

การพัฒนาศักยภาพชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน

The Community Potential Development for Adult Health Promotion

จุฬารัตน์ โสตะ (Chulaporn Sota)*
 พรรณี บัญชรหัตถกิจ (Pannee Banchonhatthakit)**
 อมรรัตน์ ภูภาพขาว (Amomrat Pookarbkoaw)***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ เพื่อพัฒนาศักยภาพกลุ่มวัยทำงานในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน การศึกษาครั้งนี้ได้เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ศึกษาปัญหาและร่วมวางแผนกับชุมชน โดยใช้กระบวนการ AIC และจัดกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชน ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกขั้นตอน กลุ่มแกนนำที่มีส่วนร่วมเป็นกลุ่มวัยทำงานจำนวน 250 คน ซึ่งสมัครใจเข้าร่วมโครงการ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรม SPSS เพื่อหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าความแตกต่างทั้งก่อนและหลังดำเนินการด้วยสถิติ paired t - test ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติ ทักษะคิด และความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานหลังดำเนินการดีกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ส่วนคะแนนค่านิยมในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนแกนนำวัยทำงานก่อนและหลังดำเนินการไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพซึ่งทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาผลการวิจัยพบว่าชุมชนร่วมกันทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยการออกกำลังภายในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ และการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้สะอาดและปลอดภัย

Abstract

This study was participatory action research, aimed to develop community potential in adult health promotion. Data was collected by quantitative and qualitative method. Appreciation, Influence, Control process (AIC process) was implemented in community problems identifying, planning, and implementing. Participants were 250 community adults who voluntary participated in the study. The data was analyzed using SPSS to obtain frequency distribution, percentage, arithmetic means, and standard deviation, and paired t - test. The results of study were as follows: mean scores of health promotion practice, attitude and knowledge were higher than baseline ($P < 0.05$). But there were no significant different mean scores of health promotion value between before and after the study. Qualitative data was analyzed by content analysis. It was found that people in community participate in health promotion activities such as regularly exercise and environmental improvement for cleanness and safety.

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพชุมชน วัยทำงาน

Keywords: health promotion, community potential development, adult

* รองศาสตราจารย์ ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแม่และเด็กพล จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยอยู่ในภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ ซึ่งเรียกว่ายุค IMF (International Monetary Fund) ทำให้มีผลกระทบต่อประชาชน และประเทศชาติอย่างรุนแรง ทั้งด้านเศรษฐกิจ การเมือง และสังคม มีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ พนักงานถูกปลดออกจากงาน ราคาสินค้าสูงขึ้น ประชาชนอยู่ในภาวะลำบาก ความยากจนกระจายไปครอบคลุมประชาชนทุกเพศ ทุกวัยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ วัยทำงานนับเป็นวัยที่มีความสำคัญในการประกอบภาระกิจ เพื่อหาเลี้ยงครอบครัว ทั้งหญิงชายเป็นวัยแห่งการสร้างหลักฐาน และความมั่นคงของชีวิต ต้องดูแลบุตรธิดา ทั้งด้านการศึกษาเพื่ออนาคตข้างหน้า ตลอดจนการดูแลบิดามารดา ผู้สูงวัย จึงทำให้ประชาชนวัยทำงาน พบกับความเครียด และภาวะบีบคั้นในหลายด้าน จึงทำให้คนวัยทำงาน มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ

จากวิเคราะห์สถานะสุขภาพอนามัยของประชากรไทยและแนวโน้มในอนาคต พบว่าประชากรอายุ 25-44 ปี มีสาเหตุการตายที่สำคัญในทุกภาค คือ อุบัติเหตุต่าง ๆ รวมทั้งการชนส่ง ถูกฆาตกรรม โรคของหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดในสมองและมะเร็ง ส่วนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่าสาเหตุการตายที่สำคัญคือ โรคหัวใจขาดเลือด มากที่สุด รองลงมาคืออุบัติเหตุ ส่วนประชาชนที่อายุอยู่ระหว่าง 45-59 ปี มีสาเหตุการตายที่สำคัญของ ปี 2541 สองอันดับแรกคือ โรคมะเร็ง 241.9 อัตราต่อแสน โรคระบบการไหลเวียนของเลือด 145.0 อัตราต่อแสน (จันทร์เพ็ญ, 2543)

จะเห็นได้ว่า แบบแผนการเจ็บป่วยของคนไทย ได้เปลี่ยนแปลงไปจากสาเหตุของโรคติดเชื้อ มาเป็นโรคที่เกิดจากปัจจัยด้านสังคม สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมมากขึ้น ตามลำดับ และมีแนวโน้มจะรุนแรงมากขึ้นในอนาคต โดยเฉพาะ พฤติกรรมสุขภาพที่เป็นสาเหตุสำคัญ เช่น การบริโภคอาหาร การบริโภคยาสูบ สุรา และสารเสพติด การออกกำลังกาย ความเครียด เพศสัมพันธ์ ความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อม ฯลฯ การสาธารณสุข จึงควรปรับเปลี่ยน แนวทางการให้บริการเชิงรับหรือให้

บริการเมื่อเจ็บป่วย มาเป็นการให้บริการเชิงรุก นั่นคือ การส่งเสริมสุขภาพในขณะที่ยังไม่เจ็บป่วย เพื่อความเข้มแข็ง และการมีพละนาามัยที่สมบูรณ์แข็งแรง ซึ่งเป็นการป้องกันไว้ล่วงหน้า อันเป็นการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่สำคัญอย่างหนึ่ง การพัฒนาประเทศ นับตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) เป็นต้นมา จะมีการปรับเปลี่ยนแนวคิดและทิศทาง และกระบวนการพัฒนาใหม่ จากเดิมที่เป็นการพัฒนาเศรษฐกิจ เป็นจุดมุ่งหมายหลักของการพัฒนาคน เพราะคนเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จ ในการพัฒนาในทุกเรื่อง ซึ่งช่วยให้คนมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การพัฒนาศักยภาพชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานควรเป็นการพัฒนาแบบบูรณาการหรือการพัฒนาแบบองค์รวม โดยเน้นความสำคัญทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (ประเวศ, 2541) รวมทั้งเน้นการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable development) การส่งเสริมสุขภาพ เป็นมิติหนึ่งของการพัฒนาสังคมในการพัฒนาสุขภาพ โดยการส่งเสริมวิถีการดำเนินชีวิต ที่ก่อให้เกิดการมีสุขภาพที่ดี และการดำเนินงานในชุมชนเพื่อสุขภาพ และ โดยการสร้างเงื่อนไข สิ่งแวดล้อม ที่จะทำให้ประชาชนสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีสุขภาพที่ดี สิ่งแรกที่จะต้องกระทำคือ การสร้างพลังในตัวของคนด้วย การให้ความรู้และทักษะที่ต้องการ สำหรับการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพที่ดี ประการที่สองคือ การมีอิทธิพลเหนือผู้มีอำนาจ ตัดสินใจ และกำหนดนโยบาย โดยพยายามสร้างนโยบายสาธารณะที่สนับสนุนการมีสุขภาพดี (ประภาเพ็ญ และพัชรินทร์, 2540; จุฬารัตน์, 2543)

การส่งเสริมสุขภาพเป็นความรับผิดชอบร่วมกัน ในสังคม จำเป็นต้องมีการสร้างศักยภาพทางสุขภาพของสังคม โดยเริ่มต้นที่ความรับผิดชอบสุขภาพในระดับบุคคลก่อน บุคคลที่มีอำนาจการตัดสินใจกระทำกิจกรรมทางสุขภาพก็จะพบความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพของตนเองและยังเผื่อแผ่ หรือแสดงพลังนั้นให้เป็นที่ประจักษ์แก่เพื่อนพ้อง ครอบครัวและชุมชน ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจึงไม่ควรจำกัดเฉพาะส่วนบุคคล แต่ควรขยาย ความสำคัญและดำเนินการไปยังชุมชนด้วย

(Pinderhughes, 1983) และการดูแลส่งเสริมสุขภาพนั้นมิใช่เป็นเรื่องของแพทย์หรือโรงพยาบาล หากแต่เป็นเรื่องของปัจเจกชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเอง บุคคลเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบอันดับแรกในเรื่องสุขภาพของตนเอง (Labonate, 1994) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมต่าง ๆ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ พฤติกรรมการใช้ยา พฤติกรรมการบริหารจัดการความเครียด พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพ พฤติกรรมการใช้ส้วม พฤติกรรมการดูแลและรักษาความสะอาดของร่างกาย การนอนหลับพักผ่อน และความสนใจใฝ่หาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ในการส่งเสริมสุขภาพนั้นชุมชนจะต้องมีความเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ซึ่งนำไปสู่การพึ่งตนเอง โดยอาศัยการพัฒนาศักยภาพของชุมชน จากการศึกษาที่พบว่าการพัฒนาศักยภาพชุมชนเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนใช้ชีวิตวิถีชีวิตและกระบวนการพัฒนาสู่การพึ่งพาตนเอง ดังคำกล่าวที่ว่า การพัฒนาที่ยั่งยืนและความอยู่ดีมีสุขของคนไทย ภายใต้สังคมที่เข้มแข็ง มีดุลยภาพ เป็นสังคมที่มีคุณภาพ สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้ มีความสมานฉันท์และเอื้ออาทรต่อกัน (ธีระพงษ์, 2543)

ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญและความจำเป็นในการศึกษาศักยภาพชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานซึ่งเป็นการดูแลส่งเสริมสุขภาพชุมชนโดยชุมชนเพื่อชุมชน ขณะที่ยังมีสุขภาพแข็งแรงดีเป็นการเน้นกระบวนการป้องกัน ซึ่งปัจจุบันยังมีผู้ศึกษาไว้น้อยมาก จึงมีความจำเป็นที่จะศึกษาหาแนวทางเพื่อส่งเสริมให้วัยทำงานมีสุขภาพอนามัยแข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ โดยเฉพาะโรคที่สามารถป้องกันได้ เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนพึ่งตนเองได้ในด้านสุขภาพอนามัย อันจะนำไปสู่การมีความเข้มแข็งทางสังคม ในการพัฒนาสังคมและประเทศชาติต่อไป

สำหรับวัตถุประสงค์ของการวิจัยมีดังนี้

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน
2. เพื่อวิเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชน
3. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาศักยภาพชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน
4. เพื่อร่วมกับชุมชนดำเนินการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน
5. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน

วิธีการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม มีการศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ แนวคำถามแบบเจาะลึกและแบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นวัยทำงาน ในจังหวัดขอนแก่น สุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน จาก 21 อำเภอ กับอีก 4 กิ่งอำเภอ สุ่มมา 1 อำเภอ ๆ ละ 1 ตำบล ๆ ละ 1 หมู่บ้าน แล้วคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างระดับหมู่บ้านแบบเจาะจง (Purposive Selection) อย่างมีหลักเกณฑ์ คือ เป็นหมู่บ้านที่คนวัยทำงานส่วนใหญ่มีความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพ และเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ คัดเลือกจาก 25 หมู่บ้าน ได้หมู่บ้านโนนทัน ตำบลหนองต๋อม กิ่งอำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 250 คน ซึ่งเป็นประชาชนวัยทำงานอายุ 15 - 59 ปี

3. ขั้นตอนการดำเนินงาน

ในกิจกรรมการพัฒนา เป็นกิจกรรมที่ชุมชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ทั้งการศึกษาปัญหา การวางแผน การดำเนินการ และการประเมินผล ซึ่งแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ

3.1 การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis)

3.2 การดำเนินงาน (Implementation)

3.3 การประเมินผล (Evaluation)

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1.1 แบบสอบถาม มี 5 ตอนในการเก็บข้อมูลก่อนดำเนินการ (Pretest) และหลังดำเนินการ (Post test) ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานสุขภาพ

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ครอบครัว 7 พฤติกรรม คือ ออกกำลังกาย โภชนาการ บุหรี่และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อุบัติเหตุ การป้องกันโรคเอดส์ การจัดการความเครียด และสภาพแวดล้อม

ตอนที่ 3 ทักษะต่อการส่งเสริมสุขภาพ

ตอนที่ 4 ค่านิยมต่อการส่งเสริมสุขภาพ

ตอนที่ 5 ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ

4.1.2 แนวคำถามข้อมูลแบบเจาะลึก (In-depth interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพในการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน

4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

4.2.1 การอบรมเชิงปฏิบัติการ พัฒนาศักยภาพชุมชนวัยทำงาน ด้วยกระบวนการ AIC (Appreciation, Influence, Control) และจัดกิจกรรมการเพิ่มความรู้และทักษะการปฏิบัติ ตลอดจนสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และกิจกรรมตามที่ชุมชนเสนอแนะ ได้แก่

4.2.1.1 จัดนิทรรศการ การส่งเสริมสุขภาพที่ศาลากลางบ้าน

4.2.1.2 สาธิตการเดินแอโรบิก และ ฝึกปฏิบัติ

4.2.1.3 มอบอุปกรณ์การกีฬา ได้แก่ ฟุตบอล วอลเลย์บอล เทปเพลง และวีดิทัศน์ประกอบการออกกำลังกาย

4.2.1.4 จัดแสดงดนตรีกระตุ้นความสนใจและตอบปัญหาชิงรางวัล

4.2.2 คู่มือ เรื่อง “มาส่งเสริมสุขภาพกันเถอะ” ซึ่งเป็นรูปเล่มครอบคลุมประเด็นการส่งเสริมสุขภาพทุกด้าน เพื่อประกอบการอบรมและเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

5. เครื่องมือและการทดสอบคุณภาพ

แบบสอบถามแนวสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และแนวคำถามสนทนากลุ่ม ทดลองใช้และปรับปรุงแก้ไขจนได้คุณภาพตามเกณฑ์

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยการตอบแบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน กลุ่มเป้าหมายได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และประชาชนวัยทำงานที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ทั้งก่อนและหลังดำเนินการ

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบตามต้องการแล้ว ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

7.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้ทำการคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science) โดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ การหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาค่าความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการดำเนินงานโดยใช้ Pair t-test

7.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นประชาชนวัยทำงานอายุระหว่าง 15 - 59 ปี มีประชาชนอายุระหว่าง 15 - 20 ปี มากที่สุด เพศหญิงและเพศชายมีจำนวนใกล้เคียงกัน ส่วนมากนับถือศาสนาพุทธสถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ และจำนวนบุตรมากที่สุด 2 คน การศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด อาชีพทำนาทำไร่เป็นส่วนใหญ่ มีรายได้เดือนละ 2,000 บาทมากที่สุด ที่อยู่อาศัยส่วนมากเป็นบ้านของตนเองและมีลักษณะคงทนถาวร ส่วนมากมีสุขภาพแข็งแรงดีไม่มีโรคประจำตัว ผลการวิจัย พบว่า

1. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$

2. คะแนนทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน ก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

3. คะแนนค่านิยมในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานทั้งก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

4. ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

บริบท ก่อนเริ่มดำเนินโครงการ สภาพบ้านยังขาดการพัฒนา มีเศษขยะเกลื่อนไม่เป็นระเบียบเรียบร้อยนัก ผู้นำท่านหนึ่งเล่าว่า “ชาวบ้านชอบสนุกสนาน อาชีพหลักคือทำนา เว้นว่างจากการทำนาทำไร่มันสำปะหลัง มีเวลาว่างจะเล่นวอลเลย์บอลทั้งวัน และกลางคืนเล่นต่อถึง 3-4 ทุ่ม ซึ่งเป็นเกมชนิดหนึ่งประจำหมู่บ้าน ถ้าทีมไหนแพ้จะต้องจ่ายเงินให้ทีมที่ชนะ” ด้านอาหารส่วนมากได้อาหารตามธรรมชาติเช่นปลาจากหนองใกล้บ้าน ผักจากนา สวน มีซื้อบ้าง ประชาชนไม่นิยมสวมหมวกนิรภัย การจัดการความเครียดมีฟังเพลงมากในกลุ่มวัยรุ่น ทั้งหญิงชาย ส่วนวัยกลางคนจะอยู่คนเดียวเงียบ ทำจิตใจให้สบายด้วยตนเอง มีการทำบุญโดยตักบาตรเป็นส่วนใหญ่ พระซึ่งเป็นเจ้าอาวาสกล่าวว่า “กลางวันไม่ให้โยมมาทำบุญ ถวายอาหารเพลเพราะให้โยมได้ประกอบอาชีพ ทำมาหากินดีกว่า อาหารที่ตักบาตรได้ตอนเช้าและโยมนำมาถวายตอนเช้าก็เพียงพอสำหรับพระเณรอยู่แล้ว”

ขณะดำเนินการ ประชาชนที่เป็นแกนนำให้ความร่วมมือและสนใจในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เป็นอย่างดีทั้งการจัดนิทรรศการเพิ่มพูนความรู้ด้วยชุมชนเอง ชุมชนร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ของแต่ละกลุ่มด้วยดี มีการให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว ซึ่งดำเนินการโดยกลุ่มแกนนำของแต่ละกลุ่ม นอกจากตรงกับหน้าที่ทำนา ประชาชนจะมาร่วมประชุมได้ในช่วงตึกน้อย และมีการรายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงานเป็นอย่างดี

การประเมินผล กลุ่มแกนนำวัยทำงานมีความสามารถในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายในชุมชนอย่างต่อเนื่อง มีการเดินแอร์โรบิคที่ศาลากลางบ้านในตอนเย็น การเล่นวอลเลย์บอล เป็นกีฬาที่นิยมกันมากในหมู่บ้านโดยเฉพาะทั้งชายหญิงวัยทำงาน ส่วนวัยรุ่นชายจะเล่นกีฬาที่สนามกีฬาของโรงเรียนในตอนเย็น บริเวณบ้านได้รับการจัดทำดูแลให้เป็นระเบียบเรียบร้อย สะอาดและปลอดภัย จัดทำรั้วบ้าน มีการกำจัดขยะโดยการเผา มีการใช้หมวกนิรภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์มากขึ้น

การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพรวมหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) แสดงว่ากิจกรรมการพัฒนาศักยภาพในการวิจัยครั้งนี้ มีผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เนื่องจากเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการพัฒนาด้านความรู้ความเข้าใจในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพด้วยวิธีการต่าง ๆ แล้ว กลุ่มตัวอย่างยังมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสนับสนุนชักจูงให้ประชาชนวัยทำงานอื่น ๆ เกิดความรู้ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดีและมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการส่งเสริมสุขภาพ ทำให้เกิดความตระหนักแก่กลุ่มเป้าหมายในการที่จะเป็นแบบอย่าง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดี กว่าก่อนดำเนินการ

2. ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีต่อการส่งเสริมสุขภาพหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ แสดงว่าการพัฒนาศักยภาพแกนนำในการส่งเสริมสุขภาพก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติในทางที่ดียิ่งขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างเล็งเห็นคุณค่าและประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น ทำให้คะแนนทัศนคติในการส่งเสริมสุขภาพหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้

3. ค่านิยมในการส่งเสริมสุขภาพ ก่อนและหลังดำเนินการ คะแนนค่านิยมในการส่งเสริมสุขภาพ

ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ทั้งก่อนและหลังดำเนินการ คำนิยมในการส่งเสริมสุขภาพ เป็นค่านิยมที่ดีที่เหมาะสม ทั้งนี้แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีพื้นฐานด้านค่านิยมในการส่งเสริมสุขภาพดีอยู่แล้ว อาจเป็นเพราะได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อมวลชน จากบุคลากรทางสาธารณสุข และเอกสารต่าง ๆ บ้างแล้ว เมื่อได้รับการพัฒนาศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างก็ยังคงมีค่าคะแนนค่านิยมในการส่งเสริมสุขภาพในทางที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นแต่ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ

4. ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ ค่าคะแนนความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า การพัฒนาศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพ ทำให้กลุ่มเป้าหมายได้รับการเรียนรู้ที่ถูกต้อง จึงก่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องจนทำให้ค่าคะแนนหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมให้ชุมชนอื่น ๆ ได้มีการพัฒนาศักยภาพแกนนำวัยทำงาน เพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินส่งเสริมสุขภาพในชุมชนเพื่อเป็นการพัฒนาสุขภาพวัยทำงานซึ่งเป็นประชากรกลุ่มสำคัญในการพัฒนาครอบครัว สังคมและชุมชนต่อไป

2. ควรส่งเสริมศักยภาพให้ชุมชนช่วยชุมชนเพื่อชุมชน โดยแกนนำ ในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชน ในการพึ่งตนเอง

3. ควรได้พิมพ์เอกสาร มาส่งเสริมสุขภาพกันเถอะ แจกจ่ายให้ประชาชนในกลุ่มอื่น ๆ ชุมชนอื่น ได้ศึกษาหาความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพอย่างกว้างขวางต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาวิจัยในการส่งเสริมสุขภาพวัยอื่น ๆ ด้วยเช่นวัยเด็ก วัยชรา หรือกลุ่มเฉพาะเช่นหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด

2. ควรศึกษาวิจัยในระยะยาว และเน้นหนักในแต่ละด้านเฉพาะเช่น การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ การงดเหล้า การบริโภคอาหาร การป้องกันโรคเอดส์ การป้องกันอุบัติเหตุ การจัดการความเครียด และการจัดสภาพแวดล้อม ให้เข้มข้นในแต่ละด้านและศึกษาผลระยะยาว

3. ควรศึกษาการระดมพลังทางสังคมทั้งภาครัฐและเอกชนต่อการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากมหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะกรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่านเป็นอย่างสูง และขอขอบคุณประชาชนวัยทำงานทุกท่านที่เป็นแกนนำและประชาชนทั่วไปที่ให้ความร่วมมือด้วยดีในการดำเนินงานทุกขั้นตอน โดยเฉพาะขอขอบคุณผู้ใหญ่บ้าน และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยโนนสมบูรณ์ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือด้วยดีในการดำเนินงานวิจัย ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. 2543. สถานะสุขภาพคนไทย. กรุงเทพฯ: อุกาการพิมพ์.
- จุฬารณย์ โสตะ. 2543. การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่. ขอนแก่น: ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์. 2543. กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง ประชาคม สังคม. ขอนแก่น: คลังน่านวิทยา.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และพัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์. 2540. การส่งเสริมสุขภาพและการดำเนินงานของชุมชนเพื่อสุขภาพ. ใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 8 "ปฏิรูปการสุขศึกษาเพื่อพัฒนา-สังคมไทย". 6-9 พฤษภาคม, โรงแรม โลตัสปางสวนแก้ว จังหวัดเชียงใหม่.

ประเวศ วะสี. 2541. บนสาธารณสุขเส้นทางใหม่: การส่งเสริมสุขภาพ: อภิวัตน์ชีวิตและสังคม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

Labonate, R. 1994. Health promotion and empowerment: reflection on professional

practice. Health Education Quarterly. Vol.21(3)

Pinderhughes, E.B. 1983. Empowerment for our clients and for ourselves. Soc Casework (June): 331-338.

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		P-value
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D	
1. พฤติกรรมการออกกำลังกาย					
1.1 มีกิจกรรมการออกกำลังกายเป็นประจำ	1.50	0.50	1.52	0.50	0.59
1.2 กิจกรรมการออกกำลังกาย 3 อันดับแรก	คน	คน			
1.2.1 วอลเลย์บอล	46	49			
1.2.2 วิ่ง	8	29			
1.2.3 ฟุตบอล	6	25			
2. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร					
2.1 การรับประทานอาหารมือเช้า	1.08	0.35	1.14	0.28	0.04*
2.2 จำนวนมื้อที่รับประทานอาหารใน 1 วัน	2.00	0.27	2.07	0.33	0.008*
2.3 รสชาติของอาหารที่ชอบ	3.30	1.62	3.91	1.55	.000**
2.4 น้ำมันที่ใช้ปรุงอาหาร	3.45	0.68	3.51	0.58	0.28
3. พฤติกรรมการรับประทานอาหารใน 1 สัปดาห์					
3.1 การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่	2.49	0.84	2.54	0.75	0.46
3.2 การรับประทานอาหารที่มีกากใยสูงเช่น ผัก ผลไม้	2.22	0.81	2.80	0.67	.007*
3.3 ลดการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น แกงกะทิ ขาหมู เนื้อปนมัน	2.86	0.67	2.96	0.67	0.01*
3.4 ลดการรับประทานขนมหวาน/ขนมใส่กะทิ	2.94	0.80	3.25	0.70	.000**
3.5 ลดการรับประทานอาหารที่ใส่สีฉูดฉาด	3.71	0.60	3.72	0.61	.88
3.6 ลดการรับประทานอาหารใส่น้ำยาประสานทอง	2.62	0.70	2.85	0.75	.001**
3.7 ลดการดื่มเครื่องดื่มที่มี ชา กาแฟ	3.16	0.84	3.28	0.88	.09
3.8 ลดการดื่มเครื่องดื่มพวกชูกำลัง	3.45	0.78	3.46	0.69	.90
3.9 ลดการดื่มน้ำอัดลม	2.88	0.67	3.02	0.71	.02*
4. พฤติกรรมการสูบบุหรี่					
4.1 สภาพการณ์การสูบบุหรี่	1.71	1.20	1.76	1.20	0.64
4.2 ระยะเวลาที่สูบบุหรี่	3.69	1.69	4.04	1.54	0.37
4.3 จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน	2.12	1.14	2.85	2.81	0.28
4.4 บุหรี่ที่สูบเป็นประจำ	1.35	0.49	1.65	1.65	0.45
5. พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					
5.1 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	1.47	0.50	1.39	.49	.06
5.2 ชนิดของแอลกอฮอล์ที่ดื่ม	คน	คน			
5.2.1 เบียร์	49	37			
5.2.2 เหล้าขาว	21	15			
5.2.3 ยาตองเหล้า	10	9			
5.3 ความถี่ในการดื่มต่อสัปดาห์ เรียงตามลำดับ					
5.3.1 1 - 2 ครั้ง/สัปดาห์	55	35			
5.3.2 5 - 6 ครั้ง/สัปดาห์	12	9			
5.3.3 3 - 4 ครั้ง/สัปดาห์	4	2			

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (ต่อ)

	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		P-value
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D	
5.4 ปริมาณการดื่มต่อครั้ง เรียงตามลำดับ					
5.4.1 1-3 แก้ว/ครั้ง	63	55			
5.4.2 4-6 แก้ว	8	7			
5.4.3 1-3 ขวด	3	2			
6. พฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่					
6.1 การขับขี่รถจักรยานยนต์ใน 1 เดือนที่ผ่านมา	1.81	0.69	2.07	0.71	.000**
6.2 การสวมหมวกนิรภัยเมื่อขับขี่หรือซ้อนท้าย	2.00	1.04	2.04	1.04	.71
6.3 การขับรถใน 1 เดือนที่ผ่านมา	1.32	0.43	1.23	0.49	0.04*
6.4 การคาดเข็มขัดนิรภัย	1.59	1.02	1.52	1.00	.47
6.5 การดื่มแอลกอฮอล์	1.19	0.47	1.20	0.44	.76
6.6 การนั่งหลังคารถโดยสาร	1.91	0.29	1.99	0.11	.000**
6.7 การห้อยโหนมือโดยสารรถ	1.83	0.38	3.28	0.84	.000**
6.8 ประสบการณ์ในการเกิดอุบัติเหตุเกี่ยวกับรถยนต์	1.82	0.38	1.83	0.38	.91
7. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วยและแสวงหาการรักษาพยาบาล					
7.1 การเจ็บป่วยใน 1 ปีที่ผ่านมา	1.40	.49	1.41*	.53	.89
7.2 การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย	คน	คน			
7.2.1 ไปหาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	126		120		
7.2.2 ซื้ยากินเอง	59		35		
7.2.3 ไปโรงพยาบาล	37		25		
7.3 ลดการเคี้ยวใช้ยาแก้ปวดพวกหทัย ปวดหาย	2.15	.66	2.27	.60	.03*
7.4 ลดการช้ยาชุด	2.41	.68	2.53	.58	.02*
7.5 ลดการช้ยากล่อมประสาท/ยานอนหลับ	1.26	.44	1.45	.66	.005
8. พฤติกรรมกาป้องกันโรคเอดส์					
8.1 ลดการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่มีใช้ภรรยา/สามี	1.20	.75	1.37	.99	.03
8.2 การใช้ถุงยางกับบุคคลที่มีใช้คู่ครอง	4.07	.70	4.00	.73	.28
9. พฤติกรรมกาจัดการความเครียด					
9.1 การมีความเครียด	2.01	.35	2.0	.45	.98
9.1.1 ระดับเครียดบ้าง	109		102		
9.1.2 ไม่เครียด	89		79		
9.1.3 ระดับเครียดสูง	46		63		
10. พฤติกรรมกาดูแลสุขภาพแวดล้อม					
10.1 วิธีการทำความสะอาดภายในบ้าน	2.57	.45	2.59	.47	.33
10.2 ความบ่อยในการทำความสะอาดบ้าน	2.41	.91	2.61	.80	.009*
10.3 วิธีทำความสะอาดบริเวณบ้าน	1.96	.89	2.00	.94	.02*
10.4 การมีถังขยะประจำบ้าน	1.20	.40	1.36	.48	.005
10.5 การกำจัดขยะภายในบ้าน	2.07	.29	2.07	.35	.89
รวม	2.11	.68	2.29	.76	.04*

*มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001