

ผลของการพัฒนาความรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ: เขตสุขภาพที่ 7

สดุดี ภูทองไธย¹
กัญญา จันทร์พล²
อโนทัย ฝ่ายขาว²
ปาลิชาติ ชนะหาญ²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบปฏิบัติการร่วมกัน วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาความรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของโรงเรียนผู้สูงอายุ เปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตนด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของจังหวัดขอนแก่น กาฬสินธุ์ มหาสารคามและ ร้อยเอ็ด การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และแบบสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 60-69 ปี สถานภาพสมรส คู่ การศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกร ดัชนีมวลกายระดับอ้วน (25.0-29.9 กก./ม²) รอบเอวเกิน โรคประจำตัว พบเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด ร้อยละ 37.1 รองลงมา โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30 การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุสามารถวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ วางแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างสมาชิก และแกนนำผู้สูงอายุ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยง ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลได้ เมื่อประเมินผล พบว่า หลังการใช้แผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ผู้สูงอายุมีความรู้ พฤติกรรม และความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และความรู้ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ พฤติกรรม และความรู้ด้านสุขภาพที่ดีมากขึ้น สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และนำไปใช้เพื่อให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

วันที่รับบทความ
5 ธันวาคม 2566

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข
25 ธันวาคม 2566

วันที่ตอบรับบทความ
29 ธันวาคม 2566

¹ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น, ผู้ประสานงานส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: sadudee339@gmail.com

²ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

Result of Developing Desired Health Literacy of the Elderly in Elderly Clubs: Health Area Region 7

Sadudee Phuhongsai¹

Kanya Janpol²

Anothai Faikaow²

Palichat Chanahan²

Abstract

This mutual collaboration action research studied the development of desired health literacy by elderly participants in elderly clubs and compared the knowledge and practices in the desired behavior of the elderly in Khon Kaen, Kalasin, Maha Sarakham, and Roi Et Provinces, Thailand. Purpose sampling was used to recruit 60 elderly people. The data were collected from group meetings, non-participant observation, and interview questionnaires. The qualitative data were analyzed using content analysis, whereas descriptive statistics; namely, frequency, percentages, mean, standard deviation, range, and paired t-test were used with the quantitative data.

The results showed that most elderly were females aged between 60–69 years, married, had a primary education, were farmers. The body mass index had obesity (25.0–29.9 kg./m²; 45.7%), waist circumference >height 10 cms. (82.9%), diabetes mellitus (37.1%), hypertension (30%), dental check-up (42.9%), and depression (2.2%). The process of the development of health literacy began with studying the situation, then designing the enhanced health literacy using an individual wellness plan for the elderly, and discussion between the elderly. The results showed that the average score of knowledge, health behavior, and health literacy after intervention was higher and statistically significant (p-value<0.001).

Keyword: Health literacy, Health promotion behavior, Elderly

Received
5 December 2023

Revised
25 December 2023

Accepted
29 December 2023

¹ Health Promotion Centre 7 Khon Kaen, Corresponding author, email: sadudee339@gmail.com

² Health Promotion Centre 7 Khon Kaen

บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2548 และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ปี 2566 และสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด ในปี พ.ศ.2578 ตามลำดับ¹ โดยประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรวัยสูงอายุสูงมากเป็นที่ 2 รองจากประเทศสิงคโปร์ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เมื่อพิจารณาประเทศไทยในรายภูมิภาค พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีประชากรสูงอายุมากที่สุด คือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวนประมาณ 3.5 ล้านคน² จากการสำรวจประชากรสูงอายุ ปี 2560 พบว่า ปี 2554 ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวตามลำพัง ร้อยละ 8.6 และเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 8.7 และ 10.8 ในปี 2557 และ 2560 ตามลำดับ³ ในขณะที่การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุเป็นกลุ่มโรคติดต่อไม่เรื้อรังจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดย (BMI≥25 กก./ตร.ม.) ร้อยละ 35.4 และเบาหวาน ร้อยละ 18.1 สอดคล้องกับข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ³ ที่พบว่าการออกกำลังกาย ร้อยละ 26.5 รับประทานผัก/ผลไม้ ร้อยละ 32.4 ดื่มน้ำสะอาดอย่างเพียงพอ ร้อยละ 59.8 สูบบุหรี่ ร้อยละ 7.3 ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 2.3 และ จากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556⁴ พบผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ร้อยละ 26 ซึ่งน้อยกว่าเป้าหมาย (ร้อยละ 30) ในขณะที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้นตามการสูงวัยของประชากรที่ คาดการณ์ว่า ค่าใช้จ่ายสุขภาพของผู้สูงอายุในอีก 12 ปีข้างหน้าเพิ่มขึ้น 3.6 เท่า และสูงกว่าค่าใช้จ่ายสุขภาพโดยรวมทุกอายุจาก 63,565.1 ล้านบาท ในพ.ศ. 2553 เป็น 228,482.2 ล้านบาท ในพ.ศ. 2565 หรือจากร้อยละ 2.1 ต่อ GDP เป็นร้อยละ 2.8 ต่อ GDP ในช่วงเดียวกัน⁵

ในขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ต้องเผชิญความเสี่ยงในเรื่องความเฉื่อยทางปัญญาอันสืบเนื่องมาจาก ความเสื่อมถอยของระบบร่างกาย โดยเฉพาะประสาทสัมผัสต่างๆ ผู้สูงอายุ

ไม่เพียงต้องมีการตัดสินใจและจัดการเรื่องภาวะโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องเท่านั้น แต่มีการพึ่งพิงระบบบริการทางการแพทย์มากขึ้น ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพยังไม่เพียงพอในการป้องกันปัจจัยเสี่ยง⁵ การมีข้อจำกัดในการฟังและอ่าน คำแนะนำ ข้อมูลสุขภาพ หรือใบสั่งยาของแพทย์ ซึ่งมีความจำเป็นต้องอาศัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ที่ประกอบด้วย ทักษะทางการรับรู้ และทักษะทางสังคมในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลด้วย วิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง ในขณะที่การเข้าถึงข้อมูลของผู้สูงอายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยปัจจุบันยังอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอ คือ ระดับต่ำ-พอใช้^{6,7} การพัฒนาทักษะให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพยังมีน้อย จึงเป็นเหตุผลที่ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาหาแนวทางการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

การสร้างความรู้ความเข้าใจเพื่อส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผ่านชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นการดำเนินงานอีกรูปแบบหนึ่งที่ดำเนินงานร่วมกันของหลายภาคส่วน บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย เป็นการสร้างความรอบรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยสูงอายุ โดยมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุมีความสามารถตัดสินใจ เปลี่ยนพฤติกรรม และบอกต่อในด้านสุขภาพได้ โดยเน้น กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการสร้างความรอบรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจากการสร้างแผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล (Individual Wellness Plan) ได้ถูกนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

วัตถุประสงค์

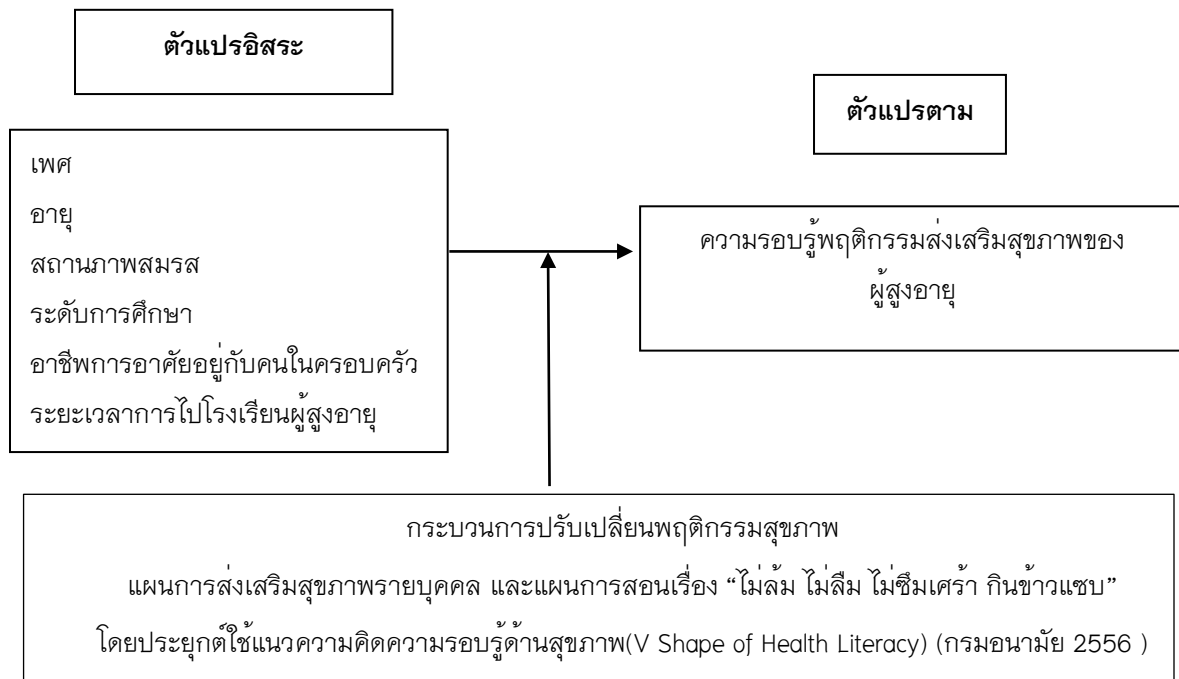
1. เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7 ด้วยแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล

2. เพื่อประเมินผลรูปแบบการสร้างความรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 7

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual

collaborative action research) แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 พัฒนาเครื่องมือการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ระยะที่ 2 สร้างความรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และระยะที่ 3 สรุปและประเมินผล ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา ครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุจำนวน 4 แห่งๆ ละ จำนวน 40-45 คน ของเขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม 2563 ถึง กันยายน 2563

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 7 การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ย 2 ค่า (ก่อน-หลัง) และใช้ข้อมูลอ้างอิงจากการศึกษาของ รุจิราวงศ์วรรณ ธนาทัศน์^๖ คือ ผลของคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน ก่อนการทดลอง 2.46 ± 0.50 คะแนน และหลังการใช้โปรแกรมมีคะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 2.98 ± 0.20 คะแนน ดังนั้น คำนวณค่า n ดังนี้

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 x(\sigma^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$$n = \frac{(1.96 + 1.282)^2 0.5^2}{(0.246)^2}$$

$n = 44$ ราย + Missing data 16 ราย (ประมาณร้อยละ 30) = 60 ดังนั้นในการศึกษาค้างนี้จะใช้ขนาดตัวอย่างนักเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุอย่างน้อย 60 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ ใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง จาก 4 โรงเรียนๆ ละ 15-20 คน รวมเป็น 60 คน

เกณฑ์คัดเข้า ผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ ที่อ่านออกเขียนภาษาไทยได้ และเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก ไม่ได้มาร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุทุกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ คือ แผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล ร่วมกับการให้ความรู้ด้วยหลักสูตรไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้มเศร้า กินข้าวแซบ

2. แบบสัมภาษณ์ ใช้ในการประเมินความรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงเรียน พัฒนาจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ของประชาชน เรื่อง 302ส ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแบบสัมภาษณ์นี้ได้ผ่านกระบวนการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยมีการผ่านผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านเพื่อประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และมีการทดลองใช้ในผู้สูงอายุแล้วจำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคความเที่ยงของแบบสอบถามได้ 0.7 และมี

การประชุมทีมวิจัยเพื่อทำความเข้าใจในแบบสัมภาษณ์แต่ละข้อ และการใช้ภาษาในการสัมภาษณ์ โดยการสัมภาษณ์จะใช้ผู้สัมภาษณ์คนเดิมในแต่ละพื้นที่แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การอยู่อาศัยกับคนในครอบครัว ระยะเวลาการไปโรงเรียน ผู้สูงอายุ ภาวะสุขภาพ และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2 ข้อ 2) ความรู้ความเข้าใจเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 10 ข้อ 3) การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน 2 ข้อ 4) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 5 ข้อ 5) การปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมตนเอง 10 ข้อ และ 6) การบอกต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 1 ข้อ คะแนนเต็ม 58 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 2 ระดับ 1-34 คะแนน ไม่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ 35-58 คะแนน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรมอนามัย รหัสเลขที่ 007 วันที่ 17 มกราคม 2563 ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน และประโยชน์ที่ตัวอย่างจะได้รับ มีสิทธิถอนตัว จากการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาโดยไม่มีข้อผูกมัด ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาข้อมูล/วรรณกรรม ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุ
2. เลือกพื้นที่โรงเรียนผู้สูงอายุนำร่องในแต่ละจังหวัดของเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 4 แห่ง

3. ศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ

4. ชี้แจงสถานการณ์ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ในพื้นที่แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง/แกนนำ ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครู กศน. ผู้นำชุมชนครูใหญ่/ผู้บริหารโรงเรียนผู้สูงอายุ แกนนำผู้สูงอายุจากชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ

5. จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนา รูปแบบการสร้างความรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยแกนนำ/ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องออกแบบให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยมุ่งเน้นการสร้างแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล (Individual Wellness Plan) ซึ่งมีการจำลองกระบวนการสร้างแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลจริง ทดลองทำและปรับปรุงจนได้รูปแบบเป็นที่พึงพอใจ

6. นำรูปแบบที่ได้ ไปใช้ในโรงเรียนผู้สูงอายุ ทั้ง 4 แห่ง

7. การประเมินประสิทธิผลโดยเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมสุขภาพก่อน และหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลที่ได้วิเคราะห์ด้วย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เปรียบเทียบตัวแปรเชิงปริมาณระหว่างก่อนและหลังการ

ใช้แผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ด้วยสถิติ Paired t-test

สรุปผลการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 การพัฒนาความรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 1) หลักสูตรไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแชบ และ 2) แผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ซึ่งกระบวนการพัฒนาเครื่องมือใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ แกนนำผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชนจากโรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้ (1) ผู้วิจัยสำรวจและวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพสุขภาพผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 7 โดยใช้แบบสัมภาษณ์ (2) พัฒนาเครื่องมือด้วยการจัดประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นำเสนอสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 7 จากนั้นได้ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ วางแผนการแก้ไขปัญาสุขภาพ โดยได้มีการสร้างแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (3) ขั้นตอนการพัฒนาความรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้หลักสูตรไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแชบ ร่วมกับการจัดทำแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล และการบวนการเรียนรู้ของโรงเรียนผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพตนเอง วางแผนแก้ไขปัญา ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกำกับติดตามการใช้แผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระหว่างสมาชิกของโรงเรียนผู้สูงอายุ และ (4) ประเมินผลการพัฒนาความรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เมื่อได้เครื่องมือในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพแล้ว ผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือนี้มาเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่า

ข้อมูลทั่วไป ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.1 อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 62.9 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.4 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.3 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 52.9 ส่วนใหญ่มีโทรศัพท์ใช้แต่ไม่ใช้อินเทอร์เน็ต ร้อยละ 44.3 และมาร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ ในช่วงระหว่าง 2-5 ปี ร้อยละ 32.9 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายระดับอ้วน ($25.0-29.9$ กก./ m^2) ร้อยละ 45.7 รอบเอวเกิน ร้อยละ 82.9 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 71.4 โดยโรคที่พบบ่อยเป็นอันดับหนึ่ง คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 37.1 รองลงมาโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30 ส่วนใหญ่ในรอบปีผู้สูงอายุไปพบแพทย์ตามนัด ร้อยละ 57.1 และพบทันตบุคลากรเพื่อตรวจฟัน/ชุดหินปูน ร้อยละ 42.9 และเสี่ยงซึมเศร้า ร้อยละ 2.2

ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนาความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ เมื่อนำเครื่องมือการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพไปใช้ในโรงเรียนผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะได้รับการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น เพื่อประเมินภาวะสุขภาพตนเอง หลังจากนั้น จะได้รับข้อมูลในการส่งเสริมสุขภาพตนเองด้วยหลักสูตร “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแชบ” และได้รับคำแนะนำในการวางแผนการดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ซึ่งผู้สูงอายุจะคิด วิเคราะห์

ปัญหาหรือความเสี่ยงด้านสุขภาพของตนเอง และเลือกวางแผนแก้ไขปัญหาหรือกิจกรรมที่จะป้องกันตนเอง ไม่ให้มีความเสี่ยงด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นหรือทำให้ความเสี่ยงลดลง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองที่บ้าน เมื่อผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมที่โรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุ เดือนละ 1 ครั้ง จะได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองทั้งที่ทำได้และทำแล้วมีปัญหาอุปสรรค ผู้สูงอายุสามารถค้นหาข้อมูลต่างๆ ได้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อนผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข หรือแพทย์เมื่อไปโรงพยาบาล เมื่อได้ทดลองทำไป 6 เดือน แล้วมีการประเมินความรอบรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้แผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล พบว่าส่วนขององค์ประกอบรายด้าน ได้แก่ ความรู้ การตอบโต้ พฤติกรรมสุขภาพ และคะแนนการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีค่า P-value น้อยกว่า 0.05 ส่วนด้านการเข้าถึงข้อมูลเป็นเพียงด้านเดียวที่ไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการใช้แผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล ($P\text{-value}=0.196$) และเมื่อพิจารณาคะแนนภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพจากคะแนนเต็ม 58 คะแนน พบว่าคะแนนเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพิ่มขึ้นจาก 52.11 ± 3.20 คะแนน เป็น 55.91 ± 2.01 คะแนน เป็นการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนาความรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Paired t-test (N=60)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	t (df=69)	P-value
	Mean±SD	Mean±SD		
เข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (3)	2.60±0.57	2.71±0.46	1.304	0.196
ความรู้ (10)	8.34±0.78	9.59±0.63	10.894	<0.001*
ตอบโต้(3)	2.47±0.50	2.74±0.50	3.151	0.002*
ตัดสินใจ(3)	2.89±0.32	2.99±0.12	2.412	0.019*
พฤติกรรม(36)	33.21±2.23	35.03±1.75	5.297	<0.001*
บอกต่อ(3)	2.60±0.57	2.86±0.35	3.005	0.004*
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ(58)	52.11±3.20	55.91±2.01	8.572	<0.001*

P-value from Paired t-test * = Significant at $p < 0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนาความรอบรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7 ด้วยแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล พบว่ารูปแบบกิจกรรมการพัฒนาความรอบรู้ประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) สร้างเครื่องมือ 3) พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้วยแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ร่วมกับ การจัดการเรียนการสอนโดยใช้หลักสูตร ไมล์ม ไมล์ม ไมล์มเคร้า กินข้าวแซบ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งอาศัยกระบวนการเรียนการสอนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ผ่านกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ที่แกนนำผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่¹⁰ การค้นหาข้อมูลสุขภาพ และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้รับก่อนนำมาใช้การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องเพื่อนำมาใช้ให้เหมาะสมกับตนเอง การสื่อสารสองทางโดยการโต้ตอบ ซักถาม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับ

บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้เข้าใจอย่างถ่องแท้ และสามารถตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสม และการจัดการตนเองในการใช้ทักษะการคิดและตัดสินใจ เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยมีเป้าหมายให้ตนเองมีสุขภาพดี หรือใช้ชีวิตให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นได้ ซึ่งอภิปรายได้ว่ารูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุประสบผลสำเร็จสอดคล้องกับการศึกษาของ เอื้อจิต สุขพูลและคณะ¹² ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงานพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสูง กว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยใช้กิจกรรม ประกอบด้วย การฝึกประเมินและวิเคราะห์หาสาเหตุของพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง การให้ความรู้ การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ การฝึกบันทึกพฤติกรรม การใช้ตัวแบบการทำสัญญาใจ และการเยี่ยมบ้าน ดังนั้น อภิปรายได้

ว่าการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของการศึกษานี้ สอดคล้องกับ ทักษะการสื่อสาร การคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจ และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2. การประเมินผลรูปแบบการสร้างความรู้ ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของโรงเรียน ผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภาพรวม และรายประเด็นสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 ยกเว้น การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้อง กับ นิธิรัตน์ บุญตานนท์และคณะ¹¹ ที่ศึกษาประสิทธิภาพ ของการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุ ที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา โดยโปรแกรม ประกอบด้วยการสอนแบบบรรยาย ถามตอบฝึกทักษะ และการใช้สื่อประกอบการเรียนรู้ ซึ่งประยุกต์กรอบ แนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของกรมอนามัย ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลด้าน โภชนาการ 2) ความเข้าใจด้านโภชนาการ 3) การโต้ตอบ ซักถาม 4) การตัดสินใจ 5) การเปลี่ยนพฤติกรรม และ 6) การบอกต่อ ที่พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการของ ผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านโภชนาการ ภาพรวม และ รายประเด็น ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลด้าน โภชนาการ การเข้าใจด้านโภชนาการ การโต้ตอบซักถาม การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอก ต่อ สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ <0.001 และกลุ่ม ทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านโภชนาการหลัง ได้รับโปรแกรม ทั้งภาพรวม และรายประเด็นทุกด้าน แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ <0.001 สอดคล้องกับนิชดา สารถวัลย์แค้นและ คณะ¹³ ศึกษาการพัฒนาความแตกต่างด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการผลิตตกหล่นของผู้สูงอายุในชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 พบว่า เมื่อนำรูปแบบการสร้างความรู้

แดกจานด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการผลิตตกหล่น ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การใช้คู่มือคัดกรองความ แตกจานด้านการป้องกันการผลิตตกหล่น การใช้สื่อ มัลติมีเดียและแผ่นพับ การสอนสุขศึกษา การมีส่วนร่วม ของชุมชนและการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง มาใช้กับตัวอย่างที่มีความแตกต่างด้านสุขภาพในระดับ ปานกลาง และระดับต่ำ แล้วทำการเปรียบเทียบก่อน และหลังการใช้รูปแบบการสร้างความรู้ความแตกต่าง ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการผลิตตกหล่นพบว่า ความ แตกจานด้านสุขภาพเกี่ยวกับการผลิตตกหล่นของ ผู้สูงอายุภายหลังใช้รูปแบบการสร้างความรู้ความแตกต่าง ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการผลิตตกหล่นของ ผู้สูงอายุที่สามารถใช้ชีวิตตามปกติในชุมชน สูงกว่าก่อน การใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -35.42, p = .000$) ดังนั้น สิ่งที่จะทำให้ผู้สูงอายุ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น จะต้องมีความรู้ เช่น แผนการดูแลสุขภาพ หรือกระบวนการที่ หลากหลาย ประกอบการสื่อสาร ให้ผู้สูงอายุเกิดทักษะการ คิดและตัดสินใจ นำไปสู่การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพได้ อย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

ด้านนโยบาย: ผลจากการวิจัยนี้สามารถใช้เป็น ข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การสร้างหลักสูตร/คู่มือ/ชุดความรู้การสร้างความรู้ ด้านสุขภาพในโรงเรียนหรือชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้ ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีสุขภาพที่ดี

ด้านการพยาบาล: สำหรับพยาบาลชุมชน การวางแผนการส่งเสริมสุขภาพสุขภาพรายบุคคล ด้วยการเขียน อาจไม่เหมาะกับผู้สูงอายุที่อายุมาก ๆ สายตาไม่ดี และไม่ถนัดในการเขียน อาจแก้ไข้ปัญหา ด้วยการให้อาสาสมัคร หรือสมาชิกในครอบครัว เช่น ลูกหรือหลานช่วยเขียน ซึ่งจะมีประโยชน์ทางอ้อมเพิ่มขึ้น

คือ สมาชิกจะทราบปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ หรือ
อาจจะเป็นแรงบันดาลใจทางสังคมที่จะทำให้ผู้สูงอายุ
มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ด้วยการกระตุ้นเตือน
เมื่อผู้สูงอายุหลงลืมในการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ

ด้านการวิจัย:

1. ศึกษาการพัฒนาศักยภาพของแกนนำชมรม/
โรงเรียนผู้สูงอายุในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ
ภาพผู้สูงอายุด้วยรูปแบบอื่นๆ ให้สอดคล้องเหมาะสม
กับความต้องการของผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพ
ที่ดี

2. ควรมีการศึกษากการสร้างความรอบรู้
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยการวางแผนส่งเสริม
สุขภาพรายบุคคลในกลุ่มวัยอื่น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้สูงอายุ ผู้ร่วม
ดำเนินการวิจัยทุกคนได้แก่ ผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่
สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
ที่ให้ความร่วมมือในการลงพื้นที่การสำรวจและตอบแบบ
สัมภาษณ์ในการวิจัย ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการศูนย์
อนามัย 7 ขอนแก่น และกลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ
วัยสูงอายุที่สนับสนุนให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. พ.ศ.2559.นครปฐม: บริษัท พรินท์อริ จำกัด;
2560.
2. สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. นครปฐม: บริษัท พรินท์อริ จำกัด; 2561.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 .2561 [เข้าถึงเมื่อ 17 พ.ย.
2563].เข้าถึงได้จาก <https://www.dop.go.th/th/known/side/1/1/125>
4. กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย. รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556.นนทบุรี.: โรงพิมพ์วชิรรินทร์ พี.พี;
ม.ป.ป.
5. กระทรวงสาธารณสุข, คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่ 12. แผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่ 12.
(พ.ศ.2560-2564).,ม.ป.ท.,ม.ป.ป.
6. กิจปพน ศรีธานี. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ตอนกลาง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2560; 11(1): 26-36.
7. อุทุมพร ศรีเชื่อนแก้ว, อธิวัฒน์ เจียวิวรรธน์กุล, สาวิตรี ทยานศิลป์. ความสัมพันธ์ระหว่างความสุข ความรอบรู้ด้าน
สุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุใน โรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลเวียง อำเภอฝาง จังหวัด
เชียงใหม่. MFU Connexion 2561; [เข้าถึงเมื่อ 18 พ.ย.2563] 7(2): 76-95 เข้าถึงได้จาก
<https://www.shorturl.asia/KzpZi>

- 8.รุจิราภรณ์ วรธนัทธน์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของการมีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อ. 2ส.ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม. วารสารสุขภาพภาคประชาชน.2560;[เข้าถึงเมื่อ 8 พ.ย.2563.;12(1):17-29. เข้าถึงได้จาก <https://he02.tcithaijo.org/index.php/reg45/article/view/123153>
9. กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขศึกษา. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-19 ปี สำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ.2558 [เข้าถึงเมื่อ17 พ.ย.2563] เข้าถึงได้จาก <https://www.shorturl.asia/buD1Z>
10. วิมลรัตน์ บุญเสถียร, อรทัย เจริญวิทยสกุล. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : สถานการณ์และผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ.Journal of Nursing and Health 2020; 2(1): 1-19.
11. นิธิรัตน์ บุญตานนท์, คินาท แชนอก, นาริรัตน์ สุรพัฒนาชาติ. ประสิทธิภาพของการส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม2562[เข้าถึงเมื่อ17 พ.ย. 2563];13(30); เข้าถึงได้จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/242600/164918>
12. เอื้อจิต สุขพูล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวิณี แพงสุข, ธวัชชัย ยืนยาว, วัชรวิงค์ หวังมัน. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563;29(3): 419-429.
- 13.นิชดา สารถวัลย์แพทย์, สมยศ ศรีจารนัย, เมทนี ระดาบุตร,ปัฐยาวัชร ปราบกุลผล,วนิดา ขวเจริญพันธ์ และลัดดาวัลย์ ไวยสุระสิงห์.การพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน เขตสุขภาพที่ 4.วารสารพยาบาลตำรวจ 2562;11(1): 95-105.