

Received: 5 Dec. 2022, Revised: 8 Jan. 2023

Accepted: 11 Jan. 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ

พรพรา เติบจันทิก¹ นครินทร์ อลิพงษ์^{2*}

บทคัดย่อ

โรคเรื้อรังเป็นโรคพบบ่อยและมีอัตราการป่วยที่เพิ่มขึ้นทุกปี สำหรับประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคเรื้อรังถึง 14 ล้านคน และในจำนวนนี้มีบุคลากรทางสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) รวมอยู่ด้วย โดยอำเภอเมืองจังหวัดศรีสะเกษมี อสม.ที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังถึงร้อยละ 77.48 การวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ และในเขตอำเภอเมืองศรีสะเกษ ยังไม่มีการศึกษาการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่ม อสม.ที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ชัดเจน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยรูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research And Development) ดำเนินการศึกษาริบทและพัฒนาโปรแกรมขึ้นมาและทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความรู้และการปฏิบัติก่อนและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และกลุ่มทดลองมีความรู้และการปฏิบัติมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ คือ เนื่องจากระยะเวลาของการจัดกิจกรรมของโปรแกรมนั้นเป็นการจัดกิจกรรมระยะยาว และต้องมีการจัดกิจกรรมทุกสัปดาห์ จึงทำให้การติดตามกลุ่มตัวอย่างให้เข้าร่วมกิจกรรมให้ครบตามโปรแกรมมีข้อจำกัด ในการประยุกต์ใช้โปรแกรมในกลุ่มอื่นๆอาจจะต้องมีการปรับความถี่ในการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายนั้นๆ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโปรแกรมสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามที่กำหนด

คำสำคัญ โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรคเรื้อรัง

¹ งานสุขศึกษา โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

² งานอาชีวอนามัย โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

* corresponds author ; Email address : Nakarin21016@gmail.com

Original Article

Development of a Participatory Health Promotion Program for Village Health Volunteers with Chronic Non-communicable Diseases Mueang Sisaket District

Ponwara Terbjantuk¹ Nakarin Asiphong^{2*}

Abstract

Numerous patients are affected by chronic diseases, and the morbidity rate has been rising year over year. There are 14 million chronic disease patients in Thailand, including medical professionals and community health volunteers. Village health volunteers in Muang District, Sisaket Province, suffer chronic illnesses in up to 77.48% of cases. The majority of research on health promotion initiatives is focused on the elderly. Because there are no official health promotion studies in that group, the researcher conducted a study to design and evaluate the outcomes of a participatory health promotion program for village health volunteers with chronic non-communicable diseases in Muang Sisaket District. The study was designed for research and development by conducting a contextual study, developing a program, and testing it on a sample group of 30 people divided into an experimental and a comparison group. The results showed that the experimental group had statistically significantly different scores of knowledge and practice before and after the experiment. At the significance level of 0.05, the experimental group had statistically significantly more knowledge and practice than the comparison group. at a significance level of 0.05. Conclusion and recommendations Due to the duration of the program, it is a long-term event. And there must be an activity every week; it makes it a limitation for the follow-up sample group to participate in all activities according to the program. In applying the program to other groups, the frequency of activities may need to be adjusted in accordance with the needs of that target group so that they can participate in all activities of the program.

Keywords : health promotion program, village health volunteers, Chronic Disease

¹ Health Education Department Sisaket Hospital, Sisaket province

² Occupational health Safety Department Sisaket Hospital, Sisaket province

*corresponds author ; Email address : Nakarin21016@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันกลุ่มโรคเรื้อรัง หรือ Non – communicable diseases (NCDs) ได้แก่โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นโรคที่พบมากและมีอัตราการป่วยที่เพิ่มขึ้นทุกปี และเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้คุณภาพชีวิตของบุคคล ครอบครัว และชุมชนน้อยลง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) โรคหัวใจ โรคไตวาย ส่งผลให้มีการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกถึงปีละ 38 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 68 ของการเสียชีวิต สำหรับประเทศไทยโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง โดยมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังถึง 14 ล้านคน เสียชีวิตปีละกว่า 320,000 คน และคาดว่าจะมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นในทุกๆ ปี ซึ่งส่วนใหญ่เสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี¹

สำหรับจังหวัดศรีสะเกษพบว่ามียอดผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2561-2565 พบว่า อัตราผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ดังนี้ 4808.21, 5171.22, 5578.46, 5923.35 และ 6138.92 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ดังนี้ 9381.36, 10125.61, 10930.54, 11778.28 และ 12315.92 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ² นอกจากนี้หากพิจารณาจากผลการคัดกรองประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้น พบว่า มีกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสกลายเป็นผู้ป่วยรายใหม่ โรคเบาหวาน 57,372 คน (ร้อยละ 13.29) และโรคความดันโลหิตสูง 116,062 คน (ร้อยละ 28.39) ซึ่งรวมแล้วจังหวัดศรีสะเกษมีโอกาสมิที่จะมีการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคเรื้อรังนับเฉพาะเบาหวานกับความดันโลหิตสูง เท่ากับ 173,434 คน³ และอาจนำมาซึ่งการสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องเพิ่มมากขึ้นต่อไป

สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพในประชากรจำเป็นต้องส่งเสริมการมีวิถีชีวิตที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ การสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง และการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพที่เน้นเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในประชากร โดยจำเป็นต้องคำนึงถึงการนำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพไปใช้ได้บริบทที่มีข้อจำกัดด้านสภาพแวดล้อม และเศรษฐกิจ มาตรการสำคัญอย่างหนึ่งที่จะทำให้เป้าหมายดังกล่าวบรรลุ คือ การมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย และมีการทำงานร่วมกับ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตามแนวคิดของกระทรวงสาธารณสุข⁴ ได้ระบุว่า คุณลักษณะของ อสม. จะต้องมีความรู้ด้านโรคเรื้อรัง และสมรรถนะในการบริการด้านโรคเรื้อรังในชุมชน ซึ่งจะส่งผลให้มีสมรรถนะในการบริการด้านโรคเรื้อรังในชุมชนสูง แต่ในความเป็นจริงแล้วในจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหมด พบว่า มีบางส่วนเป็น อสม. ด้วย โดยในพื้นที่เขตอำเภอเมืองจังหวัดศรีสะเกษ มีจำนวน อสม. ทั้งหมด 2,278 คน ซึ่งป่วยเป็นโรคเบาหวาน ถึงร้อยละ 30.1 และป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง ร้อยละ 47.4 และป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 18.3³ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ในบทบาทที่เป็นอาสาสมัครทางด้านสาธารณสุขเองก็ยังมีปัญหา ด้านสุขภาพเช่นเดียวกับกับผู้ป่วย ดังนั้น จึงทำให้ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานหรือการสื่อสารความเสี่ยงเรื่องโรคเรื้อรังอาจไม่สามารถเข้าถึงหรือสื่อสารได้ดีเท่าที่ควร เนื่องด้วยการที่ยังไม่สามารถปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างในการมีสุขภาพที่ดีได้จึงทำให้ประชาชนขาดความมั่นใจและเชื่อมั่นที่จะรับฟังและปฏิบัติตามข้อแนะนำต่างๆ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ดำเนินการในพื้นที่ที่ไม่ใช่เขตเมือง การกำหนดรูปแบบและกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ทำโดยผู้วิจัย และมีการประเมินผลของโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพ หรือพฤติกรรมสุขภาพ กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพบางอย่าง^{5,6} และที่ผ่านมา ในเขตอำเภอเมืองศรีสะเกษ ยังไม่มีการศึกษาการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่ม อสม. ที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาเพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอเมืองศรีสะเกษ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ AIC เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ และเพื่อใช้ข้อมูลผลการพัฒนาโปรแกรมนี้เป็นข้อมูลในการวางแผนและพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้เกิดประสิทธิผล และสามารถขยายผลไปสู่กลุ่มเป้าหมายอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ

2) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research And Development) โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงสำรวจ(observational) และ กึ่งทดลอง(Quasi-Experimental)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ อสม. ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองศรีสะเกษ ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และอาศัยอยู่ในพื้นที่เขตอำเภอเมืองศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. ที่ปฏิบัติงานในเขตอำเภอเมืองศรีสะเกษ และป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง คือ อสม. ที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเทศบาล และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ อสม. ที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนอกเขตเทศบาล

ขนาดตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน⁷ โดยอ้างอิงค่าสถิติจากงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิต ในกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ย(Mean) เท่ากับ 7.4 (SD=1.11) และกลุ่มเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 8.45 (SD=1.28)⁸ สามารถแทนค่าได้ดังนี้

$$n_1 = \frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2 \left[\sigma_1^2 + \frac{\sigma_2^2}{r} \right]}{\Delta^2}$$

$$n_1 = \frac{(1.96+0.84)^2 \left[1.11^2 + \frac{1.28^2}{1} \right]}{(7.4-8.45)^2}$$

$$= 20.41 \text{ หรือกลุ่มละ } 21 \text{ คน}$$

เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 30 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นเป็น 60 คน

การสุ่มตัวอย่าง(Sampling technique) ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random sampling) โดยทำฉลากจากรายชื่อ อสม. กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูล

กลุ่มทดลอง

1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหา บริบทและความต้องการของชุมชน ข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อสม. ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยใช้แบบสอบถาม(pilot study) รวมไปถึงศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(R1)

2) ออกแบบโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมโดยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในขั้นแรก มาออกแบบโปรแกรมเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของกลุ่มตัวอย่าง(D1)

3) ทดลองใช้โปรแกรมในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กเพื่อประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม โดยการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่ออกแบบข้างต้นในกลุ่ม อสม. ของ รพสต. จำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และใช้แบบสอบถามความรู้แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ในการประเมินเพื่อปรับปรุงโปรแกรมให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง (R2)

4) ปรับปรุงพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยเพิ่มเติมรายละเอียดที่สอดคล้องและเหมาะสม(D2) โดยกำหนดระยะเวลาและความถี่ของการจัดกิจกรรมที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

5) ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมที่มีการออกแบบพัฒนาไว้(R3) และทำการประเมินผลตามแผนการดำเนินการของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับ อสม. โดยใช้แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแบบสอบถามความพึงพอใจ

กลุ่มเปรียบเทียบ

ได้รับการบริการตามปกติของสถานบริการ โดยจะทำการประเมินความรู้และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 2 ครั้ง ห่างกัน 1 เดือน ในระหว่างนั้นจะไม่ได้รับโปรแกรมใดๆนอกจากการบริการปกติของสถานบริการสุขภาพเท่านั้น

เครื่องมือการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย

- โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับ อสม. ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ประยุกต์ใช้เทคนิค AIC ประกอบไปด้วยกิจกรรม 5 ครั้ง ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง ระยะเวลาดำเนินการทั้งหมดทั้งสิ้น 1 เดือน

- สื่อประกอบการบรรยาย ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย ความรู้โรคเรื้อรัง การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การรับประทานอาหารและโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2. เครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูล

แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป, ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ, ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยเป็นโรคไม่ ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมทางภาษา โดยวิธีการวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับ วัตถุประสงค์ (Index of Item- objective congruence) โดยผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง 2

ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขศึกษา 1 ท่าน รวมจำนวนทั้งหมด 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสม จนได้ค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.67 ทั้ง 4 ส่วนของแบบสอบถาม นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานอกเขตอำเภอเมือง จำนวน 30 คน นำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.64 จึงทำการปรับปรุงข้อคำถามแล้วนำไปทดลองใช้อีกครั้ง(ไม่ซ้ำกับกลุ่มเดิม) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.7

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ (Percent), ความถี่ (Frequency) ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นตัวแปรแจกแจงนับและตัวแปรต่อเนื่องที่มีการจัดกลุ่ม และ

ค่ามัธยฐาน(Median), ค่าเฉลี่ย (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นตัวแปรต่อเนื่อง

วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มแบบอิสระต่อกัน โดยหาค่า ผลต่างค่าเฉลี่ย (Mean difference) และค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% CI) ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มอิสระต่อกัน โดยใช้สถิติ Independent t-test

วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม โดยหาค่า ผลต่างค่าเฉลี่ย (Mean difference) และค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% CI) ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มไม่อิสระต่อกันโดยใช้สถิติ

Pair sample t-test

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เอกสารเลขที่ SPPH 2022-015

ผลการวิจัย

โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ

ที่พัฒนาขึ้นมาในครั้งนี้เป็นโปรแกรมที่มีการกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจนซึ่งมีการปรับปรุงให้สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด โดยระยะเวลาของโปรแกรมทั้งหมดใช้เวลา 1 เดือน แบ่งกิจกรรมออกเป็น 5 ครั้ง ครั้งละ 1-2 ชม. รูปแบบกิจกรรมจะจัดเป็นการอบรมให้ความรู้และจับกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิด และเน้นให้กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมตามกระบวนการ AIC มีทั้งภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติในครั้งที่ 1-4 (ในระยะเวลา 2 สัปดาห์) จากนั้นจะเว้นระยะห่างอีก 2 สัปดาห์เพื่อทำการประเมินผลของโปรแกรมในครั้งที่ 5 โดยเนื้อหาความรู้ประกอบไปด้วย ครั้งที่ 1 การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การรับประทานอาหารและยา, ครั้งที่ 2 การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง, ครั้งที่ 3 การจัดการความเครียด ซึ่งในแต่ละครั้งจะมีการทบทวนความรู้และการปฏิบัติของครั้งก่อนหน้า และในครั้งที่ 4 เป็นการทบทวนความรู้ทั้งหมด

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีค่าใกล้เคียงกันโดยอายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองอยู่ที่ 56.1(S.D. 9.14) ปี กลุ่มเปรียบเทียบอยู่ที่ 54.1(S.D. 9.12) ปี น้ำหนักเฉลี่ยมีค่าใกล้เคียงกัน โดยน้ำหนักเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 63.1(S.D. 9.88) กิโลกรัม กลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 64.36(S.D. 7.99) กิโลกรัม ส่วนสูงมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน กลุ่มทดลองมีส่วนสูงเฉลี่ย 155.4(S.D. 7.4) เซนติเมตร กลุ่มเปรียบเทียบมีส่วนสูงเฉลี่ย 153.4(S.D. 6.6) เซนติเมตร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่

6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย รับจ้าง และเป็นแม่บ้าน รายได้ต่อเดือนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 5666.7(S.D. 4369.4) และกลุ่มเปรียบเทียบรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 5983.3(S.D. 4153.3) กลุ่มตัวอย่างไม่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่และส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา มีบางส่วนที่ดื่มสุรา 2 ครั้งต่อสัปดาห์

การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังจากที่ได้ทำการทดลองเสร็จสิ้น พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.40(S.D. 1.50) กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.43(S.D. 1.48) กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและพฤติกรรมสุขภาพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยค่าความต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.97 คะแนน(95%CI อยู่ระหว่าง 5.19-6.14)

การเปรียบเทียบการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร จัดการความเครียด การใช้เวลา และการออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนการปฏิบัติเท่ากับ 77.0(S.D. 5.29) คะแนน กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนการปฏิบัติเท่ากับ 53.97(S.D. 6.78) คะแนน กลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติตนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยค่าความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 23.03 คะแนน (95%CI อยู่ระหว่าง 19.89-26.17)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

	Mean(S.D.)	Mean Difference	Std. Err.	95%CI	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ						
กลุ่มทดลอง	15.40(1.50)	5.97	0.38	5.19-6.14	15.52	<0.0001
กลุ่มเปรียบเทียบ	9.43(1.48)					
การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร จัดการความเครียด การใช้ยา และการออกกำลังกาย						
กลุ่มทดลอง	77.0(5.29)	23.03	1.57	19.89-26.17	14.67	<0.0001
กลุ่มเปรียบเทียบ	53.97(6.78)					

การเปรียบเทียบผลการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลองใช้โปรแกรมในกลุ่มทดลอง พบว่าก่อนใช้โปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 7.6(S.D. 0.97) คะแนน หลังทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 15.37(S.D. 1.49) คะแนน ค่าคะแนนความรู้ก่อนและหลังทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังทดลองเท่ากับ 7.77 คะแนน (95%CI อยู่ระหว่าง 7.09-8.44)

การเปรียบเทียบการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร จัดการความเครียด การใช้ยา และการออกกำลังกาย พบว่า ก่อนทดลองมีค่าคะแนนการปฏิบัติเฉลี่ยเท่ากับ 54.97(S.D. 6.69) คะแนน และหลังทดลองมีค่าคะแนนการปฏิบัติเฉลี่ยเท่ากับ 77.0(S.D. 6.29) คะแนน หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนการปฏิบัติแตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.03 (95%CI เท่ากับ 18.66-25.41)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

		Mean(S.D.)	Mean Difference	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง	ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ					
	หลังทดลอง	15.37(1.49)	7.77	7.09-8.44	23.71	<0.0001
	ก่อนทดลอง	7.6(0.97)				
	การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร จัดการความเครียด การใช้ยา และการออกกำลังกาย					
กลุ่มเปรียบเทียบ	หลังทดลอง	77.0(6.29)	22.03	18.66-25.41	13.36	<0.0001
	ก่อนทดลอง	54.97(6.69)				
	ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ					
	หลังทดลอง	9.43(1.48)	0.06	-0.03-0.16	1.43	0.16
กลุ่มเปรียบเทียบ	ก่อนทดลอง	9.36(1.51)				
	การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร จัดการความเครียด การใช้ยา และการออกกำลังกาย					
	หลังทดลอง	53.97(6.78)	-0.06	-0.23-0.1	-0.81	0.42
	ก่อนทดลอง	54.03(6.76)				

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

สรุป การพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพัฒนาในครั้งนี้ทำให้ได้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และลดปัญหาเรื่องกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าร่วมกิจกรรมจนครบระยะเวลา ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพครั้งนี้สามารถช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้น และมากกว่าในกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมไปถึงการปฏิบัติตน เช่น การบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด การใช้ยาและการออกกำลังกายที่ดีขึ้น และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลการวิจัย การพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำเป็นจะต้องมีการจัดกิจกรรมในลักษณะที่เป็นกิจกรรมระยะยาวและต่อเนื่อง โดยให้ระยะเวลาห่างกันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อกระตุ้นให้เกิดความสนใจ และการทบทวนเพื่อให้เกิดการจดจำได้ดีขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ แอทคินสันและเชฟฟริน(Atkinson & Shiffrin)⁹ ที่ได้มีการพัฒนาโมเดลที่เกี่ยวข้องกับการเก็บรักษาข้อมูลชื่อว่า โมดอล โมเดล ออฟ เมมโมรี (The Modal Model of Memory) ซึ่งได้มีการอธิบายไว้ว่าข้อมูลจะเข้าสู่ความจำจากการรับสัมผัส ทางประสาทสัมผัส บางส่วนจะเสื่อมสลายไป แต่บางส่วนที่บุคคลให้ความสนใจจะเข้าสู่ความจำระยะสั้น และถ้ามีการทวนซ้ำบ่อยๆข้อมูลจะเข้าสู่ความจำระยะยาวทำให้บุคคลสามารถจดจำข้อมูลได้เป็นเวลานานหรือบางครั้งอาจจะตลอดชีวิต⁹ การมีกิจกรรมในลักษณะที่ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมช่วยให้กระบวนการเรียนรู้มีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับหลักการของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ที่เป็นกระบวนการสร้างความรู้ที่อาศัยประสบการณ์เดิมของผู้เรียน ก่อให้เกิดความรู้ใหม่ๆอย่างต่อเนื่อง ผู้เรียนสามารถกำหนดหลักการที่ได้จากการปฏิบัติและสามารถประยุกต์ใช้ทฤษฎีหลักการได้อย่างถูกต้อง¹⁰ ผลการทดลองใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และการปฏิบัติก่อนและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 จากการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้และการปฏิบัติมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ พิกุลแก้ว ทองบุ และคณะ¹¹ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งมีลักษณะกิจกรรมในโปรแกรมคล้ายคลึงกัน พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากระยะเวลาของการจัดกิจกรรมของโปรแกรมนั้นเป็นการจัดกิจกรรมระยะยาว และต้องมีการจัดกิจกรรมทุกสัปดาห์ จึงทำให้การติดตามกลุ่มตัวอย่างให้เข้าร่วมกิจกรรมให้ครบตามโปรแกรมมีข้อจำกัด ผู้วิจัยจึงต้องใช้วิธีการโทรนัดทุกครั้งก่อนถึงวันที่จะจัดกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ รวมถึงให้ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ละหมู่บ้านช่วยสมาชิกให้มาตามวันนัดของกิจกรรม ในการประยุกต์ใช้โปรแกรมในกลุ่มอื่นๆจะต้องมีการปรับความถี่ในการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายนั้นๆ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโปรแกรมสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามที่กำหนด

เอกสารอ้างอิง

1. ปิยรัตน์ ชูมี และจิราพร อุดมกิจพิพัฒน์. ความรู้ด้านโรคเรื้อรังและสมรรถนะในการให้บริการด้านโรคเรื้อรังในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น 2564;4:277-293.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. Health Data Center (HDC) [อินเทอร์เน็ต].2566

- [เข้าถึงเมื่อ 7 มกราคม 2566]. เข้าถึงจาก
https://ssk.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/ncd.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=6b9af46d0cc1830d3bd34589c1081c68
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. รายงานประจำปี 2562[อินเทอร์เน็ต]. 2563[เข้าถึงเมื่อ 3 มีนาคม 2565]. เข้าถึงจาก
<http://www.ssko.moph.go.th>
 4. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) กลุ่มดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCD). นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ;2559.
 5. อุษา ทศนวิน, ธีรณัฐ ห่านิธิศัย และ วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. ผลของการเข้าค่ายเบาหวานกลางวันต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2. *วารสารสภาการพยาบาล* 2553;1:53-66.
 6. ดวงสมร นิลตานนท์ และ จุฬารักษ์ โสตะ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนและกระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเอราวัณ อำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย. *วารสารวิจัย มข. (บศ.)* 2553; 3:51-60.
 7. Bernard, R. Fundamentals of biostatistics (5th ed.). Duxbery : Thomson Learning;2000.
 8. ประหยัด ช่อไม้ และอารยา ปรานประวิตร. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาหิน อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่. *วารสารบัณฑิตวิทยาลัย พิษณุพนธ์* 2558;1:15-24.
 9. Goldstein EB. Cognitive Psychology:Connecting Mind, Research, and Everyday Experience. 2nd ed. U.S.A.:Thomson Wadsworth; 2008.
 10. พิสุทธิ อาธิราษฎร์. ผลการจัดการเรียนรู้เน้นผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์บนเครือข่ายคอมพิวเตอร์. มหาสารคาม : คณะเทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม;2553.
 11. พิกุลแก้ว ทองบุ, ชื่นจิตร โพธิ์พิสุทธิ์ และสมศิริ นนทสวัสดิ์ศรี. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ตำบลเหล่าหลวง อำเภอเกษตร-วิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารพยาบาล* 2562;4:1-10.