมหินยา	2.55	1.24	ค่อนข้างดี
9. หากลืมหินยาจะขำมือที่ลืมไปเลย และไม่มี การไปเพิ่มการกินยาในมือถัดไปเป็น 2 เท่า	3.29	1.23	ค่อนข้างดี
10. การเก็บยาแก้ปวดเมื่อยไว้กินคราวต่อไปหากมีอาการปวดเมื่อยเช่นเดิมเกิดขึ้นอีก	1.66	1.41	ค่อนข้างไม่ดี
11. การกินยาแก้ปวดลดไข้ชนิดพาราเซตามอล ตามระยะเวลาที่กำหนดคือทุก 4 - 6 ชั่วโมง อย่างเคร่งครัด	1.79	1.48	ค่อนข้างไม่ดี
12. การเลือกซื้อยาแผนปัจจุบันมากกว่า ยาลูกกลอน หรือ ยาชุดแก้ปวดเมื่อย	3.14	1.28	ค่อนข้างดี
13. การไม่แนะนำยาแก้ปวดเมื่อย หรือแบ่งยา แก้วปวดเมื่อยที่รับประทานเองแล้วได้ผลดีให้แก่ญาติพี่น้อง หรือ เพื่อนบ้านรับประทานด้วย	2.37	1.32	ค่อนข้างไม่ดี
14. ระหว่างในช่วงที่รับประทานยาแก้ปวดเมื่อยจะดื่มน้ำเปล่ามาก ๆ กว่าในภาวะปกติ	2.77	1.27	ค่อนข้างดี
15. การเลือกที่จะไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลหรือคลินิก มากกว่าจะซื้อยาชุดแก้ปวดเมื่อยมารับประทานเอง	2.56	1.25	ค่อนข้างดี
รวม	2.79	0.61	ค่อนข้างดี

จากตาราง 2 พบว่า ประชาชนในเขตอำเภอท่าใหม่ที่มีพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยอยู่ในระดับค่อนข้างดี ($M = 2.79$, $SD = 2.61$) เมื่อพิจารณาในแต่ละเรื่อง ปรากฏว่า “การอ่านสรรพคุณและวิธีใช้อย่างละเอียดทุกครั้งก่อนใช้ยา” มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย = 3.64) รองลงมาคือ “หากลืมหินยาจะขำมือที่ลืมไปเลย และไม่มี การไปเพิ่มการกินยาในมือถัดไปเป็น 2 เท่า” ($M = 3.29$, $SD = 1.23$) และ “เมื่อรับประทานยาแก้ปวดเมื่อยหรือยาอื่น ๆ จะดื่มน้ำเปล่าตามมาก ๆ เสมอ ” ($M = 3.27$, $SD = 1.04$) สำหรับค่าเฉลี่ยที่มีค่าต่ำสุด คือ “การเก็บยาแก้ปวดเมื่อยไว้กินคราวต่อไปหากมีอาการปวดเมื่อยเช่นเดิมเกิดขึ้นอีก ” มีพฤติกรรมค่อนข้างไม่ดี ($M = 1.66$, $SD = 1.41$)

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยของประชาชนในเขตอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี จำแนกตามเพศ และรายได้

ตาราง 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยของประชาชนจำแนกตามเพศ (n=400)

ปัจจัยส่วนบุคคล	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
เพศ					
ชาย	150	2.63	0.61	-4.190*	<0.001
หญิง	250	2.89	0.59		
รายได้ต่อเดือน					
ตั้งแต่ 5,000 บาทลงมา	180	3.02	0.45	8.774*	<0.001
มากกว่า 5,000 บาทขึ้นไป	159	2.49	0.66		

จากตาราง 3 พบว่า ประชาชนในเขตอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี ที่มีเพศและรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับยาแก้ปวดเมื่อย กับพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยของประชาชนในเขตอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับยาแก้ปวดเมื่อยกับพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยขอประชาชน (n = 400)

ความรู้	r	p - value
ความรู้เกี่ยวกับยาแก้ปวดเมื่อยของประชาชน	0.177**	0.01

จากตาราง 4 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยของประชาชนในเขตอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ประชาชนที่เป็นเพศหญิงจะมีพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดเมื่อย ดีกว่าเพศชาย ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะว่า เพศหญิงเป็นเพศที่มีการดูแลตนเองดี เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย ๆ น้อย ๆ จะสนใจดูแลสุขภาพได้เป็นอย่างดี ละเอียด รอบคอบ และถูกต้อง ซึ่งผิดไปจากเพศชาย ที่เมื่อเจ็บป่วยมักจะไม่นสนใจดูแลสุขภาพตนเองเท่าที่ควร บางครั้งเห็นว่าเป็นเรื่องเล็กน้อย ก็ปล่อยให้อาการต่าง ๆ หายไปเอง เพราะเห็นว่าตนเองยังทนได้ตลอดจนเพศชายยังเป็นเพศที่มีพฤติกรรม ด้านสุขภาพไม่ดี เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า หรือการมีพฤติกรรมทางเพศ ซึ่งพฤติกรรมด้านสุขภาพต่าง ๆ ของเพศชายเหล่านั้นย่อมมีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถูกวิธี ถูกขนาด และถูกคน โดยเฉพาะยาแก้ปวดเมื่อยที่ปัจจุบันประชาชนนิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย หาซื้อได้ง่าย มีหลายประเภท หรือชนิดให้เลือกตามสถานที่ต่าง ๆ นอกจากนี้ เหตุผลในด้านของการประกาศนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรดดังกล่าว ย่อมส่งผลถึงประชาชนในกลุ่มที่มีรายได้น้อย โดยเฉพาะประชาชนที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาทลงมา จะมีพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดเมื่อย ดีกว่าประชาชนที่มีรายได้ต่อเดือนตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไป และพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยของประชาชน ในเขตตำบลเขาหัวน้ั้นมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวก กับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดเมื่อย กล่าวคือ ประชาชนที่ได้รับความรู้เรื่องการใช้อย่างถูกต้อง ย่อมมีส่วนสำคัญ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยไปในทางที่ดีขึ้นได้ โดยเฉพาะประชาชนในกลุ่มที่มีการศึกษาต่ำ มีรายได้น้อย และประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรม รับจ้างค้าขาย เป็นต้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของสมใจ ยิ่งศักดิ์มงคล และสัญญาชัย ไปไพศาล (2560) ที่ศึกษาเรื่องการรักษาโรคติดต่อด้วยตนเอง ของประชาชนในชุมชนแออัด ซึ่งพบว่า ปัจจัยทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา คือ รายได้ อาชีพ และระดับการศึกษา

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยนั้น เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และการสาธารณสุขควรเน้นการให้ความรู้ความเข้าใจ ปรับเปลี่ยนความเชื่อ ทศนคติ และพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยให้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น โดยทำการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆทุกรูปแบบ เพื่อหลีกเลี่ยงความสับสนในการใช้ยาแก้ปวดเมื่อย เช่น พฤติกรรมการเก็บยาแก้ปวดเมื่อยไว้กินคราวต่อไปหากมีอาการปวดเมื่อยเช่นเดิมเกิดขึ้นอีก การกินยาแก้ปวดลดไข้ชนิดพาราเซตามอลโดยไม่จำเป็นต้องให้ถึงเวลาที่แพทย์สั่ง หรือระยะเวลาที่กำหนดคือทุก 4 - 6 ชั่วโมง เป็นต้น
2. เกสัชกรควรเพิ่มคำแนะนำในการใช้ยาแก่ประชาชนให้ละเอียดมากกว่าเดิม เช่น วิธีการรับประทานยาที่ถูกต้องทั้งในแง่ของขนาด เวลา และเน้นให้ประชาชนตระหนักและสนใจอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และข้อห้ามใช้ต่าง ๆ พร้อมทั้งเน้นย้ำถึงผลเสียของการปฏิบัติไม่ถูกต้อง
3. เจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่รับผิดชอบต้องปฏิบัติหน้าที่อย่างเคร่งครัด ในการตรวจร้านขายของชำ เพื่อป้องกันมิให้มีการนำยาอันตรายมาขายในร้านขายของชำ
4. ควรจัดให้มีการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยตามสถานบริการต่าง ๆ เช่น การนวด ประคบสมุนไพร เพื่อบรรเทาอาการปวด มากกว่าการรักษาโดยใช้ยา
5. ควรมีการส่งเสริมให้มีการขายยาสามัญประจำบ้านแทนการขายยาอันตรายในร้านขายของชำในหมู่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. แนวทางในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการขยายขอบเขต การศึกษาในพื้นที่ที่กว้างขึ้นในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น เพื่อทราบถึงปัญหาและหาแนวทางที่เหมาะสมในการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ และพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป
2. ควรศึกษาโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-Depth Interview) พฤติกรรมการใช้ยาในกลุ่มอื่น ๆ เช่น ยากล่อมจิตและประสาท ยาปฏิชีวนะ เป็นต้น

รายการอ้างอิง

- บุปผา ศิริศรีศรี. (2560). พฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในจังหวัดนครปฐม. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมใจ ยิ่งศักดิ์มิ่งคล และสฤษฎ์ชัย ไบไพศาล. (2560). การรักษาโรคติดเชื้อด้วยตนเองของประชาชนในชุมชนแออัด. รายงานการศึกษาวิจัยปริญาเภสัชศาสตรบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Wiersma, W., & Jurs, S. G. (2009). *Research Methods in Education*. Massachusetts: Pearson.

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวสังคมและการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม
ของผู้สูงอายุตำบลหลุมข้าว อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี

Relationship Between Biophysical Factors and Perceptions and Fall Prevention
Behaviors of Elderly People in Lumkaw Sub-District, Khok Samrong District,
Lopburi Province

นภาพร เวสสุกรรม^{1*} และ ประทีป กาลเขว้า²

Napaporn Vessukum^{1*} and Prateep Kankhwao²

นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น^{1*},

อาจารย์ ภาควิชาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น²

Bachelor Student, Bachelor of Public Health Program in Community Public Health Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen
Province.^{1*}, Advisor, Program in Community Public Health Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province²

(Received: October 22, 2018; Revised: July 22, 2019; Accepted: July 22, 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา 1) ระดับการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ และ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุตำบลหลุมข้าว อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี จำนวน 244 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70 และ .68 ตามลำดับ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด Chi-Square test และ Fisher's Exact test ผลการวิจัยพบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้การป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.08 และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 63.52 ปัจจัยด้านอายุ 80 – 89 ปี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนเพศ อาชีพ โรคประจำตัว และประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน ที่ผ่านมา ไม่มีความสัมพันธ์และการรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพ เจ้าหน้าที่ หรือบุคลากรทางสาธารณสุข ควรจัดให้มีการส่งเสริมการปฏิบัติตัวและพฤติกรรมที่เหมาะสมให้กับทุกช่วงอายุ โดยเฉพาะอายุ 80 ปีขึ้นไป เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: ปัจจัยชีวสังคม, การรับรู้, พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม, ผู้สูงอายุ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kankhwao@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 084-7936265)

Abstract

This cross-sectional descriptive study was designed to study: 1) levels of perceptions and fall prevention behaviors of the elderly; 2) relationship between biophysical factors and fall prevention behaviors of the elderly; and 3) relationship between perceptions and fall prevention behaviors of the elderly in Lumkaw Sub-District, Khok Samrong District, Lopburi province. Participants were 244 elderly people. Questionnaires were used to collect the data of perceptions and fall prevention behaviors of the elderly with their reliability of 0.70 and 0.68 respectively. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, maximum, Chi-square test and Fisher's Exact test.

The results showed that most of the samples had their perceptions of fall prevention at a high level (70.08%) and had their fall prevention behaviors at a good level (63.52%). There was a significant correlation between biophysical factor related to age, 80-89 years old, and fall prevention behaviors of the elderly ($p < 0.001$), while genders, careers, diseases and fall history within six months had no correlation. Regarding perceptions of fall prevention and fall prevention behaviors, there was a significant correlation ($p < 0.001$).

This study could recommend that those who are involved in health promotion and public health staff or personnel should promote proper activities related to fall prevention behavior in the elderly in particular the elderly aged 80 and over to keep avoiding them from fall and help them to improve their quality of life.

Keywords: Biological Factors, Perceptions, Fall Prevention Behaviors, Elderly

บทนำ

การพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมรวมถึงความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีการแพทย์และการสาธารณสุข ส่งผลให้ทุกประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย มีประชากรที่อายุยืนยาว ประกอบกับอัตราการเจริญพันธุ์ลดลง ทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ การมีอายุยืนยาวขึ้นวัยผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ก่อให้เกิดความเสี่ยงทางด้านสุขภาพมากมาย อาทิ ภูมิคุ้มกันที่ลดลง ระบบอวัยวะที่เสื่อมลงตามอายุ เป็นต้น และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยก็มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นง่าย การฟื้นฟูสมรรถภาพก็เป็นไปอย่างช้า หากสามารถป้องกันการเกิดโรคในผู้สูงอายุ ย่อมส่งผลที่ดีกว่าการรักษา และยังสามารถคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี ภาวะการถดถอยก็เป็นอีกหนึ่งความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดอันตราย ประเทศไทยพบว่า การบาดเจ็บของผู้สูงอายุมีสาเหตุมาจากการหกล้มเป็นอันดับแรก เป็นร้อยละ 40 และจะเพิ่มเป็น 2 เท่าเมื่ออายุ 75 ปีขึ้นไป และสถานการณ์การพลัดตกหกล้มมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มใน ปี พ.ศ. 2545 ประมาณ 391,000 คน และเพิ่มขึ้นเป็น 424,000 คน ในปี พ.ศ. 2555 (เฉลี่ยวันละ 1,160 คน) สำหรับประเทศไทยมีผู้สูงอายุเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มกว่า 1,000 คน หรือเฉลี่ย

วันละ 3 คน โดยเพศชายมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเพศหญิงกว่า 3 เท่า ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ (พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ, 2558)

ในปี 2554 จังหวัดลพบุรี มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 756,127 ผู้สูงอายุร้อยละ 14.24 ซึ่งได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเนื่องจากมีประชากรวัยสูงอายุมากกว่าร้อยละ 10.00 มีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเท่ากับ 74.45 ปี ข้อมูลจากการคาดประมาณประชากร ของสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ร่วมกับวิทยาลัยประชากรศาสตร์ คาดว่าในอีก 10 ปีข้างหน้าคือ พ.ศ.2563 จังหวัดลพบุรีจะมีประชากรในวัยเด็ก และวัยแรงงานลดลงเหลือ ร้อยละ 13.41 และร้อยละ 67.07 ตามลำดับ ในขณะที่วัยสูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19.52 หรือประมาณ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด การเปลี่ยนแปลงนี้จะทำให้อัตราการะงังงิง วัยเด็กลดลง แต่การะงังงิงวัยสูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานจังหวัดลพบุรี กลุ่มงานยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัด, 2556) และภาวะงังงิงนั้น อาจเกิดจากการหกล้มซึ่งก่อให้เกิดปัญหาในผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านร่างกาย สังคม เศรษฐกิจและจิตใจ การหกล้มเกิดขึ้นได้มากในวัยผู้สูงอายุ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และความเสื่อมตามวัย ทำให้มีปัญหาทั้งโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ โดยเฉพาะการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และถ้าเกิดปัญหานี้เกิดขึ้น จะไปเพิ่มการงังงิงผู้อื่น เป็นภาระแก่ครอบครัวและทำให้คุณภาพชีวิตตัวเองลดลง

สถานการณ์ผู้สูงอายุในตำบลหลุมข้าว อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุเท่ากับร้อยละ 22.98 ซึ่งสูงกว่าค่าสัดส่วนของผู้สูงอายุของจังหวัดลพบุรีและประเทศไทย ซึ่งโอกาสที่ผู้สูงอายุจะเสี่ยงต่อการหกล้มในบ้านมีมากขึ้น เนื่องจากสภาพพื้นที่และสภาพแวดล้อมเสี่ยงต่อการหกล้ม และจากการสอบถามเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลหลุมข้าว พบว่า ไม่ปรากฏการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของการหกล้มของผู้สูงอายุในตำบลหลุมข้าว อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุตำบลหลุมข้าว อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยผลการศึกษาที่ได้จะเป็นแนวทางในการดำเนินงานให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิและเจ้าหน้าที่สุขภาพในการป้องกันการหกล้มบริเวณบ้านของผู้สูงอายุในชุมชนที่รับผิดชอบได้อย่างเหมาะสมและยังช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากการหกล้มของผู้สูงอายุทั้งด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุตำบลหลุมข้าว อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุตำบลหลุมข้าว อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุตำบลหลุมข้าว อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในตำบลหลุมข้าว อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี หมู่ที่ 1 ถึงหมู่ที่ 11 จำนวน 810 คน

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้ จำนวน 244 คน ใช้การสุ่มอย่างเป็นระบบ ใช้ค่าสัดส่วนพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม เท่ากับ 0.653

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การพักอาศัย ผู้ดูแล โรคประจำตัว ประเภทโรคประจำตัว ยาที่รับประทานประจำ ชนิดของยา ปัญหาด้านสายตา มีปัญหาด้านสายตา ปัญหาการได้ยิน ปัญหาด้านการเดิน ใช้อุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหว การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย ประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวนการหกล้ม และความกลัวการหกล้ม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ จำนวน 30 ข้อ ซึ่งพัฒนาจากเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยของสุนันทา ผ่องแผ้ว (2556) และจากการทบทวนวรรณกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้ม การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการหกล้ม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้ม การรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติต่อการป้องกันการหกล้ม ลักษณะข้อคำถามเป็นข้อความทั้งทางบวกและทางลบ ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ จากเห็นด้วยให้ 3 คะแนน ถึง ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน สำหรับข้อคำถามเชิงลบจากจากเห็นด้วยให้ 1 คะแนน ถึงไม่เห็นด้วย 3 คะแนน ใช้เกณฑ์การแปล การรับรู้พฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ เป็น 3 ระดับ คือ การรับรู้ในระดับต่ำ การรับรู้ในระดับปานกลาง และการรับรู้ในระดับสูง ซึ่งผู้วิจัยแบ่งเกณฑ์การแปลผลดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย	2.35 – 3.00	แสดงถึงการรับรู้ในระดับสูง
ค่าคะแนนเฉลี่ย	1.67 – 2.34	แสดงถึงการรับรู้ในระดับกลาง
ค่าคะแนนเฉลี่ย	1.00 – 1.66	แสดงถึงการรับรู้ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ จำนวน 19 ข้อซึ่งพัฒนาจากเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยของ สุนันทา ผ่องแผ้ว (2556) และจากการทบทวนวรรณกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ข้อคำถามเป็นข้อความทั้งทางบวกและทางลบ ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นท่านกระทำสม่ำเสมอหรือทุกวัน ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นท่านกระทำนาน ๆ ครั้งหรือน้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นท่านไม่เคยกระทำเลยหรือจำไม่ได้เลย ลักษณะข้อคำถามเป็นข้อความทั้งทางบวกและทางลบ ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ปฏิบัติทุกครั้งให้ 3 คะแนน ถึง ไม่ปฏิบัติเลย 1 คะแนน สำหรับข้อคำถามเชิงลบจาก ปฏิบัติทุกครั้ง 1 คะแนน ถึง ไม่ปฏิบัติเลย 3 คะแนน ในการศึกษาครั้งนี้ใช้เกณฑ์การแปล การรับรู้พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ เป็น 3 ระดับ คือ มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มระดับต้องปรับปรุง มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในระดับพอใช้ มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในระดับดี ซึ่งผู้วิจัยแบ่งเกณฑ์การแปลผลดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.35 – 3.00 แสดงถึงมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในระดับดี

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.34 แสดงถึงมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในระดับพอใช้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 แสดงถึงมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มระดับต้องปรับปรุง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม และความชัดเจนโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน หลังจากปรับปรุงข้อคำถามตามคำแนะนำและส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้ง นำมาคำนวณโดยได้ค่าความสอดคล้องหรือดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์ของแบบสอบถามทั้งฉบับ (Index of Item – Objective Congruence หรือ IOC) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 ถึง 1.00

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และนำไปหาค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามการรับรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้มได้ เท่ากับ 0.70 และ 0.68 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีขั้นตอนในการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

1. ขั้นตอนก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงรายละเอียดวัตถุประสงค์ขั้นตอนและกระบวนการของการดำเนินการวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยต่าง ๆ

1.2 ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

2. ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม อธิบายเกี่ยวกับข้อมูลและรายละเอียดของการตอบแบบสอบถามแล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบ จนได้กลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

2.2 ก่อนออกพื้นที่การวิจัย ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยสถิติของการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสถิติการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Chi-Square test และ Fisher's Exact test

จริยธรรมวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยและเคารพศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ได้รับการพิจารณาจริยธรรม ลำดับที่ 023/2561 เลขที่ 612013

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุจำนวน 244 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.62 ($M = 69.71$, $SD = 7.34$) อายุอยู่ในช่วง 60 - 69 ปี ร้อยละ 56.6 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 56.15 จบประถมศึกษา ร้อยละ 96.72 ไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด ร้อยละ 67.62 โดยมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 98.00 พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 46.31 ผู้ดูแลเป็นบุตรหลาน ร้อยละ 42.21 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.90 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 49.59 มียารับประทานเป็นประจำ ร้อยละ 66.39 เป็นยาลดความดันโลหิต ร้อยละ 51.23 ผู้สูงอายุไม่มีปัญหาด้านสายตาและปัญหาด้านการได้ยิน ร้อยละ 94.67 และ 94.67 ตามลำดับ สำหรับข้อมูลด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาด้านการเดิน และไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหว ร้อยละ 83.2 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 88.93 มีการออกกำลังกาย ร้อยละ 87.3 ไม่มีประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน ที่ผ่านมาร้อยละ 92.62 กรณีผู้สูงอายุที่มีการหกล้มมีจำนวนการหกล้มมากที่สุด 1 ครั้ง ร้อยละ 61.11 ของการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับของการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในระดับสูง ร้อยละ 70.08 และในระดับปานกลาง ร้อยละ 29.92

2. ระดับการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุตำบลหลุมข้าว อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับของการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ($n=244$)

ระดับของการรับรู้การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรับรู้ในระดับสูง (2.35 – 3.00 คะแนน)	171	70.08
การรับรู้ในระดับปานกลาง (1.67 – 2.34 คะแนน)	73	29.92
$M = 2.44$, $SD = 0.22$, $Min = 1.93$, $Max = 2.83$		

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละ ระดับของพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ($n=244$)

ระดับของพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี (2.35 – 3.00 คะแนน)	155	63.52
ระดับพอใช้ (1.67 – 2.34 คะแนน)	89	36.48
$M = 2.3850$, $SD = 0.21673$, $Min = 1.79$, $Max = 2.79$		

จากตาราง 1 และ 2 พบว่าระดับการรับรู้การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.08 รองลงมาอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 29.92 สำหรับระดับของพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับดี ร้อยละ 63.52 และในระดับพอใช้ ร้อยละ 36.4

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุตำบลหลุมข้าว อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม

ตัวแปร	ระดับพฤติกรรม				χ^2	p-value
	ระดับพอใช้		ระดับดี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปัจจัยทางชีวสังคม						
เพศ						
ชาย	33	41.77	46	58.23	1.4145	0.234
หญิง	56	33.94	109	66.06		
ช่วงอายุ (ปี)						
60 - 69	38	27.54	100	72.46	30.4138	Fisher's
70 - 79	25	34.25	48	65.75		Exact Test
80 - 89	26	78.79	7	21.21		<0.001
อาชีพ						
ไม่มีอาชีพ	65	39.39	100	60.61	-	0.563
ข้าราชการบำนาญ	2	50.00	2	50.00		
ค้าขาย	2	22.22	7	77.78		
รับจ้าง	3	37.50	5	62.50		
เกษตรกร	17	29.31	41	70.69		
โรคประจำตัว						
ไม่มี	23	32.39	48	67.61	0.7198	0.396
มี	66	38.15	107	61.85		

ตาราง 3 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับพฤติกรรม				χ^2	p-value
	ระดับพอใช้		ระดับดี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน ที่ผ่านมา						
ไม่มี	81	35.84	145	64.16	0.5326	0.466
มี	8	44.44	10	55.56		

จากตาราง 3 พบว่าช่วงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และส่วนเพศ อาชีพ โรคประจำตัว และประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน ที่ผ่านมา ไม่มีความสัมพันธ์

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุตำบลหลุมข้าว อำเภอบึงสามพัน จังหวัดลพบุรี

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม

ตัวแปร	ระดับพฤติกรรม				χ^2	p-value
	ระดับพอใช้		ระดับดี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับการรับรู้						
การรับรู้ในระดับปานกลาง	45	61.64	28	38.36	30.1208	<0.001
การรับรู้ในระดับสูง	40	24.54	123	75.46		

จากตาราง 4 พบว่าการรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

อภิปรายผล

1. ผู้สูงอายุมีระดับการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.08 ซึ่งเป็นไปในทิศทางของกมลทิพย์ หล้ากมัน (2558) ที่ศึกษาระดับการรับรู้การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.90 อาจเนื่องจากการมีบุคลากรทางสาธารณสุขมาให้ความรู้ ครอบคลุมและส่วนใหญ่จะมีลูกหลานเป็นผู้ดูแล เพื่อน จากสังคมและชุมชนมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมการรับรู้ถึงสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการหกล้ม เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน สอดคล้องกับ กมลทิพย์ หล้ากมัน (2558) ที่กล่าวว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ถึงผลกระทบและอันตรายจากการหกล้ม รวมทั้งประโยชน์ของการป้องกันการหกล้ม จะยอมรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อป้องกันการหกล้มมากขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีระดับการรับรู้การป้องกันการหกล้มเพื่อให้เกิดการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการหกล้มตลอดปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เหมาะสม โดยอาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งจากครอบครัว บุตรหลาน บุคคลใกล้ชิด ผู้ดูแล รวมทั้งบุคลากรทางสาธารณสุข ตลอดจนชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลจะทำให้ผู้สูงอายุมีระดับการรับรู้การป้องกันการหกล้มเพิ่มมากขึ้น

2. ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 63.52 พบว่า พฤติกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุดคือ การสวมใส่เสื้อผ้าที่มีขนาดพอดีไม่คับหรือหลวมจนเกินไป และผู้สูงอายุจะสวมรองเท้าที่จะพอดีกับเท้าไม่คับหรือหลวมจนเกินไป ร้อยละ 58.2 สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันทา ผ่องแผ้ว (2556) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มโดยรวมอยู่ในระดับดี และมีพฤติกรรมในการแต่งกายที่ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คือการสวมใส่กางเกง หรือผ้านุ่ง ไม่ยาวติดพื้น และสอดคล้องกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุด้านปัจจัยภายนอก ของกมลทิพย์ หลักัน กกล่าวว่ากลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบท รองเท้าที่มักนิยมสวมใส่คือ รองเท้าแตะพองน้ำส้นเตี้ยที่สามารถหาซื้อได้ทั่วไปในพื้นที่ ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างจึงสามารถเลือกขนาดรองเท้าให้พอดีกับขนาดเท้าได้ง่าย

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวสังคมกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

เพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.62 ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มโดยรวมของผู้สูงอายุ พบว่า เพศ ไม่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีเพศที่ต่างกัน จะมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของสุนันทา ผ่องแผ้ว (2556) ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การการหกล้มของผู้สูงอายุ อาจเนื่องจากผู้สูงอายุเข้าใจถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง ต้องการทำให้ตนเองมีสุขภาพดี มีการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ และกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพที่ทาง อบต. หรือ รพสต. จัดขึ้น ได้พบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน

ช่วงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 56.6 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 69.71 ปี ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างช่วงอายุกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มโดยรวมของผู้สูงอายุ พบว่า ช่วงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม แสดงว่าช่วงอายุที่ต่างกัน ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่แตกต่างกันด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยของเสาวลักษณ์ อุ่นละม้าย (2553) ที่พบว่า ช่วงอายุ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ เนื่องจากอายุจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในด้านความคิดเห็น การรับรู้และการแสดงพฤติกรรม คนที่มีอายุต่างกันจะมีประสบการณ์ต่างกัน ผู้ที่มีอายุมากกว่ามีประสบการณ์ในการเผชิญปัญหา มากกว่าผู้ที่อายุน้อย

อาชีพ พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 67.62 รองลงมาคือ อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 23.77 สอดคล้องกับการศึกษาของ นงนุช วรโธสง (2551) เนื่องจากลูกหลานเห็นว่าร่างกายผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลง อวัยวะต่างๆทำหน้าที่บกพร่อง ความแข็งแรงของร่างกายลดลง รวมทั้งเกิดความเจ็บปวดจากการมีโรคประจำตัว จึงไม่ให้อาชีพหรือให้อยู่กับบ้านทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ แต่มีผู้สูงอายุ บางส่วนยังประกอบอาชีพหรือทำงานประจำ ส่วนใหญ่เป็นการทำเกษตรกรรม ซึ่งเป็นวิถีชีวิตดั้งเดิมและนำมาซึ่งรายได้ เช่น ทำนา ทำสวน ทำไร่ เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ แสดงว่า อาชีพที่ต่างกัน ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันทา ผ่องแผ้ว

(2556) ที่พบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องจากการประกอบอาชีพ นำมาซึ่งรายได้ที่มีความสำคัญอย่างหนึ่ง บางอาชีพมีส่วนสนับสนุนให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง และในทุกอาชีพผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข

โรคประจำตัว พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.90 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 49.59 ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือดเกิดเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนแปลงท่า ส่งผลให้ระบบการไหลเวียนเลือดไปที่สมองลดลงเกิดอาการหน้ามืดส่งผลให้เกิดการหกล้มตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของเปรมกมล ขวนขวย (2550) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มสูงเป็น 2.4 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า โรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ แสดงว่า การมีโรคประจำตัวที่ต่างกัน ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องจากผู้สูงอายุเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุข มีบุคลากรทางด้านสาธารณสุขให้คำแนะนำทางด้านสุขภาพ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี

ประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน พบว่า ผู้สูงอายุเกินกว่าครึ่งไม่มีประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน ร้อยละ 92.62 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า ประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีประวัติการหกล้มต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มไม่แตกต่างกัน เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี และการเข้าถึงการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุขครบถ้วน ผู้ดูแล รวมไปถึงชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ ญัฐกานต์ ธิยะ (2551) ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าพบว่า พบว่า ประวัติการหกล้ม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า การรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา สาระพันธ์ และคณะ (2560) พบว่า บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดีโดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้ม เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้ม จะตระหนักและเห็นความสำคัญให้ความร่วมมือปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเองส่งผลให้มีการแสดงออกในพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มมากขึ้น การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม อธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเชื่อที่ว่า การหกล้มจะทำให้เกิดอันตราย มีผลกระทบที่รุนแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้ม อธิบายได้ว่า การรับรู้ประโยชน์เป็นแรงจูงใจให้กระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ผู้สูงอายุที่ได้รับ การให้ความรู้อบรมและรับรู้ถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรม การป้องกันการหกล้ม จึงมีความเชื่อว่าคำแนะนำนั้นเป็นประโยชน์ต่อตนเองและวิธีที่ถูกต้องเหมาะสม สามารถป้องกันการหกล้มของตนเองได้จึงส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงอุปสรรคของการป้องกันการหกล้ม

อธิบายได้ว่า การรับรู้อุปสรรคจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้ม เป็นการประเมินถึงความสามารถของตนเอง ซึ่งผู้สูงอายุสามารถที่ปฏิบัติได้เพื่อป้องกันการหกล้ม เช่น ความสามารถในการออกกำลังกาย เพื่อฝึกการทรงตัว และเมื่อผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้มได้ก็สามารถที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มได้เช่นกัน และการรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติต่อการป้องกันการหกล้ม อธิบายว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจาก ในปัจจุบันเทคโนโลยีได้เข้ามาบทบาทในการดำเนินชีวิตกับบุคคลทุกเพศทุกวัย ข้อมูลข่าวสาร การได้รับความรู้จากหน่วยงาน สื่อต่าง ๆ มีมากขึ้น ซึ่งเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่ง ทำให้ผู้สูงอายุมีความห่วงใยตระหนักถึงการดูแลสุขภาพของตนเอง ตามคำแนะนำของแพทย์ เจ้าหน้าที่ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อนญาติพี่น้องหรือบุคคลภายในครอบครัว ด้านแรงจูงใจ สามารถวัดได้จากความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไป ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำและการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ

การนำผลวิจัยไปใช้

1. ผู้สูงอายุมีช่วงอายุที่ต่างกัน และมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่แตกต่างกัน ดังนั้น ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพ เจ้าหน้าที่ หรือบุคลากรทางสาธารณสุข ควรจัดให้มีการส่งเสริมการปฏิบัติตัวและพฤติกรรมที่เหมาะสมให้กับทุกช่วงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุทุกช่วง มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่ไม่แตกต่างกัน
2. ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ในระดับสูงและมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในระดับดี ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อเจาะลึกถึงพฤติกรรมป้องกันการหกล้มบางแง่มุมของผู้สูงอายุ จะได้รับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น
2. ควรมีการศึกษาปัจจัย หรือตัวแปรอื่น ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ เช่น บทบาทของคนในครอบครัวหรือชุมชน บริบทของชุมชน

รายการอ้างอิง

- กมลทิพย์ หล้ามัน. (2558). การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุตำบลท่าชุมเงิน อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล. (ปริญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต), เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ณัฐกานต์ ธิยะ. (2551). พฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย อุบัติเหตุหญิงโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. (วิทยานิพนธ์ปริญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต) กรุงเทพฯ:

- นงนุช วรโธสง. (2551). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในชุมชน. (วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เปรมกมล ขวนขวย. (2550). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. (วิทยานิพนธ์
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต), ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ. (2558). ผู้สูงอายุและความปลอดภัยในชีวิต: ความท้าทายของสังคมไทย. *วารสาร
สาธารณสุขศาสตร์*, 45: 225-229.
- สำนักงานจังหวัดลพบุรี กลุ่มงานยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัด. (2556). แผนพัฒนาจังหวัดลพบุรี ประจำปี
งบประมาณ พ.ศ. 2557-2560. เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2560 จาก [http://www.lopburi.go.th
/plan_lopburi/plan_lop57-60.pdf](http://www.lopburi.go.th/plan_lopburi/plan_lop57-60.pdf)
- สุนันทา ผ่องแผ้ว. (2556). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี. (วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เสาวลักษณ์ อุ่นละม้าย. (2553). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้
อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้มกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม
ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), ขอนแก่น:
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อัจฉรา สารพันธ์และคณะ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ.
วารสารพยาบาลทหารบก, 18, 215-222.

โรคไข้เลือดออกกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ:
การประเมินความเปราะบางและการปรับตัวทางด้านสุขภาพ
Dengue Fever and Climate Change: Health Vulnerability and Adaptation
Assessment

นิกร ฮะเจริญ^{1*} และ มณฑิรา ยุติธรรม²

Nikorn Hajarean and Montira Yuttithum

นักศึกษาหลักสูตร วท.ม.(การจัดการเมืองน่าอยู่และสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืน) คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล^{1*},

อาจารย์ประจำคณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล²

M.Sc. (Livable City Management and Environmental Sustainability)

Faculty of Environment and Resource studies, Mahidol University^{1*},

Lecturer, Faculty of Environment and Resource Studies, Mahidol University²

(Received: October 22, 2018; Revised: July 22, 2019; Accepted: July 22, 2019)

บทคัดย่อ

การเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศของโลกส่งผลกระทบต่อการดำเนินระบบนิเวศและสิ่งมีชีวิตในระบบนิเวศหลายแห่ง เช่นเดียวกับผลกระทบต่อสุขอนามัยของมนุษย์ หลักฐานปัจจุบันชี้ชัดว่าความแปรปรวนของสภาพภูมิอากาศโลก มีอิทธิพลโดยตรงต่อระบาดของโรคที่เกิดจากพาหะนำโรคโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่เกิดจากยุงเป็นพาหะ โรคไข้เลือดออก เป็นโรคติดต่อที่มีอยู่กลายเป็นพาหะนำโรค ทั่วโลกพบอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้น 30 เท่า ในช่วง 50 ปีที่ผ่านมา ดังนั้นการทำความเข้าใจถึงผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงและความเปราะบางทางด้านสุขภาพกับการระบาดของโรคไข้เลือดออก จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวางแผนการรับมือกับการระบาดของโรค รวมถึงการยกระดับขีดความสามารถในการปรับตัวทางด้านสุขภาพของชุมชนเพื่อลดผลกระทบดังกล่าว ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วน เป็นความท้าทายอย่างยิ่งของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขภายใต้ความเสี่ยงจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ดังนั้นบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอประเด็นวิธีการในการประเมินความเปราะบางของสภาพภูมิอากาศและสุขภาพ

คำสำคัญ: การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ, ไข้เลือดออก, ความเปราะบางทางด้านสุขภาพ, การปรับตัว

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: nkacharoen@yahoo.com เบอร์โทรศัพท์ 081-9144566)

Abstract

The world's climate change had an effect on the ecosystem and the living organisms residing in the ecosystem, as well as, human health. Current evidences indicate that the fluctuation of the world's climate have a direct impact that contribute to the epidemiology of diseases derived from a carrier, especially mosquito-borne diseases. Dengue fever is an infectious disease transmitted by mosquitoes that act as a disease carrier. It was found that the occurrence of the disease had increased worldwide by 30 times for the past 50 years. Therefore, understanding the impacts of the change and vulnerability of health and the outbreak of dengue fever is extremely important in planning on coping with the disease outbreak, as well as, enhancing the community's health adaptation capacity in order to minimize such effects, which requires cooperation from all sectors. This is a big challenge especially for healthcare professionals and public health personnel that lies at risk of climate change. Therefore, this article aims to present the issue related to the evaluation methods of climate vulnerability and health.

Keywords: Climate Change, Dengue Fever, Health Vulnerability, Adaptation

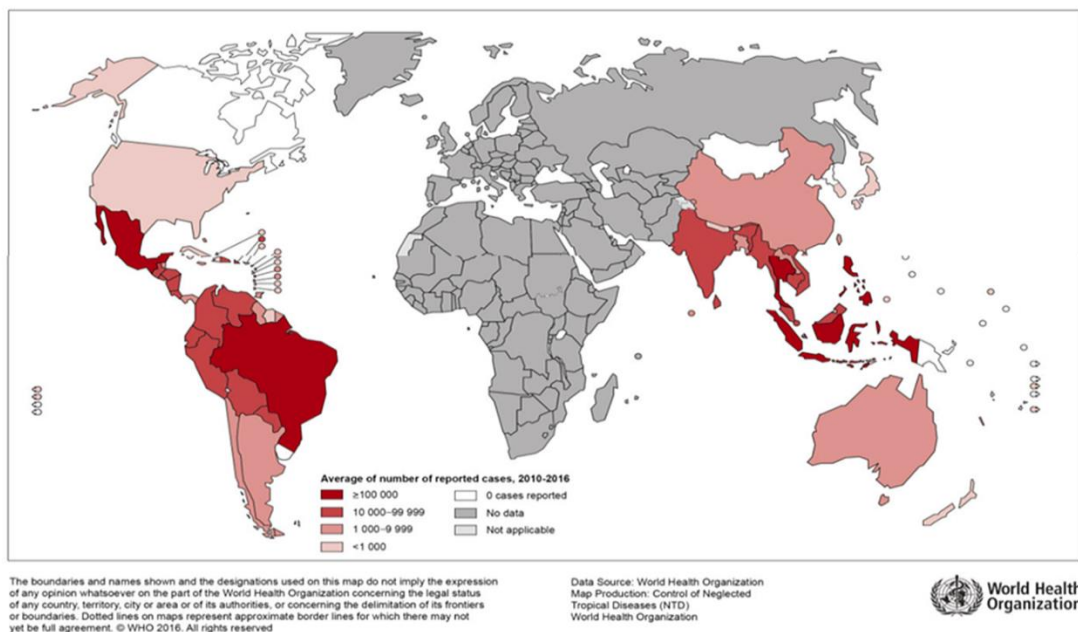
บทนำ

การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม และโดยเฉพาะผลกระทบต่อสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งคณะกรรมการระหว่างรัฐบาลว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศหรือ IPCC และองค์การอนามัยโลกได้ระบุว่า การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่ได้ส่งผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ของโลกนั้น ได้ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพ (Health) และสุขภาวะ (Well-Being) ของมนุษย์ (IPCC, 2007) การเปลี่ยนแปลงแรกสุดด้านสุขภาพที่เห็นได้ชัดอาจมาจากเปลี่ยนแปลงพิกัดด้านภูมิศาสตร์ และฤดูกาลของเชื้อโรคติดต่อรวมถึงเชื้อที่ต้องใช้พาหะนำโรค เช่น โรคมาลาเรีย ไข้เลือดออก หรือโรคติดเชื้อจากอาหารและน้ำ ซึ่งจะเห็นได้ชัดที่สุดในช่วงเดือนที่มีอากาศร้อน ดังปรากฏในรายงาน “World Health Report 2002” ขององค์การอนามัยโลกว่าในปี ค.ศ.2000 การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศเป็นสาเหตุของโรคท้องร่วงประมาณร้อยละ 2.4 จากทั่วโลก และเป็นสาเหตุของโรคมาลาเรียร้อยละ 6 ในบางประเทศที่มีรายได้ปานกลาง (WHO, 2002) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานฉบับที่ 3 ของ IPCC สรุปว่า การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศมีแนวโน้มที่จะเพิ่มภัยคุกคามต่อสุขภาพมนุษย์ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีรายได้ต่ำ และในกลุ่มประเทศเขตร้อนและอบอุ่น (IPCC, 2001) ปัจจุบันพบว่าทั่วโลกมีประชากรที่เสี่ยงต่อการเป็นไข้เลือดออกถึง 2,500 ล้านคน และมีประชากรที่ติดเชื้อประมาณปีละ 50 ล้านคน (WHO, 2009) และประเทศไทยก็อยู่ในกลุ่มประเทศที่มีความเสี่ยงต่อโรคที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่เกิดจากยุงเป็นพาหะ”

โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever; DHF) หรือไข้เดงกี (Dengue Fever; DF) เป็นโรคติดต่อที่มียุงเป็นพาหะนำเชื้อไวรัสที่สำคัญที่สุด ทั่วโลกพบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดโรคนี้นี้เพิ่มขึ้นประมาณ 30

เท่าในช่วง 50 ปีที่ผ่านมา (WHO, 2016) กระแสโลกาภิวัตน์ การติดต่อค้าขาย การขยายตัวของความเป็นเมือง การท่องเที่ยว การเปลี่ยนแปลงทางด้านประชากรศาสตร์ การจัดหาอาหารภายในประเทศที่ไม่เพียงพอ และ อุณหภูมิที่อุ่นขึ้น มีความเกี่ยวข้องกับการแพร่กระจายของยุง และโรคไข้เลือดออกทั้งสี่ ยุงที่เป็นพาหะนำโรค ไข้เลือดออกเดงกี คือ ยุงลายบ้าน (*Aedes Aegypti*) และ ยุงลายสวน (*Aedes Albopictus*) โดยยุง *Ae. Aegypti* มีต้นกำเนิดมาจากแอฟริกา และยุง *Ae. Albopictus* มีต้นกำเนิดมาจากเอเชีย ซึ่งมีการแพร่ขยายอย่างรวดเร็วในช่วง 50 ปีที่ผ่านมา เนื่องมาจากการเคลื่อนย้ายผ่านภาคพื้นทวีป และแพร่กระจายทางบกโดย อุตุสัทธรรมการขนส่งสินค้าทั่วโลก ในน้ำที่ขังอยู่ในยางรถยนต์หรือภาชนะอื่น ๆ ที่ยุงสามารถวางไข่ได้ ไวรัส Dengue (DENV) ยังแพร่กระจายอย่างรวดเร็วผ่านทางนักท่องเที่ยว ซึ่งมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา (Semenza, et. al., 2014)

แม้ว่าตัวเลขเหล่านี้จะเป็นค่าประมาณการที่ได้จากการศึกษาแบบจำลองต่าง ๆ แต่ในสถานการณ์พื้นที่เสี่ยงโดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา การแพร่ระบาดของไข้เลือดออกที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รับรายงาน นั้นมีความแตกต่างกันอยู่มากกับค่าที่คาดการณ์ไว้ เหตุผลหลักคือการขาดทรัพยากร และความสามารถในการสำรวจโรคไข้เลือดออกอย่างมีประสิทธิภาพ และข้อเท็จจริงที่ว่าในหลายประเทศจะมีการรายงานโรคเฉพาะกรณีที่ได้รับการยืนยันจากห้องปฏิบัติการเท่านั้น ซึ่งจะมีจำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกที่ไม่ได้รับการบันทึกและรายงานอีกเป็นจำนวนมาก ดังที่แสดงในรูปที่ 2.6 องค์การอนามัยโลกไม่ได้รับการแจ้งเตือนกรณีไข้เลือดออกจากประเทศที่ได้รับผลกระทบทั้งหมด ปัจจุบันไม่มีรายงานโรคจาก Sub-Saharan Africa (AFRO) หรือประเทศในแถบ The Eastern Mediterranean Region (EMRO) ซึ่งคาดว่าจะมีความเป็นไปได้สูงในการแพร่ระบาดของโรค ไข้เลือดออก (WHO, 2016) ดังนั้นบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอประเด็นวิธีการในการประเมินความ เปรียบบางของสภาพภูมิอากาศและสุขภาพ



ภาพ 1 สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกทั่วโลกในปี ค.ศ.2016 (WHO, 2016)

1. การเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ และยุงพาหะ

โรคไข้เลือดออก ซึ่งเกิดจาก เฟลวิไวรัส (Flavivirus) นั้นจะติดต่อกันได้ผ่านทางยุงลาย (Mosquitoes of the Genus Aedes) ที่เป็นพาหะนำโรค โดยยุงที่เป็นพาหะในการแพร่กระจายเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue Viruses) หลัก ๆ แล้วก็คือยุงลายบ้าน (Aedes Aegypti) ซึ่งยุงลายบ้านนั้นเป็นพาหะที่มีประสิทธิภาพในการแพร่กระจายโรคระบาดเนื่องจากส่วนใหญ่แล้วจะมีความไวต่อเชื้อไวรัสเดงกี ชอบกัดมนุษย์ หากินในเวลากลางวัน และยังสามารถในการกัดได้หลาย ๆ คนในช่วงเวลาสั้น ๆ ในหนึ่งมื้ออาหาร (Gibbons, & Vaughn, 2002; Gubler, 2002) ส่วนยุงลายสวน (Aedes Albopictus) นับเป็นพาหะของไข้เดงกี รองลงมา เนื่องจากชอบเหยื่อ (Host) ที่แตกต่างออกไป (Lambrechts et al., 2010) ซึ่งยุงลายสวนนั้นกลับมีความไวต่ออุณหภูมิที่น้อยกว่า และมักจะอพยพไปอยู่ในเขตที่อบอุ่น (Gubler, 2003)

โดยพื้นที่เขตร้อนจะมีความเชื่อมโยงกับความสามารถในการเป็นพาหะนำโรค (Vectorial Capacity) รวมถึงอัตราการรอดชีวิต อัตราการกัด และระยะฟักตัวภายนอกในยุง (Extrinsic Incubation Period) มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าความสามารถในการเป็นพาหะนำโรคนั้นจะเพิ่มขึ้นเมื่ออุณหภูมิอุ่นขึ้นถึง 29 องศาเซลเซียส แต่ถ้าอุ่นขึ้นไปอีกนั้นก็เกินขีดจำกัดของการแพร่ระบาดที่เหมาะสม (Liu-Helmersson et al., 2014) โดยจากข้อมูลการแผ่รังสีของโรคเดงกี ได้มีงานศึกษาวิจัยหลายชิ้นที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดอุบัติการณ์กับสภาพอากาศ โดยผลอาจจะเกิดขึ้นล่าช้าออกไปเป็นสัปดาห์และเป็นเดือนได้ (Hii et al., 2009; Johansson et al., 2009) ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อชีวิตของแมลงในหลายด้าน เช่น การกระจายทางภูมิศาสตร์ อัตราเร่งการเจริญเติบโต การเพิ่มจำนวนรุ่น การขยายพันธุ์ที่ยืดยาวขึ้น นอกจากนี้แสงสว่างยังมีอิทธิพลต่อกิจกรรมที่ทำตามฤดูกาล (Seasonality) ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิต่อยุงพาหะสามารถสรุปได้ 4 ด้านดังนี้ (Apiwathnasorn, 2012)

1. ผลกระทบที่มีต่อสรีรวิทยา โดยเฉพาะอุณหภูมิซึ่งมีผลโดยตรงต่ออัตราการเจริญเติบโต แมลงจึงมักจะมีพัฒนา และเจริญเติบโตเหมาะสมที่สุดในช่วงกว้างของอุณหภูมิ แมลงสามารถทนต่ออุณหภูมิที่สูงในช่วงไม่ห่างกันมาก คือไม่เกิน 40-50 องศาเซลเซียส ส่วนมากจึงมักหลีกเลี่ยงแหล่งที่มีอุณหภูมิต่ำกว่า 10 องศาเซลเซียส และสูงกว่า 40 องศาเซลเซียส ซึ่งจะหยุดการเจริญเติบโตหรือฆ่าแมลงได้เพราะ metabolism ของแมลงจะมีประสิทธิภาพสูงสุดที่อุณหภูมิ 30 -40 องศาเซลเซียส ยุงเจริญเติบโตจากไข่ไปเป็นตัวเต็มวัย มักใช้เวลาตั้งแต่ 7-14 วันที่อุณหภูมิ 31 องศาเซลเซียส และที่ 28 องศาเซลเซียส ยุงมีวงจรชีวิต 10-12 วัน และวงจรชีวิตอาจนานถึง 20 วันเมื่ออุณหภูมิต่ำลงถึง 20 องศาเซลเซียส ภายหลังกินเลือดไขในท้องยุงจะใช้เวลาเจริญเติบโต 4-5 วันที่อุณหภูมิ 28 องศาเซลเซียส แต่ที่อุณหภูมิ 30 องศาเซลเซียส ยุงจะใช้เวลาเพียง 7 วันเท่านั้น และ การเจริญเติบโตของไขในท้องยุงภายหลังกินเลือดจะลดลงเหลือเพียง 2-3 วัน ดังนั้นเมื่อโลกมีอุณหภูมิสูงขึ้นยุงจะกินเลือด วางไข่ และกัดถี่ขึ้น

2. ผลกระทบต่อการแพร่กระจาย โดยเฉพาะที่มีผลมาจากอุณหภูมิที่สูงขึ้นในประเทศโคลัมเบีย ยุงลายบ้านเคยพบอยู่ในถิ่นที่มีความสูงจากระดับน้ำทะเลไม่เกิน 1,500 เมตร แต่ปัจจุบันกลับพบยุงชนิดนี้ในระดับสูงจากระดับน้ำทะเล 2,200 เมตร สันนิษฐานว่าอาจเนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นของอุณหภูมิ

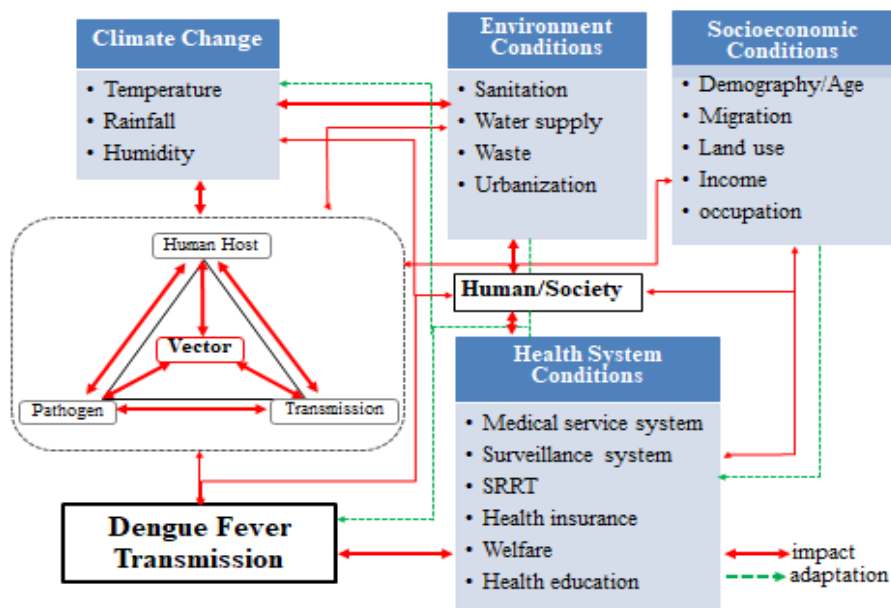
3. ด้านชีวลักษณะ (Phenology) คือการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างภูมิอากาศและปรากฏการณ์ทางชีววิทยาที่เกี่ยวข้องกับเวลา เช่น การกระจาย ความหลากหลายและชุมชนของสิ่งมีชีวิตตามฤดูกาล

4. อิทธิพลต่อการปรับตัวกับสภาพแวดล้อม ในภาวะของการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิเป็นสภาวะกดดันที่เกิดกับถิ่นอาศัยของแมลง แมลงจะมีการตอบสนองใน 3 รูปแบบคือ ย้ายถิ่นฐาน หรือปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปด้วยวิธีเปลี่ยนแปลงลักษณะของสัณฐานวิทยา เช่น ลักษณะปรากฏปลอม (Phenotypic Plasticity) หรือวิวัฒนาการ (Evolution) ยุงลายบ้านได้มีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมในเมืองได้ดีโดยการแพร่พันธุ์ในภาชนะต่างๆ ที่เก็บน้ำฝนได้ (Lambrechts et al., 2010)

2. ตัวขับเคลื่อนอื่น ๆ ของการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก

นอกเหนือไปจากสภาพอากาศและภูมิอากาศ, ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมและปัจจัยด้านสาธารณสุขก็ยังเป็นตัวขับเคลื่อนที่สำคัญของรูปแบบเชิงพื้นที่ของการแพร่ระบาดของยุง Aedes และโรคไข้เลือดออก การเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติโดยมนุษย์ เช่น จากการเพาะปลูก, การสร้างเขื่อนกั้น, การชลประทาน, การสร้างชุมชนเมืองโดยไม่ได้ออกแบบเมือง, และการเพิ่มขึ้นของการย้ายถิ่น, การท่องเที่ยว, และการค้าขาย สามารถส่งผลต่อการกระจายตัวของพาหะและเชื้อไวรัสได้ ตัวอย่างเช่น การเพิ่มพื้นที่ในการผสมพันธุ์ของยุง หรือความหนาแน่นของประชากรที่มีความไวต่อการเกิดโรค ปฏิสัมพันธ์เหล่านี้ระหว่างสภาพอากาศ, สภาพทางสังคมและเศรษฐกิจและปัจจัยอื่น ๆ มีความซับซ้อน แตกต่างกันไปตามพื้นที่ นอกจากนี้ปัจจัยด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น ที่อยู่อาศัยที่มีคุณภาพไม่ดีในเขตเมือง, การจัดการน้ำสะอาด การสุขาภิบาล และการจัดการของเสียที่ถูกหลักสุขาภิบาล ทั้งหมดนี้ล้วนส่งผลต่อการแพร่กระจายของยุง Aedes และโรคไข้เลือดออก

นอกจากนี้ปัจจัยทางด้านระบบบริการสุขภาพ ก็มีความสำคัญต่อการแพร่กระจายของโรคไข้เลือดออกได้เช่นเดียวกัน ซึ่งจะมีความซับซ้อนและแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ อาทิ ระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรค แผนงานด้านการป้องกันโรคในทุกระดับ ความรู้ความเข้าใจ และความตระหนักของประชาชนในการที่จะกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่องและจริงจัง ความตั้งใจจริงของเจ้าหน้าที่ของรัฐในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกและนโยบายของผู้บริหารสิ่งเหล่านี้ล้วนแต่เป็นสิ่งที่มีการแปรเปลี่ยน และมีผลกระทบอย่างต่อเนื่องกับการแพร่กระจายของโรคไข้เลือดออกเป็นอย่างยิ่ง (ภาพ 2)



ภาพ 2 แผนภาพวิเคราะห์ระบบปัจจัยเสี่ยงในการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกในมนุษย์และความเชื่อมโยง
(ที่มา: ปรับจาก Ebi, & Nealon, 2016; Wu *et al*, 2016)

3. แนวคิดความเปราะบาง และการปรับตัวด้านสุขภาพต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

ความเปราะบาง (Vulnerability) เป็นคำที่ใช้อธิบายสถานการณ์ในเชิงลบที่ระบบหรือภาคส่วนหนึ่ง ๆ หรือหน่วยสังคมหนึ่ง ๆ เผชิญอยู่ ซึ่งเป็นผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงซึ่งก่อให้เกิดแรงกดดันและการเป็นความเสี่ยงที่ภาคส่วนนั้น ๆ ไม่มีขีดความสามารถเพียงพอที่จะดำเนินการเพื่อให้พ้นจากสภาวะนั้น หรือบริหารจัดการให้ตนเองพ้นจากความเสี่ยงนั้นไปได้ การศึกษาวิจัยด้านความเปราะบางต่อการเปลี่ยนแปลงหรือความแปรปรวนของสภาพภูมิอากาศโดยส่วนใหญ่ก็ยึดความหมายตามแนวคิดของ Intergovernmental Panel on Climate Change; IPCC (2001, 2007)

3.1 ความเปราะบาง (Vulnerability): นิยาม ความหมาย

ความเปราะบาง (Vulnerability) หมายถึง การที่ระบบไม่สามารถรับมือต่อผลกระทบเชิงลบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ รวมทั้งความแปรปรวนและสภาพอากาศที่รุนแรง ซึ่งเป็นผลจากการที่ระบบรับสัมผัสต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ความเปราะบางเป็นกระบวนการทำงานร่วมกันของคุณลักษณะขนาด และ อัตราของการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ความแปรปรวนของการรับสัมผัสที่ระบบได้รับ ความอ่อนไหว และ ความสามารถในการปรับตัวของระบบ (IPCC, 2007b) จากความเปราะบางภายใต้นิยามของ IPCC สามารถอธิบายได้ด้วยฟังก์ชันที่สำคัญ 3 ตัวแปร ดังนี้

Exposure (การสัมผัสกับปัจจัยอันตราย/แรงกดดัน) การสัมผัสกับปัจจัยอันตราย ซึ่งเกี่ยวข้องกับลักษณะทางธรรมชาติและสภาวะที่ระบบกำลังประสบหรือสัมผัสกับภัยคุกคาม โดยขึ้นอยู่กับความถี่ ระยะเวลา ขอบเขตความรุนแรง และพฤติกรรมของปัจจัยอันตราย หรือเหตุการณ์ที่ระบบกำลังสัมผัสหรือได้รับผลกระทบภายใต้บริบทของการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ภัยอันตราย หมายถึง เหตุการณ์ทางกายภาพที่เกิดจากความ

แปรปรวนและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ เช่น ภัยแล้ง อุทกภัย พายุและเหตุการณ์ฝนตกหนัก ทั้งนี้ ผลลัพธ์ของภัยพิบัติดังกล่าว ปรากฏในรูปการสูญเสียชีวิต ผู้ที่ได้รับผลกระทบ การสูญเสียด้านเศรษฐกิจ

Sensitivity (ความอ่อนไหว) ซึ่งอธิบายถึงระดับผลกระทบทั้งในเชิงบวกและลบที่ระบบได้รับสัมผัสกับ ปัจจัยอันตราย ที่อาจเป็นผลกระทบทางตรงหรือทางอ้อมก็ได้ โดยความอ่อนไหวของระบบถูกกำหนดด้วย คุณสมบัติและสถานภาพของระบบเป็นหลัก

Adaptive Capacity (ความสามารถในการปรับตัวของระบบ) หมายถึง ความสามารถของระบบในการ ตอบสนองและปรับตัวต่อการเผชิญกับปัจจัยคุกคามเพื่อลดความเสียหาย ในขณะเดียวกัน แสวงหาโอกาสและ ผลประโยชน์จากผลกระทบและการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว รวมทั้งการตั้งรับและปรับตัวเข้ากับผลกระทบที่อาจ เกิดขึ้นภายหลัง

3.2 ความเปราะบางทางด้านสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

ความเปราะบางด้านสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Health vulnerability from climate change) เป็นการผสมผสานกันของการเปลี่ยนแปลงในความเสี่ยงจากสภาพภูมิอากาศที่คาดการณ์ไว้ (เช่น อุณหภูมิ, การเพิ่มขึ้นของระดับน้ำทะเล ฯลฯ) ที่จะส่งผลต่อการเพิ่มความเสี่ยงด้านสุขภาพที่มีอยู่ปัจจุบัน และยังมีความเสี่ยงใหม่เพิ่มขึ้นในแต่ละพื้นที่ จะมีความสัมพันธ์กับสภาพภูมิอากาศ ปัจจัยคุณลักษณะของบุคคล และชุมชน สภาพเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงปัจจัยสิ่งแวดล้อมกายภาพ ดังนี้

3.2.1 สภาพภูมิศาสตร์ พื้นที่ตั้งทางภูมิศาสตร์เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อผลกระทบทางสุขภาพจาก การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Samson et al., 2011) ผู้ทำงานกลางแจ้งที่อยู่ในประเทศเขตร้อนถึงระดับที่ ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพได้ จะมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่ทำงานกลางแจ้งในประเทศที่มีอากาศเย็นกว่า (Kjellstrom et al., 2009) ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ที่มีการแพร่กระจายของโรคมาลาเลียโดยแมลง จะมีความเปราะบาง กับการเปลี่ยนแปลงของอัตราการเกิดโรคที่อาจจะสูงขึ้น หากรูปแบบของฝนเปลี่ยนแปลงไป มีปริมาณน้ำฝนเพิ่ม มากขึ้นหรือจำนวนวันที่มีฝนตกมากขึ้น และจะมีความเปราะบางเพิ่มขึ้นหากระบบการควบคุมโรคด้อยลง (Zhou et al., 2008)

3.2.2 อายุ และเพศ เด็ก วัยรุ่น และผู้สูงอายุ มีความเสี่ยงจากอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยจากสภาพ ภูมิอากาศ (Perera, 2008) ได้แก่ โรคมาลาเลีย อุจจาระร่วง เป็นต้น ภาวะขาดสารอาหารพบว่ามีปัญหามากใน กลุ่มเด็ก อาจจะเนื่องจากสรีระทางร่างกาย เด็กส่วนใหญ่จะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นหากการบริโภคอาหารจำกัด หรือไม่เพียงพอ คริวเรือนที่มีเด็กมีแนวโน้มที่จะมีรายได้ต่ำกว่าบ้านเรือนที่ไม่มีเด็ก และความมั่นคงทางอาหารมี ความสัมพันธ์กับการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพในกลุ่มเด็ก สาเหตุจากความไม่มั่นคงทางอาหารจะส่งผลกระทบต่อ การเติบโตและการพัฒนาการของเด็ก โดยจะส่งผลกระทบต่อเด็กหญิงมากกว่าเด็กชาย (Cook, & Frank, 2008) ในกลุ่มผู้สูงอายุ จะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในสถานการณ์ภัยพิบัติ ได้แก่ พายุ น้ำท่วม คลื่นความร้อน และเหตุการณ์ รุนแรงต่าง ๆ (Brunkard et al., 2008) ทั้งนี้อาจมีสาเหตุมาจากผู้สูงอายุมักมีการเคลื่อนไหวจำกัดหรือมีการ เดินทางน้อยกว่าในกลุ่มวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ และมีความยากลำบากในการอพยพจากสถานการณ์ที่เป็นอันตราย และ ในบางวัฒนธรรมผู้ใหญ่มักจะอาศัยตามลำพัง ขาดผู้ช่วยเหลือเมื่อเกิดสถานการณ์ นอกจากนี้ผู้สูงอายุมักมีโรค ประจำตัวทำให้ความสามารถในการตอบสนองต่อสิ่งคุกคามหรือการปรับตัวต่อสถานการณ์อันตรายทำได้จำกัด เช่น ปัญหาจากความร้อน ปัญหาจากมลพิษทางอากาศ เป็นต้น (Gamble et al., 2013)

3.2.3 สภาวะทางเศรษฐกิจสังคม สภาพเศรษฐกิจและสังคมถือว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ประเทศหรือภูมิภาคที่ยากจนที่สุดจะมีความอ่อนไหวต่อความเสียหายจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศมากที่สุด (Malik et al., 2012) ประชากรที่มีความเปราะบางต่อภัยจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศมากที่สุด มักเป็นกลุ่มคนที่มีสถานะทางเศรษฐกิจสังคมที่ต่ำ (Friel et al., 2008) ในหลายประเทศ เชื้อชาติและศาสนามีผลเป็นอย่างมากต่อสถานะทางสุขภาพ ความได้เปรียบและความเสียเปรียบทางสังคม คนอเมริกันผิวสี จะมีความเปราะบางต่อการเสียชีวิตจากปัญหาอากาศร้อนมากกว่าคนผิวขาว (Basu, & Ostro, 2008) และยังมีผลต่อการเพิ่มความชุกของปัจจัยหรือโรคเรื้อรัง เช่น การมีน้ำหนักเกิน และโรคเบาหวาน (Lutsey et al., 2010) ปัจจัยทางการเงิน เช่น มีรายได้ต่ำ ทำให้ไม่สามารถจัดหาเครื่องปรับอากาศในช่วงฤดูร้อนได้ เป็นต้น (Ostro et al., 2010) หรืออาจส่งผลต่ออัตราการอาชญากรรมที่เพิ่มขึ้น หรือส่งผลต่อเครือข่ายทางสังคม (Browning et al., 2006) เป็นต้น ประชากรในท้องถิ่นหรือคนพื้นเมือง ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่ใช้ชีวิตขึ้นกับทรัพยากรในท้องถิ่นและอยู่ในพื้นที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางภูมิอากาศอย่างรวดเร็ว จะมีความเสี่ยงสูญเสียทางเศรษฐกิจมากกว่าและมีสภาวะสุขภาพด้อยกว่า (Ford, 2009)

3.2.4 โครงสร้างทางสาธารณสุขและสาธารณสุขบุคคล ประชาชนที่ไม่มีโอกาสเข้าถึงระบบการบริการสุขภาพที่ดีหรือไม่สามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพที่จำเป็น จะมีความเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบทางสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศมากกว่าประชาชนทั่วไป (Frumkin, & Mc Michael, 2008) ปัจจัยด้านโครงสร้างทางกายภาพ เช่น การจัดหาไฟฟ้า น้ำดื่ม น้ำใช้ ระบบการจัดการของเสีย สุขาภิบาล เป็นต้น ก็มีโอกาสนับสนุนให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพได้ ในประเทศคิวบาซึ่งเป็นประเทศที่มีการพัฒนาด้านสาธารณสุขที่ดี ยังคงมีปัญหาไข้เลือดออกในเมืองใหญ่ เนื่องจากมีบางพื้นที่ที่ขาดการจ่ายน้ำดื่มอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ประชาชนต้องกักเก็บน้ำไว้ตอนที่ไม่มีน้ำจ่าย ทำให้เกิดแหล่งแพร่พันธุ์ของยุงได้ ในรัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา พบการเสียชีวิตจากความร้อนหลังจากที่ระบบการจ่ายไฟขัดข้อง ไม่สามารถจ่ายไฟฟ้าได้ตามปกติเมื่อเดือนสิงหาคม ค.ศ. 2003 ทำให้ประชาชนเพิ่มการสัมผัสกับอากาศร้อน (Anderson, & Bell, 2012)

3.3 การวิเคราะห์ความเปราะบางและการปรับตัวด้านสุขภาพ

การประเมินความเปราะบางของสภาพภูมิอากาศจะบ่งบอกถึงปัญหาทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ ขนาด ความถี่, ระยะเวลา และขอบเขตทางภูมิศาสตร์ของการที่ต้องเผชิญกับสภาพภูมิอากาศที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ความไว (Sensitivity) จะหมายถึง 1) ความสามารถของชุมชนที่ต้องทนต่อความเสี่ยงเหล่านี้และผลกระทบที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ และ 2) ปัจจัยทางด้านสรีรวิทยา (เช่น โรคที่เป็นการวินิจฉัยร่วม หรือคนพิการ) และด้านเศรษฐกิจและสังคม (เช่น ความยากจน) ที่เพิ่มความเสี่ยงที่จะต้องเผชิญของแต่ละบุคคล แนวคิดเรื่องความอ่อนไหว ยังรวมถึงการเข้าใช้งานโครงสร้างพื้นฐานซึ่งอาจจะมีผลต่อการที่ผู้คนต้องต่อสู้กับการเผชิญสภาพอากาศ (เช่น ความพร้อมใช้งานกระแสไฟฟ้าในช่วงเหตุการณ์ที่มีความร้อนสูง) ผลกระทบด้านสาธารณสุขที่อาจเกิดขึ้นจากทั้ง การเผชิญความเสี่ยง (Exposure) และความไว (Sensitivity) จะสามารถชดเชยได้ด้วยความสามารถในการปรับตัว (Adaptive Capacity) ซึ่งจะหมายถึงการปรับตัวและตอบสนองทางพฤติกรรม, ทางสถาบัน และทางเทคโนโลยีเพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น โดยปกติการปรับตัวดังกล่าวจะจำกัดความเสียหาย ให้โอกาสในการฟื้นตัว และเพิ่มประสิทธิภาพในการรับมือกับผลกระทบที่เกิดขึ้น

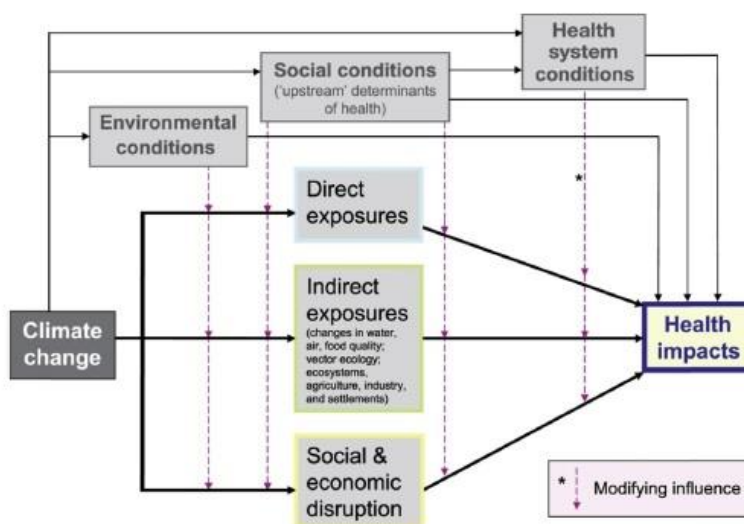
วิธีการในการประเมินความเปราะบางของสภาพภูมิอากาศและสุขภาพ (Methodology for a Climate and Health Vulnerability Assessment) จะประกอบไปด้วยขั้นตอนสำคัญ 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) กำหนดขอบเขตของการประเมิน 2) ระบุปัจจัยเสี่ยงที่ทราบสำหรับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น 3) หาข้อมูลเชิงพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยง 4) ประเมินความสามารถในการปรับตัว และ 5) ดำเนินการประเมินความเปราะบาง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (CDC, 2017)

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดขอบเขตของการประเมิน (Determine Scope of Assessment)

ในขั้นตอนแรก ขอบเขตของการประเมินจะเกี่ยวข้องกับการพิจารณาข้อกังวลในการเผชิญกับสภาพอากาศ, พื้นที่ภูมิศาสตร์ที่ใช้ในการศึกษา, กรอบเวลาในการพิจารณาความเสี่ยงที่อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงในอนาคต และผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่คาดการณ์ไว้

1.1 การระบุความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับสภาพภูมิอากาศ (Identify Climate-Related Exposures) ความเสี่ยงต่อสภาพอากาศที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศจะแปรผันไปตามสภาพภูมิประเทศและอัตราของการเปลี่ยนแปลงจะมีความแตกต่างกันตามช่วงเวลา ดังนั้นในการศึกษาจำเป็นต้องกำหนดขอบเขตของเวลาและพื้นที่สำหรับการประเมินความเปราะบางที่แน่นอน ในการประเมินอย่างน้อยควรจะมีแนวโน้มไปที่การคาดการณ์ในอนาคตอันใกล้ สำหรับการป้องกันหรือปรับตัวต่อผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ นักวิทยาศาสตร์ด้านสภาพภูมิอากาศ ได้ใช้ระยะเวลาการคาดการณ์ในอนาคตที่น้อยกว่า 20 ปีเพื่อใช้ในการทำนายสภาพอากาศตามช่วงทศวรรษซึ่งจะพยากรณ์การเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศในห้วงหลายปี ในทางตรงข้ามการคาดการณ์สภาพอากาศระยะยาวนั้นจะเป็นการประมาณการณ์ที่เป็นไปได้ในช่วงกลางศตวรรษหรือหลังจากนั้นไปอีก

1.2 การระบุผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ขึ้นอยู่กับสภาพภูมิอากาศ (Identify Climate-Sensitive Health Outcomes) เส้นทางสำหรับการเผชิญต่อสภาพภูมิอากาศที่มีผลต่อสุขภาพของมนุษย์นั้นค่อนข้างซับซ้อน (ภาพ 3) โดยในบางเส้นทางมีการเปลี่ยนแปลงในการที่ต้องเผชิญกับอันตรายจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรง (เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เกิดจากคลื่นความร้อน หรือการเสียชีวิตบนถนนในช่วงที่มีอากาศเลวร้าย) และยังมีเส้นทางอื่นซึ่งการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศในภูมิภาคจะเปลี่ยนสภาพทางนิเวศวิทยาที่มีผลต่อพาหะของระบบนิเวศซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์ เช่น เพิ่มการติดเชื้อโรคที่เกิดจากยุงได้แก่ ไข้เดงกี (Dengue Fever) หรือการแพร่เชื้อโรคซิกุนกูญา (Chikungunya Transmission) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางนิเวศวิทยาอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ อัตราการรอดชีวิต, อัตราความถี่ในการกัด, และอัตราการเติบโตของยุงที่เป็นพาหะของไวรัสเดงกี ซึ่งก็คือยุงลายบ้าน (Aedes Aegypti) และยุงลายสวน (Aedes Albopictus) จะได้รับผลกระทบจากรูปแบบของสภาพภูมิอากาศและสภาพอากาศ (Morin et al., 2013) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของมนุษย์



ภาพ 3 ผังของเส้นทางซึ่งการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศมีผลต่อสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนที่มีผลต่อปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม, สังคมและระบบสุขภาพ

(ที่มา: Intergovernmental Panel on Climate Change, 2007)

ขั้นตอนที่ 2 การระบุถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทราบสำหรับผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้น (Identify Known Risk Factors for Potential Health Outcome) สำหรับผลลัพธ์ด้านสุขภาพซึ่งเป็นความไวต่อสภาพอากาศ เราจะระบุรายการปัจจัยเสี่ยงที่ทราบว่าทำให้อัตราการติดเชื้อและบาดเจ็บสูงขึ้นได้จากงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์ และจากการปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญด้านเชื้อโรค ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจจะเกิดประกอบด้วย ข้อมูลด้านสังคม (เช่น การศึกษา, สภาวะโดดเดี่ยวทางสังคม), ด้านเศรษฐกิจ (เช่น รายได้, การช่วยเหลือทางสังคม) ด้านที่อยู่อาศัย (เช่น ประเภท และอายุของที่อยู่ มีสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอหรือไม่) และชุมชน (เช่น สิ่งปกคลุมดิน, สวนสาธารณะ, การที่มีถนนเข้าถึง ระบบประปา)

ขั้นตอนที่ 3 การได้ข้อมูลเชิงพื้นที่เกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ (Acquire Spatial Information on Health Outcomes and Risk Factors) ในการประเมินความเปราะบางจะต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหน่วยที่เล็กที่สุด (เช่น กลุ่มสำรวจสำมะโนประชากร, พื้นที่สำมะโนประชากร, เขตการปกครอง) ข้อมูลด้านประชากรและเศรษฐกิจ/สังคมของประชากรกลุ่มย่อยเป็นที่ทราบดีว่ามีความไวต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยเฉพาะ (เช่น ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง) โดยข้อมูลสำมะโนประชากรเหล่านี้สามารถนำมาใช้ในระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (GIS) สำหรับการทำแผนที่และการวิเคราะห์โดยการผสานข้อมูลประชากรสำมะโนประชากรเข้ากับข้อมูลทางภูมิศาสตร์ (เช่น สถานที่สำรวจสำมะโนประชากร) ข้อมูลด้านสุขภาพ เช่น การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล, การเข้าห้องฉุกเฉิน หรือการเข้ารับการรักษาผู้ป่วยนอก ซึ่งข้อมูลเหล่านี้สามารถใช่วงแผนสำหรับประชากรที่มีความไวต่อการประเมินสภาพอากาศและสุขภาพได้ ข้อมูลด้านสุขภาพสามารถใช้เพื่อตรวจสอบดัชนีความเปราะบาง (Vulnerability Index) หรือใช้ในการพัฒนาดัชนีความเปราะบางโดยใช้เทคนิคการถดถอยเชิงพื้นที่ (Spatial regression technique)

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินขีดความสามารถในการปรับตัว (Assess adaptive capacity)

ความสามารถในการปรับตัวสำหรับการประเมินความเปราะบางจะนิยามได้เป็นความสามารถของระบบ (เช่น รัฐบาล, โครงสร้างพื้นฐาน, ภาคประชาสังคม, สถาบันทุนทางสังคมในเครือข่ายชุมชน) ในการปรับเปลี่ยน ข้อจำกัด และรับมือกับอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (IPCC, 2001) การประเมินขีดความสามารถในการปรับตัว คือการประเมินความสามารถของระบบในการรับมือกับอันตรายที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ซึ่งอาจทำได้โดยการเข้าถึงแหล่งเงินทุน (เช่น โครงการช่วยเหลือจากรัฐบาล), โครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพ (เช่น โรงพยาบาล บริการผู้ป่วยนอก หรือการเข้าถึงเทคโนโลยี)

ความสามารถในการปรับตัว อาจหมายถึงความสามารถของระบบในการลดความเสี่ยงต่ออันตรายต่าง ๆ ที่สามารถวัดได้จากนโยบายของรัฐ, โครงการริเริ่ม (Initiatives) หรือ นโยบาย ตัวอย่างเช่น หน่วยงานภาครัฐในแต่ละแห่ง อาจริเริ่มมาตรการในการลดโลกร้อนด้วยการวางแผน และออกแบบผังเมือง (เช่น การใช้หลังคาเขียว หรือการปลูกต้นไม้ในเมือง) เพื่อสะท้อนถึงความสามารถในการลดความเสี่ยงต่ออันตรายของเมือง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยหลายประการต่อความสามารถในการปรับตัวของระบบ (เช่น การเมือง, สังคม และสิ่งแวดล้อม) แม้ว่าปัจจัยเหล่านี้จะไม่สามารถวัดผลได้โดยตรงแต่อาจมีมาตรการทางอ้อมที่สามารถวัดความสามารถในการปรับตัวได้

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินความเปราะบาง (Assessment of Vulnerability) การประเมินความเปราะบางสามารถใช้ได้ทั้งวิธีเชิงปริมาณ และคุณภาพ (Qualitative and Quantitative Methods) ตัวอย่างของการประเมินเชิงคุณภาพจะเป็นชุดของคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการเป็นผู้นำขององค์กร และการเข้าถึงทรัพยากรเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ หรือในการประเมินเชิงปริมาณในด้านโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพ และความสามารถในการปรับตัวเพื่อต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศ สองวิธีเชิงปริมาณที่นิยมใช้ในการประเมินความเปราะบางโดยใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (GIS) คือ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลซ้อนทับ (Overlay) ของปัจจัยเสี่ยง และ 2) การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพื้นที่ (Spatial Regression)

การวิเคราะห์ซ้อนทับ (Overlay Analysis) คือเทคนิคพื้นฐานของวิธีการที่ประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง, วิธีการคัดกรองความเป็นธรรมด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Justice Screening Method) และดัชนีความเปราะบางทางสังคมหรือทางการแพทย์ (Social or Medical Vulnerability Indices) ประการแรกข้อมูลเกี่ยวกับชุดของปัจจัยเสี่ยงจะถูกเก็บรวบรวมจากแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ ในอุดมคติแล้วการวัดปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้จะวัดในหน่วยเชิงภูมิศาสตร์เดียวกัน เพื่อที่มันจะได้มีความสอดคล้องกันเชิงภูมิศาสตร์ (Geographically Aligned) ปัจจัยความเสี่ยงแต่ละตัวก็จะแบ่งออกเป็นประเภทต่าง ๆ ตามการกระจายตัวโดยประเภทที่มีความเปราะบางมากกว่าก็จะมี “คะแนน” สูงกว่า สำหรับแต่ละหน่วยทางภูมิศาสตร์ คะแนนที่กำหนดให้แต่ละปัจจัยความเสี่ยงจะถูกคำนวณเพื่อสร้างคะแนนความเปราะบางสะสม (Cumulative Vulnerability Score) หรือดัชนี ซึ่งหน่วยเหล่านี้ก็จะถูกจับคู่กับคะแนนความเปราะบางสะสม โดยหากมีข้อมูลผลลัพธ์ด้านสุขภาพด้วยก็จะสามารถทำการตรวจสอบการวิเคราะห์ซ้อนทับได้ วัตถุประสงค์ของการตรวจสอบคือการพิจารณาว่าสถานที่ซึ่งได้ถูกกำหนดไว้ว่ามีความเปราะบางสูงจากค่าดัชนีที่ได้คำนวณมานั้นมี (ความสัมพันธ์) อัตราการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตที่สูงขึ้นด้วยหรือไม่สำหรับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่น่าสนใจ (เช่น ดัชนีความเปราะบางนั้นสอดคล้องกับข้อมูลด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจริงหรือไม่) มีหลายวิธีการในการตรวจสอบดัชนี

ซ้อนทับ (Overlay Index) ซึ่งจะต้องมีข้อมูลการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต ตัวอย่างเช่น ได้มีการศึกษาก่อนหน้านี้โดย Reid, et al (2012) ได้ทำการตรวจสอบดัชนีความเปราะบางด้านความร้อนโดยใช้ข้อมูลจากแผนกฉุกเฉิน (Emergency Department Data) ในการสร้างแบบจำลองการถดถอย (Generalized Estimating Equation Poisson Regression) เพื่อหาความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างค่าดัชนีความเปราะบางที่คำนวณได้ และอุบัติการณ์ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากความร้อน (Heat-Related Hospitalizations)

มีการศึกษาบางชิ้นที่ได้มีการรวมปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ทางสถิติด้วยการใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Components Analysis; PCA) เพื่อสร้างปัจจัยผสม (Hybrid Factors) ที่มีขนาดเล็กกว่าเดิม โดยการวิเคราะห์ส่วนประกอบหลักเป็นวิธีการลดข้อมูลที่พยายามจะจับกลุ่มของตัวแปรอิสระหลาย ๆ ตัวเข้าด้วยกันขึ้นอยู่กับว่าตัวแปรเหล่านั้นมีการเปลี่ยนแปลงตามกันอย่างไร โดยปัจจัยผสมที่ได้มาจากการวิเคราะห์ส่วนประกอบหลักสามารถจะกำหนดน้ำหนักที่สอดคล้องกับความสำคัญของมัน และจากนั้นจะนำมารวมกันเพื่อสร้างแผนที่ความเปราะบาง

การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพื้นที่ (Spatial Regression) ก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ยิยมใช้ในการกำหนดลักษณะความเปราะบางเชิงปริมาณ (Quantitatively Characterizing Vulnerability) ความแตกต่างที่เห็นได้ชัดระหว่างการถดถอยเชิงพื้นที่ และการวิเคราะห์ซ้อนทับ คือในขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการมีวิธีการหนึ่งที่จะมีการพิจารณาผลลัพธ์ทางสุขภาพด้วย ซึ่งการถดถอยเชิงพื้นที่จะได้คุณลักษณะความเปราะบางที่สำคัญที่สุดโดยขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์เชิงสถิติระหว่างปัจจัยความเสี่ยงและผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยการถดถอยเชิงพื้นที่ จะมีความสอดคล้องกับผลลัพธ์ทางสุขภาพมากกว่าการวิเคราะห์ซ้อนทับ เนื่องจากมีการเชื่อมโยงกันโดยตรงระหว่างปัจจัยเสี่ยงและผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างไรก็ตามวิธีการถดถอยเชิงพื้นที่นั้นจะต้องมีความชำนาญทางสถิติมากกว่าและต้องใช้เวลามากกว่าถึงจะเสร็จสมบูรณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลาในการประมวลผลจะเพิ่มมากขึ้นหากขนาดของการวิเคราะห์มีรายละเอียดที่สูงขึ้นหรือจำนวนของปัจจัยเสี่ยงได้เพิ่มขึ้น ดังนั้นวิธีการถดถอยเชิงพื้นที่ อาจจะเป็นวิธีการที่เหมาะสมที่สุดสำหรับหน่วยงานที่มีทรัพยากรที่มากในแง่ของขีดความสามารถทางด้านสถิติตั้งแต่ระดับกลางจนถึงระดับสูง รวมถึงผู้เชี่ยวชาญและข้อมูลด้านสุขภาพที่มีความละเอียดสูงพร้อมใช้งาน ในทางตรงข้ามการวิเคราะห์ซ้อนทับจะสร้างดัชนีความเปราะบางขึ้นจากปัจจัยเสี่ยงที่มีของผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยไม่จำเป็นต้องมีข้อมูลสุขภาพ แต่ดัชนีสามารถทำการตรวจสอบด้วยข้อมูลผลลัพธ์ทางสุขภาพในการวิเคราะห์ต่อไป การวิเคราะห์ซ้อนทับเป็นวิธีที่ได้รับความนิยมและได้รับการยอมรับทางวิทยาศาสตร์สำหรับการระบุกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางและสามารถจำแนกความเปราะบางจากผลลัพธ์สุขภาพทั่วไปได้

3.4 การปรับตัวและศักยภาพในการปรับตัวเพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพ

ในสถานการณ์ปัจจุบัน สภาพภูมิอากาศยังคงเปลี่ยนแปลงต่อไป ดังนั้นมนุษย์เราควรที่จะหามาตรการการปรับตัวเพื่อลดภาระโรค การบาดเจ็บ พิการหรือเสียชีวิต ตามที่ IPCC ได้ให้คำจำกัดความของศักยภาพในการปรับตัว ว่าเป็นความสามารถของระบบในการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ เพื่อบรรเทาความเสียหายที่อาจเกิดขึ้น (IPCC, 2001)

ขอบเขตของผลกระทบด้านสุขภาพของมนุษย์จะขึ้นอยู่กับ 1) ระดับที่ประชากรสัมผัสกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น 2) ความไวในการตอบสนองของประชากรที่มีต่อการสัมผัสนั้น และ 3) ศักยภาพในการปรับตัวของประชากรและระบบที่ได้รับผลกระทบ ดังนั้นยุทธศาสตร์ในการปรับตัวจึงมีความสำคัญและต้องพิจารณาปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อความเปราะบาง และความสามารถใน

การปรับตัวของประชากร เช่น การเติบโตของประชากร ความยากจน ระบบสุขภาพ ระบบบริการสาธารณสุข โภชนาการ และการเสื่อมสภาพของสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ศักยภาพในการปรับตัวจะหมายความรวมถึง ศักยภาพที่แท้จริง และศักยภาพที่พัฒนาได้ ดังนั้น จึงครอบคลุมทั้งความสามารถในการรับมือในปัจจุบัน และในอนาคต ตัวอย่างเช่น โอกาสในการเข้าถึงน้ำสะอาดเป็นส่วนหนึ่งของความสามารถในการรับมือของประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่ถือว่าเป็นศักยภาพในการปรับตัวในอนาคตของประเทศที่กำลังพัฒนาหลายประเทศ สิ่งที่กำหนดความสามารถในการปรับตัวของชุมชน ได้แก่ ความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจ เทคโนโลยี ข้อมูลและทักษะ ระบบสาธารณสุข องค์กรและเครือข่าย และความเท่าเทียม นอกจากนี้ความสามารถในการปรับตัวยังสัมพันธ์กับสถานะด้านสุขภาพในปัจจุบันของประชากรและภาระโรคที่มีอยู่ก่อนแล้ว

3.4.1 ทรัพยากรทางเศรษฐกิจ (Economic Resources) ประเทศที่ร่ำรวยสามารถปรับตัวได้ดีกว่า เนื่องจากมีทรัพยากรทางเศรษฐกิจเพื่อลงทุนและชดเชยกับค่าใช้จ่ายในการปรับตัว โดยทั่วไปแล้วความยากจนจะเพิ่มความเปราะบางของประชากร และหนึ่งในห้าของประชากรโลกใช้ชีวิตด้วยเงินน้อยกว่า 1 ดอลลาร์สหรัฐต่อวัน

3.4.2 เทคโนโลยี (Technology) การเข้าถึงเทคโนโลยีในภาคส่วนและสภาพแวดล้อมที่สำคัญ เช่น เกษตรกรรม แหล่งน้ำ ระบบบริการสาธารณสุข การออกแบบผังเมือง ฯลฯ เป็นตัวกำหนดความสามารถในการปรับตัวที่สำคัญ วิธีการปรับตัวเพื่อปกป้องสุขภาพหลายวิธีนั้นมีความเกี่ยวข้องกับเทคโนโลยี

3.4.3 ข้อมูลและทักษะ (Information and Skills) โดยทั่วไป ประเทศที่มีความรู้ความสามารถมากกว่า มักจะมีความสามารถในการปรับตัวมากกว่าด้วย การไม่รู้หนังสือจะเพิ่มความเปราะบางของประชากรในหลาย ๆ ด้าน ระบบสาธารณสุขจำเป็นต้องใช้ทีมบุคลากรที่มีความรู้และประสบการณ์จำนวนมาก เพื่อการควบคุมคุณภาพ และรักษาระบบโครงสร้างพื้นฐานสาธารณสุข

3.4.4 ระบบโครงสร้างพื้นฐาน (Infrastructure) ระบบโครงสร้างพื้นฐานที่ออกแบบโดยเฉพาะเพื่อลดความเปราะบางของประชากรต่อความแปรปรวนของสภาพภูมิอากาศ เช่น ระบบควบคุมน้ำท่วม ระบบปรับอากาศ ฯลฯ และระบบโครงสร้างพื้นฐานด้านการสาธารณสุขทั่วไป (เช่น การสุขภาพ ระบบบำบัดน้ำเสีย) จะช่วยเพิ่มศักยภาพในการปรับตัวของประชากร

3.4.5 องค์กรและเครือข่าย (Institutions) ประเทศที่ขาดการจัดการองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีศักยภาพในการปรับตัวต่ำกว่าประเทศที่มีการจัดการที่ดี ความร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนสามารถเพิ่มศักยภาพในการปรับตัว เช่น โครงการยาเพื่อมาลาเรีย ซึ่งเป็นการร่วมมือกันระหว่างรัฐบาลและเอกชนเพื่อพัฒนายาต้านมาลาเรีย เพื่อนำไปใช้ในประเทศกำลังพัฒนา เป็นต้น

3.4.6 ความเท่าเทียม (Equity) ศักยภาพในการปรับตัวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อมีการแจกจ่ายทรัพยากรภายในชุมชนอย่างเท่าเทียม ประชากรที่ได้รับทรัพยากรไม่เพียงพอและอยู่ชายขอบจะขาดความสามารถในการปรับตัว ในขณะที่โอกาสในการได้รับบริการที่มีคุณภาพนั้นเป็นสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐานของระบบบริการสาธารณสุข

3.4.7 สถานะด้านสุขภาพและภาระโรคที่มีอยู่ก่อนแล้ว (Health Status and Pre-Existing Disease Burdens) ความเป็นอยู่ที่ดีของประชากรเป็นองค์ประกอบสำคัญและเป็นตัวกำหนดศักยภาพในการปรับตัว ถึงแม้ว่าการสาธารณสุขจะมีความก้าวหน้า แต่ก็ยังมีเด็กจำนวน 170 ล้านคนในประเทศที่ยากจนทั่วโลก

ที่มีปัญหาทุพโภชนาการ ในจำนวนนี้ต้องเสียชีวิตลงถึงปีละ 3 ล้านคน หรือในหลายประเทศที่ต้องเผชิญกับโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อแม้ว่าการแพทย์จะเจริญก้าวหน้าก็ตาม

สรุป

การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศกับการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคติดต่อมาโดยยุง เป็นความท้าทายสำคัญระดับโลกไม่เพียงแต่เฉพาะประเทศไทย จึงถือเป็นโอกาสที่นักสาธารณสุขและนักวิจัยที่สนใจสามารถพัฒนาองค์ความรู้ในเรื่องผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยง ทั้งในประเด็นของการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง การศึกษาหามาตรการที่เหมาะสมสำหรับป้องกันกับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงแนวทางการปรับตัวเพื่อรับมือกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ทั้งนี้เพื่อเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาชุมชนเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ดังนั้นทุกภาคส่วน โดยเฉพาะสถานบริการสาธารณสุขและหน่วยสนับสนุนวิชาการ ควรทำความเข้าใจถึงผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงและความเปราะบางทางด้านสุขภาพกับการระบาดของโรคไข้เลือดออก เพื่อนำไปวางแผนการรับมือกับการระบาดของโรค รวมถึงการยกระดับขีดความสามารถในการปรับตัวทางด้านสุขภาพของชุมชนเพื่อลดผลกระทบจากโรคไข้เลือดออก

รายการอ้างอิง

- Anderson, G. B., & Bell, M. L. (2012). Lights Out: Impact of the August 2003 Power Outage on Mortality in New York, N. Y. *Epidemiology*, 23(2), 189-193.
- Apiwathnasorn, C. (2012). Climate Change and Mosquito Vectors. *The Journal of Tropical Medicine and Parasitology*, 35(2), 78-85.
- Basu, R., & Ostro, B. D. (2008). A Multicounty Analysis Identifying the Populations Vulnerable to Mortality During Heat Episodes: a Structured Review. *International Journal of Epidemiology*, 168, 632-637.
- Brunkard, J., Namulanda, G., & Ratard, R. (2008). Hurricane Katrina Deaths, Louisiana, 2005. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 215-223. Available from: <https://doi.org/10.1097/DMP.0b013e31818aaf55>.
- Cook, J. T., & Frank, D. A. (2008). Food Security, Poverty, and Human Development in the United States. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136, 193-209.
- Ebi, K. L., & Nealon, J. (2016). Dengue in a Changing Climate. *Environmental Research*, 151, 115-123. PMID:27475051.

- Ford, J. D. (2009). Vulnerability of Inuit Food Systems to Food Insecurity as a Consequence of Climate Change: A Case Study from Igloolik, Nunavut. *Regional Environmental Change*, 9(2), 83-100.
- Friel, S., Marmot, M., Mc Michel. A. J., Kjellstrom, T., & Vagero, D. (2008). Global Health Equity and Climate Stabilisation: a Common Agenda, *Lancet*, 372(9650), 1677-1683. PMID: 18994666.
- Frumkin, H., & Mc Michael, A. J. (2008). Climate Change and Public Health: Thinking, Communicating, Acting, *American Journal of Preventive Medicine*, 35, 403-410. PMID: 18929964.
- Gamble, J. L., Hurley, B. J., Schultz, P. A., Jaglom, W. S., Krishnan, N., & Harris, M. (2013). Climate Change and Older Americans: State of the Science. *Environmental Health Perspectives*, 121, 15-22. PMID: 23033457.
- Gibbons, R. V., & Vaughn, D. W. (2002). Dengue: An Escalating Problem. *BMJ*, 324 (7353), 1563-1566. PMID:12089096.
- Gubler, D. J. (2002). Epidemic Dengue/Dengue Hemorrhagic Fever as a Public Health, Social and Economic Problem in the 21st century. *Trends in Microbiology*, 10(2), 100-103. PMID:11827812.
- Gubler, D. J. (2003). Aedes Albopictus in Africa. *The Lancet Infectious Diseases*, 3, 751-752.
- Hii, Y. L., Rocklöv, J., Ng, N., Tang, C. S., Pang, F. Y., & Sauerborn, R. (2009). Climate Variability and Increase in Intensity and Magnitude of Dengue Incidence in Singapore. *Global Health Action*. 2.
- Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC). (2001). *Climate Change 2001: Third Assessment Report, Impacts, Adaptations and Vulnerability of Climate Change*. Mc Carthy, J. J. et al. eds. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Intergovernmental Panel on Climate Change. (2007). *Climate Change 2007: Impacts, Adaptation, and Vulnerability*. Contribution of Working Group II to the Fourth Assessment Report. UK: Cambridge University Press.
- Johansson, M. A., Cummings, D. A., & Glass, G. E. (2009). Multiyear Climate Variability and Dengue: El Nino Southern Oscillation, Weather, and Dengue Incidence in Puerto Rico, Mexico, and Thailand – a Longitudinal Data Analysis, *PLOS Medicine*, 6, e1000168.
- Kjellstrom, T., Holmer, I., & Lemke, B. (2009). Workplace Heat Stress, Health and Productivity- an Increasing Challenge for Low and Middle-Income Countries During Climate Change. *Global Health Action*, 2, 6. Available from: <https://doi:10.3402/gha.v2i0.2047>.

- Lambrechts, L., Scott, T. W., & Gubler, D. J. (2010). Consequences of the Expanding Global Distribution of *Aedes Albopictus* for Dengue Virus Transmission. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 4, e646.
- Liu-Helmersson, J., Stenlund, H., Wilder-Smith, A., & Rocklöv J. (2014). Vectorial Capacity of *Aedes Aegypti*: Effects of Temperature and Implications for Global Dengue Epidemic Potential. *PLoS One*, 9, e89783.
- Lutsey, P. L., Pereira, M. A., Bertoni, A. G., Kandula, N. R., & Jacobs, D. R. (2010). Interactions Between Race/Ethnicity and Anthropometry in Risk of Incident Diabetes. *American Journal of Epidemiology*, 172(2), 197-204. PMID:20570825.
- Malik, S. M., Awan, H., & Khan, N. (2012). Mapping Vulnerability to Climate Change and its Repercussion on Human Health in Pakistan. *Global Health*, 8, 31. doi:10.1186/1744-8603-831.
- Morin, C., Comrie, A., & Ernst, K. (2013). Climate and Dengue Transmission: Evidence and Implications. *Environmental Health Perspectives*, 121,11-12, Available from: <http://dx.doi.org/10.1289/ehp.1306556>.
- Ostro, B., Rauch, S., Green, R., Malig, B., & Basu, R. (2010). The Effects of Temperature and Use of air Conditioning on Hospitalizations. *American Journal of Epidemiology*, 172(9), 1053-1061. PMID: 20829270.
- Perera, F. P. (2008). Children are Likely to Suffer Most from Our Fossil Fuel Addiction. *Environmental Health Perspectives*, 116, 987-90.
- Reid, C. E., O'Neill, M. S., Gronlund, C. J., Brines, S. J., Brown, D. G., Diez-Roux et al. (2009). Mapping Community Determinants of Heat Vulnerability. *Environmental Health Perspectives*, 117(11), 1730-1736. DOI: 10.1289/ehp.0900683.
- Samson, L., Berteaux, D., McGill, B. J., & Humphries, M. M. (2011). Geographic Disparities and Moral Hazards in the Predicted Impacts of Climate Change on Human Populations. *Global Ecology and Biogeography*, 20, 532-44.
- Semenza, J. C., Sudre, B., Miniota, J., Rossi, M., Hu, W., Kossowsky, D., et al. (2014). International Dispersal of Dengue Through Air Travel: Importation Risk for Europe. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 8(12), e3278.
- World Health Organization. (2002). *The World Health Report 2002*. Geneva, Switzerland, World Health Organization.
- World Health Organization. (2016). *"Climate Change and Health"*. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs266/en/>.
- World Health Organization. (2019). *Global Alert and Response - Impact of Dengue*. Available from: <http://www.who.int/denguecontrol/disease/en/>.

- Wu, X. Y., Lu. S. Zhou, L. F., & Chen, B. Xu. (2016). Impact of Climate Change on Human Infectious Diseases: Empirical Evidence and Human Adaptation. *Environment International*, 86, 14-23.
- Zhou, X., Yang, K., Wang, X., Hong, Q., Sun, L., Malone, J. B., Kristensen, T. K., et al. (2008). Potential Impact of Climate Change on Schistosomiasis Transmission in China. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 78, 188-194. Available from: <http://doi.org/10.1007/s11027-007-9114-5>.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 45-54 ปี
ในเขตชุมชนบ้านห้วยจระเข้ ตำบลหินดาด อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา
Effects of Promoting Breast Self-Examination Programme on Women
in Hindat Sub-District, Dankhunthot District, Nakhon Ratchasima Province

สรารัตน์ ตระกุลรัมย์^{1*} และ จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ¹

Saratat Trakulram^{1*} and Jaruwan Tritipsombut¹

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา^{1*}

Faculty of Public Health, NakhonRatchasimaRajabhat University^{1*}

(Received: October 22, 2018; Revised: July 22, 2019; Accepted: July 22, 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 45-54 ปี ในเขตชุมชนบ้านห้วยจระเข้ ตำบลหินดาด อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม กิจกรรมประกอบด้วย การบรรยาย การฉายวีดิทัศน์ ฝึกปฏิบัติกับหุ่นเต้านมจำลอง เอกสารแผ่นพับ และการเยี่ยมบ้าน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับกิจกรรมตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t-test และ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า

หลังการทดลอง สตรีกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.001$)

จากผลการวิจัยแสดงว่า โปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่พัฒนาขึ้นจากการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้สตรีกลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนควรรนำโปรแกรมนี้อไปประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวทางหนึ่งในการเพิ่มอัตราการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในพื้นที่

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง, การรับรู้ความสามารถตนเอง, แรงสนับสนุนทางสังคม

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: fonsaratat2@gmail.com)

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of the breast self-examination program for women aged 45-54 years in Ban Huai Chorakhe community, Hindat sub-district, Dankhunthot district, Nakhon Ratchasima Province. Sixty female participants were equally divided into the controlled and intervention group through purposive sampling. Unlike the controlled group, self-efficacy and social support theory were applied in the intervention group. The participants in the invention group were involved in activities so as to gain knowledge from lectures, video presentation and brochure; to have a practical breast examination with simulated breast model; and to receive home-visiting services. Questionnaires with the 0.94 confidence were used for data collection. The data were analyzed by t-test and descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The results showed that the average score of the intervention group was different from that of the controlled group at a statistically significant difference .05 ($p < 0.001$). Moreover, participants in the intervention group had higher post-test average scores than the pretest averaged scores, at a statistically significant difference ($p < 0.001$), about knowledge on breast cancer, self-efficacy in breast self-examination, expectations on benefits of breast self-examination and behaviors of breast self-examination. This study, therefore, confirms that the promoting breast self-examination which developed from self-efficacy and social support theory increase participants' accessibility to breast cancer screening services. This program should also be employed as the guidelines for community health officials to increase the breast self-examination among women in their working area.

Keywords: Self-Supportive Breast Self-Examination Program, Self-Efficacy, Social Support

บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นๆในสตรีไทย โดยประมาณร้อยละ 90 ของมะเร็งเต้านมเกิดจากต่อมน้ำนมและท่อน้ำนมจึงมีโอกาสมากที่จะพบการเกิดมะเร็งเต้านมทั้งสองข้างทั้งในระยะแรกและหลังจากการตรวจวินิจฉัย อย่างไรก็ตาม การตรวจพบมะเร็งในระยะแรกจะช่วยให้การรักษามีโอกาสประสบความสำเร็จได้สูง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2557) จากสถิติมะเร็งทั่วโลกพบว่ามะเร็งเต้านมพบมากที่สุดสตรีโดยคิดเป็นร้อยละ 25 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด ในปี 2555 มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 1.68 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตมากถึง 522,000 คน โดยพบมากในประเทศพัฒนาแล้ว และพบในหญิงมากกว่าชายถึง 100 เท่า มะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดของสตรีทั่วโลกคิดเป็นร้อยละ 16 ของโรคมะเร็งในสตรี (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2545) ในแต่ละปีจะพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 570,000 คน ในผู้หญิงอายุ 50 ปีทุก ๆ 1,000 คนจะเป็นมะเร็งเต้านม 2 คน ในเอเชียตะวันตกพบอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมได้ในระดับปานกลางและมี

แนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี สำหรับประเทศไทยมะเร็งเต้านมพบมากเป็นอันดับหนึ่งและเพิ่มสูงอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลการป่วยอัตราต่อแสนประชากรของโรคมะเร็งเต้านมปี 2549-2552 เท่ากับ 34.4, 37.9, 40.62 และ 38.4 ตามลำดับ และข้อมูลการตายอัตราต่อแสนประชากรปี 2555-2559 เท่ากับ 6.3, 6.8, 7.3, 7.3 และ 7.7 ตามลำดับ (ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา, 2559)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มีนโยบายเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยกำหนดเป้าหมายให้ร้อยละ 80 ของสตรีกลุ่มเสี่ยงต้องได้รับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อให้ครอบคลุมการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากที่สุด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2557) ซึ่งจากข้อมูลสำรวจภาวะสุขภาพคนไทยของจังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2558 พบว่าโรคมะเร็งที่พบมากที่สุดในเพศหญิงคือมะเร็งเต้านม ซึ่งมีอัตราป่วย 20.5 ต่อแสนประชากร เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม จึงได้จัดทำโครงการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 จนถึงปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง โดยพบผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ 61 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.06 และได้ทำการส่งต่อเพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาพยาบาลร้อยละ 100 อำเภอด่านขุนทด รับผิดชอบ 16 ตำบล มีสตรีอายุ 30 ปีขึ้นไป จำนวน 35,000 คน ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายในการคัดกรองมะเร็งเต้านมในระดับอำเภอ เนื่องจากกลุ่มอายุนี้มีโอกาสเกิดมะเร็งมากขึ้น เมื่อมีอายุมากขึ้น ในพื้นที่ชุมชนบ้านห้วยจรเข้ม มีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม จำนวน 2 ราย และถูกตัดเต้านมออก จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.04 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งหมดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยจรเข้ม (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยจรเข้ม, 2559)

จากข้อมูลกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2555) พบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งหมด จะมาด้วยอาการพบก้อนที่บริเวณเต้านม และก้อนที่พบเหล่านี้ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะพบหรือคลำได้ด้วยตนเอง มะเร็งเต้านมพบได้มากที่สุดในกลุ่มสตรีอายุ 40-54 ปี พบร้อยละ 0.35 ต่อแสนประชากร ซึ่งปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม คือ มีประวัติคนในครอบครัวสายตรงเป็นโรคมะเร็งเต้านม เช่น แม่ พี่ หรือน้อง เป็นต้น สตรีกลุ่มนี้จึงควรได้รับการค้นหาและตรวจวินิจฉัยมะเร็งเต้านมรวมทั้งให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความตระหนัก ตื่นตัวหันมาดูแลสุขภาพตนเองให้มากขึ้น และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง อีกทั้งเพื่อให้สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ไปสู่บุคคลรอบข้างได้ เนื่องจากแนวทางที่ดีที่สุดในการลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งเต้านมคือการค้นหาและการตรวจวินิจฉัยมะเร็งเต้านมตั้งแต่วัยเริ่มแรก ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Self-Breast Examination) เป็นวิธีการที่สามารถทำได้ด้วยตนเองได้ง่าย สะดวก ประหยัดเวลา และค่าใช้จ่าย เหมาะสมและสอดคล้องกับเศรษฐกิจ จากการศึกษานำร่อง (Pilot Study) ในสตรีอายุ 30 ปีขึ้นไป ในเขตชุมชนบ้านห้วยจรเข้ม ตำบลหินลาด อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 คน โดยการสนทนากลุ่ม พบว่าสตรีกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ยังขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและขาดทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง ร้อยละ 70 แม้ว่าจะตรวจอย่างสม่ำเสมอก็ตาม การวิจัยครั้งนี้จึงประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Albert Bandura (1982) เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ภาวะสุขภาพส่วนบุคคล และพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้สมรรถนะตนเอง เป็นการตัดสินระดับความสามารถของตนเอง เพื่อกระทำพฤติกรรมที่มุ่งหวังให้ประสบผลสำเร็จตามที่ คาดไว้ เมื่อพิจารณาตามความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะตนเองในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อ ป้องกันมะเร็งเต้านม สตรีจะยินยอมหรือตรวจเต้านม ด้วยตนเองทุกเดือนจะต้องมีความเชื่อหลายด้าน คือ ตนเองเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม เมื่อเป็นมะเร็งเต้านมแล้วจะมีอันตรายกระทบต่อการดำเนินชีวิตของเขาน้อยในระดับปานกลาง การตรวจเต้านมด้วยตนเองมีประโยชน์ในการตรวจหาโรคในระยะเริ่มแรกและลดความรุนแรงของ

มะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมทุกเดือนไม่มีอุปสรรคมากนัก มีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความ สามารถที่จะ ตรวจหาความผิดปกติของเต้านมได้ถูกต้องทุกขั้นตอน และสามารถตรวจได้เป็นประจำทุกเดือน

ผู้วิจัยในฐานะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีหน้าที่หลักในการดูแลส่งเสริมสุขภาพประชาชน จึงสนใจที่จะ ศึกษาผลของโปรแกรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี อายุ 45-54 ปี ในเขตชุมชนบ้านห้วยจรเข้ม ตำบลหินลาด อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา โดยสตรีกลุ่มเป้าหมายจะต้องมีการรับรู้ความรู้ของการเป็นโรคมะเร็งเต้านม ความคาดหวังในผลดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้หลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคาม ของโรคโดยการเลือกวิถีปฏิบัติที่คิดว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุด โดยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติกับ ผลเสีย ค่าใช้จ่าย หรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้นรวมถึงจะต้องได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร การให้ คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน การสนับสนุนด้านจิตใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งจะทำให้สตรีกลุ่มเป้าหมายตระหนักถึงอันตรายจากมะเร็งเต้านม และตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างสม่ำเสมอ

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น
2. กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม ทำการวัด ก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เป็นสตรีอายุ 45-54 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ชุมชนบ้านห้วยจรเข้ม หมู่ 2 และหมู่ 3 ในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ ถึงเดือนกรกฎาคม 2560 ซึ่งหมู่บ้านทั้งสองแห่งมีลักษณะทางด้านประเพณี วัฒนธรรม และฐานะทาง เศรษฐกิจที่คล้ายคลึงกัน มีเส้นทางคมนาคมที่สะดวกและระยะทางห่างจากสถานบริการสุขภาพใกล้เคียงกัน

กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้ 1) มีอายุ 45-54 ปี 2) สามารถอ่านออกเขียนได้ 3) ไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 4) ไม่มีโรคประจำตัว สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ 5) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม 6) สมัยใจ และ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาการศึกษา ได้กลุ่มตัวอย่างรวม 60 คน โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย กรณีประชากร 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกันของอรุณ จิรวัดน์กุล (2548) โดยกำหนดความแปรปรวนที่ใช้จากการศึกษาของสุขสรณ์ นิพนธ์ไชย (2556) มีค่าเท่ากับ 3.60 และผล (Effect Size) จากการศึกษาศึกษาของสุขสรณ์ นิพนธ์ไชย (2556) มีค่าเท่ากับ 7.75 เมื่อกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติของการทดสอบแบบสองทางเท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มทดลองเป็นสตรีในชุมชนบ้านห้วยจรเข้ม หมู่ 3 จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบเป็นสตรีในบ้านท่าช้างเหล็ก หมู่ 2 จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยกิจกรรมในสัปดาห์ 1-2 เป็นกิจกรรมการให้ความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยใช้ตัวแบบทางบวกเล่าประสบการณ์ของตนเองในสัปดาห์ 3-5 การสาธิตโดยวิทยากรการตรวจเต้านมด้วยตนเองกับหุ่นจำลองที่มีความผิดปกติของเต้านม 1 ข้าง แลกเปลี่ยนประสบการณ์การตรวจเต้านมแบ่งกลุ่มตามท่าทางการตรวจเต้านมด้วยตนเองและกิจกรรมการสร้าง ความคาดหวังในผลดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และสัปดาห์ที่ 7-9 เป็นการสนับสนุนทางสังคมโดยติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. สัปดาห์ที่ 10 การทบทวนความรู้ร่วมกัน และ สัปดาห์ที่ 11-12 เก็บรวบรวมข้อมูล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นแบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 14 ข้อ 3) การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 10 ข้อ 4) ความคาดหวังในผลดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 8 ข้อ 5) พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 9 ข้อ เกณฑ์ในการแปลผลแบบสอบถามส่วนที่ 2 มีคำตอบให้เลือก 2 ระดับ คือ ใช่ และไม่ใช่ หากตอบถูกจะได้ 1 คะแนน หากตอบผิดจะได้ 0 คะแนน แบบสอบถามส่วนที่ 3-4 มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจและไม่เห็นด้วย ข้อคำถามที่เป็นไปในทางบวกมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 3, 2 และ 1 คะแนนตามลำดับ ข้อคำถามที่เป็นไปในทางลบมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 1, 2 และ 3 คะแนนตามลำดับ การแปลความหมายจากค่าช่วงคะแนน คือค่าสูง-ค่าต่ำ/จำนวนชั้นคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือด้านความรู้และการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมระดับสูง คือมีคะแนนเท่ากับ 19 คะแนนขึ้นไป ระดับปานกลางมีคะแนนระหว่าง 13-18 คะแนน และระดับต่ำมีคะแนนต่ำกว่า 13 คะแนน ด้านความคาดหวังในผลดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเองระดับสูง คือ มีคะแนนเท่ากับ 23 คะแนนขึ้นไป ระดับปานกลางมีคะแนนระหว่าง 16-22 คะแนน และระดับต่ำมีคะแนนต่ำกว่า 16 คะแนน ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองจำนวน 1 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ คือ ตรวจทุกเดือน ตรวจทุก 2-3 เดือนและไม่เคยตรวจ หากตอบตรวจทุกเดือนจะได้ 2 คะแนน หากตอบตรวจทุก 2-3 เดือนจะได้ 1 คะแนน และตอบไม่เคยตรวจ จะได้ 0 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความเข้าใจของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือในกลุ่มสตรีในชุมชน 30 คน ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง และนำมาหาค่าความเที่ยงด้วยสูตรครูดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson 20: KR-20) ในข้อคำถาม ความรู้การตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ค่าเท่ากับ 0.97 และคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาร์ค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในข้อคำถามการรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ค่าเท่ากับ 0.895 ด้านความคาดหวังในผลดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีค่าเท่ากับ 0.943 ด้านพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีค่าเท่ากับ 0.957 โดยมีค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับ 0.94

ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัย กับ ผอ.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน และกลุ่มสตรีในหมู่บ้าน เพื่อขอความร่วมมือ และดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด อธิบายขั้นตอนการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยโดยเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ระยะที่ 2 ขั้นทดลอง หลังได้รับการพิจารณาและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมาแล้ว ผู้วิจัยเริ่มทำการทดลองโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบดังนี้

กลุ่มทดลอง ใช้ระยะเวลาการจัดกิจกรรม 12 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองและจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยใช้สื่อบรรยาย ประกอบการนำเสนอ โปสเตอร์ แผ่นพับ วิดีทัศน์ ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยจรเข้ม สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยใช้ตัวแบบทางบวกเล่าประสบการณ์ของตนเองใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง สัปดาห์ที่ 3-5 การสาธิตโดยวิทยากรการตรวจเต้านมด้วยตนเองกับหุ่นจำลองที่มีความผิดปกติของเต้านม 1 ข้างพร้อมได้รับการแจกคู่มือการตรวจเต้านมด้วยตนเองและกิจกรรมการสร้างความคิดหวังในผลดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเองสัปดาห์ที่ 6-9 กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม.ในหมู่บ้าน ใช้ระยะเวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง ทุกวันพุธและวันศุกร์ของสัปดาห์ สัปดาห์ที่ 10 ทบทวนปัญหาและอุปสรรค สัปดาห์ที่ 11-12 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ ดำเนินการจัดกิจกรรมใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์เช่นกัน โดยสัปดาห์ที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองโดยใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยจรเข้มสัปดาห์ที่ 2-11 ได้รับกิจกรรมตามปกติโดยการประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละประมาณ 20 นาทีจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยจรเข้มสัปดาห์ที่ 12 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองโดยใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยจรเข้ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการ และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Dependent t-test และ Independent t-test

ทั้งนี้ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) เพื่อหาหลักการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) โดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ($p=0.200$)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้าน คือ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดในแบบสอบถาม โดยครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของสตรีกลุ่มทดลองพบว่ามีอายุเฉลี่ย 48.9 ปี สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.3 มีสถานภาพคู่และอยู่ด้วยกัน ประกอบอาชีพทำนา ทำไร่ ทำสวน ร้อยละ 80.0 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2,970.0 บาท มีบุตร ร้อยละ 93.3 โดยมีบุตรจำนวน 2 คน ร้อยละ 50.0 เคยคุมกำเนิด ร้อยละ 93.3 โดยรับประทานยาคุมกำเนิด ร้อยละ 56.7 รองลงมา คือ ฉีดยาคุมกำเนิด ร้อยละ 20.0 มีระยะเวลาคุมกำเนิดเฉลี่ย 11.5 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการตรวจพบก้อนในเต้านมของบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 90.0 ไม่เคยเข้ารับการฝึกอบรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 100.0 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งเต้านม ร้อยละ 93.3 โดยได้รับข่าวสารจากจดหมายข่าว ร้อยละ 93.3 รองลงมา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 60.0 และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 36.7

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 49.6 ปี สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.7 มีสถานภาพคู่และอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 86.7 ประกอบอาชีพทำนา ทำไร่ ทำสวน ร้อยละ 73.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2,253.3 บาท มีบุตร ร้อยละ 96.7 โดยมีบุตรจำนวน 2 คน ร้อยละ 73.3 เคยคุมกำเนิด ร้อยละ 83.3 โดยรับประทานยาคุมกำเนิด ร้อยละ 50.0 รองลงมา คือ ฉีดยาคุมกำเนิด ร้อยละ 30.0 มีระยะเวลาคุมกำเนิดเฉลี่ย 15.4 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการตรวจพบก้อนในเต้านมของบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 96.7 ไม่เคยเข้ารับการฝึกอบรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 100.0 ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งเต้านม ร้อยละ 53.3 โดยได้รับข่าวสารจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 30.0 รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 26.7 และอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 6.7

2. คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มทดลอง

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง (n = 60)

รายการ	ก่อน		หลัง		Mean Difference	t	95% CI	p-value
	การทดลอง		การทดลอง					
	M	SD	M	SD				
- ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	11.5	1.9	12.6	1.1	1.1	3.23	-1.85 ถึง -0.42	< 0.003
- การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	21.6	2.5	25.7	2.1	4.1	6.31	-5.47 ถึง -2.79	< 0.001
- ความคาดหวังในผลดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	21.8	1.9	22.6	1.5	0.8	2.08	-1.65 ถึง 0.01	0.047
- พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	19.5	3.8	24.2	2.3	4.7	5.26	-6.53 ถึง 2.87	< 0.001

จากตาราง 1 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มทดลองพบว่าสูงกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.001$)

3. คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ตาราง 2 เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 60)

รายการ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean difference	t	95% CI	p-value
	M	SD	M	SD				
- ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	12.6	1.1	11.2	1.5	1.4	4.20	-1.85 ถึง -0.42	< 0.001
- การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	25.7	2.1	23.8	2.3	1.9	3.37	-5.47 ถึง -2.79	< 0.001

ตาราง 2 (ต่อ)

รายการ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean difference	t	95% CI	p-value
	M	SD	M	SD				
- ความคาดหวังในผลดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	22.6	1.5	19.4	2.3	3.2	6.21	-1.65 ถึง -0.01	< 0.001
- พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	24.2	2.3	20.6	5.1	3.6	3.46	-6.53 ถึง -2.87	< 0.001

จากตาราง 2 พบว่าความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า กลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($p < 0.001$)

อภิปรายผล

1. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตาราง 1) ทั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยผ่านประสาทสัมผัสที่หลากหลาย ประกอบด้วย การเรียนรู้ผ่านการฟังบรรยายความรู้ประกอบสื่อสไลด์และภาพพลิกเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และได้รับการฝึกปฏิบัติกับหุ่นจำลองเต้านม อีกทั้งได้มีโอกาสซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ และได้รับคู่มือและแผ่นพับวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองกลับไปศึกษาต่อที่บ้านด้วย ซึ่งการได้รับการเรียนรู้และได้รับการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองช่วยให้เพิ่มทักษะการตรวจเต้านมและการคลำพบความผิดปกติของเต้านมได้อย่างถูกต้องซึ่งสอดคล้อง กับงานวิจัยผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในพื้นที่ตำบลเชื้อเพลิง อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและแตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตาราง 2) ทั้งนี้ เป็นผลเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการสาธิตวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การเข้ากลุ่มย่อยเพื่อฝึกปฏิบัติกับหุ่นจำลองเต้านม พร้อมรับทราบผลการปฏิบัติของตนเองโดยให้เพื่อนสมาชิกกลุ่มช่วยกันตรวจสอบ โดยมีผู้วิจัยและวิทยากรประจำกลุ่มคอยให้กำลังใจเมื่อปฏิบัติไม่ถูกต้องและให้คำแนะนำด้วยถ้อยคำที่สุภาพและเข้าใจง่ายภายใต้บรรยากาศของความเป็นกัลยาณมิตรตามปัญหาที่พบ เพื่อช่วยให้สตรีกลุ่มทดลองเหล่านั้นรับรู้ความสามารถของตนเองและเกิดความพยายามที่จะตรวจเต้านมอย่างถูกวิธีต่อไป รวมทั้งกล่าวชื่นชมเมื่อปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ สตรีกลุ่มทดลองยังได้รับทราบประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านตัวแบบ (Live Model) ที่เคยคลำได้ก่อนบริเวณเต้านมตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกและเข้ารับการรักษายาบาลจนหายขาดจากโรคแล้ว ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีความสามารถตนเองของ Bandura A, 1982 ที่อธิบายไว้ว่า ถ้าบุคคลมีความ

เชื่อในความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy) โดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้างและเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ (Outcome Expectations) บุคคลนั้นก็จะปฏิบัติในเรื่องนั้น ทั้งนี้ ปัญหาอุปสรรค, การพูดชักจูงโน้มน้าวเพื่อให้เกิดกำลังใจและเชื่อมั่นรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ และการกระตุ้นทางอารมณ์เพื่อให้เกิดความรู้สึกทางบวกอันจะทำให้ การแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้น ซึ่งการพัฒนาความสามารถตนเองอาจดำเนินการโดยวิธีใดวิธีหนึ่งหรือทั้ง 4 วิธีก็ได้ และสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะและความยั่งยืนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยง พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน ทักษะในระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในผลดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและแตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตาราง 2) ทั้งนี้ เป็นผลเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับฟังการบอกเล่าผลดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำทุกเดือนผ่านตัวแบบและญาติของตัวแบบที่คลำพบก่อนบริเวณเต้านมตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกและเข้ารับการรักษาพยาบาลจนหายขาดจากโรคแล้ว รวมทั้งได้รับฟังการบอกเล่าผลดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอเป็นประจำทุกเดือน บุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเมื่อเชื่อว่าการกระทำดังกล่าวก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการทั้งนี้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านกายภาพหรือผลต่อร่างกาย ด้านสังคมและด้านประเมินด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีที่มารับบริการในคลินิกวิทยทองของโรงพยาบาลศูนย์ยะลา โรงพยาบาลปัตตานี และโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตาราง 2) ทั้งนี้ เป็นผลเนื่องจากกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมจากการบรรยายประกอบสื่อที่หลากหลาย ทราบวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องจากการสาธิตโดยวิทยากรประจำกลุ่ม รับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเองจากการเข้ากลุ่มย่อยเพื่อฝึกปฏิบัติกับหุ่นจำลองเต้านม ทำให้ตระหนักถึงผลดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำทุกเดือนผ่านตัวแบบภายนอกกลุ่มที่เคยคลำพบก่อนบริเวณเต้านมตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกและเข้ารับการรักษาพยาบาลจนหายขาดจากโรคแล้ว ญาติของตัวแบบและวิทยากร รวมทั้งจากการนำความรู้และทักษะที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้านแล้วนำมาอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันระหว่างเพื่อนสมาชิก ผู้วิจัย และวิทยากร เพื่อให้กลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในเชิงบวกและร่วมกันค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาอันนำไปสู่ความมั่นใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกวิธีต่อไป นอกจากนี้ ในสัปดาห์ที่ 7 และ 11 กลุ่มทดลองยังได้รับการติดตามและประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านการเยี่ยมบ้านด้วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป ในตำบลกระซอน อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 70.0) การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 66.7) ความคาดหวังในผลดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ

70.0) พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 63.3) ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 90.0) และการกระตุ้นเตือนของบุคคลในครอบครัวอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 93.3) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนของทั้ง 4 ด้านสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ในกลุ่มสตรีแกนนำเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างและขยายผลสู่ชุมชน โดยการจัดอบรม การแจกแผ่นพับความรู้และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม เป็นการเพิ่มแรงจูงใจ รับรู้ประโยชน์ และความสามารถในการตรวจเต้านม ลดอุปสรรค มีทัศนคติที่ดีละเกิดทักษะการตรวจเต้านมที่ถูกต้อง และเป็นประโยชน์อย่างแท้จริงต่อผู้ใช้บริการ
2. ดำเนินการออกเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง 3 ครั้ง เนื่องจากการเยี่ยมบ้านจะทำให้เกิดความต่อเนื่องและเป็นการกระตุ้นให้ตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ ทำให้ส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพและประสิทธิของโปรแกรม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามและประเมินผลโดยเพิ่มระยะเวลาในการติดตามนานขึ้นเพื่อประเมินความคงทนของพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี

เอกสารอ้างอิง

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. (2557). *เอกสารสรุปผลการดำเนินงานข้อมูลมะเร็งเต้านม*. นครราชสีมา.
- สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ. (2545). *คู่มือบุคลากรสาธารณสุขในการปฏิบัติงานโครงการส่งเสริมสุขภาพสตรี และป้องกันโรคมะเร็งเต้านม*. กระทรวงสาธารณสุข.
- ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา. (2559). *รายงานอัตราการป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม*. นครราชสีมา.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยจรเข้ม. (2559). *รายงานประจำปี*. นครราชสีมา: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยจรเข้ม.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *การตรวจเต้านมด้วยตนเอง*. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- อรุณ จิรวรรณกุล. (2548). *ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนาวิทยา.
- สุขสรรค์ นิพนธ์ไชย. (2556). *ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป ในตำบลกระซอน อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา*. (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน). นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.

Bandura, A. (1982). The Assessment and Predictive Generality of Self-Percepts of Efficacy.
Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 13(1), 195-199.

พฤติกรรมการบริโภคผักให้ปลอดภัยจากสารพิษของประชาชน
บ้านแสนสำราญ ตำบลสามขา อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

People's Behavior of Pesticide-residue Free Vegetable Consumption of
Ban Sean-Sam-Ran, Samkha Sub-District, Kuchinarai District, Kalasin Province

ลออรัตน์ จิตต์พงษ์¹, เบนญาภา กาลเขว้า^{2*} และ ประทีป กาลเขว้า³

La-orrat Jitpong¹, Benyapa Kankhwao^{2*} and Prateep Kankhwao³

โรงพยาบาลนามน^{1*}, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น², วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น³

Namon Hospital¹, Sirindorn College of Public Health, Khon Kaen Province^{2*},

Sirindorn College of Public Health, Khon Kaen Province³

(Received: October 22, 2018; Revised: July 22, 2019; Accepted: July 22, 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคผักให้ปลอดภัยจากสารพิษของประชาชนบ้านแสนสำราญ ตำบลสามขา อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการเตรียมอาหารภายในครัวเรือนจำนวน 98 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยน้ำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการบริโภคผักให้ปลอดภัยจากสารพิษ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยวิเคราะห์ค่าความตรงเชิงเนื้อหา อยู่ในช่วง 0.67-1.00 วิเคราะห์ความเที่ยงของแบบทดสอบโดยวิธีคูเดอร์ ริชาร์ดสันโดยใช้สูตรKR -20 ได้เท่ากับ 0.50 ค่าความยากง่าย (P) อยู่ระหว่าง 0.3 - 0.5 และ ค่าอำนาจจำแนก (r) อยู่ระหว่าง 0.2 - 0.7 และวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทัศนคติ ปัจจัยเสริม และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคผักให้ปลอดภัยจากสารพิษ เท่ากับ 0.77, 0.85 และ 0.71 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ผลการวิจัยพบว่า

พฤติกรรมการบริโภคผักให้ปลอดภัยจากสารพิษอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.39 รองลงมา มีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 30.61

ควรมีการให้ความรู้แก่ประชาชนเรื่องผักปลอดสารพิษ มาตรฐานรับรองความปลอดภัยและการบริโภคผักให้ปลอดภัยจากสารพิษแก่ประชาชน

คำสำคัญ: พฤติกรรม, การบริโภค, ผักปลอดภัยจากสารพิษ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: ben_yak@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-2792110)

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to explore behavior of pesticide-residue free vegetable consumption of people in BanSeansamran, Samkha Sub-district, Kuchinarai District, Kalasin Province. Participants were 98 persons who had their responsibility for preparing foods in the households selected by simple random sampling. Questionnaires were used to collect the data linked to personal information, leading factors, facilitating factors, reinforced factors and also behavior of pesticide-residue free vegetable consumption. There were the reliability of the test=0.50 by using Kuder–Richardson (KR-20), the difficulty index=0.3-0.5 and the discrimination index =0.2-0.7. Additionally, the reliabilities of questionnaire tested by Cronbach's alpha coefficient were 0.77 for attitude, 0.85 for reinforced factors and 0.71 for behavior of pesticide-residue free vegetable consumption. Data were analyzed by using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum and maximum.

The results revealed that the participants had their behavior of pesticide-residue free vegetable consumption at a moderate level (69.39%) and then at a good level (30.61%).

Keywords: People's Behavior, Consumption, Pesticide-Residue Free Vegetable

บทนำ

ผักและผลไม้สดเป็นอาหารที่มีความสำคัญต่อสุขภาพมนุษย์ ให้สารอาหารที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโต และช่วยรักษาสมดุลของร่างกาย อีกทั้งองค์การอนามัยโลกได้กำหนดเกณฑ์การบริโภคผักและผลไม้สด วันละ 400 - 600 กรัม โดยให้ผัก 3 ส่วน ผลไม้ 2 ส่วน ซึ่งเป็นปริมาณการบริโภคที่สามารถลดความเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เส้นเลือดในสมองตีบ ลดลงได้ร้อยละ 19 มะเร็งกระเพาะอาหาร ร้อยละ 19 มะเร็งหลอดอาหาร ร้อยละ 20 และมะเร็งลำไส้ร้อยละ 2 (กระทรวงสาธารณสุข, 2555) สถานการณ์การตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สดในปัจจุบัน ยังเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ผู้บริโภคส่วนใหญ่ไม่มั่นใจและไม่สามารถเข้าถึงผักและผลไม้สดที่มีคุณภาพและความปลอดภัยได้(สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2559) การได้บริโภคผักต่าง ๆ ที่ปลอดภัยจากสารพิษในปริมาณที่เหมาะสมจะช่วยให้ร่างกายมีสุขภาพที่ดี และแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยง่าย ในทางตรงกันข้ามหากร่างกายขาดอาหารประเภทผักได้รับไม่เพียงพอหรือบริโภคผักที่มีสารพิษตกค้างในปริมาณมากเข้าไปจะทำให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานได้ไม่ปกติ อาจเกิดอาการผิดปกติและทำให้ความต้านทานโรคต่าง ๆ ของร่างกายลดลง (เมตตา คำพิบูลย์, 2557)

จากการสุ่มเก็บตัวอย่างผักมาทดสอบจากหลายจังหวัดทั่วประเทศและในทุกฤดูกาลตรวจพบผักที่มีสารเคมีจากยาฆ่าแมลงตกค้างอยู่หลายชนิด เช่น ผักคะน้า พบสารเคมีตกค้างร้อยละ 85 ผักบุ้งจีนร้อยละ 98 ผักกวางตุ้งร้อยละ 99 และกะหล่ำปลี ถั่วฝักยาว มะเขือเทศ แตงกวา พบมากถึงร้อยละ 100 ปัจจุบันมีการใช้สารกำจัดศัตรูพืชกันอย่างแพร่หลายทำให้มีสารเคมีตกค้าง โดยเฉพาะผักที่นิยมบริโภคกันทั่วไป เช่น ผักคะน้า กวางตุ้ง

ถั่วฝักยาว (เครือข่ายเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช, 2559) ซึ่งสารเคมีบางชนิดอาจทำลายเอนไซม์ของระบบประสาท ถ้าได้รับปริมาณมากจะปวดศีรษะอ่อนเพลีย คลื่นไส้ และผลกระทบที่เป็นพิษเรื้อรังซึ่งเกิดจากการสะสม เช่น สะสมในหลอดเลือดจนตีบตัน หรือสะสมในเซลล์ อวัยวะต่าง ๆ จนเกิดความผิดปกติของการทำงานของเซลล์ และอวัยวะต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดโรคหรือปัญหาอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองโรคมะเร็ง โรคผิวหนังต่าง ๆ การเป็นหมัน เป็นต้น (กรมอนามัย, 2554)

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของจังหวัดกาฬสินธุ์ได้แก่ โรคมะเร็ง พบเป็นสาเหตุการตายอันดับแรกอัตราตายปี 2554-2558 ใกล้เคียงกัน 48.29, 48.73, 49.19, 49.10 และ 39.12 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2558) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งที่สำคัญส่วนใหญ่เกิดจากสิ่งแวดล้อมภายนอกร่างกาย จากสารก่อมะเร็งที่ปนเปื้อนในอาหารปิ้งย่าง สารเคมีในผักและผลไม้ เชื้อไวรัส พยาธิใบไม้ในตับ เป็นต้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2554) จากสถานการณ์ข้างต้นทำให้ผู้วิจัยเห็นว่าประชาชนมีโอกาสเสี่ยงในการบริโภคผักที่มีสารเคมีตกค้างซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคมะเร็ง อีกทั้งจังหวัดกาฬสินธุ์ได้กำหนดทิศทาง และขับเคลื่อนแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนด้านสุขภาพภายใต้ 3 ตัวชี้วัดกำหนดโครงการกาฬสินธุ์ 3 ดี “กาฬสินธุ์คนดี สุขภาพดี รายได้ดี” โดยมีมิติด้านสุขภาพดี กำหนดให้ชุมชนสามารถจัดการโรคและภัยสุขภาพได้ด้วยตนเอง แก้ปัญหาสารเคมีตกค้างในอาหารและกระแสเลือดจนอยู่ในระดับปลอดภัยการใช้ผักสมุนไพรพื้นบ้านดูแลสุขภาพโดยมีปัจจัยที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีบนพื้นฐานของคุณภาพการดูแลสุขภาพในพื้นที่ ประชาชนได้รับการบริโภคอาหารที่ปลอดภัยถูกต้องตามหลักโภชนาการเฝ้าระวังสารเคมีตกค้างในผักสด

จากความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการบริโภคผักให้ปลอดภัยจากสารพิษของประชาชนบ้านแสนสำราญ ตำบลสามขา อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินสถานการณ์การบริโภคผักให้ปลอดภัยอันจะนำไปสู่การหาแนวทางป้องกันและแก้ปัญหาพฤติกรรมเลือกบริโภคผักที่ไม่ถูกต้องอีกทั้งเพื่อกำหนดการให้ความรู้และพฤติกรรมที่ถูกต้องในการบริโภคผักแก่ประชาชนซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาศักยภาพผู้บริโภคและส่งเสริมให้ผู้บริโภคเห็นความสำคัญของการบริโภคผักให้ปลอดภัย สนับสนุนให้มีโครงการรณรงค์จากหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ เกี่ยวกับการบริโภคผักที่ปลอดภัยมากขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคผักให้ปลอดภัยจากสารพิษของประชาชนบ้านแสนสำราญ ตำบลสามขา อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการเตรียมอาหารภายในครัวเรือนๆละ 1 คน ที่อาศัยอยู่ในบ้านแสนสำราญ ตำบลสามขา อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 130 ครัวเรือน (สำนักทะเบียนอำเภอกุฉินารายณ์, 2559)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คัดเลือกจากผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการเตรียมอาหารภายในครัวเรือน ๆ ละ 1 คน จำนวน 130 ครัวเรือน โดยผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วน ขนาดตัวอย่างได้จำนวน 98 คน

จากนั้นจึงทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling: SRS) โดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืนจากจำนวนบ้านเลขที่ทั้งหมด ให้ได้ขนาดตัวอย่างตามที่คำนวณไว้ คือ 98 ครัวเรือน ๆ ละ 1 คน รวม 98 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบทดสอบความรู้ และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคผักให้ปลอดภัยจากสารพิษ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ส่วนได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ 2) ปัจจัยนำในการบริโภคผักให้ปลอดภัยจากสารพิษ (ความรู้ จำนวน 10 ข้อ และ ทศนคติในการบริโภคผักให้ปลอดภัยจากสารพิษ จำนวน 10 ข้อ) 3) ปัจจัยเอื้อในการบริโภคผักให้ปลอดภัยจากสารพิษ จำนวน 5 ข้อ 4) ปัจจัยเสริมในการบริโภคผักให้ปลอดภัยจากสารพิษ จำนวน 10 ข้อ และ 5) พฤติกรรมการบริโภคผักให้ปลอดภัยจากสารพิษ จำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

สร้างแบบสอบถามและแบบทดสอบจากแนวความคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ โดยวิเคราะห์ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) (อยู่ในช่วง 0.67-1.00) วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบทดสอบโดยวิธีคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson Method) โดยใช้สูตร KR-20 ได้เท่ากับ 0.50, ค่าความยากง่าย (P) อยู่ระหว่าง 0.3 - 0.5 และค่าอำนาจจำแนก (r) อยู่ระหว่าง 0.2 - 0.7 และ วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทัศนคติ, ปัจจัยเสริม และ แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคผักให้ปลอดภัยจากสารพิษ เท่ากับ 0.77, 0.85 และ 0.71 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอหนังสือจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ถึงผู้นำชุมชนเพื่อติดต่อประสานงาน และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ขั้นตอนและกระบวนการของการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตามกลุ่มตัวอย่างที่ได้กำหนดไว้ด้วยตนเอง โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม ถึง เดือนธันวาคม 2560 และตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบในแบบสอบถาม ทั้ง 98 ชุด และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคผักให้ปลอดภัยจากสารพิษของประชาชนบ้านแสนสำราญ ตำบลสามขา อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE6005059

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 98)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	73	74.49
ชาย	25	25.51
อายุ		
15 - 24 ปี	11	11.22
25 - 34 ปี	10	10.20
35 - 44 ปี	30	30.61
45 - 54 ปี	18	18.37
55 ปีขึ้นไป	29	29.60
$\bar{X}=44.57$, $SD=13.76$, $Median=43.50$, $Min=17$, $Max=68$		
สถานภาพการสมรส		
สมรส	57	58.16
หม้าย	16	16.33
โสด	14	14.29
หย่าร้าง	11	11.22
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	71	72.45
ปริญญาตรี	27	27.55
อาชีพ		
เกษตรกรกรรม	42	42.86
รับจ้างทั่วไป	25	25.51
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	11	11.22
นักเรียน/นักศึกษา	9	9.19
รับราชการ	6	6.12
พนักงานโรงงาน	5	5.10
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	56	57.14
5,001 - 10,000 บาท	26	26.53
10,001 - 20,000 บาท	12	12.25
20,000 ขึ้นไป	4	4.08

จากตาราง 1 พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.49 อายุเฉลี่ย 44.57 ปี ($SD=13.76$) สถานภาพสมรสร้อยละ 58.16 จบการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรีและระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 72.45 และ 27.55 ตามลำดับ มีอาชีพเกษตรกรกรรมและอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 42.86 และ 25.51 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 57.14

2. พฤติกรรมการบริโภคผักให้ปลอดภัยจากสารพิษของประชาชนบ้านแสนสำราญ ตำบลสามขา อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ ทักษะ ระดับการได้รับข้อมูลข่าวสาร และระดับพฤติกรรม (n =98)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้		
ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 6 คะแนน)	32	32.65
ระดับปานกลาง (6 - 7 คะแนน)	44	44.90
ระดับมาก (8 - 10 คะแนน)	22	22.45
$M=6.08, SD=1.86, Median=6, Min=1, Max=10$		
ทัศนคติ		
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66)	22	22.45
ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00)	76	77.55
$M =3.92, SD=0.35, Median=3.90, Min=3.20, Max=4.70$		
ระดับการได้รับข้อมูลข่าวสาร		
ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33)	22	22.45
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66)	59	60.20
ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00)	17	17.35
$M =2.95, SD=0.76, Median=3.20, Min=1.20, Max=4.60$		
ระดับพฤติกรรมการบริโภคผักให้ปลอดภัยจากสารพิษ		
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66)	68	69.39
ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00)	30	30.61
$M =3.46, SD=0.34, Median=3.50, Min=2.60, Max=4.30$		

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผักให้ปลอดภัยจากสารพิษ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.90 ส่วนใหญ่ตอบถูกต้องในข้อความที่ว่าสะเดาเป็นพืชที่นิยมนำมาทำเป็นน้ำหมักเพื่อไล่ศัตรูพืชร้อยละ 82.65 รองลงมา คือ ผักพื้นบ้านเช่น ตำลึงชะอมหัวปลีจัดเป็นผักปลอดภัยจากสารพิษ ร้อยละ 80.61 การเลือกซื้อผักควรเลือกผักที่ไม่มีร่องรอยการทำลายของศัตรูพืช ร้อยละ 71.43 และน้อยที่สุด คือ ผักกินหัวสะสมสารพิษไว้มากกว่าผักกินใบ ร้อยละ 38.78 ส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคผักให้ปลอดภัยจากสารพิษอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 77.55 กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก โดยเห็นด้วยในข้อความที่ว่า การกินผักปลอดจากสารพิษจะทำให้ร่างกายแข็งแรงมากที่สุด ($M=4.46, SD=0.73$) รองลงมาได้แก่การกินผักที่ปลอดจากสารพิษลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งได้ ($M=4.36, SD=0.66$) คนทั่วไปนิยม

กินผักปลอดจากสารพิษเพราะคำนึงถึงสุขภาพ ($M=4.28$, $SD=0.80$) และเห็นด้วยในข้อข้อความที่ว่า ราคามีผลต่อการเลือกซื้อผักปลอดจากสารพิษน้อยกว่าข้ออื่น ๆ ($M=3.42$, $SD=0.87$) ส่วนใหญ่มีการเข้าถึงแหล่งบริการคือ การปลูกผักไว้รับประทานเองมากที่สุด ร้อยละ 84.69 รองลงมาคือ ตลาดขายผักปลอดสารพิษ แหล่งซื้อ/ผลิตผักปลอดสารพิษ ใกล้บ้านร้อยละ 82.65 และ 81.63 ตามลำดับกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคผักให้ปลอดภัยจากสารพิษอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.20 รองลงมา ได้รับข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับน้อยและระดับมากร้อยละ 22.45 และ 17.35 ตามลำดับโดยส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคผักให้ปลอดภัยจากสารพิษจากโทรทัศน์มากที่สุด ($M=3.93$, $SD=0.88$) รองลงมา ได้แก่ พ่อแม่ ญาติพี่น้อง ($M=3.40$, $SD=1.02$) อินเทอร์เน็ต ($M=3.19$, $SD=1.17$) มีพฤติกรรมการบริโภคผักให้ปลอดภัยจากสารพิษอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.39 รองลงมา มีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 30.61 โดยปฏิบัติในข้อความที่ว่าท่านเลือกบริโภคผักที่มีในท้องถิ่นหรือปลูกไว้กินเองมากที่สุด ($M=4.17$, $SD=0.89$) รองลงมา ได้แก่ ท่านซื้อผักที่มีร่องรอยการกัดแทะทำลายของแมลง ($M=3.84$, $SD=0.66$) ท่านสังเกตป้ายสัญลักษณ์อาหารปลอดภัยก่อนตัดสินใจเลือกซื้อหรือบริโภค ($M=3.82$, $SD=1.09$) และปฏิบัติในข้อความที่ว่าท่านบริโภคผักกินใบที่ซื้อจากท้องตลาด เช่น คะน้า กะเพรา กวางตุ้ง ผักบุ้งจีน น้อยกว่าข้ออื่น ๆ ($M=2.86$, $SD=0.98$)

อภิปรายผล

การศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคผักให้ปลอดภัยจากสารพิษอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้อย่างสม่ำเสมอจากสื่อโทรทัศน์และคนใกล้ชิด ตลอดจนความต้องการของร่างกายที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ซึ่งเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งในพฤติกรรมการเลือกซื้อผักมาบริโภคและความต้องการด้านความปลอดภัย เป็นความต้องการที่เพิ่มขึ้นมาจากความต้องการเพื่อการอยู่รอดเป็นความต้องการความปลอดภัยจากอันตรายต่าง ๆ ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้บริโภคยังมีความต้องการความปลอดภัยในการบริโภคผักปลอดสารพิษแต่อาจรู้ไม่ครอบคลุมและมีความสับสนในประเด็นผักปลอดสารพิษ และมาตรฐานรับรองความปลอดภัย จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคผักให้ปลอดภัยจากสารพิษอยู่ในระดับปานกลางซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภัสสรกันต์ ทรัพย์มหาโชค และกิริติ กมลประเทืองกร (2560) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการเลือกซื้อผักปลอดสารพิษอยู่ในระดับปานกลาง

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องผักปลอดสารพิษ มาตรฐานรับรองความปลอดภัยและการบริโภคผักให้ปลอดภัยจากสารพิษให้ครอบคลุมและเข้าใจตรงกัน เพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนัก ใส่ใจในพฤติกรรมการบริโภคผักให้ปลอดภัยต่อไป
2. ส่งเสริมให้ทุกครัวเรือนปลูกผักสวนครัวไว้รับประทานเอง เช่น กะเพรา ผักบุ้ง ซึ่งปลูกได้ทุกฤดูกาล
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสนับสนุนให้มีโครงการอาหารปลอดภัย ผักข้างบ้าน อาหารข้างรั้ว หลีกเลี่ยงการใช้สารเคมีและมีเอกสารเผยแพร่ให้ความรู้ เช่น แผ่นพับ
4. ส่งเสริมให้มีเครื่องหมายมาตรฐานด้านความปลอดภัยรับรองและมีการจัดอบรมโครงการอาหารปลอดภัยภายในหมู่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษารูปแบบการบริโภคผักให้ปลอดภัยจากสารพิษในบุคลากรที่มีสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคผักให้ปลอดภัยจากสารพิษ
2. ควรศึกษาสารพิษตกค้างในผัก โดยการสุ่มเก็บตัวอย่างผักไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2554). *ผักสด ผลไม้ ปลอดภัย ชีวิตปลอดภัย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *สธ. แนะนำกินผักและผลไม้สดวันละไม่น้อยกว่าครึ่งกิโลกรัม จะลดการป่วยและเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดได้ร้อยละ 30 โรคเส้นเลือดสมองตีบร้อยละ 19. สืบค้นเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2559, จาก cro.moph.go.th*
- เครือข่ายเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช. (2559). *เปิดผลตรวจ 10 ผักยอดนิยมของคนไทย. สืบค้นเมื่อ 23 สิงหาคม 2559, จาก <http://thaipublica.org/2015/03/veget-chemical>*
- ภัสสรกันต์ ทรัพย์มหาโชค และกิริติ กมลประเทืองกร. (2560). พฤติกรรมการเลือกซื้อผักปลอดสารพิษของผู้บริโภคตามหลักเบญจศีลและเบญจธรรม. *วารสาร มจร การพัฒนาสังคม*, 2(1), 11-19
- เมตตา คำพิบูลย์. (2557). *อาหารปลอดภัยเป็นจริงได้ ผู้บริโภคต้องแสดงพลังช่วยผู้ผลิต. สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2559, จาก <http://www.thaihealth.or.th/Content-fb/26272>*
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2559). *กินผักผลไม้วันละ 400 กรัม ต้านโรค. สืบค้นเมื่อ 24 สิงหาคม 2559, จาก <http://www.thaihealth.or.th/Content/31659-.html>*
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2559). *สถิติสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ปี 2554-2557. สืบค้นเมื่อ 24 สิงหาคม 2559, จาก http://203.157.186.15/files_news/1_2559%20edited%2025590126.pdf*
- สำนักทะเบียนอำเภอภูผามาศ. (2559). *แบบรายงานบัญชีคนในบ้าน. ที่ว่าการอำเภอภูผามาศ*.

คำแนะนำการส่งบทความ

คำแนะนำการเตรียมและส่งบทความ

กองบรรณาธิการวารสารสภาสาธารณสุขชุมชน (Journal of Council of Community Public Health : JCCPH) ขอเชิญสมาชิกสภาสาธารณสุขชุมชน และผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการและวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาในวารสารอื่นและเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสารเพื่อความสะดวกในการส่งบทความวิชาการและวิจัย มีข้อเสนอดังนี้

ข้อกำหนดและชนิดของเรื่องจะตีพิมพ์

1. เป็นผลงานวิชาการ ประเภทบทความ ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. ผลงานวิชาการและงานวิจัยจะได้รับการพิจารณากลับกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควรไม่น้อยกว่า 2 คน
4. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ (ยกเว้นการตีพิมพ์ในสองปีแรก ปี พ.ศ. 2562 - 2563 ฟรี)
 - สมาชิกสภาสาธารณสุขชุมชน ตีพิมพ์ เรื่องละ 2,500 บาท
 - บุคคลอื่นๆหรือไม่ได้เป็นสมาชิกสภาสาธารณสุขชุมชน ตีพิมพ์ เรื่องละ 3,000 บาท
 - กรรมการสภาสาธารณสุขชุมชนหรือเคยเป็นกรรมการสภาฯ ไม่เสียค่าตีพิมพ์

การเตรียมต้นฉบับ

วารสารสภาสาธารณสุขชุมชนได้กำหนดรูปแบบการเขียนบทความที่จะลงในวารสาร ดังนี้

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน-ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง) และรายการ อ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลางขนาดอักษร 17
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรง กับชื่อผู้พิมพ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์และ e-mail ในส่วนล่างสุด
4. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ต่อบทคัดย่อ
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16
7. การใช้ตัวเลขคำย่อและวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning

8. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

8.1 บทความวิจัย (ภาษาไทย)

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐาน (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- การเก็บรวบรวมข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- รายการอ้างอิง

8.2 บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ)

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Objectives
- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework
- Methods
- Population and Sample
- Research Instrument
- Validity and Reliability of the Research Instrument
- Data Collection
- Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent
- Results
- Discussion
- Implication of the Results

- Recommendation for Further Study

- References

9. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (Abstract)

- บทนำ (Introduction)

- เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ

- สรุป (Conclusion)

- ข้อเสนอแนะ (Suggestion)

- รายการอ้างอิง (References)

10. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 5th Edition

การแจ้งเตือนเกี่ยวกับลิขสิทธิ์

1. บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน ที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

2. บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ถือเป็นลิขสิทธิ์ของ วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับสมบูรณ์เพื่อการพิจารณาลงตีพิมพ์เผยแพร่ใน “วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน” โดยส่งไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ต้นฉบับในรูปแบบ word และ pdf ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ไปที่ e-mail address: The.JCCPH@gmail.com โดยใช้ชื่อเรื่องหรือ Subject ว่า ส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ของ....(ชื่อเจ้าของบทความชื่อแรก).....

สถานที่ติดต่อสอบถาม

กองบรรณาธิการวารสาร สภาการสาธารณสุขชุมชน

88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 02-5919186, 091-8348711 โทรสาร 02-5919187

สมัครส่งบทความลงตีพิมพ์ ในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
(การกรอกใบสมัครโปรดใช้วิธีการพิมพ์)

เรียน บรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ชื่อ - นามสกุล.....

ตำแหน่งทางวิชาการ

☐ ศาสตราจารย์ ☐ รองศาสตราจารย์ ☐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ☐ อาจารย์

☐ นักวิชาการสาธารณสุข ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

สถานที่ทำงาน

.....
.....
.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail

มีความประสงค์ขอส่งผลงานบทความเรื่อง :

ชื่อบทความ

.....
.....

กองบรรณาธิการสามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่ ☐ สถานที่ระบุข้างต้น ☐ ที่อยู่ดังต่อไปนี้

.....
.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail

กรณีที่ไม่สามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ กองบรรณาธิการสามารถติดต่อบุคคลดังต่อไปนี้

ชื่อ - นามสกุล.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail มีความเกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าของบทความ

ส่งใบสมัครและบทความได้ที่

กองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตำบลตลาดขวัญ

อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 02-5919186, 091-8348711 โทรสาร 02-5919187

e-mail address: The.JCCPH@gmail.com



สภาการสาธารณสุขชุมชน

อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

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

 www.ccph.or.th

 [ccph.th.org](https://www.facebook.com/ccph.th.org)

 @ccph.or.th

 02-591-9186

