



บทความวิชาการ

- ♦ การวิจัยการออกแบบเพื่อการพัฒนานวัตกรรมทางสาธารณสุข
พรอุมา ราศรี

บทความวิจัย

- ♦ ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่วนผสมการตลาดเชิงสังคมเพื่อส่งเสริมการบริโภคผักในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2
ยุพารัตน์ อดดลัน ภัทธร บุปผัน
- ♦ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30 - 60 ปี ตำบลโป่งผา
อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย
ธีรนาฏ ปัญญายม อนุกุล มะโนทน
- ♦ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค
ไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร
จินดาพร จันทร์เทศ ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์
- ♦ ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่สวนมะม่วง
ตำบลวังทับไทร อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร
ปรณพัชร วงศ์ธีราพงษ์ เสน่ห์ แสงเงิน
- ♦ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารมื้อเช้าของนักศึกษาระดับปริญญาตรีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ณัฐวิ ชังชัย ภัททิศา เลิศจริยพร จิรติกาญจน์ สงห่อง มลทิญา พิมพ์ชัย ต่วนนาชูฮา โตะกามาโละ
- ♦ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ กับความรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลขอนแก่น
ธารีรัตน์ พายัพสาย สุพรรณษา จิตรสม ศุภจิรา สืบสีสุข
- ♦ ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
ปรววรรณ วิทย์วานกุล รัชตภา สิตาดานะ สิริรัตน์ ตัญบุตร ยศพล เหลืองโสมนภา
- ♦ การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน อำเภอบ้านด่านลานหอย
จังหวัดสุโขทัย
พงษ์ศักดิ์ ราชสมณะ บัวพลอย พรหมแจ้ง สยมพร จันทรงาม รุ่งระวี มากมี
- ♦ ความต้องการการให้บริการการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนจากมุมมองนักท่องเที่ยวไทยและนักท่องเที่ยวต่างชาติ
ชไมพร กาญจนกิจสกุล จุฑาพร สันตยากร
- ♦ ผลของโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในตำบลผักขวาง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์
เบญจวรรณ วงษ์รอด อรวรรณ กิตติสิโรจน์ อาทิตยา วังวนสินธุ์
- ♦ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง
กัญญาภัทร คัดอ่าน เทียนทอง ต๊ะแก้ว

ประชาสัมพันธ์

- คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์
- แบบรับรองการตีพิมพ์บทความวารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- แบบรับรองบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์/การศึกษาระดับ





วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

Journal of Public Health and Health Sciences Research

ISSN: 2985-296X (Online)

ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2566 / Vol.5 No.3 September - December 2023

เจ้าของ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
Owner Faculty of Public Health, Naresuan University

ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ (พิเศษ) นายแพทย์ไพจิตร ปาวบุตร ผู้ทรงคุณวุฒิพิเศษ

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ กิรติสิโรจน์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จริยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ต้นสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

เลขานุการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พันธ์ทิพย์ หินหุ่มเพ็ชร คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ดร.วราภรณ์ ยังเอี่ยม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

กองบรรณาธิการต่างประเทศ

Professor Keiko Nakamura Tokyo Medical and Dental University, Japan

ศาสตราจารย์ ดร.สฤติกร พงศ์พานิช วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รองศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมชัย ชัยกิตติธรรม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ศูนย์รังสิต

รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนี สรรเสริญ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

รองศาสตราจารย์ ดร.พรรัตน์ บัญชรหัตถกิจ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

รองศาสตราจารย์ ดร.ปัญญพัฒน์ ไชยเมล์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ
วิทยาเขตพัทลุง

รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ บุญเชียง คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รองศาสตราจารย์ ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทระ แสนไชยสุริยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร.นายแพทย์ สุทัศน์ โชตนะพันธ์ สถาบันเวชศาสตร์ป้องกันศึกษา

ดร.อัสนี วันชัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีน พุทธชินราช

ดร.เชษฐา แก้วพรม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนแพร่

กองบรรณาธิการในสถาบัน

รองศาสตราจารย์ ดร.อาจินต์ สงทับ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาทิตย์า วัฒนสินธุ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สรวิญญา ถีบ้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ดร.จุฑารัตน์ รักประสิทธิ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผู้ช่วยเลขานุการ

พิชญานันท์ สุขมาก คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

จิตติพร ราชภัฏทองหลวง คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ประชาสัมพันธ์และเทคโนโลยี

ภาสวีร์ อ่องรัก คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

เศรษฐพงษ์ ตีออด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Editorial Advisors

Prof. Dr. Phaichit Pawabut, M.D.

Chief Editor

Asst. Prof. Dr. Orawan Keeratisiroj, Ph.D. (Clinical Epidemiology)

Associate Editors

Assoc. Prof. Dr. Nithra Kitreerawutiwong, Ph.D. (Public Health)

Asst. Prof. Dr. Wuttichai Jariya, DHSM (Health Services Management)

Asst. Prof. Dr. Sunsanee Mekrungruangwong, Ph.D.

(International Health / Health Promotion)

Secretary

Asst. Prof. Dr. Pantip Hinhumpatch, Ph.D.

(Environmental Toxicology)

Dr. Waraporn Youngiam, Ph.D.

(Health Education and Health Promotion)

External Editorial Board

Prof. Dr. Keiko Nakamura, M.D., Ph.D. (Psychology)

Prof. Dr. Sathirakorn Pongpanich, Ph.D. (Health Services)

Assoc. Prof. Dr. Chaermchai Chaikittipom, Ph.D. (Epidemiology)

Assoc. Prof. Dr. Yuvadee Rodjarkpai, D.Sc. (Health Education and Behavioral Science)

Assoc. Prof. Dr. Rachanee Sunsem, Ph.D. (Community Health Nursing)

Assoc. Prof. Dr. Pannee Banchonhattakit, Ph.D.

(Health Education and Behavioral) (International Program)

Assoc. Prof. Dr. Punyapat Chaimay, Ph.D. (Public Health)

Assoc. Prof. Dr. Waraporn Boonchieng, Ph.D.

(Health education and behavioral science)

Assoc. Prof. Dr. Sutham Nanthamongkolchai, Ph.D. (Demography)

Asst. Prof. Dr. Pattara Sanchaisuriya, Ph.D. (Health Science)

Asst. Prof. Dr. Vanvisa Sresumatchai, Ph.D.

(Thai Traditional and Alternative medicine)

Dr. Suthat Chottanapund, M.D., Ph.D. (Applied Biology)

Dr. Ausanee Wanchai, Ph.D. (Nursing)

Dr. Cheththa Kaewprom, Ph.D. (Nursing)

Internal Editorial Board

Assoc. Prof. Dr. Archin Songthap, Ph.D. (Tropical Medicine)

Asst. Prof. Dr. Artittaya Wangwonsin, Dr.PH. (Public Health)

Asst. Prof. Dr. Sarunya Thipom, Ph.D. (Environmental science)

Dr. Jutarat Rakprasit, Ph.D. (Global Health Entrepreneurship)

Associate Secretary

Pichayanan Sukmak, M.M. (Electronic Commerce Management)

Jittiporn Rachthonglang, M.Ed. (Educational Administration)

Public relations and technology

Phasavee Ongruk, M.S. (Information Technology)

Settapon Dee-ud, B.F.A (Innovation Media Design)

วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

Journal of Public Health and Health Sciences Research

ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2566

Vol.5 No.3 September-December 2023

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

วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ เป็นวารสารทางด้านสาธารณสุขศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อาชีวอนามัยและความปลอดภัย อนามัยสิ่งแวดล้อม การบริการสุขภาพ การแพทย์แผนไทยประยุกต์ และสาขาที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางด้านสาธารณสุขศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อาชีวอนามัยและความปลอดภัย อนามัยสิ่งแวดล้อม การบริการสุขภาพ การแพทย์แผนไทยประยุกต์ และสาขาที่เกี่ยวข้องของนิสิตนักศึกษา คณาจารย์ นักวิจัย นักวิชาการ บุคลากรด้านสุขภาพ และบุคคลทั่วไป ที่มีผลงานเกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ ทั้งในและนอกสถาบัน
2. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการกับสถาบันการศึกษา หน่วยงานที่ทำงานด้านสุขภาพ ระดับประเทศ

ขอบเขต

สาระในวารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ เปิดรับบทความประเภท บทความวิจัย บทความวิชาการ บทความหนังสือ ปกิณกะ และจดหมายถึงบรรณาธิการ ทั้งในรูปแบบภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน

กระบวนการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ต้นฉบับทั้งหมดจะได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) จำนวน 3 ท่านต่อบทความ โดยการปกปิดแบบสองทาง (Double blind) การตัดสินใจในการเผยแพร่ต้นฉบับที่ส่งมาขึ้นอยู่กับความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ และการทบทวนโดยบรรณาธิการ วารสารฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการแก้ไขต้นฉบับตามรูปแบบและขนาดของพื้นที่ในการเผยแพร่ เนื้อหาและข้อคิดเห็นใดๆ ที่ปรากฏในบทความถือเป็นความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์

กำหนดเผยแพร่

ปีละ 3 ฉบับ ราย 4 เดือน

ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน) ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม) ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม)

รูปแบบการเผยแพร่

วารสารอิเล็กทรอนิกส์ (E-journal)

สำนักงาน

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

เลขที่ 99 หมู่ที่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000

โทร 055 967319 โทรสาร 055 967333

www.health.nu.ac.th

สถานที่พิมพ์

พิมพ์ที่ หจก. โรงพิมพ์ตระกูลไทย จังหวัดพิษณุโลก โทร 055 211238 โทรสาร 055 301727

บรรณาธิการแถลง

เรียน ท่านผู้อ่านวารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพทุกท่าน

วารสารฉบับนี้เป็นฉบับส่งท้ายปี พ.ศ. 2566 ซึ่งเป็นการดำเนินการวารสารในปีที่ 5 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม) และมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือการเปลี่ยนชื่อวารสารจาก วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เป็น (ภาษาไทย) "วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ" (ภาษาอังกฤษ) "Journal of Public Health and Health Sciences Research" ทั้งนี้ เพื่อให้สื่อถึงขอบเขตเนื้อหาของวารสารและมีความเป็นสากลมากขึ้น โดยยังคงเน้นคุณภาพตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพวารสารของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย Thai-journal Citation Index (TCI) ในกลุ่มที่ 1 (Tier 1)

วารสารฉบับนี้ ประกอบด้วยบทความ จำนวน 12 เรื่อง โดยเป็นบทความวิชาการ จำนวน 1 เรื่อง เกี่ยวกับการพัฒนานวัตกรรมทางสาธารณสุข และบทความวิจัย จำนวน 11 เรื่อง มีเนื้อหาสาระหลากหลายศาสตร์ทางด้านสาธารณสุข ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค โภชนศาสตร์สาธารณสุข จิตวิทยาสาธารณสุข และการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพ โดยมีการศึกษา ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยโรคต่างๆ ได้แก่ โรคมะเร็งและโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มเปราะบาง ผู้ดูแลผู้ป่วย นักเรียน นักศึกษา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนทั่วไป ท่านผู้อ่านที่สนใจ สามารถติดตามเนื้อหาได้ในเว็บไซต์เดิมของวารสาร <https://www.tci-thaijo.org/index.php/JPHNU/index>

กองบรรณาธิการวารสารขอขอบคุณผู้อ่าน ผู้นิพนธ์ทุกท่านที่เชื่อมั่นและไว้วางใจส่งบทความเข้ามายังวารสารของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เสมอมา รวมทั้ง ผู้ทรงคุณวุฒิในการอ่านบทความกองบรรณาธิการวารสาร มุ่งมั่นที่จะดำเนินการพัฒนาคุณภาพของวารสารให้มีความน่าเชื่อถือเป็นที่ยอมรับ และก้าวสู่สากลต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรณณ กิริติโรจน์

บรรณาธิการวารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

สารบัญ

บทความวิชาการ

หน้า

การวิจัยการออกแบบเพื่อการพัฒนานวัตกรรมทาง
สาธารณสุข

พรอุมมา ราศรี

1-13

Design research for development innovation in
public health

Pornuma Rasri

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่วนผสมการตลาดเชิงสังคม
เพื่อส่งเสริมการบริโภคผักในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
ชนิดที่ 2

ยุพารัตน์ อดกลั่น
ภัทธรกร บุปผัน

14-27

The effectiveness of a strategic social marketing
program on promoting vegetable consumption
among people at risk for type 2 diabetes mellitus

Yuparat Odglun
Pattakorn Buppan

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการตรวจคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปี
ตำบลโป่งผา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

ธีรนาฏ ปัญญายม
อนุกุล มะโนทน

28-43

Factors associated with cervical cancer screening
service utilization of at-risk women aged 30-60
years, Pongpha Subdistrict, Maesai District,
Chiangrai Province

Teeranad Panyayom
Anukool Manoton

ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎี
แรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการ
ป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษา
ตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร

จินดาพร จันท์เทศ
ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์

44-60

The effectiveness of the protection motivation
theory incorporated with social support program on
preventive behaviors for dengue fever among upper
primary school students in Mueng District, Phichit
Province

Jindaporn Jantes
Sunsanee Mekrungrongwong

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย

หน้า

ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่สวนมะม่วง ตำบลวังทับไทร อำเภอสาทเหล็ก จังหวัดพิจิตร The effectiveness of the behavioral modification program for dengue fever prevention and control among people of mango orchard areas in Wang Thap Sai Sub-district, Sak-Lek District, Phichit Province	ปรรณพัชร วังศรีราพงษ์ เสน่ห์ แสงเงิน Pannaphat Wongthiraphong Sane Saengngoen	61-76
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารมื้อเช้าของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะสาธารณสุขศาสตร์ และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ Predictors of breakfast consumption behavior among undergraduate students: Faculty of Public and Environmental Health, Huachiew Chalermprakiet University	ณัฐวี ชั่งชัย ภัททิศา เลิศจริยพร จิรัตติกานุจน์ สงห้อง มลทิญา พิมพ์ชัย ต่วนนาชูฮา โตะกุมโล Nuttawee Changchai Pattita Lerdjariyaporn Jirattikan Songhong Montiya Pimchai Tuannasuha ToKumalo	77-91
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับความรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลขอนแก่น Relationships among health literacy, knowledge, and preventive behaviors on Coronavirus disease 2019 among pregnant women in Khon Kaen Hospital	ธารีรัตน์ พายัพสาย สุพรรณษา จิตรสม ศุภจิรา สืบสีสุข Thareerat Payapsai Supansa Chitsom Supachira Suebseesook	92-106

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย

หน้า

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง
ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ปรววรรณ วิทย์วรานุกุล
รัชดาภา สีดาตาส
สิริรัตน์ ตัญบุตร
ยศพล เหลืองโสมนภา

107-121

Predictors of quality of life in older cancer patients
receiving chemotherapy

Porawan Witwanukool
Ratchadapa Seedard
Sirirat Tanyabut
Yosapon Leungsomnapa

การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ
ของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน อำเภอ
บ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

พงษ์ศักดิ์ ราชสมณะ
บัวพลอย พรหมแจ้ง
สยามพร จันทรัมย์
รุ่งระวี มากมี

122-138

A development of resilience enhancing program
among the caregivers responsible for home-based
palliative care patients, Bandanlanhoi District,
Sukhothai Province

Pongsak Ratsamana
Buaploy Promjeang
Sayumporn Junngarm
Roongrawee Makmee

ความต้องการการให้บริการการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพ
โดยชุมชน จากมุมมองนักท่องเที่ยวไทยและนักท่องเที่ยว
ต่างชาติ

ชไมพร กาญจนกิจสกุล
จุฑาพร สันตยากร

139-155

The demand for community-based wellness
tourism services from the perspective of Thai and
foreign tourists

Chamaiporn Kanchanakijisakul
Chuthaporn Santayakorn

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย

หน้า

ผลของโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในตำบลฝักขวง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์	เบญจวรรณ วงษ์รอด อรรวรรณ กীরติสิโรจน์ อาทิตยา วัฒนสินธุ์	156-167
The effectiveness of the program applying the health promotion model on self-care behavior among patients with uncontrolled hypertension in Phakkwang Sub-district, Thongseankhan District, Uttaradit Province	Benjawan Wongrod Orawan Keeratisiroj Artittaya Wangwonsin	
ปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง	กัญญาภัทร คัดอ่าน เทียนทอง ต๊ะแก้ว	168-182
Factors affecting Coronavirus disease 2019 infection among healthvolunteers in Wang nuea district, Lampang province	Kanyapat Kidarn Tienthong Takaew	

บทความวิชาการ

การวิจัยการออกแบบเพื่อการพัฒนานวัตกรรมทางสาธารณสุข

พรอมา ราชศรี^{1,*} สส.ม.

Received: March 26, 2023

Revised: May 18, 2023

Accepted: May 26, 2023

บทคัดย่อ

ในยุคสมัยแห่งความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีดิจิทัล ทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชนต่างได้นำเอาเทคโนโลยีดังกล่าวมาวิจัยและพัฒนาเป็นนวัตกรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชากรไทย หน่วยงานด้านสาธารณสุขมีความพยายามในการขับเคลื่อนการสร้างสรรคผลงานวิจัยและนวัตกรรมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อยกระดับคุณภาพการบริการด้านสาธารณสุขต่อไปในอนาคต เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงเป็นกลุ่มบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาผลงานวิจัยและนวัตกรรมด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับปฏิบัติการ จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขได้รับการสนับสนุนความรู้เกี่ยวกับการพัฒนานวัตกรรมในระดับที่ไม่เพียงพอ ขาดการบูรณาการร่วมกับภาคีต่างๆ และสร้างสรรค์ผลงานตามความถนัดของตนเองมากกว่าตอบโจทยความต้องการของประเทศ ซึ่งทำให้ผลการวิจัยไม่สามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทที่แท้จริง อย่างไรก็ตาม การวิจัยการออกแบบสามารถปิดช่องว่างความรู้ดังกล่าวได้ เนื่องจากระเบียบวิธีวิจัยสามารถเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ใช้ประโยชน์จากนวัตกรรมเพื่อให้เกิดผลผลิตเชิงนวัตกรรมที่สามารถตอบสนองต่อสภาพปัญหาในบริบทเฉพาะ นอกจากนี้ยังให้ผลผลิตในเชิงทฤษฎี เรียกว่า หลักการออกแบบใหม่ ซึ่งได้มาจากการปรับปรุงพัฒนาตัวแทรกแซงให้สามารถใช้ได้ในบริบทจริง ฉะนั้นในบทความนี้จึงมุ่งเน้นการนำเสนอหลักการของการวิจัยการออกแบบ ตลอดจนการประยุกต์ใช้การวิจัยการออกแบบเพื่อพัฒนานวัตกรรมทางสาธารณสุข

คำสำคัญ: การวิจัยการออกแบบ นวัตกรรม สาธารณสุข

¹ นักศึกษาปริญญาเอก สาขาวิชาวิทยาการวิจัยและประเมิน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

* ผู้รับผิดชอบบทความ: pornuma.r@ku.th

Design research for development innovation in public health

Pornuma Rasri^{1,*} M.S.W.

ABSTRACT

In the era of progress in digital technology, both government agencies and private sectors have brought such technology to research and develop innovations to enhance the quality of life of the Thai population. Public health agencies strive to drive research and innovation by public health officials to improve the quality of public health services in the future. Therefore, public health officials are a group of personnel who play an important role in research and innovation in public health development, especially at the operational level. From past operations, it was found that public health workers had insufficient support knowledge of innovation development. The deficiency of integration with various partners, and creating works according to their own expertise rather than consultation with the needs of the country which resulted in the research results cannot be used in an actual context. However, the research design can close that knowledge gap because the research methodology can focus on the participation of users to produce innovative products that can respond to problems in specific contexts. It also produces a theoretical output, known as the new design principle, which is derived from improving the intervention with the aim of it can be used in an actual context. Therefore, this article focuses on presenting principles of research design, as well as the application of research design to develop innovations in public health.

Keywords: Design research, Innovation, Public health

¹ Ph.D. student in Research and Evaluation Methodology Program, Faculty of Education, Kasetsart University

* Corresponding author: pornuma.r@ku.th

บทนำ

ในยุคสมัยแห่งศตวรรษที่ 21 เป็นยุคสมัยแห่งความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีดิจิทัล ด้วยความก้าวหน้าของเทคโนโลยีนี้ จึงส่งผลให้ในปัจจุบันมีหน่วยงานด้านสาธารณสุขนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาบูรณาการเข้ากับระบบบริการด้านสุขภาพ อาทิ แอปพลิเคชันในสมาร์ตโฟน (Application smart phone) การให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เป็นต้น เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการดังกล่าวได้อย่างทั่วถึง ด้วยเหตุนี้กลุ่มเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานเลขาธิการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จึงจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาดิจิทัล เพื่อระบบบริการสุขภาพและระบบสุขภาพภาคประชาชน ระยะ 5 ปี พ.ศ. 2564-2568 โดยมีวิสัยทัศน์ด้านเทคโนโลยี คือ ขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพและระบบสุขภาพภาคประชาชนด้วยนวัตกรรมดิจิทัลสู่องค์กรดิจิทัล (Department of health service support, 2020) ทั้งนี้ เพื่อให้เท่าทันต่อสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปของประเทศไทย

การพัฒนานวัตกรรมเหล่านี้จะเกิดมิได้ ถ้าหากขาดกระบวนการศึกษาพัฒนาอย่างเป็นระบบ ดังเช่นกระบวนการศึกษาวิจัย ซึ่งจะเห็นได้ว่านวัตกรรมทางสาธารณสุข อาทิ ยา เครื่องมือแพทย์ รวมไปถึงระบบการให้บริการด้านสุขภาพ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ต่างๆ สิ่งเหล่านี้ล้วนถูกพัฒนาขึ้นโดยผ่านกระบวนการวิจัยทั้งสิ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งกระบวนการของการวิจัยสมัยใหม่ ที่นอกจากจะมุ่งเน้นการพัฒนานวัตกรรมหรือตัวแทรกแซงใหม่แล้ว ยังมุ่งเน้นการสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนา โดยปรับแต่งทฤษฎีที่มีอยู่ ให้ใช้งานได้ในพื้นที่บริบทนั้นๆ อย่างแท้จริง ดังเช่น การวิจัยการออกแบบ (Design research) (Wongwanich, 2021)

การวิจัยการออกแบบ (Design research) เป็นการวิจัยที่มีเป้าหมายเพื่อพัฒนานวัตกรรมทางการศึกษาและพัฒนาศาสตร์การออกแบบ จึงส่งผลให้การวิจัยการออกแบบเป็นวิธีวิทยาการวิจัยที่เป็นที่นิยมอย่างมากในวงการวิจัยทางการศึกษา (Lucienne, Blessing, 2009; Vaezi, Moonaghi, & Golbaf. 2019) (Education research) จากที่ผู้เขียนได้กล่าวในข้างต้น

ว่าการวิจัยการออกแบบเป็นการวิจัยสมัยใหม่ เนื่องจากถูกพัฒนาขึ้นเพื่อแก้ไขข้อจำกัดของการวิจัยทางการศึกษา ที่มักมีการทำงานแยกส่วนกันระหว่างนักวิจัยและผู้ปฏิบัติ ซึ่งส่งผลให้ผลผลิตของงานวิจัยไม่สามารถนำมาใช้ได้ในบริบทจริง (Wongwanich, 2021) ฉะนั้น การวิจัยการออกแบบจึงถูกพัฒนาขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยมุ่งเน้นทำงานร่วมกันระหว่างนักวิจัยและผู้ปฏิบัติเพื่อให้ได้มาซึ่งนวัตกรรมทางการศึกษา ที่ทำให้ผู้เรียนประสบความสำเร็จในการเรียนรู้ และช่วยเพิ่มโอกาสการนำผลการศึกษาวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้อย่างแท้จริง (Vaezi et al.)

ทั้งนี้ ปัญหาที่พบจากงานวิจัยทางการศึกษา มีลักษณะเช่นเดียวกับงานวิจัยทางสาธารณสุข ที่พบว่าผลการศึกษาวิจัยไม่สามารถนำมาใช้ในบริบทจริงได้ ดังที่ปรากฏในผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดด้านจำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือพัฒนาต่อยอด โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ระบุถึงอุปสรรคของการดำเนินงานที่ผ่านมาว่า งานวิจัยและพัฒนาวัตกรรมยังขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานภายในและภายนอก รวมถึงนักวิจัยสร้างสรรค์ผลงานตามความถนัดของตนเอง มากกว่าตอบโจทย์ความต้องการของประเทศ ส่งผลให้ผลการวิจัยที่ได้ไม่สามารถตอบสนองต่อเป้าหมายในภาพรวมระดับประเทศได้อย่างเป็นรูปธรรม (Department of Medical Sciences, 2022) ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์ช่องว่างความรู้การบริหารจัดการงานวิจัยด้านสุขภาพ โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ระบุว่า ข้อเสนอโครงการวิจัยที่มุ่งแก้ปัญหาในระดับปฏิบัติการมีจำนวนมากแต่ไม่มีคุณภาพ เพราะการมองสภาพปัญหาเกิดจากมุมมองของนักวิจัย แต่ขาดประสบการณ์และการแก้ไขปัญหาพร้อมกับภาคีต่างๆ ในระดับพื้นที่ (Health Systems Research Institute, 2022) นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Promdit (2021) พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการสนับสนุนและมีความรู้เกี่ยวกับการพัฒนานวัตกรรมอยู่ในระดับต่ำ เห็นได้จากการสร้างสรรค์นวัตกรรมที่หายไป รวมถึงการสร้างสรรค่นวัตกรรมที่คล้ายคลึงกัน เพียงแต่ใช้ชื่อ

นวัตกรรมที่แตกต่างกัน จึงสะท้อนให้เห็นว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในปัจจุบันยังขาดหลักการและแนวทางการออกแบบนวัตกรรมที่เป็นระบบ

ฉะนั้น เพื่อสนองต่อแผนงานตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ. 2561-2580 ที่มุ่งเน้นการวิจัยและพัฒนา นวัตกรรมเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนสังคมไทยเพื่อรองรับกระแสโลกาภิวัตน์ของวัฒนธรรมโลกที่รวดเร็วขึ้นในยุคดิจิทัล (Office of the National Economic and Social Development Council on NESDC, 2019) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขจึงสนับสนุนให้มีการพัฒนาศักยภาพการทำวิจัย โดยมุ่งเน้นให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อช่วยกำหนดประเด็นปัญหาที่ชัดเจนและสามารถพัฒนามาตรการแก้ไขปัญหา (Health Systems Research Institute, 2022) ทั้งนี้ การวิจัยการออกแบบ (Design research) สามารถปิดช่องว่างความรู้ที่ผู้เชี่ยวชาญได้กล่าวถึงในข้างต้น เนื่องจากเป็นวิธีวิทยาการวิจัยที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาในสภาพการปฏิบัติงานจริง (Grounded) เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มผู้ให้บริการด้านสุขภาพและประชากรกลุ่มเป้าหมายโดยผสมผสานความร่วมมือระหว่างนักวิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน อีกทั้งยังได้ผลผลิตในเชิงทฤษฎี ที่เรียกว่าหลักการออกแบบใหม่ (New design principle) หรือทฤษฎีใหม่ (New theory) ซึ่งเป็นผลผลิตเฉพาะสำหรับการวิจัยการออกแบบเท่านั้น

บทความนี้ ผู้เขียนจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอหลักการของการวิจัยการออกแบบ ประกอบด้วย ที่มาของแนวคิดการวิจัยการออกแบบ ลักษณะของการวิจัยการออกแบบ ประเภททฤษฎีในการวิจัยการออกแบบแนวคิด และหลักการสำคัญ ขั้นตอนการวิจัยการออกแบบ ตลอดจนการประยุกต์ใช้การวิจัยการออกแบบเพื่อพัฒนานวัตกรรมทางสาธารณสุข

ที่มาของแนวคิดการวิจัยการออกแบบ

การวิจัยการออกแบบ (Design research) พัฒนาขึ้นโดยนักวิจัยด้านการศึกษา มีจุดกำเนิดมาจากข้อจำกัดของการวิจัยทางการศึกษา ที่พบว่าผลผลิตจากงานวิจัยไม่สามารถนำมาใช้ในบริบทจริงได้ (Wongwanich, 2021) เนื่องจากการวิจัยเพื่อพัฒนา

ตัวแทรกแซง มักมีการควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนเพื่อให้เกิดความตรงของผลการวิจัย (Internal validity) แต่ในขณะที่สภาพบริบทจริงสามารถควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนได้ยาก ทั้งนี้ Brown, (1992) as cited in Wongwanich (2021) ได้นำเสนอแนวคิดในการออกแบบการวิจัยใหม่ในปี ค.ศ. 1992 เพื่อแก้ไขข้อจำกัดของการวิจัยเบื้องต้น โดยนำเสนอการทดลองการออกแบบ (Design experiment) เป็นการนำนวัตกรรมที่นักวิจัยออกแบบมาทดลองซ้ำๆ (Iteration) ในสภาพธรรมชาติ ปราศจากการควบคุมปัจจัยแทรกซ้อน ซึ่งในระหว่างการทดลองจะมีการประเมินความก้าวหน้า (Formative evaluation) เพื่อปรับปรุงนวัตกรรมให้เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพบริบทจริงนอกจากนี้ Van den Akker, Gravemeijer, McKenney, & Nieveen (2006) as cited in Wongwanich (2021) เผยให้เห็นถึงสาเหตุของข้อจำกัดดังกล่าวว่าในการทำงานแยกส่วนระหว่างนักวิจัยและผู้ปฏิบัติ (ครูในโรงเรียน) โดยที่นักวิจัยมีหน้าที่คิดและวางแผน แต่ไม่ได้อยู่ในบริบทจริง ในขณะที่ผู้ปฏิบัติมีหน้าที่นำแผนการจากนักวิจัยไปใช้ในสภาพบริบทจริง ซึ่งสิ่งที่นักวิจัยคิดและวางแผนอาจไม่ตอบสนองต่อสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในบริบทจริง ฉะนั้น Van den Akker et al. (2006) จึงเสนอให้นักวิจัยและผู้ปฏิบัติร่วมกันพัฒนานวัตกรรม เพื่อเพิ่มโอกาสการนำนวัตกรรมไปใช้ในสภาพบริบทจริงมากขึ้น

ตามที่คุณเขียนได้กล่าวในข้างต้นว่าวิธีวิทยาการวิจัยการออกแบบมีจุดกำเนิดมาจากข้อจำกัดของงานวิจัยทางการศึกษา อย่างไรก็ตาม วิธีวิทยาการวิจัยดังกล่าวสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในศาสตร์ด้านการวิจัยทางสาธารณสุขได้เช่นกัน (Goodyear, 2018) แม้จะมีงานวิจัยรองรับแนวทางการปฏิบัติที่ดีที่สุด (Best practice) ในการดูแลสุขภาพของประชาชน แต่ทว่าแนวทางดังกล่าว อาจจะไม่เหมาะสมกับประชาชนทุกคน ฉะนั้นเพื่อยกระดับคุณภาพนวัตกรรมทางสาธารณสุขให้สามารถนำมาใช้ในสภาพบริบทจริง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถประยุกต์ใช้การวิจัยการออกแบบในการสร้างสรรค์โปรแกรมเพื่อส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพร่างกาย ให้สอดคล้องกับลักษณะของบุคคล โดยมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในกระบวนการ

ออกแบบโปรแกรมร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขและประชาชน ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในแผนการและนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี (Goodyear, 2018)

ลักษณะเฉพาะของการวิจัยการออกแบบ

การวิจัยการออกแบบเป็นวิธีวิทยาการวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงเบื้องหลังของการได้มาซึ่งนวัตกรรมหรือตัวแทรกแซง ฉะนั้น คุณลักษณะที่สำคัญของวิธีวิทยาการวิจัยดังกล่าว ต้องมีการออกแบบคุณลักษณะของนวัตกรรมหรือตัวแทรกแซง (Interventionist characteristics) ภายใต้การออกแบบที่อ้างอิงมาจากทฤษฎี (Theory orientation) (Wongwanich, 2021) ทั้งนี้ ทฤษฎีที่นำมาใช้ออกแบบควรเป็นทฤษฎีในลักษณะ Local theory กล่าวคือ เป็นทฤษฎีอย่างง่าย ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในสภาพบริบทจริงได้ นอกจากนี้ ลักษณะที่สำคัญอย่างยิ่ง คือ มีการทดลองปฏิบัติซ้ำ (Iteration) เนื่องจากในสภาพธรรมชาติมักเต็มไปด้วยปัจจัยแทรกซ้อนที่ควบคุมได้ยาก เพื่อให้มั่นใจว่านวัตกรรมที่ถูกออกแบบสามารถนำมาใช้ได้

บริบทจริง จึงต้องมีการทดลองหลายๆ ครั้ง เพื่อปรับปรุงแก้ไขนวัตกรรมดังกล่าวให้เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพบริบทที่แท้จริง ดังนั้น ผลผลิตที่ได้จากการวิจัยการออกแบบจึงประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ผลผลิตเชิงปฏิบัติ (Practical product) ได้แก่ นวัตกรรม อาทิ อุปกรณ์ หลักสูตร โปรแกรม เป็นต้น และผลผลิตเชิงทฤษฎี (Theoretical product) ได้แก่ องค์ความรู้ใหม่เชิงทฤษฎี คือ หลักการออกแบบใหม่ (New design principle) หรือทฤษฎีใหม่ (New theory) ซึ่งส่วนที่ 2 คือ ผลผลิตที่เกิดขึ้นเฉพาะการวิจัยการออกแบบเท่านั้น ฉะนั้นผลผลิตดังกล่าวจึงส่งผลให้การวิจัยการออกแบบแตกต่างจากการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาตัวแทรกแซงแบบดั้งเดิม อาทิ การวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) การวิจัยและพัฒนา (Research and development research) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เป็นต้น ทั้งนี้ ผู้เขียนได้วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างการวิจัยการออกแบบ (Design research) และการวิจัยพัฒนาตัวแทรกแซงแบบดั้งเดิม โดยเปรียบเทียบกับ การวิจัยและพัฒนา (Research and development research) ดังตาราง 1 (Wongwanich, 2021)

ตาราง 1 ความแตกต่างระหว่างการวิจัยการออกแบบกับการวิจัยและพัฒนา

ประเด็นพิจารณา	การวิจัยการออกแบบ	การวิจัยและพัฒนา (ดั้งเดิม)
การวิเคราะห์ข้อมูล	- วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของผู้ใช้ (Users) หรือ - วิเคราะห์ความต้องการของผู้ใช้ (Users)	- วิเคราะห์ความต้องการของผู้ใช้ (Users)
การมีส่วนร่วมระหว่างนักวิจัยและผู้ปฏิบัติ	- มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างนักวิจัยและนักปฏิบัติที่เป็นผู้ใช้นวัตกรรม	- มิได้มุ่งเน้นประเด็นนี้
หลักการออกแบบ	- มีการกำหนดหลักการออกแบบและศึกษากระบวนการนำตัวแทรกแซงสู่การปฏิบัติ	- มิได้มุ่งเน้นประเด็นนี้
การทดลอง	- เน้นการปฏิบัติในสภาพแวดล้อมจริงปราศจากการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน	- มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอย่างเข้มงวด
ผลผลิต	- ผลผลิตเชิงนวัตกรรม - ผลผลิตเชิงทฤษฎี	- ผลผลิตเชิงนวัตกรรม

กล่าวโดยสรุป การวิจัยทั้งสองต่างมีเป้าหมายเพื่อการออกแบบและพัฒนานวัตกรรมที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้ (Users) แต่จะเห็นได้ว่าการวิจัยการออกแบบให้ผลผลิตเชิงทฤษฎี (Theoretical product) ซึ่งเกิดจากการกำหนดหลักการออกแบบ และศึกษากระบวนการนำตัวแทรกแซงสู่การปฏิบัติ โดยผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลของปัญหารวมถึงการปรับปรุงแก้ไขตัวแทรกแซงในระหว่างการทำทดลอง จากนั้นสะท้อนคิดออกมาเป็นหลักการออกแบบใหม่ (New design principle) ทั้งนี้ นักวิจัยท่านอื่นสามารถนำผลผลิตดังกล่าวไปอ้างอิงและประยุกต์ใช้ได้ในสภาพบริบทที่คล้ายคลึงกัน

จะเห็นได้ว่า ผลผลิตของการวิจัยการออกแบบถูกพัฒนามาจากการทดลองในสภาพบริบทจริงและมีการปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ตัวแทรกแซงสามารถนำมาใช้ได้จริงในบริบทที่แท้จริง อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าว เป็นการปฏิบัติทดลองในระดับพื้นที่ (Local level) ฉะนั้น จึงเป็นข้อจำกัดให้ผลการศึกษาสามารถสรุปอ้างอิงได้ในบริบทเฉพาะเท่านั้น ในขณะที่การวิจัยและพัฒนาให้ความสำคัญกับการออกแบบการทดลอง โดยควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอย่างเข้มงวด ส่งผลให้เกิดความตรงภายในของการวิจัย (Internal validity of research) สูง สามารถสรุปอ้างอิงผลการวิจัยในระดับกว้างได้ ด้วยเหตุนี้ โอกาสการนำตัวแทรกแซงไปใช้ในสภาพบริบทจริงจึงปฏิบัติได้ยากเนื่องจากในสภาวะดังกล่าวผู้ปฏิบัติไม่สามารถควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนได้อย่างเข้มงวด และไม่สามารถควบคุมสภาพบริบทของการใช้ตัวแทรกแซงดังเช่นสภาพบริบทขณะศึกษาทดลองได้ (Wongwanich, 2021)

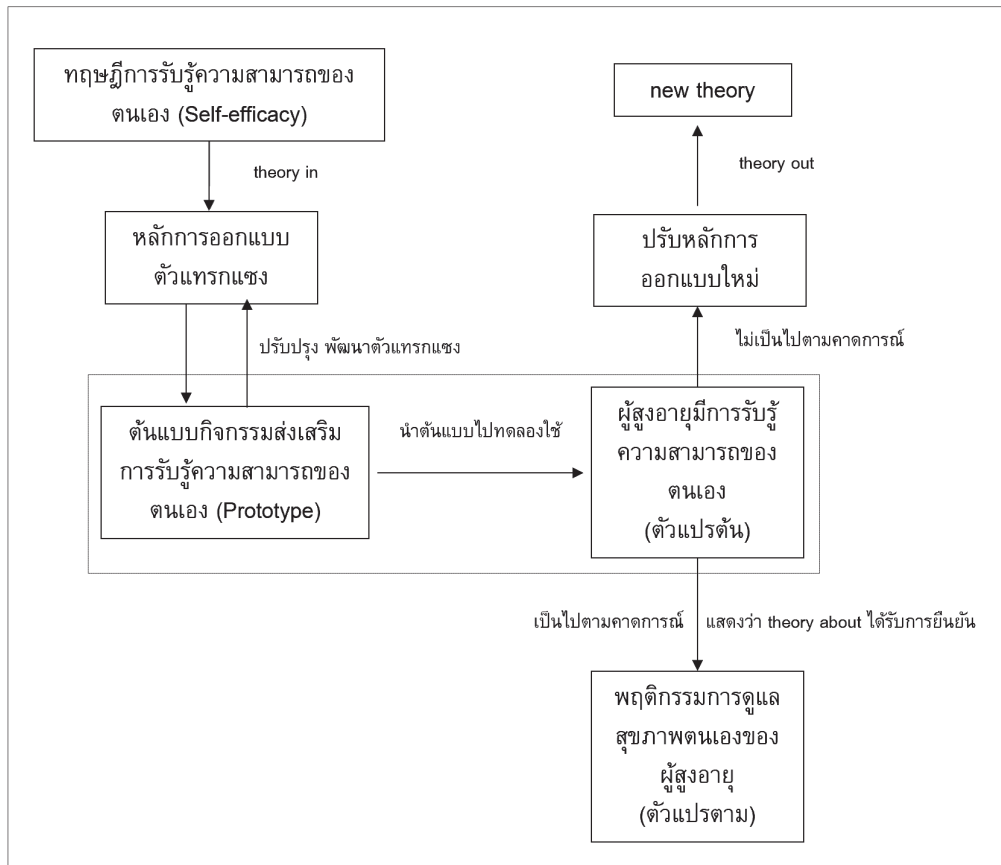
ประเภททฤษฎีในการวิจัยการออกแบบ

การวิจัยการออกแบบให้ความสำคัญกับทฤษฎีอย่างยิ่ง เนื่องจากใช้เป็นฐานคิดในการออกแบบและพัฒนาตัวแทรกแซง ตลอดจน เป็นผลผลิตของการวิจัย

การออกแบบ ดังนั้น ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยการออกแบบจำแนกออกเป็น 2 ประเภท (Zimmerman et al, 2010 as cited in Savin & Huang, 2014) คือ

1) ทฤษฎีสำหรับการออกแบบ (Theory for design) เป็นทฤษฎีที่มีอยู่และนำเข้ามาใช้ในการวิจัยเพื่อออกแบบนวัตกรรม (Theory in) อาทิ ผู้เขียนกำหนดประเด็นวิจัยที่แสดงถึงความสัมพันธ์ของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพกับการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ทฤษฎีที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยและตัวแปรผลลัพธ์นี้ จะถูกเรียกว่า "Theory about" ซึ่งทฤษฎีดังกล่าว สามารถค้นคว้าได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จากประเด็นข้างต้น หากผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริม การรับรู้ความสามารถตนเอง ผู้เขียนก็คาดหวังว่าตัวแปรนี้จะส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้วย ฉะนั้น ในการออกแบบตัวแทรกแซงต้องกำหนดแนวคิดที่ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในประเด็นตัวอย่างนี้ผู้เขียนจึงใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy theory) ของ Albert Bandura (1997) มาเป็นฐานคิดในการออกแบบตัวแทรกแซง (Theory in)

2) ทฤษฎีเกี่ยวกับการออกแบบ (Theory on design) เป็นทฤษฎีใหม่ที่เกิดจากการผลิตจากการวิจัย (Theory out) จากตัวอย่างการกำหนดประเด็นวิจัยในข้างต้น ตัวแทรกแซงที่ออกแบบภายใต้แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเองนี้จะถูกนำไปทดลองใช้ หากได้ผลตามสมมติฐานทางทฤษฎี คือ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น แสดงว่าผลวิจัยยืนยันแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง แต่หากผลไม่เป็นไปตามคาดการณ์ ต้องปรับการออกแบบใหม่ องค์ความรู้ที่เกิดขึ้นจากการวิจัยการออกแบบจะเป็นแนวคิดใหม่ที่เป็นทฤษฎีส่งออก (Theory out) โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการออกแบบ ทั้งนี้กระบวนการได้มาซึ่งทฤษฎีทั้ง 2 ประเภทตามประเด็นตัวอย่างที่ผู้เขียนกำหนดขึ้น สามารถอธิบายด้วยภาพ 1 ดังนี้



ภาพ 1 ตัวอย่างทฤษฎีในการวิจัยการออกแบบ

ที่มา: Pornuma Rasri (2566)

แนวคิดการออกแบบและหลักการออกแบบ

1. แนวคิดการออกแบบ (Design thinking)

แนวคิดสำคัญที่นำมาใช้ในการวิจัยการออกแบบ คือ การคิดออกแบบ (Design thinking) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยสร้างสรรค์ความคิดใหม่ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (Hasso Plattner Institution at Stanford, n.d.) คือ

1) การเข้าใจอารมณ์ความรู้สึก (Empathize) เนื่องจากการสร้างนวัตกรรมให้เกิดประโยชน์ นักวิจัยต้องเข้าใจและรู้จักผู้ใช้ (Users) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ให้บริการด้านสุขภาพและประชาชน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการออกแบบที่เน้นมนุษย์ เป็นการได้มาซึ่งความเข้าใจ สามารถกระทำได้จากการสังเกตพฤติกรรม การสัมภาษณ์ การตอบแบบสอบถาม เป็นต้น

2) การกำหนดปัญหา (Define problem) ภายหลังจากที่นักวิจัยเข้าใจในอารมณ์และความรู้สึกของผู้ใช้ นักวิจัยต้องมองให้เห็นถึงปัญหา โดยการระดมสมองระหว่างนักวิจัยและบุคลากรที่ให้บริการด้านสุขภาพ เพื่อให้เข้าใจสภาพปัญหาในบริบทจริงและมองเห็นปัญหาได้อย่างชัดเจน

3) การสร้างความคิด (Ideate) ทีมนักวิจัยต้องร่วมกันสร้างวิธีการแก้ไขปัญหาที่หลากหลาย ผ่านมุมมองที่แตกต่างกันของผู้เกี่ยวข้องโดยใช้เทคนิค อาทิ การระดมสมอง การสังเคราะห์ความคิด เป็นต้น

4) การสร้างต้นแบบ (Prototype) ภายหลังจากที่ทีมวิจัยตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม นักวิจัยต้องนำมาพัฒนาเป็นต้นแบบเพื่อนำไปทดลอง

และตรวจสอบให้เร็วที่สุด เพื่อให้ทีมวิจัยได้เรียนรู้เร็วจากความล้มเหลวเร็ว (Fail fast to learn fast)

5) การทดสอบ (Test) เป็นขั้นตอนการนำต้นแบบ (Prototype) ที่ผ่านกระบวนการคิดออกแบบมาทดลองใช้ ประเมินและปรับปรุงจากความล้มเหลวที่เกิดขึ้น จึงทำให้กระบวนการดังกล่าวเกิดขึ้นซ้ำๆ เพื่อให้ได้นวัตกรรมที่นำมาใช้ในบริบทจริง (Sanders & Stappers, 2014; Goldberg & Ruehlen, 2019; Wongwanich, 2021)

จะเห็นได้ว่ากระบวนการทั้ง 5 ขั้นตอนไม่ได้ทำงานเป็นเส้นตรง แต่เป็นกระบวนการทำงานที่ยืดหยุ่น ไม่จำเป็นต้องทำตามลำดับขั้นเสมอไป และสามารถกระโดดข้ามขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งได้ โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงนวัตกรรมให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้มากที่สุด กระบวนการคิดออกแบบสามารถบูรณาการให้เข้ากันกับขั้นตอนการวิจัยการออกแบบได้ โดยเฉพาะขั้นตอนการออกแบบและพัฒนาวัตกรรม ซึ่งผู้เขียนจะอธิบายในลำดับถัดไป (Chasanidou, Gasparini, & Lee, 2015)

2. หลักการออกแบบ (Design principle)

หัวใจสำคัญของการวิจัยการออกแบบ คือ การแสดงให้เห็นถึงเบื้องหลังของการได้มาซึ่งนวัตกรรมหรือตัวแทรกแซง เบื้องหลังดังกล่าวเรียกได้ว่าเป็น "หลักการออกแบบ" ซึ่งมีลักษณะเป็นข้อความที่อธิบายองค์ประกอบของคุณลักษณะของนวัตกรรม ประกอบด้วย หลักการออกแบบเชิงสาระ (Substantive design principle) เป็นการกำหนดคุณลักษณะของนวัตกรรมและหลักการออกแบบเชิงกระบวนการ (Procedural design principle) เป็นการกำหนดขั้นตอนหรือวิธีการที่ทำให้นวัตกรรมมีคุณลักษณะตามที่ต้องการ ทั้งนี้ การกำหนดหลักการออกแบบทั้งสองส่วนได้มาจากการอิงทฤษฎีที่มีอยู่ ดังนั้น จึงเรียกทฤษฎีที่ใช้อ้างอิงนี้ว่า ข้ออ้างเชิงเหตุผล (Argument) โดยหลักการออกแบบที่ถูกกล่าวถึงและเป็นที่ยอมรับอย่างมากในการวิจัยการออกแบบคือ หลักการออกแบบของ Van den Akker (1999) ที่กล่าวไว้ว่า

"ถ้าต้องการออกแบบตัวแทรกแซง X เพื่อจุดมุ่งหมาย Y ในบริบท Z ขอแนะนำให้กำหนดตัวแทรกแซง X ให้มีคุณลักษณะ A B และ C (หลักการออกแบบเชิงสาระ) และให้ดำเนินผ่านกระบวนการ K L และ M (หลักการออกแบบเชิงกระบวนการ) ภายใต้ข้ออ้างเชิงเหตุผล P Q และ R" (Van den Akker, 1999 as cited in Wongwanich, 2021)

หมายเหตุ: ตัวแทรกแซงในบทความ หมายถึง นวัตกรรม เพราะเป็นสิ่งที่นักวิจัยพัฒนาขึ้น อาทิ ระบบอุปกรณ์ บริการ เป็นต้น

จากหลักการออกแบบของ Van den Akker (1999) ในช่วงต้น กล่าวสรุปได้ว่า การออกแบบตัวแทรกแซงจากการเชื่อมโยงทฤษฎีมาเป็นข้ออ้างเชิงเหตุผล ผู้วิจัยต้องกำหนดคุณลักษณะของตัวแทรกแซง ประกอบด้วย หลักการออกแบบเชิงสาระ และหลักการออกแบบเชิงกระบวนการ จากนั้นออกแบบและพัฒนาต้นแบบตัวแทรกแซงเพื่อให้เกิดผลต่อตัวแปรเหตุ เมื่อตัวแทรกแซงทำให้เกิดชุด P Q R และเกิดผลลัพธ์ Y ตามมา แสดงว่าคุณลักษณะของตัวแทรกแซง A B C มีความสัมพันธ์กับตัวแปรชุด P Q R ซึ่งเป็นการยืนยันทฤษฎีที่นำมาอ้างเชิงเหตุผล

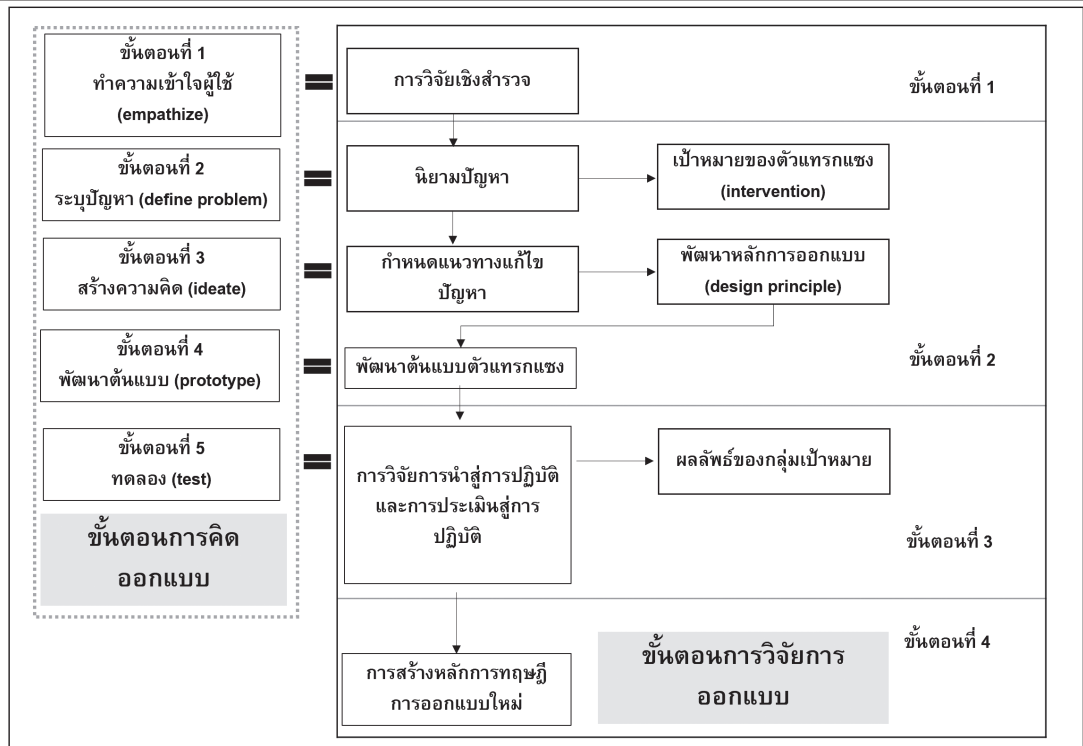
จะเห็นได้ว่า หลักการออกแบบมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนานวัตกรรมให้ตอบสนองต่อสภาพปัญหา โดยอาศัยทฤษฎีในลักษณะ Local theory เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่มุ่งหวัง ฉะนั้น หลักการออกแบบนี้ถือเป็นผลผลิตอย่างหนึ่งที่ได้จากการศึกษาวิจัยการออกแบบ ซึ่งนักวิจัยท่านอื่นๆ สามารถนำหลักการออกแบบไปขยายผลต่อ เพื่อพัฒนาตัวแทรกแซงหรือนวัตกรรมให้ตอบสนองต่อสภาพปัญหาในบริบทจริงนั้นๆ ได้

ขั้นตอนการวิจัยการออกแบบ

ขั้นตอนการวิจัยการออกแบบ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (Wongwanich, 2021) คือ 1) การวิเคราะห์สำรวจปัญหา 2) ออกแบบและพัฒนาต้นแบบภายใต้หลักการออกแบบ 3) นำต้นแบบสู่การทดลองปฏิบัติและประเมินผล และ 4) การสร้างหลักการออกแบบใหม่/

ทฤษฎีใหม่ ในขณะที่ขั้นตอนการคิดออกแบบที่ผู้เขียนได้นำเสนอในข้างต้น ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ซึ่งจะเห็นได้ว่าขั้นตอนการดำเนินการมีความคล้ายคลึงและสอดคล้องซึ่งกันและกัน ดังนั้น การดำเนินงานในขั้นตอน

การวิจัยแต่ละขั้นตอนจะใช้กระบวนการคิดออกแบบ (Design thinking process) เป็นฐานในการทำงานด้วย ซึ่งผู้เขียนสามารถสรุปเป็นภาพ 2 ดังนี้



ภาพ 2 ขั้นตอนการคิดออกแบบและขั้นตอนการวิจัยการออกแบบ
ที่มา: Pornuma Rasri (2566)

จากภาพ 2 กล่าวสรุปได้ว่า ขั้นตอนแรกของการวิจัยการออกแบบ ใช้การสำรวจขั้นต้นเพื่อประเมินสภาพปัจจุบันของผู้ใช้ โดยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงสำรวจ อาทิ การวิจัยประสบการณ์ผู้ใช้ (User experience research) หรือการวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น (Needs assessment) ตามความเหมาะสมกับประเด็นในการศึกษา ในลำดับถัดมาเป็นการออกแบบและพัฒนาต้นแบบภายใต้ทฤษฎีหรือหลักการ โดยใช้แนวคิดหลักการออกแบบ (Design principle) ที่ผู้เขียนได้กล่าวไว้ในข้างต้น จากนั้นนำต้นแบบสู่การทดลองปฏิบัติและประเมินผล โดยใช้แนวคิดการวิจัยการนำสู่การปฏิบัติ (Implementation research) และการประเมินการนำสู่

การปฏิบัติ (Implementation evaluation) และในขั้นตอนสุดท้าย คือ การสร้างหลักการทฤษฎีการออกแบบใหม่ ซึ่งในกระบวนการวิจัยแต่ละขั้นตอนจะมีขั้นตอนการคิดออกแบบ (Design thinking process) เป็นฐานในการทำงาน ได้แก่ การเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกผู้ใช้ (Empathize) เป็นฐานคิดของขั้นตอนการวิจัยการออกแบบขั้นที่ 1 การกำหนดปัญหา (Define) การสร้างความคิด (Ideate) และการสร้างต้นแบบ (Prototype) เป็นฐานในการพัฒนาหลักการออกแบบและตัวแทรกแซง และการทดสอบ (Test) เป็นฐานคิดของขั้นตอนการวิจัยการออกแบบขั้นที่ 3 ตามลำดับ

การประยุกต์การวิจัยการออกแบบในการวิจัยทางสาธารณสุข

ปัจจุบันมีการวิจัยทางสาธารณสุขหรือการวิจัยทางการแพทย์ที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยการวิจัยการออกแบบยังไม่แพร่หลายมากนัก อย่างไรก็ตาม ผู้เขียนพบว่ามีการพัฒนานวัตกรรมทางด้านสาธารณสุขโดยใช้การวิจัยการออกแบบ ดังเช่น การพัฒนานวัตกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของ Meyers, Jacobsen, & Henderson (2018) โดยใช้การวิจัยการออกแบบ การวิจัยนี้ประกอบด้วยการศึกษาทั้งหมด 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การสำรวจปัญหาการวิจัยและกรอบทฤษฎีที่ได้รับจากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์ของนักวิจัย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ (Survey questionnaire) และการสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมและพัฒนาเป็นชุมชนของการเรียนรู้ (Community of learning) และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโปรแกรมการควบคุมและการป้องกันการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control หรือ IPAC) รวมถึงธรรมชาติของปัญหาและข้อกีดขวางด้านการพัฒนาการเรียนการสอนของผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมการติดเชื้อ (Infection Control Professionals) ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนา ผู้วิจัยออกแบบและพัฒนาโปรแกรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมการติดเชื้อ โดยใช้ผลการศึกษาในระยะที่ 1 เป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการออกแบบเพื่อให้เกิดแนวปฏิบัติเพื่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไปสู่การปฏิบัติจริง ระยะที่ 3 การประเมินและสะท้อนผล ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติที่ออกแบบร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมและการป้องกันการติดเชื้อไปใช้จริง โดยมีการปฏิบัติซ้ำและสะท้อนผลด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย ผลผลิตเชิงปฏิบัติ (Practical product) ได้แก่ เอกสารคู่มือการสอน ทรัพยากรการเรียนการสอนออนไลน์สำหรับผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ การพัฒนาของโมดูลการเรียนการสอนออนไลน์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โปรแกรมและแบบจำลองการพัฒนาความเป็นมืออาชีพสำหรับการป้องกันและควบคุม

การติดเชื้อ ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาการศึกษาด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ นอกจากนี้ ผลผลิตเชิงทฤษฎี (Theoretical product) ได้แก่ ทฤษฎีเชิงพรรณนาเกี่ยวกับการปฏิบัติทางการศึกษาเพื่อพัฒนาผู้ควบคุมและป้องกันการติดเชื้อสู่ความเป็นมืออาชีพ ทฤษฎีที่ใช้เป็นทฤษฎีในลักษณะ Local theory ที่สามารถนำมาปรับใช้ในบริบทจริงได้เพื่ออธิบายและคาดการณ์เกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้ออย่างมืออาชีพ และยังได้หลักการออกแบบโปรแกรมเพื่อขยายผลต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเดียวกัน

นอกจากนี้ มีตัวอย่างการใช้การวิจัยการออกแบบเพื่อพัฒนาการปฏิบัติงานของพยาบาลโดยใช้การวิจัยการออกแบบเป็นตัวขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพของ Chintapanyakul (2019) เพื่อประโยชน์สูงสุดต่อการให้บริการผู้ป่วย โดยการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเชื่อมโยงการวิจัยกับการปฏิบัติงานทางการพยาบาลคลินิก โดยใช้การเรียนรู้บนฐานไอที ประกอบด้วยการศึกษาทั้งหมด 3 ระยะ โดยระยะที่ 1 คือ การวิเคราะห์และสำรวจความต้องการจำเป็น โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยประเมินความต้องการจำเป็นตัวอย่างในการวิจัยคือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรามาริบัติ ระยะที่ 2 คือ การพัฒนาหลักการออกแบบต้นแบบโปรแกรมส่งเสริมการเชื่อมโยงทำงานที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ สู่การสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBP-PBE nexus) โดยนำผลการศึกษาในระยะที่ 1 และแนวคิดเชิงทฤษฎีมากำหนดหลักการออกแบบโปรแกรม และระยะที่ 3 การประเมินและสะท้อนผลเป็นการนำต้นแบบโปรแกรมไปทดลองใช้กับตัวอย่างวิจัยจำนวน 27 คน เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ การศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย ผลผลิตเชิงปฏิบัติ (Practical product) คือ โปรแกรมส่งเสริมการทำงานแบบ EBP-PBE nexus และมีผลผลิตเชิงทฤษฎี (Theoretical product) คือ หลักการออกแบบต้นแบบโปรแกรม โดยมีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ การสร้างบรรยากาศการเรียนรู้เพื่อให้เกิดเจตคติที่ดี การสนับสนุนการทำงานด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์โดยพี่เลี้ยง และการส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้ไอซีที (ICT) ซึ่งหลักการออกแบบดังกล่าว สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาต้นแบบ เพื่อส่งเสริม การทำงาน

แบบ EBP-PBE nexus ให้กับพยาบาลหน่วยงานอื่นๆ
ในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพใกล้เคียงกันได้

บทสรุป

การวิจัยการออกแบบ (Design research) เป็นระเบียบวิธีวิจัยที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาตัวแทรกแซง (Intervention) ที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้อย่างแท้จริง โดยมุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมระหว่างนักวิจัยและผู้ปฏิบัติ เพื่อให้ตัวแทรกแซงที่ได้สามารถใช้ได้ผลในสภาพบริบทที่แท้จริง ทั้งนี้การพัฒนาตัวแทรกแซงจะเกิดขึ้นมิได้หากปราศจาก "หลักการออกแบบ" ซึ่งเป็นหลักการเบื้องหลังที่อธิบายถึงวิธีการได้มาของตัวแทรกแซง และถือว่าเป็นหนึ่งในผลผลิตที่ได้จากการศึกษาวิจัยด้วยวิธีการระเบียบวิธีวิทยาการวิจัยดังกล่าวเท่านั้น นับว่าเป็นผลผลิตที่ทำให้การวิจัยการออกแบบแตกต่างจากการวิจัยแบบดั้งเดิมที่มุ่งเน้นการพัฒนาตัวแทรกแซงเช่นเดียวกันแต่มิได้อธิบายถึงเบื้องหลังของการได้มาซึ่งตัวแทรกแซงนี้ จึงทำให้การวิจัยการออกแบบได้รับความนิยมในแวดวงการศึกษา อย่างไรก็ตาม ระเบียบวิธีวิจัยดังกล่าวสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ทุกสาขาวิชา ดังที่ผู้เขียนได้กล่าวยกตัวการศึกษาทั้งในและต่างประเทศข้างต้น ซึ่งเป็นการนำระเบียบวิธีวิทยาการวิจัยการออกแบบมาใช้ในการพัฒนานวัตกรรมทางสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการใช้ประโยชน์จากผลการศึกษาวิจัยอย่างแท้จริง นอกจากนี้ ยังได้ผลผลิตที่เป็นหลักการออกแบบซึ่งเป็นผลผลิตที่สามารถนำไปขยายผลโดยนักวิจัยท่านอื่นๆ ในการพัฒนาต้นแบบนวัตกรรม เพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่ที่มีลักษณะสภาพบริบทที่คล้ายคลึงกัน

เอกสารอ้างอิง

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Brown, A. L. (1992). Design experiments: Theoretical and methodological challenges in creating complex interventions in classroom settings. *The journal of the learning sciences*, 2(2), 141-178.
- Chasanidou, D., Gasparini, A. A., & Lee, E. (2015). *Design thinking methods and tools for innovation*. Paper presented at the Design, User Experience, and Usability: Design Discourse: 4th International Conference, DUXU 2015, Held as Part of HCI International 2015, Los Angeles, CA, USA, August 2-7, 2015, Proceedings, Part I.
- Chintapanyakul, T. (2019). *Development of a program for enhancing research-practice nexus in clinical nursing using ict-based learning: Design research*. Thesis of Doctoral of Philosophy in Educational Research Methodology, Chulalongkorn University, Bangkok. (in Thai)
- Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2020, August 1). *The HSS's 5 Year Digital Transformation Strategic Plan*. Retrieved May 10, 2023, from <https://hss.moph.go.th/image/plan1.pdf>. (in Thai)

- Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health. (2022, September 23). *Government performance summary report according to the performance agreement (PA) and measures to improve efficiency in government performance and the assessment of organizational executives*. Retrieved May 10, 2023, from <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/?id=1967>. (in Thai)
- Golderg, R., & Ruehlen, J. (n. d.). Fail fast and learn fast: IBM garage practices. IBM. Retrieved January 4, 2023, from <https://www.ibm.com/garage/method/practices/culture/failing-fast/>.
- Goodyear, P. (2018). Design research. *Health Education in Practice: Journal of Research for Professional Learning*, 1(1), 7-17.
- Health Systems Research Institute. (2022, August). *Health systems research institute strategic plan 2022-2026*. Retrieved May 10, 2023, from <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5404>. (in Thai)
- Hasso Plattner Institution at Stanford. d.school. (n. d.). *An introduction to design thinking: Precess guide*. Retrieved January 10, 2023, from <https://web.stanford.edu/~mshanks/MichaelShanks/files/509554.pdf>
- Lucienne, T.M., Blessing & Amaresh Chakrabarti. (2009). *DRM, a design research methodology*.
- Meyers, G. L., Jacobsen, M., & Henderson, E. (2018). Design-based research: Introducing an innovative research methodology to infection prevention and control. *Canadian Journal of Infection Control*, 33(3). Retrieved from https://ipac-canada.org/photos/custom/CJIC/CJIC_Fall2018_Meyers.pdf.
- Office of the National Economic and Social Development Council on NESDC. (2019). *National Strategy 2018-2037*. Retrieved May 10, 2023, from <https://drive.google.com/file/d/1XSBMp8OCsauJqECOB-XZLB91-cRrNsEV/view>. (in Thai)
- Promdit, B. (2021). Factors Influencing Innovation Development Behavior on Disease Prevention and Control among Health Officers in Tambon Health Promoting Hospital, Chanthaburi Province. *The Office of Disease Prevention and Control 10th Journal*, 19(2), 31-42. (in Thai)
- Sanders, E. B. N., & Stappers, P. J. (2014). Probes, toolkits and prototypes: Three approaches to making in codesigning. *CoDesign*, 10(1), 5-14.
- Savic, S., & Huang, J. (2014). *Research through design: What does it mean for a design artifact to be developed in the Scientific context?* Paper presented at the Proceedings of the 5th STS Italia Conference: A Matter of Design. Making Society through Science and Technology.
- Vaezi, H., Moonaghi, H. K., & Golbaf, R. (2019). Design-based research: Definition, characteristics, application and challenges *Journal of Education in Black Sea Region*, 5(1), 26-35.
- Van den Akker, J. (1999). Principles and methods of development research. *Design approaches tools in education training*, 1-14.
- Van der Akker, J., Gravemeijer, K., McKenney, S., & Nieveen, N. (2006). *Educational design research*. New York, NY: Routledge.

Wongwanich, S. (2021). *Design research in education*. Bangkok: Chulalongkorn University Press. (in Thai)

Zimmerman, J., Stolterman, E., & Forlizzi, J. (2010). *An analysis and critique of Research through Design: towards a formalization of a research approach*. Paper presented at the proceedings of the 8th ACM conference on designing interactive systems.

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่วนผสมการตลาดเชิงสังคมเพื่อส่งเสริมการบริโภคผัก
ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2ยุพรัตน์ อดกลั่น¹ ปร.ด., ภัทธร บุปผัน^{1*} วท.ด.

Received: February 10, 2023

Revised: April 12, 2023

Accepted: April 20, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคผักโดยการประยุกต์แนวคิดส่วนผสมการตลาดเชิงสังคม ทำการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครนายก ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเจาะจง จำนวน 75 คน และแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 37 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 38 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคผักที่พัฒนาตามแนวคิดส่วนผสมการตลาดเชิงสังคม หรือ 4P's (Product, Price, Place, Promotion) กลุ่มควบคุมได้รับการส่งเสริมการบริโภคผักผ่านสื่อแผ่นพับเท่านั้น

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคผักต่อวันของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเพิ่มขึ้นเท่ากับ 143.79 ± 62.60 กรัม ($p\text{-value} < 0.001$) และมีค่าเพิ่มขึ้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าลดลง แตกต่างจากกลุ่มควบคุมเท่ากับ 9.03 ± 8.23 mg/dL ($p\text{-value} < 0.001$) โปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคผักในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่ประยุกต์ส่วนผสมการตลาดเชิงสังคมนี้สามารถปรับเปลี่ยนให้มีพฤติกรรมบริโภคผักเพิ่มขึ้นซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด โดยหากมีการปฏิบัติเป็นประจำจะช่วยลดหรือยืดระยะเวลาการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

คำสำคัญ: การตลาดเชิงสังคม การบริโภคผัก ภาวะก่อนเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด โรคเบาหวานชนิดที่ 2

¹ อาจารย์ สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ ภาควิชาการส่งเสริมสุขภาพ คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

* ผู้รับผิดชอบบทความ: pattakorn.b@gmail.com

The effectiveness of a strategic social marketing program on promoting vegetable consumption among people at risk for type 2 diabetes mellitus

Yuparat Odglun¹ Ph.D., Pattakorn Buppan^{1,*} Ph.D.

ABSTRACT

The purpose of this quasi-experimental study was to investigate the effectiveness of a vegetable consumption promotion program by applying a social marketing strategy among people who are at risk for type 2 diabetes mellitus in Muang District, Nakhon-Nayok Province. A total of 75 participants at risk for type 2 diabetes, were enrolled using purposive sampling and divided into one experimental group (n = 37) and one control group (n = 38). The experimental group attended a vegetable consumption promotion program applying a social marketing mixed strategy. This strategy applies the 4P's (Product, Price, Place, and Promotion). The control group obtained the program information via a pamphlet.

The results revealed that the mean daily vegetable consumption of the experimental group after attending the program increased to 143.79 ± 62.60 grams (p-value < 0.001) and which was significantly higher than the mean vegetable consumption of the control group (p-value < 0.001). Moreover, the mean fasting blood glucose level of the experimental group, after the program was lower than the control group level at 9.03 ± 8.23 mg/dL (p-value < 0.001). These results indicate that this promoting vegetable consumption program applied a social marketing strategy to the diabetes-risk group can increase vegetable consumption behaviors, which is one of the factors that reduce blood sugar levels. This program can help to reduce or prolong the duration of diabetes in the diabetes-risk group when practicing regularly.

Keywords: Strategic social marketing, Vegetable consumption, Prediabetes, Fasting blood glucose, Type II diabetes

¹ Lecturer, Department of Health Promotion, Faculty of Physical Therapy, Srinakharinwirot University

* Corresponding author: pattakorn.b@gmail.com

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) เป็นโรคที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเผาผลาญ (Metabolism) แสดงอาการโดยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติของการหลั่งอินซูลิน และ/หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างเรื้อรัง ทำให้เกิดการเสื่อมของอวัยวะในร่างกายระยะยาว เกิดการเสียหายที่ และอวัยวะที่สำคัญหลายอวัยวะทำงานล้มเหลว ได้แก่ ตา ไต หัวใจ ระบบประสาท และหลอดเลือด (Galicia-Garcia, Benito-Vicente, Jebari, Larrea-Sebal, Siddiqi, Uribe et al., 2020) ในปัจจุบันพบว่า ประชากรมากกว่า 316 ล้านคน มีความเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาไปเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) ได้ประมาณการว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 382 ล้านคน ทั่วโลก และในปี ค.ศ. 2035 จะมีผู้ป่วยถึง 592 ล้านคน หรือ ใน 10 คน จะพบผู้ป่วยเบาหวาน 1 คน (Lin, Xu, Pan, Xu, Din, Sun et al., 2020) และจากผลสำรวจสุขภาพประชาชนไทย เมื่อปี พ.ศ. 2557 และคาดการณ์ว่า ความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2583 (Reutrakul & Deerochanawong, 2016)

โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับวิถีการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม รวมทั้งระบบบริการสุขภาพ ซึ่งจากการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Prediabetes) สามารถยืดอายุการเกิดโรคหรือไม่ให้เกิดโรคด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการครองชีวิต (Therapeutic lifestyle change) ตั้งแต่ระยะก่อนเกิดโรค (Pre-early detection) โดยใช้มาตรการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต (Lifestyle intervention) ได้แก่ การมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การรับประทานผักผลไม้ อาหารที่มีกากใยสูง หลีกเลี่ยงอาหารหวาน มัน เค็ม การเรียนรู้วิธีผ่อนคลายจากภาวะเครียด รวมทั้งการทำจิตใจให้ร่าเริง จะสามารถลดอัตราการเกิดโรคเบาหวานได้ร้อยละ 58.0 (Prevention Program Research Group, 2015) โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค ในประเด็นของการเพิ่มการ

บริโภคผักและผลไม้ต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน โดยจากงานวิจัยขนาดใหญ่ ATTICA cohort study ที่ทำการติดตามกลุ่มประชากรสุขภาพ จำนวน 3,042 คน เป็นระยะเวลา 11 ปี พบว่า กลุ่มที่มีการบริโภคผักอย่างน้อยวันละ 4 ส่วน หรือ 4 ทัพพี มีความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานลดลงร้อยละ 58.0 (Kosti, Tsiampalis, Kouvari, Chrysoshoou, Georgousopoulou, Pitsavoset al., 2023) นอกจากนี้ งานวิจัย meta-analysis (Halvorsen, Elvestad, Molin, & Aune, 2021) ที่ได้รวบรวมผลการศึกษาจากงานวิจัย จำนวน 23 เรื่อง ที่ศึกษาเกี่ยวกับการบริโภคผักและผลไม้ต่อการลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มที่มีการบริโภคผักและผลไม้สูงกว่าจะลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานได้ร้อยละ 7.0 ในปี ค.ศ. 2019 American Diabetes Association (ADA) ได้มีการออกคำแนะนำในการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน หนึ่งในข้อแนะนำที่สำคัญ คือ เพิ่มการบริโภคผัก โดยเฉพาะผักที่มีปริมาณเบต้าแคโรทีนสูง (Evert, Dennison, Gardner, Garvey, Lau, MacLeod et al., 2019) โดยมีข้อสันนิษฐานว่าการบริโภคผักเพิ่มขึ้นมีส่วนช่วยในการป้องกันโรคเบาหวานได้ ผ่านกลไกดังนี้ 1) ในผักมีส่วนประกอบของใยอาหารสูงช่วยให้มีการดูดซึมน้ำตาลเข้าสู่กระแสเลือดอย่างช้าๆ ลดภาวะ Insulin spike คือ ภาวะที่อินซูลินในเลือดเพิ่มขึ้นสูงและลดลงอย่างรวดเร็ว 2) ในผักมีสารที่มีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระสูง ช่วยลดการเกิดจากภาวะ Oxidative stress ภายในร่างกาย ส่งผลให้เซลล์สามารถนำน้ำตาลเข้าสู่เซลล์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) การบริโภคผักเพิ่มขึ้นจะทำให้มีความรู้สึกอิ่มเร็วช่วยจำกัดการบริโภคอาหารพลังงานสูงได้ (da Silva Dias & Imai, 2017; Li, Fan, Zhang, Hou, & Tang, 2014)

ดังนั้น การส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน มีการบริโภคผักโดยเฉพาะผักใบเขียวเพิ่มขึ้นนับเป็นปัจจัยที่ช่วยลดหรือยืดระยะเวลาของการเกิดโรคเบาหวานได้ ผู้วิจัยได้สนใจแนวคิดด้านการตลาดสังคมที่สามารถนำมาประยุกต์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพช่วยส่งเสริมให้มีการบริโภคผักเพิ่มขึ้นในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด

โรคเบาหวาน ซึ่งแนวคิดด้านการตลาดเพื่อสังคมเป็น การใช้กลยุทธ์ทางการตลาดเข้ามาสอดแทรกเกี่ยวพัน วิธีการนำเสนอสินค้าหรือบริการเพื่อสร้างอิทธิพลต่อ กลุ่มผู้รับสารเป้าหมาย (Target audience) ให้เกิดการ ยอมรับและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีการนำ แนวคิดการตลาดเพื่อสังคม ประยุกต์ใช้ในการพัฒนา ประชากรและสังคมในด้านต่างๆ ทั้งด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย การศึกษา และการพัฒนาชุมชน เป็นต้น (Lee & Kotler, 2019) สิ่งที่ทำให้โปรแกรมส่งเสริม สุขภาพที่นำแนวคิดส่วนผสมการตลาดสังคมมีจุด เด่น คือ มีการวิเคราะห์ผู้บริโภคหรือกลุ่มเป้าหมายใน ทุกระดับของขั้นตอนการดำเนินโปรแกรม ตั้งแต่การ วางแผน การพัฒนา การนำไปใช้ และการประเมินผล ในขณะที่โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ดำเนินการส่วนใหญ่ ในชุมชนมักจะสร้างโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพและ นำไปปรับใช้โดยไม่ได้นำมาวิเคราะห์คุณลักษณะ ของกลุ่มเป้าหมายอย่างชัดเจน จากการศึกษาที่ผ่านมา แสดงให้เห็นว่า การประยุกต์ใช้แนวคิดส่วนผสมทาง การตลาดมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดี (Doustmohammadian & Bazhan, 2021; Firestone, Rowe, Modi, Sievers, 2017; Goethals, Barth, Hupin, Mulvey, Roche, Gallopel-Morvan et al., 2020) จากการทบทวนวรรณกรรมการประยุกต์ใช้กลยุทธ์ของกระบวนการ ตลาดสังคมในการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ยังมีข้อมูลไม่มากนัก ดังนั้น การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีความ สนใจที่จะนำเสนอส่วนผสมทางการตลาดเชิงสังคม (4Ps) ซึ่งเป็นกลยุทธ์ของกระบวนการตลาดสังคมมาประยุกต์ ในโปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคผักต่อระดับ น้ำตาลในเลือดในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคผัก โดยการประยุกต์ส่วนผสมการตลาดเชิงสังคมต่อปริมาณ การบริโภคผักและระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานชนิดที่ 2

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปริมาณการบริโภค ผักและค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด ของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วม โปรแกรมฯ ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ของปริมาณการบริโภคผักและค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ และกลุ่ม ควบคุมในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยรูปแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม วัดผล 2 ครั้ง (A two-groups pretest-posttest design) ผ่านการ พิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ วันที่ 7 ธันวาคม พ.ศ. 2558 เลขที่ HS-HP2015-007

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาวิจัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตอไม้แดง ตำบลพรหมณี อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก จากฐาน ข้อมูลสุขภาพปี พ.ศ. 2558 ณ วันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2558 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตอไม้แดง พบว่า มีประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (มีค่าระดับ น้ำตาลในเลือดระหว่าง 100-125 mg/dL) อายุ 35-65 ปี จำนวนทั้งหมด 207 คน แบ่งเป็นเพศชาย 59 คน และ เพศหญิง 148 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีการคำนวณ กลุ่มตัวอย่างอ้างอิงแนวคิดจาก Cohen(1988) และ Leppink, O'Sullivan, Winston (2016) ในการกำหนด ค่า effect size = 0.8 เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรม ที่ผ่านมา พบว่า การเพิ่มปริมาณการบริโภคผักส่งผล ต่อการลดระดับค่าน้ำตาลในเลือดอย่างชัดเจน ใช้การ คำนวณตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power โดยกำหนดค่า Test family = t tests, Statistical test = Means: Difference between two independent means (two groups), Type of power analysis = Apriori: Compute

required sample-givena, power, and effect size, effect size = 0.8, α error prob = 0.05, Power = 0.95 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 35 คนต่อกลุ่ม และมีการกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 20.0 เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างดำเนินการวิจัย จึงทำให้มีขนาดกลุ่มตัวอย่าง 42 คนต่อกลุ่ม มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยคัดเลือกหมู่บ้านที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีพื้นที่ห่างกัน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่ม ซึ่งกำหนดเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ เป็นเพศชายหรือเพศหญิง ที่มีอายุ 35-65 ปี มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเป็นเวลา 8-12 ชั่วโมง อยู่ในช่วง 100-125 mg/dL มีความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ และมีเกณฑ์คัดออก ดังนี้ มีการตั้งครรภ์ ต้มเหล้า หรือสูบบุหรี่เป็นประจำ มีโรคประจำตัวที่อาจส่งผลกระทบต่อระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ที่อยู่ระหว่างการติดเชื้อรุนแรง มีการใช้ยา ยาสมุนไพร หรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ที่กำลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอื่น และไม่สามารถมีความสามารถในการใช้ฟันบดเคี้ยวอาหาร เมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัย พบว่ามีอาสาสมัครที่ติดภาระกิจส่วนตัวไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อจนเสร็จสิ้นการดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองจำนวน 5 คน และในกลุ่มควบคุมจำนวน 4 คน งานวิจัยนี้จึงวิเคราะห์ข้อมูลจากอาสาสมัคร 37 คน ในกลุ่มทดลอง และ 38 คน ในกลุ่มควบคุมทั้ง 2 กลุ่ม ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษาทั้งหมด 8 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ของครอบครัว เป็นต้น

1.2 แบบสอบถามความถี่ถึงปริมาณในการบริโภคผัก (Semi-quantitative food frequency questionnaire, SFFQ) แบบสอบถามที่ประเมินปริมาณผักที่มีการบริโภคเป็นประจำในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามโดยการ

สำรวจรายการผักที่มีการจำหน่ายในตลาดและร้านค้า ที่กลุ่มตัวอย่างนิยมไปซื้อผักเพื่อนำมาบริโภค และนำมาบรรจุเป็นรายการผักในแบบสอบถาม จำนวน 58 รายการ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม โดยนำไปเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ โดยผลการตรวจสอบแต่ละข้อ มีค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (Index of item objective congruence: IOC) ตั้งแต่ 0.96 ขึ้นไป วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างอื่น (Try out) ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำผลมาคำนวณหาค่า Cronbach's alpha coefficient ของแบบสอบถามได้ค่าเท่ากับ 0.75 ซึ่งมีการสอบถามข้อมูลความถี่ในการบริโภคและขนาดที่บริโภคเป็นประจำของผักแต่ละชนิด โดยกำหนดความถี่ในการบริโภคผักไว้เป็น 5 ระดับ คือ 1) ไม่รับประทานเลย หรือรับประทานน้อยกว่า 1 ครั้งต่อเดือน 2) รับประทาน 1-3 ครั้งต่อเดือน 3) รับประทาน 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์ 4) รับประทาน 4-6 ครั้งต่อสัปดาห์ และ 5) รับประทานทุกวัน และกำหนดปริมาณการบริโภคผัก 1 ส่วน เท่ากับ ผักสุก 1 ถ้วย หรือผักดิบ 2 ถ้วย ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างซึ่งมีการใช้สมมุติฐานที่แสดงปริมาณของผักแต่ละชนิด เพื่อช่วยให้กลุ่มเป้าหมายสามารถระบุปริมาณการบริโภคได้ถูกต้อง โดยได้มีการฝึกซ้อมและทวนความถูกต้องของกระบวนการสัมภาษณ์และการบันทึกข้อมูลก่อนลงทำการเก็บข้อมูล

1.3 การวัดค่าระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting plasma glucose) ผู้วิจัยทำการนัดหมายอาสาสมัครเพื่อทำการตรวจวัดค่าสุขภาพพื้นฐานต่างๆ โดยให้อาสาสมัครอดน้ำ อดอาหาร 8-12 ชั่วโมง ทำการตรวจค่าน้ำตาลในเลือดในเช้าวันต่อมา โดยเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในพื้นที่ทำการวัดด้วยเครื่องวัดน้ำตาลในเลือดชนิดเจาะปลายนิ้ว (Accu-check blood glucose performa)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการบริโภคผักโดยการประยุกต์ส่วนผสมการตลาดเชิงสังคมในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยดำเนินการวิจัย 8 สัปดาห์

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลเชิงลึกผ่านการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับตัวแทนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในพื้นที่ เพื่อศึกษาถึงความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การป้องกันโรคเบาหวานของคนในชุมชน รวมไปถึง ข้อมูลอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนที่ช่วยให้การออกแบบ โปรแกรมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และผู้วิจัยได้ออกแบบโปรแกรมจากการสรุปข้อมูล การสนทนากลุ่ม (Focus group) และได้ประยุกต์แนวคิดส่วนผสมทางการตลาดเชิงสังคม มีรายละเอียด ดังนี้

1) กลยุทธ์ด้านสินค้า (Product) หมายถึง สินค้าที่สามารถมองเห็นและเข้าใจง่าย คือ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวาน การบริโภคผักเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และกลวิธีที่ช่วยส่งเสริมการบริโภคผักที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย โดยมีการออกแบบสื่อเป็นหนังสือคู่มือการบริโภคผัก เพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ที่มีสีสันสวยงามและพกพาสะดวก นอกจากนี้ ยังสร้างช่องทางเพื่อกระตุ้นให้เกิดการสื่อสารและส่งต่อข้อมูลที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมบริโภคเพิ่มขึ้น ผ่านช่องทางออนไลน์ ด้วยแอปพลิเคชันไลน์ (Line application)

2) กลยุทธ์ด้านราคา (Price) หมายถึง การลงทุนที่กลุ่มเป้าหมายยอมรับ คือ ในการเข้าร่วมโปรแกรมในครั้งนี้ กลุ่มเป้าหมายมีการลงทุนผ่านการเสียเวลาในการทำกิจกรรมประจำวันบางส่วน ดังนั้น จึงจัดกิจกรรมในเวลาที่กลุ่มเป้าหมายสะดวกและเป็นช่วงเวลาที่กลุ่มเป้าหมายมักมารวมตัวกันเพื่อพูดคุยหรือทำกิจกรรมผ่อนคลายร่วมกัน คือ เวลาช่วงหลังเลิกจากงานประจำ ประมาณ 17.00-18.00 น. ซึ่งจากข้อมูลในการทำ Focus group กลุ่มเป้าหมายได้สะท้อนว่า ช่วงเวลาดังกล่าวรบกวนเวลาการทำกิจกรรมประจำวันน้อยที่สุดและสามารถเข้าร่วมได้

3) กลยุทธ์ด้านการวางสินค้า (Place) หมายถึง ช่องทางการส่งสินค้าไปยังกลุ่มเป้าหมาย คือ การกำหนดสถานที่ที่มีการทำกิจกรรมที่เอื้อต่อกลุ่มเป้าหมาย โดยทั่วไปกลุ่มเป้าหมายมีการพักอาศัยรวมกันเป็นหมู่บ้าน ดังนั้น จึงมีการกำหนดสถานที่ในการจัดกิจกรรมตามหมู่บ้าน เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสะดวกในการเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรม นอกจากนี้ ยังมีการเพิ่มพื้นที่ในการสื่อสารหรือส่งต่อข้อมูลผ่านทางออนไลน์ ซึ่งช่วยให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงข้อมูล แลกเปลี่ยนข้อมูล และสร้างระบบการติดตามได้อย่างต่อเนื่อง

4) กลยุทธ์ด้านการส่งเสริมการตลาด (Promotion) หมายถึง การชักจูงให้กลุ่มเป้าหมายคุ้นเคยกับสินค้า ยอมรับสินค้า และมีความต้องการในสินค้า คือ มีการนำเสนอเมนูอาหารที่ช่วยเพิ่มการบริโภคซึ่งเป็นเมนูที่กลุ่มเป้าหมายนิยม แต่เพิ่มกลวิธีที่สามารถทำให้บริโภคผักเพิ่มขึ้น กลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจประเมินระดับน้ำตาลในเลือดโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะก่อนการทดลอง โดยก่อนจัดโปรแกรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งตามแต่ละหมู่บ้าน จำนวน 3 หมู่บ้าน เพื่อทำการตรวจวัดค่าระดับน้ำตาลในเลือดและทำการสัมภาษณ์ปริมาณการบริโภคผักด้วยแบบสอบถามความถี่ที่ปริมาณในการบริโภคผัก (Semi-quantitative food frequency questionnaire: SFFQ) และชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของกิจกรรม และช่องทางการสื่อสาร โดยในการลงทำกิจกรรมในแต่ละหมู่บ้าน ผู้วิจัยได้จัดเตรียมกิจกรรมและผู้นำกิจกรรมให้เหมือนกันทุกครั้ง เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมและลดอคติในการได้กิจกรรมในแต่ละหมู่บ้าน

2. ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามที่ได้ออกแบบไว้โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 รายละเอียดการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคผักโดยการประยุกต์ส่วนผสมการตลาดเชิงสังคมในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2

สัปดาห์	แผนกิจกรรมกลุ่มทดลอง
สัปดาห์ที่ 1 (Group activity)	กิจกรรม รู้โรค รู้เรา - การแนะนำคู่มือโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคผักโดยการประยุกต์กระบวนการตลาดเพื่อสังคมในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 - การบรรยายความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานโดยสื่อวีดิทัศน์ - ตอบคำถามจากเนื้อหาบรรยายเชิงรางวัล
สัปดาห์ที่ 2 (Group activity)	กิจกรรม ผักหลากหลายสีนั้นดีอย่างไร - ผักมีส่วนช่วยในการลดน้ำตาลในเลือดอย่างไร - เทคนิคการบริโภคผักให้ได้ปริมาณและประโยชน์สูงสุด - ตอบคำถามจากเนื้อหาบรรยายเชิงรางวัล
สัปดาห์ที่ 3-4 (Online activity)	กิจกรรม ผักซ่อนแอบ - กลุ่มเป้าหมายช่วยกันค้นหาผักที่มีในชุมชนที่ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด และถ่ายรูปแลกเปลี่ยนกันใน Line application - กลุ่มเป้าหมายช่วยกันสำรวจผักนำชื่อราคานำคบในชุมชนหรือตลาดในพื้นที่และถ่ายรูปแลกเปลี่ยนกันใน Line application เพื่อช่วยกระตุ้นและเพิ่มทางเลือกในการซื้อผักมาบริโภคมากขึ้น - ผู้วิจัยส่งเมนูบริโภคผักอร่อยลดน้ำตาลผ่าน Line application เพื่อกระตุ้นการบริโภคผักอย่างต่อเนื่อง
สัปดาห์ที่ 5 (Group activity)	กิจกรรม เมนูผัก อร่อยนัก รักสุขภาพ - กลุ่มเป้าหมายนำเมนูผักเพื่อสุขภาพที่คิดว่าช่วยลดน้ำตาลในเลือดและส่งเสริมให้บริโภคผักในปริมาณที่เหมาะสม มาร่วมแลกเปลี่ยนกันผ่านการสนทนากลุ่ม โดยมีผู้วิจัยคอยกระตุ้นและเพิ่มเติมความรู้ - กลุ่มเป้าหมายร่วมกันบริโภคอาหารที่ทำจากผักในเมนูผักเพื่อสุขภาพ
สัปดาห์ที่ 6-7 (Online activity)	การติดตามและสอบถามปัญหา โดยสอบถามด้วยวิธีโทรศัพท์ถึงปัญหาของกลุ่มเป้าหมายแต่ละคน เพื่อร่วมกันวางแผนแก้ไขให้สามารถดำเนินพฤติกรรมบริโภคผักได้อย่างต่อเนื่อง
สัปดาห์ที่ 8 (Group activity)	การสนทนาแบบกลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคผัก โดยการประยุกต์ส่วนผสมการตลาดเชิงสังคมในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการปรับพฤติกรรมเพื่อเพิ่มการบริโภค และร่วมกันสรุปแนวทางแก้ไข

หลังสิ้นสุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยทำการนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งตามแต่ละหมู่บ้าน จำนวน 3 กลุ่มบ้าน เพื่อทำการตรวจวัดค่าระดับน้ำตาลในเลือด และทำการสัมภาษณ์ปริมาณการบริโภคผักด้วยแบบสอบถามความถี่ถึงปริมาณในการบริโภคผัก (Semi-quantitative food frequency questionnaire, SFFQ)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคผักและระดับน้ำตาลในเลือดภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติ Paired t-test ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแสดงในตาราง 2 ซึ่งข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 75)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 37)		กลุ่มควบคุม (n = 38)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	11	29.7	5	13.2	0.541
หญิง	26	70.3	33	86.8	
อายุ (ปี)					
Mean $\pm$ S.D.	55.14 $\pm$ 9.60		54.32 $\pm$ 9.50		0.313
พลังงานที่ได้รับต่อวัน (กิโลแคลอรี)					
Mean $\pm$ S.D.	1,401.27 $\pm$ 428.40		1,284.60 $\pm$ 2,326.09		0.188
ระดับน้ำตาลในเลือด (มิลลิกรัม/เดซิลิตร)					
Mean $\pm$ S.D.	108.89 $\pm$ 5.75		110.57 $\pm$ 8.24		0.313
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	31	83.8	30	79	0.814
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	2.7	3	7.9	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	1	2.7	2	5.2	
อนุปริญญา/ปวส.	2	5.4	1	2.6	
ปริญญาตรี	2	5.4	2	5.3	

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคผักต่อวันก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคผักต่อวันของกลุ่มทดลองจำนวน 37 คน พบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคผักต่อวันก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 503.50 ± 187.06 กรัม และหลังเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 647.28 ± 178.55 กรัม ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังตาราง 3

ค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคผักของกลุ่มควบคุมจำนวน 38 คน พบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคผักต่อวันก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 421.88 ± 113.15 กรัม และหลังเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 399.50 ± 103.85 กรัม มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.07$) ดังตาราง 3

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง จำนวน 37 คน พบว่า ค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 110.57 ± 8.24 mg/dL และหลังเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 101.54 ± 6.60 mg/dL มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มควบคุมจำนวน 38 คน พบว่า ค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 108.89 ± 8.90 mg/dL และหลังเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 111.13 ± 8.32 mg/dL มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.054$) ดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคผักต่อวันและระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม		p-value	กลุ่มควบคุม		p-value
	ก่อน	หลัง		ก่อน	หลัง	
ปริมาณการบริโภคผักต่อวัน กรัม (Mean $\pm$ S.D.)	421.88 $\pm$ 113.15	399.50 $\pm$ 103.85	0.07	503.50 $\pm$ 187.06	647.28 $\pm$ 178.55	< 0.001*
ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting plasma glucose) mg/dl (Mean $\pm$ S.D.)	108.89 $\pm$ 5.75	111.13 $\pm$ 8.32	0.054	110.57 $\pm$ 8.24	101.54 $\pm$ 6.60	< 0.001*

เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของปริมาณการบริโภคผักระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีปริมาณการบริโภคผักเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (143.79 ± 62.60 vs. -22.37 ± 48.42 , $p\text{-value} < 0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของ

ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (-9.03 ± 8.23 vs. 2.24 ± 6.92 , $p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของปริมาณการบริโภคผักและค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดยระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

ตัวแปร (ค่าความแตกต่าง หลัง-ก่อน)	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	p-value
ปริมาณการบริโภคผักต่อวัน กรัม (Mean $\pm$ S.D.)	-22.37 $\pm$ 48.42	143.79 $\pm$ 62.60	< 0.001*
ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting plasma glucose) mg/dL (Mean $\pm$ S.D.)	2.24 $\pm$ 6.92	-9.03 $\pm$ 8.23	< 0.001*

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคผักโดยประยุกต์กระบวนการการตลาดเพื่อสังคมต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือด ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครนายก พบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคผักต่อวันของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเพิ่มขึ้นเท่ากับ 143.79 $\pm$ 62.60 กรัม (p-value < 0.001) และมีค่าเพิ่มขึ้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคผักใบเขียวต่อวันของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเพิ่มขึ้นเท่ากับ 34.05 $\pm$ 27.82 กรัม (p-value < 0.001) ในขณะที่ค่าระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าลดลงเท่ากับ 9.03 $\pm$ 8.23 mg/dL (p-value < 0.001) และมีค่าลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Takahashi, Kamada, Yoshimura, Okumura, Imuro, Ohashi et al. (2012) ทำการศึกษาผลของการบริโภคผักและผักใบเขียวที่มีต่อค่า HbA1c และระดับไตรกลีเซอไรด์ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมด 417 คน ผลการศึกษาพบว่า การเพิ่มการบริโภคผักตั้งแต่ 150 กรัมขึ้นไปในแต่ละวัน มีความสัมพันธ์กับการลดค่า HbA1c อย่างมีนัยสำคัญ (p-value = 0.025) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Tabesh, Hariri, Askari, Ghiasvand, Tabesh, Heydari et al. (2013) ที่ศึกษาหาความสัมพันธ์

ระหว่างการบริโภคผักและผลไม้และระดับ HbA1c ไขมันในเลือด และปริมาณไนโตรเจนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 105 คน รายงานจากการศึกษาพบว่าการเพิ่มผักมีความสัมพันธ์กับการลดค่า HbA1c อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.049) โดยจากการศึกษาในระยะยาวของ ATTICA cohort study ที่ทำการติดตามคนสุขภาพดีในประเทศกรีซ จำนวน 1,485 คน เป็นระยะเวลา 10 ปี พบว่า การบริโภคผักอย่างน้อยวันละประมาณ 4 ส่วน (4 ทักพี) ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานได้ร้อยละ 58.0 (Kosit et al., 2023) นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาถึงประเภทของผักที่รับประทานมีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า การบริโภคผักโดยเฉพาะผักใบเขียวเพิ่มขึ้นจะลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานได้ (Wang, Fang, Gao, Zhang, & Xie, 2016; Wu, Zhang, Jiang, & Jiang, 2015) ซึ่งสอดคล้องกับผลวิจัยในครั้งนี้พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการบริโภคผักใบเขียวเพิ่มขึ้น เท่ากับ 138.74 $\pm$ 42.28 กรัม จึงอาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

การศึกษารับบทของชุมชนที่มีผลต่อการจัดโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคผัก โดยประยุกต์กระบวนการการตลาดเพื่อสังคม ได้ใช้หลักของการตลาดเชิงสังคม (4P's) มาวิเคราะห์เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างสะดวกและสอดคล้องกับลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งประกอบด้วย บริการ (Product) ได้ออกแบบมาให้สอดคล้องกับลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย

ให้สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ราคา (Price) กลุ่มเป้าหมายต้องสามารถเข้าถึงได้ง่าย โดยโปรแกรมนี้ได้ออกแบบมาโดยไม่มีค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมกิจกรรม และชี้แจงให้กลุ่มเป้าหมายได้เห็นประโยชน์ในการเข้าร่วมโปรแกรมสถานที่ (Place) ในการทำกิจกรรมได้มีการเลือกสถานที่ทำกิจกรรมให้กลุ่มเป้าหมายสะดวกในการเข้าร่วมและเอื้อต่อการทำกิจกรรมร่วมกัน การส่งเสริมการตลาด (Promotion) มีการเลือกรูปแบบสื่อที่เหมาะสมในการจัดกิจกรรมและเลือกเวลาที่กลุ่มทดลองสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ การนำกระบวนการเชิงสังคมมาประยุกต์ใช้กับโปรแกรมครั้งนี้ ทำให้สามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยเพิ่มการบริโภคผักจนส่งผลให้สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้จากการศึกษาแบบ Systematic review และ Meta-analysis (Aceves-Martins, Llauredó, Tarro, Moreno-García, Trujillo Escobar, Sola et al., 2016) ของการใช้กลยุทธ์การตลาดเชิงสังคมในการออกแบบโปรแกรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในโรงเรียน พบว่า โปรแกรมสามารถทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีต่อภาวะสุขภาพในหลายๆ ประเด็น เช่น น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย หรืออัตราการมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคผักโดยการประยุกต์ส่วนผสมการตลาดเชิงสังคมในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้มีการศึกษาลักษณะเฉพาะของกลุ่มตัวอย่างผ่านการสนทนากลุ่ม (Focus group) โดยมีกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ครอบคลุมกระบวนการดำเนินงานของโปรแกรมนี้ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่าง อสม. และเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่สามารถออกแบบโปรแกรมได้สอดคล้องกับความต้องการและวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมายซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย Nosi, D'Agostino, Pratesi, & Barbarossa (2021) ในการให้ความรู้แต่ละครั้งจะเป็นกิจกรรมกลุ่ม (Group activity) กลุ่มทดลองจะมารวมกลุ่มกันทำให้ได้พบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และแนะนำการบริโภคผักร่วมกันและเมื่อมาเข้าร่วมโปรแกรมในแต่ละครั้งซึ่งเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมายที่มีจะมีการรวมกลุ่มกันในเขตคุ้มบ้าน

เดียวกันเพื่อนั่งพูดคุยกันภายหลังเลิกภารกิจประจำวัน ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chaisiri, Sathitanant & Laohasirivong (2012) ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยประยุกต์ใช้กลยุทธ์การตลาดเพื่อสังคมและประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดหรือยั้งระยะเวลาการเกิดโรคเบาหวานได้ โดยภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกาย ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ค่า HDL แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ในโปรแกรมนี้ยังได้สร้างช่องทางออนไลน์ด้วยแอปพลิเคชันไลน์ที่ทำให้กลุ่มเป้าหมายได้สื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลกันมากยิ่งขึ้น รวมทั้ง ยังเป็นช่องทางที่ทำให้ผู้วิจัยติดตามผลของกิจกรรมและรับฟังปัญหาในระหว่างการทำโครงการนำไปสู่การวางแผนแก้ไขร่วมกันจนทำให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคผักเพิ่มขึ้นได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sepah, Jiang, & Peters (2014) ที่ได้แนะนำให้มีการนำการสื่อสารผ่านทางออนไลน์เข้ามาเป็นปัจจัยสนับสนุนที่ช่วยทำให้เกิดการสื่อสารความรู้ในการป้องกันโรคเบาหวานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นในงานวิจัยนี้ยังมีการใช้กระบวนการ Self-monitoring ผ่านการบันทึกอาหารบริโภคลงในสมุดคู่มือของกลุ่มทดลอง ซึ่งจากการสอบถามกลุ่มเป้าหมายในกิจกรรมครั้งสุดท้ายในสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มเป้าหมายได้สะท้อนให้เห็นว่า การที่มีการบันทึกการบริโภคอาหารทำให้ได้ทราบรูปแบบการบริโภคอาหารมีผักมากขึ้นเพียงใด เพื่อที่จะได้นำไปปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริโภคอาหารในมื้อถัดไปให้มีปริมาณผักเพิ่มขึ้นตามที่ได้ตั้งใจไว้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Dahal & Hosseinzadeh (2020) ที่พบว่ากระบวนการ Self-monitoring เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความตระหนักรู้ด้วยตนเองจนนำไปสู่การค้นหาวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยอาศัยองค์ความรู้ที่มีมาและสามารถนำมาปรับให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเอง

ดังนั้น โปรแกรมส่งเสริมการบริโภคผักโดยประยุกต์กระบวนการทางการตลาดเพื่อสังคมต่อการ

ลดระดับน้ำตาลในเลือด ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 พบว่า ภายหลังเข้าโปรแกรมผู้เข้าร่วมวิจัย มีการบริโภคผักเพิ่มขึ้นและมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม งานวิจัย นี้ยังมีข้อจำกัด เนื่องจากไม่มีการเก็บข้อมูลรูปแบบ การบริโภคอาหารอื่นและกิจกรรมทางกายของผู้เข้าร่วม การวิจัย ซึ่งอาจจะส่งผลต่อค่าระดับน้ำตาลในเลือด มาประกอบการวิเคราะห์ผล และระยะเวลาในการศึกษา วิจัยเป็นการเก็บข้อมูลในระยะสั้น ผลของการวิจัยจึง เป็นเพียงข้อค้นพบจากการศึกษาเบื้องต้นเท่านั้น ดังนั้น ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเพิ่มเติม รวมทั้ง การออกแบบการทดลองโดยคำนึงถึงปัจจัยแทรกซ้อน ต่างๆ ที่ส่งผลต่อผลการวิจัยอย่างครอบคลุม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

งานวิจัยในครั้งนี้เป็นข้อมูลสนับสนุนการพัฒนา รูปแบบโปรแกรมโดยใช้แนวคิดส่วนผสมการตลาด เชิงสังคม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มุ่งหวังนำไปสู่ การป้องกันการเกิดโรคเบาหวานหรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรออกแบบงานวิจัย โดยสุ่มอาสาสมัครเข้ากลุ่ม (Randomization) เพื่อลดอคติของผลงานวิจัย
- 2) ควรเพิ่มระยะเวลาของการศึกษา เพื่อให้สามารถ ติดตามการคงอยู่ของพฤติกรรมในระยะยาวและผลของ อัตราการเกิดโรคเบาหวานในระยะยาวของกลุ่มเสี่ยง ต่อการเกิดโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการ
- 3) ควรเพิ่มการเก็บข้อมูลสุขภาพที่อาจจะส่งผล ต่อค่าระดับน้ำตาลในเลือด เช่น กิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหารชนิดอื่นๆ ในแต่ละวัน เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทุนสนับสนุนสำหรับการดำเนินงานวิจัย จากคณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (องครักษ์) ประจำปี พ.ศ. 2559

เอกสารอ้างอิง

- Aceves-Martins, M., Llauredó, E., Tarro, L., Moreno-García, C. F., Trujillo Escobar, T. G., Sola, R. et al. (2016). Effectiveness of social marketing strategies to reduce youth obesity in European school-based interventions: A systematic review and meta-analysis. *Nutrition reviews*, 74(5), 337-351.
- Chaisiri, C., Sathitanant, S., Laohasiriwong, W. (2012). Development of health promotion model for diabetes mellitus high risk group by applying social marketing strategies in Maha Sarakham Province. *Chophayom Journal*, 23, 82-97.
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. (2nd ed.). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dahal, P. K., & Hosseinzadeh, H. (2020). Association of health literacy and diabetes self-management: A systematic review. *Australian journal of primary health*, 25(6), 526-533.
- da Silva Dias, J. C., & Imai, S. (2017). Vegetables consumption and its benefits on diabetes. *Journal of Nutritional Therapeutics*, 6(1), 1-10.
- Doustmohammadian, A., & Bazhan, M. (2021). Social marketing-based interventions to promote healthy nutrition behaviors: A systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 10(1), 1-8.
- Evert, A. B., Dennison, M., Gardner, C. D., Garvey, W. T., Lau, K. H. K., MacLeod, J. et al. (2019). Nutrition therapy for adults with diabetes or prediabetes: A consensus report. *Diabetes care*, 42(5), 731-754.

- Firestone, R., Rowe, C. J., Modi, S. N., & Sievers, D. (2017). The effectiveness of social marketing in global health: A systematic review. *Health policy and planning*, 32(1), 110-124.
- Galicia-Garcia, U., Benito-Vicente, A., Jebari, S., Larrea-Sebal, A., Siddiqi, H., Uribe, K. B., et al. (2020). Pathophysiology of type 2 diabetes mellitus. *International journal of molecular sciences*, 21(17), 1-34.
- Goethals, L., Barth, N., Hupin, D., Mulvey, M. S., Roche, F., Gallopel-Morvan, K. et al. (2020). Social marketing interventions to promote physical activity among 60 years and older: A systematic review of the literature. *BMC public health*, 20(1), 1-11.
- Halvorsen, R. E., Elvestad, M., Molin, M., & Aune, D. (2021). Fruit and vegetable consumption and the risk of type 2 diabetes: A systematic review and dose–response meta-analysis of prospective studies. *BMJ Nutrition, Prevention & Health*, 4(2), 519-531.
- Kosti, R. I., Tsiampalis, T., Kouvari, M., Chrysohoou, C., Georgousopoulou, E., Pitsavos, C. S., et al. (2023). The association of specific types of vegetables consumption with 10 year type II diabetes risk: Findings from the ATTICA cohort study. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 36(1), 226-240.
- Lee, N. R., & Kotler, P. (2019). *Social marketing: Behavior change for social good*. (6th ed.). California: Sage Publications.
- Leppink, J., O'Sullivan, P., & Winston, K. (2016). Effect size—large, medium, and small. *Perspectives on medical education*, 5, 347-349.
- Li, M., Fan, Y., Zhang, X., Hou, W., & Tang, Z. (2014). Fruit and vegetable intake and risk of type 2 diabetes mellitus: Meta-analysis of prospective cohort studies. *BMJ open*, 4(11), 1-9.
- Lin, X., Xu, Y., Pan, X., Xu, J., Ding, Y., Sun, X. et al. (2020). Global, regional, and national burden and trend of diabetes in 195 countries and territories: An analysis from 1990 to 2025. *Scientific reports*, 10(1), 1-11.
- Nosi, C., D'Agostino, A., Pratesi, C. A., & Barbarossa, C. (2021). Evaluating a social marketing campaign on healthy nutrition and lifestyle among primary-school children: A mixed-method research design. *Evaluation and Program Planning*, 89, 1-10.
- Prevention Program Research Group. (2015). HbA1c as a predictor of diabetes and as an outcome in the diabetes prevention program: A randomized clinical trial. *Diabetes care*, 38(1), 51-58.
- Reutrakul, S., & Deerochanawong, C. (2016). Diabetes in Thailand: Status and policy. *Current diabetes reports*, 16(3), 1-10.
- Sepah, S. C., Jiang, L., & Peters, A. L. (2014). Translating the diabetes prevention program into an online social network: Validation against CDC standards. *The Diabetes Educator*, 40(4), 435-443.
- Tabesh, M., Hariri, M., Askari, G., Ghiasvand, R., Tabesh, M., Heydari, A., et al. (2013). The relationship between vegetables and fruits intake and glycosylated hemoglobin values, lipids profiles and nitrogen status in type II inactive diabetic patients. *International Journal of Preventive Medicine*, 4(Suppl 1), S63-S67.

- Takahashi, K., Kamada, C., Yoshimura, H., Okumura, R., Imuro, S., Ohashi, Y. et al. (2012). Effects of total and green vegetable intakes on glycated hemoglobin A1c and triglycerides in elderly patients with type 2 diabetes mellitus: The Japanese elderly intervention trial. *Geriatrics & gerontology international*, 12(Suppl 1), 50-58.
- Wang, P. Y., Fang, J. C., Gao, Z. H., Zhang, C., & Xie, S. Y. (2016). Higher intake of fruits, vegetables or their fiber reduces the risk of type 2 diabetes: A meta analysis. *Journal of diabetes investigation*, 7(1), 56-69.
- Wu, Y., Zhang, D., Jiang, X., & Jiang, W. (2015). Fruit and vegetable consumption and risk of type 2 diabetes mellitus: A dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 25(2), 140-147.

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปี ตำบลโป่งผา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

ธีรนาฏ ปัญญายม^{1,*} ส.ม., อนุกุล มะโนทน² ประ.ด.

Received: February 11, 2023

Revised: May 14, 2023

Accepted: May 15, 2023

บทคัดย่อ

โรคมะเร็งปากมดลูก เป็นโรคที่คุกคามชีวิตพบได้บ่อยในสตรีทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ซึ่งโรคมะเร็งปากมดลูกสามารถป้องกันได้ โดยการเข้ารับการตรวจแปปสเมียร์และการตรวจหาเชื้อเอชพีวีอย่างต่อเนื่อง การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปี ตำบลโป่งผา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในตำบลโป่งผา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 321 คน ใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติวิเคราะห์ไคสแควร์และการทดสอบของฟิชเชอร์

ผลการศึกษาพบว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 40.8) มีทัศนคติของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 75.7) และไม่เคยตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 61.7) โดยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ อายุ (p -value = 0.001) ประวัติการคุมกำเนิด (p -value = 0.012) ระยะเวลาการคุมกำเนิด (p -value = 0.004) และความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก (p -value = 0.003) การวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะ คือ ผู้ให้บริการสุขภาพ ควรจัดโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกให้กับสตรีกลุ่มเสี่ยง ทั้งนี้ ควรคำนึงถึงอายุ ประวัติการคุมกำเนิด และระยะเวลาในการคุมกำเนิดร่วมด้วย

คำสำคัญ: ปัจจัยเสี่ยง โรคมะเร็งปากมดลูก สตรีกลุ่มเสี่ยง

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

* ผู้รับผิดชอบบทความ: teeranadjan@gmail.com

Factors associated with cervical cancer screening service utilization of at-risk women aged 30-60 years, Pongpha Subdistrict, Maesai District, Chiangrai Province

Teeranad Panyayom^{1,*} M.P.H., Anukool Manoton² Ph.D.

ABSTRACT

Cervical cancer is the most common life-threatening cancer among women worldwide, including in Thailand. In addition, cervical cancer can be prevented by having regular screenings with Pap smears and Human Papilloma Virus (HPV) tests. A cross-sectional study aimed to investigate cervical cancer screening service utilization and factors associated with cervical cancer screening services utilization for at-risk women aged 30-60 years living in the Pongpha Subdistrict, Maesai District, Chiangrai Province. The sample was a woman at-risk aged 30-60 years living in Pongpha Subdistrict, Maesai District, Chiangrai Province that were selected by systematic random sampling, obtaining 321 samples. The questionnaire was employed to collect data. Data were analyzed using descriptive statistics, including mean, percentage, and standard deviation, and inferential statistics, including the Chi-square test and Fisher's exact test

The results showed that most of the at-risk women had a moderate knowledge of cervical cancer (40.8%), got a high attitude toward cervical cancer screening (75.7%), and had never been screened for cervical cancer (61.7%). The results revealed that factors associated with cervical cancer screening services were age (p-value = 0.001), contraceptive history (p-value = 0.012), duration of contraception (p-value = 0.004), and knowledge about cervical cancer (p-value = 0.003). This study suggested that healthcare providers should design the program to improve knowledge about cervical cancer among at-risk women while considering age, contraceptive history, and duration of contraception.

Keywords: Risk factors, Cervical cancer, Women at risk

¹ Student in Master of Public Health Program, School of Public Health, University of Phayao

² Assistant Professor, School of Public Health, University of Phayao

* Corresponding author: teeranadjan@gmail.com

บทนำ

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยมากเป็นอันดับที่ 4 ของสตรีทั่วโลก จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกพบผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกรายใหม่จำนวน 604,000 ราย และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูก 342,000 ราย โดยประมาณร้อยละ 90.0 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่และผู้เสียชีวิตทั่วโลก เกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา (World Health Organization, 2022) โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสุขภาพที่คุกคามชีวิตสตรีทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย นับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 (Akkasin, 2022) ปัจจุบันอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกจัดอยู่ในอันดับ 2 ของโรคมะเร็งที่พบบ่อยในสตรีไทย โดยพบผู้ป่วยรายใหม่ ซึ่งคิดเป็นอุบัติการณ์การเกิดโรค 13.80 คนต่อแสนประชากรและมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก ประมาณ 2,238 คนต่อปี (National Cancer Institute, 2021)

สาเหตุหลักของโรคมะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (Human Papilloma Virus, HPV) ที่ติดต่อจากการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงส่วนใหญ่เกิดจากการมีคู่นอนหลายคน การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย การมีบุตรมากกว่า 4 คน การรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานานมากกว่า 5 ปี (Ruangkachon, 2018) เคยมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีประวัติการสูบบุหรี่ มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ และไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกหรือตรวจแต่ไม่สม่ำเสมอ ซึ่งปกติควรตรวจอย่างน้อย 1 ครั้ง ภายในระยะเวลา 5 ปี สัญญาณเตือนการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ มีตกขาว มีเลือดหรือของเหลวที่ผิดปกติออกจากช่องคลอด ประจำเดือนมามากหรือนานกว่าปกติ ในระยะลุกลามอาจมีอาการปวดหน่วงบริเวณท้องน้อย ปัสสาวะขัด หรือถ่ายอุจจาระลำบาก เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ระยะที่พบส่วนใหญ่จะอยู่ในระยะเริ่มต้น (Health direct, 2023) อย่างไรก็ตาม พบว่าโรคมะเร็งปากมดลูกถือเป็นหนึ่งในโรคมะเร็งที่สามารถป้องกันได้จากการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เช่น เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง ซึ่งหากตรวจพบโรคในระยะเริ่มต้นจะทำให้มีโอกาส

การรักษาได้ผลดีมีโอกาสรักษาหายขาดจากโรคและลดอัตราการเสียชีวิตของสตรีจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้อีกทั้ง เป็นการช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคได้อีกทางหนึ่งด้วย (National Cancer Institute, 2020)

จากปัญหาดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขจึงตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จึงให้นโยบายในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีสำหรับประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีเป้าหมายในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นไปได้อย่างทั่วถึง โดยให้การคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกครอบคลุมอย่างน้อยร้อยละ 80.0 ภายในระยะเวลา 5 ปี (ปี พ.ศ. 2558-2562) และในปี พ.ศ. 2563-2567 ได้กำหนดอัตราการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกสะสมเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 20.0 ต่อปี โดยมีการรณรงค์ให้สตรีที่มีอายุระหว่าง 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อย 1 ครั้ง ทุกๆ 5 ปี (Department of Medical Services, 2018) อีกทั้ง ยังผลักดันนโยบายการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีการตรวจ HPV DNA Test คือ การเก็บเซลล์บริเวณตัวอย่างที่ปากมดลูกช่องคลอดด้านใน ส่งตรวจเหมือนวิธีการตรวจด้วยน้ำยาซึ่งสามารถที่จะตรวจหาเซลล์และแยกน้ำยาเพื่อจะตรวจหาเชื้อ HPV ซึ่งเป็นบริการทดแทนการตรวจคัดกรองแบบเดิม (Pap smear) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการคัดกรองให้มากยิ่งขึ้น (National Institute of Health of Thailand, 2022)

จากรายงานการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกสะสมในช่วง 5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2565 จังหวัดเชียงราย มีสตรีอายุ 30-60 ปี เข้ารับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 68.4 81.1 32.5 46.6 และ 52.5 ตามลำดับ ขณะที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งผา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย มีสตรีอายุ 30-60 ปี เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 87.8 95.9 38.4 31.6 และ 34.8 ตามลำดับ (Chiangrai Provincial Health Office, 2022) โดยการดำเนินงานที่ผ่านมาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

โป่งผา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ได้มีการจัดบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอและมีการจัดกิจกรรมรณรงค์ขึ้นอย่างต่อเนื่องแต่อัตราการคัดกรองในพื้นที่ตำบลโป่งผาในปี พ.ศ. 2563-2565 มีแนวโน้มลดลงและต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (ครอบคลุมไม่ถึงร้อยละ 80.0) และในปี พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่ตำบลโป่งผา จำนวน 2 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 0.41 ต่อพันประชากร (Pongpha Health Promoting Hospital, 2021) แสดงให้เห็นได้ว่าโรคมะเร็งปากมดลูกยังเป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่เนื่องจากสตรีทุกคนมีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกยังเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกรายใหม่

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการมารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า สาเหตุของการไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก คือ รู้สึกอายผู้ให้บริการกลัวเจ็บ ไม่มีเวลาไปตรวจตามนัดหมาย ขาดรายได้ (Pinnark, 2020) อายุยังน้อยมีโอกาเสี่ยงน้อย เป็นเรื่องที่ไกลตัว ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ และไม่มีอาการผิดปกติ ไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรอง เนื่องจากคิดว่าไม่สามารถเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกได้ อีกทั้ง ยังกลัวถ้าทราบผลตรวจแล้วพบเชื้อ (Anansirikasem, Chalardlon, Kaemaungfang, Thuajop, & Srisugsai, 2020) และสตรีไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกเนื่องจากกลัวว่าหากตรวจแล้วพบว่าตนเองป่วยจะไม่สามารถทำใจยอมรับสภาพได้ (Chantakat, 2017) นอกจากนี้ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก (Wangwonsin, & Jaruk, 2021) อีกทั้งพบว่า การมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดทัศนคติที่ดีและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก (Sorotkulangkoon & Thato, 2019) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการมารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของ

สตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปี ในเขตตำบลโป่งผา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางส่งเสริมการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการมารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปี ในเขตตำบลโป่งผา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปี ในเขตตำบลโป่งผา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปี ในเขตตำบลโป่งผา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย เก็บข้อมูลวันที่ 30 พฤศจิกายน ถึงวันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2565 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ทัศนคติของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก และการมารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ สตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปี ในเขตตำบลโป่งผา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย จำนวน 1,467 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของแดเนียล (Daniel, 1999) ในกรณีที่ทราบประชากรกำหนดระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95.0 ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2P(1-p)}{d^2(N-1) + Z^2p(1-p)}$$

ให้ $p = 0.53$ และ $q = 0.47$ จากการศึกษาของ Jantawong, Siri, & Tridech (2017) เมื่อคำนวณจะได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 305 คน เพื่อป้องกันการ

สูญหายหรือความครบถ้วนของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5.0 ดังนั้น จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวนที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ 321 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ เพื่อการกระจายของกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งประชากรตามลักษณะพื้นที่เขตการปกครองตำบลโป่งผา ออกเป็น 12 หมู่บ้าน จากนั้น นำรายชื่อของประชากรทั้งหมดที่เรียงลำดับตามตัวอักษรมากำหนดหมายเลขประจำตัว และหาช่วงของการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร ดังนี้

$$\text{ช่วงการสุ่ม } K = \frac{\text{จำนวนประชากร (N)}}{\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n)}}$$

ซึ่งเป็นการสุ่มตัวอย่างในลักษณะที่เป็นช่วงการสุ่มที่เท่าๆ กัน ดังนั้น ได้ช่วงการสุ่มเท่ากับ 5 จากนั้น กำหนดให้ r เป็นตัวเลขเริ่มต้นการสุ่มและหมายเลขต่อไปจะถูกกำหนดอย่างเป็นระบบตามช่วงการสุ่ม r, r+k, r+2k,...จนครบ 321 คน

เกณฑ์คัดเข้า คือ สตรีไทยที่มีอายุ 30-60 ปี อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลโป่งผา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย สามารถสื่อสารอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ สตรีที่ตั้งครรภ์ สตรีที่เคยผ่าตัดมดลูกหรือตัดปากมดลูกออกแล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม และนำไปทดลองใช้แล้ว โดยแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา จำนวนบุตร ประวัติการคุมกำเนิด ระยะเวลาในการคุมกำเนิด ประวัติการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และประวัติการสูบบุหรี่ จำนวน 8 ข้อ แบ่งเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) จำนวน 5 ข้อ และเติมข้อความ (Open end) จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 17 ข้อ เป็นลักษณะให้เลือกตอบ

เพียงคำตอบเดียว คือ ถูก หรือ ผิด มีข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ โดยคำถามเชิงบวกตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบตอบถูก ให้ 0 คะแนน ตอบผิด ให้ 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนตามหลักเกณฑ์ของ (Bloom, 1971) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ความรู้อยู่ในระดับต่ำ (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60.0) ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60.0-79.9) ความรู้อยู่ในระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 18 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยข้อคำถามมีทั้งข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ โดยที่คำถามเชิงบวกให้คะแนนจาก 5 ถึง 1 คะแนน ตามลำดับ ส่วนคำถามเชิงลบให้คะแนนจาก 1 ถึง 5 การแปลผลคะแนนตามหลักเกณฑ์ของ (Best, 1981) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33) ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67) ทัศนคติอยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 1 ข้อ เป็นลักษณะให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คือ เคย หรือ ไม่เคย โดยที่ตอบเคย ให้ 1 คะแนน และตอบไม่เคย ให้ 0 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ คือ อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) ซึ่งค่า IOC มีค่าระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้น นำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ในการวิจัย

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปี ในพื้นที่ตำบลโป่งผา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ซึ่งไม่ใช้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน จากนั้น

นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามจำนวน 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกใช้ KR-20 ของ Kuder-Richardson ได้เท่ากับ 0.73 และส่วนที่ 3 ด้านทัศนคติของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.87

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัยและประสานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งผา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย เพื่อลงพื้นที่ในการเก็บข้อมูลการวิจัยและขอความร่วมมือนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยนักวิจัย คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ โดยผู้วิจัยประชุมชี้แจงผู้ช่วยนักวิจัยให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยให้อาสาสมัครทราบ รวมถึงชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือถอนตัวในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ อาสาสมัครมีสิทธิที่จะถอนตัวเข้าร่วมวิจัยช่วงใดก็ได้ โดยไม่ต้องชี้แจงรายละเอียด และการถอนออกจากการวิจัยนี้จะไม่กระทบต่อสิทธิการรักษาพยาบาลของอาสาสมัคร ทั้งนี้ ข้อมูลที่ตอบในแบบสอบถามจะถูกเก็บเป็นความลับ เมื่ออาสาสมัครยินดีที่จะเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างให้ลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมในการเก็บข้อมูลและให้อาสาสมัครตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง คนละ 30 นาที

4. นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม ทำการลงรหัส จัดระบบข้อมูลโดยผู้วิจัยเท่านั้นที่จะเข้าถึงข้อมูลแบบสอบถามได้จากนั้นนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปสรุปผลการศึกษา อภิปรายและเผยแพร่ผลการศึกษาในภาพรวมต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับทัศนคติของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกและการรับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างด้านอายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา จำนวนบุตร ระยะเวลาการคุมกำเนิด ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ทัศนคติของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกกับการรับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการคุมกำเนิด ประวัติการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประวัติการสูบบุหรี่กับการรับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก กรณี ค่าความคาดหวัง (Expected value) ของแต่ละเซลล์มีค่าน้อยกว่า 5 และมีจำนวนเซลล์ที่มีค่าคาดหวังน้อยกว่า 5 เกิน 20.0% ของจำนวนเซลล์ทั้งหมด โดยใช้สถิติฟิชเชอร์เอ็กแซคต์ (Fisher's exact test)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา เอกสารรับรองหมายเลข UP-HEC 1.2/006/66 เมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ทั้งนี้ ได้มีการคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างทุกขั้นตอน เริ่มจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์และการอภิปรายผลการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย การตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 37.4 มีสถานภาพสมรส (คู่) ร้อยละ 71.0 จบการศึกษา

ระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 40.2 มีบุตรจำนวน 1-4 คน ร้อยละ 86.3 ไม่ได้คุมกำเนิด ร้อยละ 36.5 โดยกลุ่มตัวอย่างที่คุมกำเนิดส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลา การคุมกำเนิด 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 61.3 ไม่เคยป่วย ด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 98.4 และไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 96.3 รายละเอียดแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละด้านข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 321)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
30-39 ปี	86	26.8
40-49 ปี	115	35.8
50-59 ปี	120	37.4
Mean = 46, Min = 30, Max = 59, SD = 8.79		
สถานภาพ		
โสด	60	18.7
สมรส (คู่)	228	71.0
หม้าย/หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	33	10.3
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	33	10.3
ประถมศึกษา	129	40.2
มัธยมศึกษา	111	34.6
อนุปริญญา หรือ ปวส.	6	1.8
ปริญญาตรี หรือ เทียบเท่า	34	10.6
สูงกว่าปริญญาตรี	8	2.5
จำนวนบุตร		
ไม่มีบุตร	44	13.7
มีบุตร 1-4 คน	277	86.3
ประวัติการคุมกำเนิด		
ไม่ได้คุมกำเนิด	117	36.5
กินยาเม็ดคุมกำเนิด	93	29.0
ฉีดยาคุมกำเนิด	20	6.2
ใส่ถุงยางอนามัย	3	0.9
ทำหมัน	88	27.4
ระยะเวลาการคุมกำเนิด		
ต่ำกว่า 5 ปี	32	15.7
5-9 ปี	47	23.0
10 ปี ขึ้นไป	125	61.3

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละด้านข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 321) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		
ไม่เคยป่วย	316	98.4
เคยป่วย ตอนนี้งำลังอยู่ระหว่างการรักษา	1	0.3
เคยป่วย ตอนนี้งรักษาหายแล้ว	4	1.3
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	309	96.3
สูบ	12	3.7

เมื่อพิจารณาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับทัศนคติของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก รายละเอียดแสดงในตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.8 รองลงมา คือ ความรู้ที่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 34.0 และความรู้ที่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 25.2 เมื่อพิจารณารายข้อคำถาม พบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ การตรวจพบโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มต้นสามารถรักษาให้หายขาดได้ ร้อยละ 85.7 รองลงมา คือ สตรีควรตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องเดือนละ 1 ครั้ง ร้อยละ 84.1 และการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในช่วงที่มีประจำเดือนจะทำให้ไม่เจ็บ ร้อยละ 80.4 ตามลำดับ

ระดับทัศนคติของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติของการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 75.7 และทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 24.3 เมื่อพิจารณารายข้อคำถาม พบว่าข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นวิธีที่ปลอดภัยและรวดเร็ว (Mean = 4.12, S.D. = 0.78) รองลงมา คือ การไปตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกทำให้ขาดรายได้ (Mean = 4.11, S.D. = 0.95) และการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกทำให้เสียเวลาในการทำงาน (Mean = 4.07, S.D. = 0.88) ตามลำดับ

ส่วนด้านการรับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 61.7

ตาราง 2 แสดงระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับทัศนคติของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก (n = 321)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้		
ระดับต่ำ (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60.0)	109	34.0
ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60.0-79.9)	131	40.8
ระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป)	81	25.2
Mean = 11.30, Min = 1, Max = 17, S.D. = 2.85		
ระดับทัศนคติ		
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67)	78	24.3
ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00)	243	75.7
Mean = 2.30, Min = 2, Max = 3, S.D. = 0.46		
การรับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก		
เคยตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก	123	38.3
ไม่เคยตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก	198	61.7

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และทัศนคติของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกกับการรับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกพบว่า ด้านข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ ประวัติการคุมกำเนิด ระยะเวลาการคุมกำเนิด และความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สถานภาพ ระดับการศึกษา จำนวนบุตร ประวัติการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประวัติการสูบบุหรี่ และทัศนคติของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก รายละเอียดแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและทัศนคติของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกกับการรับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก (n = 321)

ตัวแปร	การรับบริการตรวจคัดกรอง โรคมะเร็งปากมดลูก		Chi- square/ Fisher's exact	df	p-value
	เคยตรวจ n (%)	ไม่เคยตรวจ n (%)			
อายุ			26.81	2	0.001 ^{†, *}
30-39 ปี	13 (15.1)	73 (84.9)			
40-49 ปี	53 (46.1)	62 (53.9)			
50-59 ปี	57 (47.5)	63 (52.5)			
สถานภาพ			3.96	2	0.138 [†]
โสด	17 (28.3)	43 (71.7)			
สมรส (คู่)	95 (41.7)	133 (58.3)			
หย่าร้าง/ แยกกันอยู่/ หม้าย	11 (33.3)	22 (66.7)			
ระดับการศึกษา			1.02	2	0.600 [†]
ไม่ได้ศึกษา	10 (30.3)	23 (69.7)			
ประถมศึกษา	50 (38.8)	79 (61.2)			
มัธยมศึกษา ขึ้นไป	63 (39.6)	96 (60.4)			
จำนวนบุตร			0.91	1	0.340 [†]
ไม่มีบุตร	14 (31.8)	30 (68.2)			
มีบุตร 1-4 คน	109 (39.4)	168 (60.6)			
ประวัติการคุมกำเนิด			12.10	4	0.012 ^{†, *}
ไม่ได้คุมกำเนิด	38 (32.5)	79 (67.5)			
กินยาเม็ดคุมกำเนิด	49 (52.7)	44 (47.3)			
ฉีดยาคุมกำเนิด	7 (35.0)	13 (65.0)			
ใส่ถุงยางอนามัย	0 (0.0)	3 (100.0)			
ทำหมัน	29 (33.0)	59 (67.0)			
ระยะเวลาการคุมกำเนิด (n = 204)			10.92	2	0.004 ^{†, *}
ต่ำกว่า 5 ปี	7 (21.9)	25 (78.1)			
5-9 ปี	15 (31.9)	32 (68.1)			
10 ปีขึ้นไป	63 (50.4)	62 (49.6)			

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและทัศนคติของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกกับการรับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก (n = 321) (ต่อ)

ตัวแปร	การรับบริการตรวจคัดกรอง โรคมะเร็งปากมดลูก		Chi- square/ Fisher's exact	df	p-value
	เคยตรวจ n (%)	ไม่เคยตรวจ n (%)			
ประวัติการป่วยด้วยโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์			3.16	1	0.061 [†]
ไม่เคยป่วย	123 (38.9)	193 (61.1)			
เคยป่วย	0 (0.0)	5 (100.0)			
ประวัติการสูบบุหรี่			0.06	1	0.773 [†]
ไม่สูบ	118 (38.2)	191 (61.8)			
สูบ	5 (41.7)	7 (58.3)			
ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก			11.62	2	0.003 ^{†*}
ระดับต่ำ	29 (26.6)	80 (73.4)			
ระดับปานกลาง	63 (48.1)	68 (51.9)			
ระดับสูง	31 (38.3)	50 (61.7)			
ทัศนคติของการตรวจคัดกรองโร คมะเร็งปากมดลูก			0.50	1	0.479 [†]
ระดับปานกลาง	83 (37.1)	141 (62.9)			
ระดับสูง	40 (41.2)	57 (58.8)			

[†]ทดสอบด้วยสถิติ Chi-Square test, [†] Fisher's Exact Test, *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาการบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปี ในเขตตำบลโป่งผา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 61.7) และจากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการรับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ ประวัติการคุมกำเนิด ระยะเวลาการคุมกำเนิด และความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากผลการศึกษาดังกล่าว สามารถอภิปรายผลการวิจัยดังนี้ การรับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 61.7) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sareh, Leeya, & Tansakul (2019) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 79.8) ซึ่งสาเหตุที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกกังวลกับผลตรวจคัดกรอง ถ้าผลตรวจผิดปกติจะทำให้มีความกังวล และมีความเชื่อว่า หากไม่มีอาการผิดปกติไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรอง รวมถึงไม่มีเวลาไปตรวจคัดกรอง (Pinnark, 2020) นอกจากนี้สตรีกลุ่มเสี่ยงไม่เห็นความสำคัญของการไปรับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากพัฒนาการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกจะเห็นผลในระยะยาว 10-20 ปี หลังจากรับเชื้อเข้าไปและอาการของโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มต้นส่วนใหญ่จะไม่มีอาการผิดปกติใดๆ จึงทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ไม่เห็นความสำคัญกับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก (Ruangkachon, 2018)

ในส่วนของอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) โดยในการศึกษา

ครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ที่มีอายุ 30-39 ปี ไม่เคยตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 22.7) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยจะไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกสูง ผลการศึกษาครั้งนี้ไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ Jantawong, Siri, & Tridech (2017) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้ เพราะสตรีกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุเพิ่มขึ้นจะเกิดการรับรู้ของตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกมากขึ้นจึงเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีที่มีอายุ 30-39 ปี อีกทั้ง คิดว่าตนเองอายุยังน้อยและยังไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก จึงไม่เห็นความสำคัญของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก (Anansirikasem et al, 2020)

ประวัติการคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.012$) ทั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่คุมกำเนิดไม่เคยตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกสูง (ร้อยละ 24.6) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่คุมกำเนิดจะส่งผลให้ไม่เข้ารับการบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกสูงไปด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sonkong (2021) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่คุมกำเนิดจะเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่คุมกำเนิด ทั้งนี้ เพราะกลุ่มตัวอย่างที่คุมกำเนิดไปรับบริการกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ได้รับความรู้ข่าวสารข้างเคียงของการรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดนานมากกว่า 5 ปีขึ้นไป ทำให้เพิ่มความเสี่ยงของเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกได้และได้รับคำแนะนำในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระหว่างเข้ารับบริการคุมกำเนิดอย่างสม่ำเสมอ

ระยะเวลาการคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.004$) ในการศึกษา

พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ระยะเวลาในการคุมกำเนิด 10 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกสูง (ร้อยละ 30.9) ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Oiemporn, 2020 ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาการคุมกำเนิด 11-20 ปี (ร้อยละ 56.8) จะเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกสูง อาจเพราะกลุ่มตัวอย่างทราบถึงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าหากใช้ยาคุมกำเนิดนานจะยิ่งเพิ่มโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคได้นั้น บุคคลนั้นต้องเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้นได้ (Rosensstock, 1974)

ในส่วนของความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 40.8) สอดคล้องกับการศึกษาของ Wangwonsin & Jaruk (2021) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงตำบลนครชุม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 59.4) ทั้งนี้ เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 69.4) และในการศึกษาคั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 40.2) กล่าวได้ว่า ระดับการศึกษาจะส่งผลต่อระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา อาจมีความรู้ ความเข้าใจถึงการดำเนินของโรค ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกน้อยจึงทำให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่ การศึกษาของ Sorotkulangkoon & Thato (2019) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 57.3) ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านตำรวจ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ทำให้มีความสามารถในการเรียนรู้และเข้าใจถึงการ

ดำเนินของโรค ปัจจัยเสี่ยง และการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ส่งผลให้ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกสูงไปด้วย เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกกับการรับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ($p\text{-value} = 0.003$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำไม่เคยการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกสูง (ร้อยละ 24.9) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำจะส่งผลให้การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกต่ำไปด้วย คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Sareh, Leeya, & Tansakul (2019) ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ($p\text{-value} = 0.012$) และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกที่ดีจะทำให้ทราบสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ตลอดจนเกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรค อีกทั้งยังลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้ารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกได้ (Chairattanasakda, 2021)

สำหรับทัศนคติของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 75.7) ทั้งนี้ เพราะในพื้นที่มีการจัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการทราบถึงข้อดีของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอ อีกทั้ง ยังมีการให้สุขศึกษาระหว่างรอรับบริการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูงและสอดคล้องกับการศึกษาของ Phothon (2018) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในพื้นที่อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 88.5) เมื่อทดสอบความสัมพันธ์

ระหว่างทัศนคติของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกกับการรับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่าทัศนคติของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกไม่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกเช่นเดียวกัน กล่าวได้ว่าถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีทัศนคติของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง แต่ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างยังไม่สนใจในการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้ หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรจัดกิจกรรมในการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มสตรีที่มีอายุ 30-39 ปี โดยเน้นย้ำการให้ความรู้ในประเด็นความเสี่ยง การตรวจโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องตาม อายุ ประวัติ การคุมกำเนิด และระยะเวลาในการคุมกำเนิดของสตรี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการระบุสาเหตุของปัญหาและแนวทางในการสนับสนุนการแก้ปัญหาของพื้นที่ รวมถึงการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจเหตุผลของการไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณอาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งผา อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลโป่งผา ที่อำนวยความสะดวกให้ผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ที่อำนวยความสะดวกในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

- Akkasin, S. (2022, January 26). *In January jointly campaign against cervical cancer*. Retrieved July 15, 2022, from https://www.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=31517. (in Thai)
- Anansirikasem, P., Chalardlon, P., Kaeomaungfang, R., Thuajop, S., & Srisugsai, N. (2020). Development of the motivation promotion model for cervical cancer screening, *Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology*, 5(10), 248-264. (in Thai)
- Best, J. W. (1981). *Research in education*. (4th ed). New Jersey: Prentice Hall.
- Boom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill.
- Chairattanasakda, S. (2021). The effect of using cervical cancer screening program on knowledge attitude and intention to receive cervical cancer screening service, Phra Non Health Promoting Hospital, Nakhonsawan Province. *Sawanpracharak Medical Journal*, 18(1), 60-68. (in Thai)

- Chantakat, A. (2017). *The effect of reminder of health volunteer program on knowledge, health belief and behavior for cervical cancer screening of the women age 30-60 years*. Master of Nursing Science, Mahasarakham University. (in Thai)
- Chiangrai Provincial Health Office, (2022). *Cervical cancer screening rate of women aged 30-60 years*. Retrieved October 1, 2022, from https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=59acae7a68f02c8e2c0cb88dfc6df3b3+. (in Thai)
- Daniel, W. W. (1999). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health science*. (7nded). John Wiley & Sons: Inc Hoboken.
- Department of Medical Services, (2018). *Guidelines for screening diagnosis and treatment of cervical cancer*. Bangkok: Kosit Press. (in Thai)
- Health direct. (2023). *Cervical cancer*. Retrieved July 15, 2022, from <https://www.healthdirect.gov.au/cervical-cancer>.
- Jantawong, N., Siri, S., Tridech, P., & Tridech, C. (2017). Factors related to receiving cervical cancer screening services among women aged 30-60 years in Muang District, Pathumthani Province. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 28(1), 63-79. (in Thai)
- National Cancer Institute, (2021). *Hospital based cancer registry 2020*. Bangkok: Medical record and databased cancer unit, Medical Digital Division National Cancer Institute. (in Thai)
- National Institute of Health of Thailand. (2022). *Cervical cancer screening*. Retrieved July 5, 2022, from <http://nih.dmsc.moph.go.th/login/showimgdetil.php?id=1023>. (in Thai)
- Oiemporn, T. (2020). *Effects of protection motivation theory applying program together with social support on cervical cancer screening among 30 to 60 year old women at Bannongkrod Health Promoting Hospital, Saklake District, Phichit Province*. Thesis of Master of Public Health, Naresuan University, Phitsanulok. (in Thai)
- Phothong, P. (2018). Factors associated with cervical cancer screening of women in Langsuan, Chumphon. *Region 11 Medical Journal*, 32(2), 965-980. (in Thai)
- Pinnark, P. (2020). Causes and factors to cervical cancer unscreened measuring: A case study of women aged 30-60 years in Na Pho Sub-District Sawi District Chumphon Province. *Journal of Health Research and Innovation*, 3(1), 118-131. (in Thai)
- Pongpha Health Promoting Hospital, (2021). *Health information summary report, fiscal year 2021*. Chiangrai: Pongpha Health Promoting Hospital Information, (42-44). (in Thai)

- Sareh, N., Leeya, Y., & Tansakul, K. (2019). Factors related to cervical cancer screening behavior of women in Ruso District, Narathiwat Province. *The 10th Hatyai National and International Conference*, 10(1), 1587-1559. (in Thai)
- Sonkong, K. (2021). Factors associated with cervical cancer screening among women aged 30-60 years in the Taktok sub-district health promotion hospital in Tak Province. *Journal of Medicine and Health Sciences*, 28(30), 61-74. (in Thai)
- Sorotkulangkoon, P., & Thato, R. (2019). Factors predicting cervical screening among police officer wives in Bangkok. *Journal of The Police Nurses*, 11(2), 407-420. (in Thai)
- Wangwonsin, A., & Jaruk, M. (2021). Factors effected to cervical cancer screening among risk group of women in Nakhon Chum, Nakon Thai District, Phitsanulok Province. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 13(1), 100-113. (in Thai)
- World Health Organization. (2022, February 22). *Cervical cancer*. Retrieved July 15, 2022, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>.

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียน
ชั้นประถมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร
จินดาพร จันทร์เทศ^{1,*} ส.ม., ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์² Ph.D.

Received: February 23, 2023

Revised: April 23, 2023

Accepted: May 7, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนจำนวน 66 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 33 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมฯ ทั้ง 6 กิจกรรม ได้แก่ ภัยร้ายใกล้ตัว มารูจักความเสี่ยงกันเถอะ ต้นสายปลายเหตุ ปูเนแดงสมุนไพร มหัศจรรย์ สุขภาพดีด้วยตัวเรา และรู้วิธี ย่อมปลอดภัย เป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์ และระยะติดตามสัปดาห์ที่ 10 ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการเรียนการสอนตามหลักสูตรปกติของโรงเรียน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา Independent t-test, One-way repeated measure ANOVA และ Bonferroni

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติของนักเรียน ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มทดลองมีคะแนนหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังนั้น โรงเรียนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดกิจกรรมในการสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นกับนักเรียนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม เช่น วัสดุ เงิน และกำลังคน ทั้งคุณครู และเพื่อน เพื่อส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนอย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค นักเรียนชั้นประถมศึกษา พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก แรงสนับสนุนทางสังคม

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

* ผู้รับผิดชอบบทความ: jindapornj60@nu.ac.th

The effectiveness of the protection motivation theory incorporated with social support program on preventive behaviors for dengue fever among upper primary school students in Mueng District, Phichit Province

Jindaporn Jantes^{1,*} M.P.H., Sunsanee Mekrungrongwong² Ph.D.

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to explore the effectiveness of the protection motivation theory incorporated with social support programs on preventive behaviors for dengue fever among upper primary school students in Mueng District, Phichit Province. The sample consisted of 66 students, which were selected through a purposive sampling technique. The sample was divided into 33 students in the experimental group and another 33 in the control group. The experimental group received the program for all six activities, namely danger near, let's know the risks, root cause, miraculous herbal red plaster, healthy by ourselves, and knowing how to be safe, which participated in the seven-week program with a follow-up in week 10. The control group attended classes according to the regular curriculum. Data was collected using a questionnaire developed by the researcher. Statistical analysis was performed using descriptive statistics, an independent samples t-test, and a one-way repeated ANOVA with the Bonferroni method.

The results showed that after the intervention, the mean scores of perceived severity, perceived vulnerability, perceived self-efficacy, perceived response efficacy, and prevention behavior for dengue fever in the experimental group were statistically higher than when measured before the program. Also, the post-program scores in the experimental group were significantly higher than the control group (p -value < 0.05). Therefore, schools or relevant units should organize activities to motivate students combined with social support from teachers and friends, such as materials, money, and the workforce, which promote proper and appropriate behavioral change in preventing dengue fever among students.

Keywords: Protection motivation theory, Primary school student, Dengue fever prevention behaviors, Social support

¹ Student in Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Naresuan University

² Assistant Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University

* Corresponding author: jindapornj60@nu.ac.th

บทนำ

โรคไข้เลือดออก (Dengue Fever: DF) เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี ซึ่งมีอยู่หลายเป็นพาหะของโรค โดยเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลกและประเทศไทย โดยเฉพาะประเทศในเขตร้อนชื้น (World Health Organization, 2019) สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย พบว่า ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกมีการระบาดมาอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่พบในกลุ่มเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี (Department of Disease Control, 2015) ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการระบาดของโรคเพิ่มขึ้น ได้แก่ ภูมิคุ้มกันของประชาชนชนิดของเชื้อไวรัสเดงกี ความหนาแน่นและการเคลื่อนย้ายของประชากร สภาพภูมิอากาศ ชนิดของยุงพาหะ ความรู้ความเข้าใจและความตระหนักของประชาชนในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย นโยบายที่ไม่จริงจังต่อเนื่อง และการขาดมาตรการควบคุมยุงลาย นำโรคที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน เป็นต้น (Department of Disease Control, 2019) ผลกระทบที่เกิดขึ้น อาจมีความรุนแรงถึงขั้นเกิดภาวะช็อก และทำให้เกิดการเสียชีวิตได้ เนื่องจากไม่มีการรักษาที่เฉพาะและไม่มีวัคซีนป้องกันมีเพียงการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ นอกจากผลกระทบทางด้านสุขภาพร่างกายแล้วยังส่งผลกระทบต่อด้านอื่น เช่น มีอาการวิตกกังวลเนื่องจากการขาดเรียน ต้องมีการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานานในรายที่อาการรุนแรง ครอบครัวสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจในการดูแลเด็ก ตลอดจนเป็นภาระต่อประเทศในเรื่องค่ารักษาพยาบาลและการควบคุมโรคเพิ่มขึ้น (Institute for Urban Disease Control and Prevention, 2018)

สำหรับจังหวัดพิจิตร มีอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกสูงเป็นอันดับ 5 ใน 10 อันดับแรก (Department of Disease Control, 2018) โดยมีกระจายการเกิดโรคตามกลุ่มอายุส่วนใหญ่พบในกลุ่มอายุ 10-14 ปี โดยเป็นนักเรียนร้อยละ 48.4 (Office of Disease Prevention and Control 3 Nakhon Sawan, 2020) สอดคล้องกับการสำรวจลูกน้ำยุงลายระหว่างปี พ.ศ. 2560-2565 ของจังหวัด พบว่าครัวเรือนในอำเภอเมืองมีค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายค่า House Index (HI) เท่ากับร้อยละ 40.0 และค่า

Container Index (CI) เท่ากับร้อยละ 12.9 ซึ่งสูงเกินกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ (Management Information System, Phichit Provincial Health Office, 2022) โดยเกณฑ์ HI, CI ที่กำหนด (ค่า HI, CI < ร้อยละ 5.0 (โรงเรียน) อื่นๆ CI = 0.0) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการระบาดของโรคไข้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดพิจิตร จากสถานการณ์การแพร่ระบาดดังกล่าวประเทศไทยได้มีการมอบหมายให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคทุกเขตสุขภาพ ให้มีการดำเนินการของชุมชนอย่างต่อเนื่อง (Ministry of Public Health, 2020) และสนับสนุนการดำเนินงานด้านต่างๆ โดยลักษณะการดำเนินงานส่วนใหญ่เน้นการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ทำให้ผลการดำเนินงานยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะสามารถควบคุมโรคได้อย่างยั่งยืน ขณะเดียวกันกลับมีแนวโน้มสถานการณ์ของโรคเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการป้องกันและควบคุมโรคที่ได้ผลดีที่สุดคือการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำและป้องกันไม่ให้ถูกยุงกัด (Department of Disease Control, 2019) สำหรับการดำเนินการป้องกันโรคไข้เลือดออกในโรงเรียน ได้มีการจัดการสิ่งแวดล้อมไม่ให้แหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในห้องเรียนและสิ่งแวดล้อมภายนอกห้องเรียน มีการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ เช่น แจกัน กระถางต้นไม้ ปิดฝาดังน้ำหรือภาชนะ และในช่วงปิดเทอม จะมีการสำรวจลูกน้ำยุงลายและจัดการถ่ายน้ำจากภาชนะน้ำใช้ให้แห้งสนิท โดยเฉพาะน้ำใช้ในห้องน้ำ (Phichit Provincial Health Office, 2019) อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ผ่านมายังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร

จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจนำโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection motivation theory) มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ ช่วยสร้างความเข้าใจการเกิดความเสี่ยงของบุคคลที่มีพื้นฐานของการตอบสนอง ซึ่งการรับรู้จะนำไปสู่แบบแผนพฤติกรรมโดยจุดเน้นของทฤษฎีเพื่อประเมินความตั้งใจในการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามความต้องการของ Dunn & Roger (1986) ได้กำหนดตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรค 4 ตัวแปร คือ ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง สอดคล้องกับผลการศึกษานของ Junwin (2022) ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูงพบว่า การรับรู้ทุกด้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยเฉพาะการรับรู้ความสามารถของตนเอง อย่างไรก็ตาม ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเน้นในระดับบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์รวมกับการจัดโปรแกรมเป็นการสนับสนุนและเสริมแรงที่มีส่วนสำคัญ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลโดยส่งเสริมให้นักเรียนมีความเชื่อมั่นและเกิดแรงผลักดัน แรงสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญด้านหนึ่งของภาวะสุขภาพ มีความจำเป็นต่อการพัฒนาสุขภาพ ส่งผลให้บุคคลนั้นสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Chayyaphong & Inlak (2019) ซึ่งได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองและการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรค เนื่องจากความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคม ทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีการปรับตัวที่ดีขึ้น (Cohen & Will, 1985) ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความมั่นใจ และสามารถแก้ไขปัญหาได้มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการป้องกัน

โรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองของนักเรียน ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองของนักเรียน ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการเรียนการสอนปกติ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดซ้ำ (Repeated measure two group design) ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 7 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 10 ได้รับการรับรองจริยธรรมจากการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่อนุมัติ IRB No. 0002/62 เมื่อวันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2562 เลขที่รับรอง COA No. 116/2019

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ปีการศึกษา 2561 อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร จำนวน 38 โรงเรียน ทำการคัดเลือกโรงเรียนแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยใช้เกณฑ์คัดเลือกจากโรงเรียน

ที่มีขนาดของโรงเรียนเดียวกัน มีบริบทและสภาพแวดล้อมใกล้เคียงกัน ไม่ได้รับกิจกรรมเสริมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในนักเรียน และผู้อำนวยการโรงเรียนยินยอมให้ทำการศึกษา จำนวน 2 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนบ้านบึงตะโกน (ธนาคารกรุงเทพ 1) เป็นกลุ่มทดลอง และโรงเรียนชุมชนวัดคลองคะเชนทร์เป็นกลุ่มควบคุม จากนั้นสุ่มห้องเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จำนวนกลุ่มละ 1 ห้องเรียน เพื่อเป็นตัวแทนของกลุ่ม และคัดเลือกนักเรียนโดยใช้เกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นนักเรียนที่สามารถสื่อสารเข้าใจภาษาไทยได้ ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ปกครองและนักเรียนสมัครใจและลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ในกรณีหากย้ายที่อยู่หรือขอลถอนตัวขณะดำเนินการวิจัยจะคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Schlessman, 1982) ซึ่งมาจากการทบทวนงานวิจัย กำหนดค่า σ^2 = ความแปรปรวนร่วม (6.59) μ_1 = ค่าเฉลี่ยของคะแนนของกลุ่มทดลอง (33.90) μ_2 = ค่าเฉลี่ยของคะแนนของกลุ่มควบคุม (31.63) Z_α = ค่าสถิติการแจกแจงปกติมาตรฐานกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% เท่ากับ 1.64 Z_β = ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้งปกติที่กำหนดให้อำนาจการทดสอบที่ 90% เท่ากับ 1.28 แทนค่าได้ ดังนี้

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

$$n = \frac{2(6.59)(1.64+1.28)^2}{(33.90-31.63)^2} = 21$$

คำนวณขนาดตัวอย่างได้เท่ากับ 21 คน ทั้งนี้ การศึกษาสถานการณ์จริง กลุ่มตัวอย่างอาจมีการสูญหาย จึงดำเนินการปรับเพิ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาร้อยละ 20.0 (Polit & Beck, 2004) แทนค่าได้ดังนี้

$$n_{adj} = \frac{n}{(1-R)^2}$$

$$n_{adj} = \frac{21}{(1 - 0.20)^2} = 32.8$$

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้จึงมีจำนวน เท่ากับ 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 33 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 33 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ

1.1 โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร ซึ่งมี 5 องค์ประกอบที่สำคัญ คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของนักเรียน ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ Dunn & Roger (1986) ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม การศึกษานี้ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 7 สัปดาห์ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมภัยร้ายใกล้ตัว 2) มารู้จักความเสี่ยงกันเถอะ 3) ต้นสายปลายเหตุ 4) ปูนแดงสมุนไพร มหัศจรรย์ 5) สุขภาพดีด้วยตัวเรา และ 6) รู้วิธี ยอมปลอดภัย ร่วมกับในแต่ละกิจกรรม มีการส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมด้วย

1.2 สมุดสำรวจลูกน้ำยุงลาย ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเป็นแนวทางหนึ่งในการร่วมติดตามปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคไข้เลือดออกได้ด้วยตนเอง ซึ่งในสมุดคู่มือประกอบด้วย เนื้อหาความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในเรื่องลักษณะของลูกน้ำยุงลาย ชนิดของยุงลายพาหะนำโรคร้าย ผลกระทบของโรคไข้เลือดออก และแบบบันทึกการสำรวจลูกน้ำยุงลาย ประกอบด้วย แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย วิธีควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่อาจก่อให้เกิดโรคไข้เลือดออก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของผู้ปกครอง ประวัติการศึกษาของบิดามารดา อาชีพหลักของบิดามารดา ประสบการณ์การเจ็บป่วยของคนในครอบครัว ที่อยู่อาศัย และแหล่งที่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก เป็นลักษณะคำถามเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก จำนวน 8 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ตัวเลือก ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย โดยคำถามเชิงบวก ให้คะแนนจาก 3 ถึง 1 คะแนน ตามลำดับ ส่วนคำถามเชิงลบ ให้คะแนนจาก 1 ถึง 3 คะแนน ตามลำดับ และแบ่งคะแนนตามช่วงคะแนน (Best, 1977) ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ในระดับสูง (20-24 คะแนน) มีการรับรู้ในระดับปานกลาง (14-19 คะแนน) และมีการรับรู้ในระดับต่ำ (8-13 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกจำนวน 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ตัวเลือก ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย โดยคำถามเชิงบวก ให้คะแนนจาก 3 ถึง 1 คะแนน ตามลำดับ ส่วนคำถามเชิงลบ ให้คะแนนจาก 1 ถึง 3 คะแนน ตามลำดับ และแบ่งคะแนนตามช่วงคะแนน (Best, 1977) ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ในระดับสูง (22-27 คะแนน) มีการรับรู้ในระดับปานกลาง (16-21 คะแนน) และมีการรับรู้ในระดับต่ำ (9-15 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองของนักเรียนจำนวน 8 ข้อลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ตัวเลือก ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย โดยคำถามเชิงบวกให้คะแนนจาก 3 ถึง 1 คะแนน ตามลำดับ ส่วนคำถามเชิงลบ ให้คะแนนจาก 1 ถึง 3 คะแนน ตามลำดับ และแบ่งคะแนนตามช่วงคะแนน (Best, 1977) ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความคาดหวังในระดับสูง (20-24 คะแนน) มีความคาดหวังในระดับปานกลาง (14-19 คะแนน) และมีความคาดหวังในระดับต่ำ (8-13 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออกจำนวน 8 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ตัวเลือก ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วยโดยคำถามเชิงบวก ให้คะแนนจาก 3 ถึง 1 คะแนน ตามลำดับ ส่วนคำถาม

เชิงลบ ให้คะแนนจาก 1 ถึง 3 คะแนน ตามลำดับและแบ่งคะแนนตามช่วงคะแนน (Best, 1977) ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความคาดหวังในระดับสูง (20-24 คะแนน) มีความคาดหวังในระดับปานกลาง (14-19 คะแนน) และมีความคาดหวังในระดับต่ำ (8-13 คะแนน)

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกจำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยคำถามเชิงบวก ให้คะแนนจาก 3 ถึง 1 คะแนน ตามลำดับ ส่วนคำถามเชิงลบให้คะแนนจาก 1 ถึง 3 คะแนน ตามลำดับ และแบ่งคะแนนตามช่วงคะแนน (Best, 1977) ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการปฏิบัติตัวของนักเรียนเพื่อป้องกันโรคในระดับสูง (25-30 คะแนน) มีการปฏิบัติตัวของนักเรียนเพื่อป้องกันโรคในระดับปานกลาง (17-24 คะแนน) และมีการปฏิบัติตัวของนักเรียนเพื่อป้องกันโรคในระดับต่ำ (10-16 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผ่านการพิจารณาด้านความชัดเจน ความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นจึงนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้มีความถูกต้องชัดเจนและความเหมาะสม แล้วนำแบบสอบถามไปทดสอบกับนักเรียนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 35 ราย โดยได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือแบบสอบถาม ดังนี้ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองของนักเรียน การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ใช้ค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.86 0.84 0.86 0.76 และ 0.83 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยขออนุมัติการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร และทำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยนเรศวรถึงสถานศึกษาที่ทำการศึกษาวิจัย

2. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการดำเนินการ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัย

3. ติดต่อประสานงานชี้แจงขั้นตอนการทำวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงเรียนทั้งสองแห่งถึงวัตถุประสงค์การวิจัย การเก็บข้อมูล ระยะเวลาของการทำวิจัย ตลอดจนแนวทางการดำเนินงาน และทำหนังสือแจ้งผู้ปกครองของนักเรียนถึงรายละเอียดของการวิจัย และขอความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย

4. การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ในการทำวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วย 1 ท่าน ซึ่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุข ทำหน้าที่ติดตามเยี่ยมอาสาสมัคร และเก็บแบบสอบถาม ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยแจ้งวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขั้นตอนการวิจัยเพื่อให้เข้าใจตรงกัน

ขั้นตอนทดลอง

สำหรับกลุ่มทดลอง

1. ก่อนเริ่มการทดลอง ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองของนักเรียน ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

2. ดำเนินการทดลองโปรแกรม ประกอบด้วย 6 กิจกรรม โดยในสัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรม 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 30-40 นาที ส่วนในสัปดาห์ที่ 3 จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 30-40 นาที และในสัปดาห์ที่ 5 จัดกิจกรรม 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 20-45 นาที

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 1 "ภัยร้ายใกล้ตัว" (30 นาที) เป็นกิจกรรมสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากไข้เลือดออก โดยเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6

กิจกรรมที่ดำเนินการบรรยายประกอบสไลด์ภาพความรู้เกี่ยวกับเรื่องไข้เลือดออก ชมวิดีโอคนไข้ตัวอย่างที่เกือบเสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออก พูดถึงอาการที่รุนแรง การรักษา และผลกระทบ โดยมีสื่อที่ใช้คือใบงานที่ 1

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 2 "มารู้จักความเสี่ยงกันเถอะ" (40 นาที) เป็นกิจกรรมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยมีกิจกรรม "มารู้จักความเสี่ยงกันเถอะ" โดยมีสื่อที่ใช้ ดังนี้ ใบงานที่ 2 และสมุดสำรวจลูกน้ำยุงลาย โดยผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองฝึกวิธีการบันทึกสมุดสำรวจลูกน้ำยุงลายและการกำจัดเบื้องต้น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถาม-ตอบ สิ่งที่ยากรู้และไม่เข้าใจ เพื่อเป็นการเข้าใจที่ตรงกัน

สัปดาห์ที่ 2 "Dengue group" (15 นาที) ติดตามทาง Line group (ไลน์กลุ่ม) โดยมีคุณครูกระตุ้นเตือนในการทำกิจกรรม และช่วยบันทึกสมุดกิจกรรมของนักเรียนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เพื่อนคอยสนับสนุนให้กำลังใจระหว่างทำกิจกรรม และผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัยให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาหากมีข้อสงสัย ส่งข้อมูลซักถามในกลุ่ม นัดหมายให้เข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 3 "ต้นสายปลายเหตุ" (30 นาที) เป็นกิจกรรมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคที่เกิดจากไข้เลือดออกเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ดำเนินกิจกรรมให้แบ่งกลุ่มเล่นเกม โดยให้นักเรียนจับคู่ภาพที่เป็นปัจจัยต่อการเกิดโรค และทำกิจกรรมเขียนปัญหา สาเหตุของตนเองว่ามีอะไรที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก และปัญหาที่คิดว่าไม่สามารถปรับแก้ได้

สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 4 กิจกรรมที่ 4 "ปูนแดงสมุนไพรมหัศจรรย์" (40 นาที) เป็นกิจกรรมสร้างความคาดหวังความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออกเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม มีการถาม-ตอบนักเรียน เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์กำจัดลูกน้ำยุงลายที่สามารถทำได้ และสามารถหาอุปกรณ์ในการทำอยู่ในชีวิตประจำวัน บรรยายประกอบสไลด์ "ปูนแดงสมุนไพรมหัศจรรย์" โดยการอธิบายถึง ขั้นตอนการทำ และประโยชน์ในการใช้งาน

สัปดาห์ที่ 4 "Dengue group" (15 นาที) ติดตามทางไลน์กลุ่ม โดยมีคุณครูกระตุ้นเตือนในการทำกิจกรรม และช่วยบันทึกสมุดกิจกรรมของนักเรียนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เพื่อนคอยสนับสนุนให้กำลังใจระหว่างทำกิจกรรม และผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัยให้คำแนะนำให้คำปรึกษาหากมีข้อสงสัย ส่งข้อมูลซักถามในกลุ่มนัดหมายให้เข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 5 ครั้งที่ 5 กิจกรรมที่ 5 "สุขภาพดีด้วยตัวเรา" (20 นาที) เป็นกิจกรรมสร้างความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติที่เกิดจากไข้เลือดออกเพื่อป้องกันโรค และกิจกรรมที่ 6 "รู้วิธี ย่อมปลอดภัย" (45 นาที) เป็นกิจกรรมสร้างความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติที่เกิดจากไข้เลือดออกเพื่อป้องกันโรค โดยมีการดำเนินกิจกรรมการแข่งขันตอบคำถามเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกพร้อมของรางวัลเพื่อเป็นกำลังใจ จัดตั้งแกนนำเพื่อกระตุ้นให้เกิดการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง จัดทำบอร์ดให้ความรู้ คำแนะนำ วิธีปฏิบัติ โดยผู้วิจัยมีการติดตามพร้อมให้คำแนะนำ

สัปดาห์ที่ 6 "Dengue group" (15 นาที) ติดตามทางไลน์กลุ่ม โดยมีคุณครูกระตุ้นเตือนในการทำกิจกรรม และช่วยบันทึกสมุดกิจกรรมของนักเรียนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เพื่อนคอยสนับสนุนให้กำลังใจระหว่างทำกิจกรรม และผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัยให้คำแนะนำให้คำปรึกษาหากมีข้อสงสัย ส่งข้อมูลซักถามในกลุ่ม นัดหมายให้เข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

3. เก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของนักเรียน ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยจะประเมินหลังการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 7 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 10

สำหรับกลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมสร้างสัมพันธภาพ โดยที่กลุ่มควบคุมได้รับการเรียนการสอนตามปกติ และตอบแบบสอบถาม นัดหมายในการพบกันในสัปดาห์ที่ 7 หลังสิ้นสุดการทดลอง

ครั้งที่ 2 (หลังสิ้นสุดการทดลองสัปดาห์ที่ 7) ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มควบคุม ทำแบบสอบถาม ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย โดยได้รับการเรียนการสอนตามปกติ สำหรับกลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 10) ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุม โดยที่ได้รับการเรียนการสอนตามปกติ และการให้ข้อมูลย้อนกลับให้กับกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

คุณลักษณะส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยมีการทดสอบความแตกต่างคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Chi-square และ Independent sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของนักเรียน ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ภายในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ ก่อนการทดลองและหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 7 และระยะติดตามในสัปดาห์ที่ 10 โดยใช้สถิติทดสอบ One-way repeated measure ANOVA โดยมีข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างอิสระจากกัน การแจกแจงเป็นแบบปกติ มีค่า Homogeneity of variance และค่า Compound symmetry ไม่แตกต่างกัน หากพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยที่เปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ทำการทดสอบรายคู่ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบรายคู่ของ Bonferroni ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (Suphunnakul, 2018)

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของนักเรียน ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบค่าที่

(Independent t-test) ก่อนที่ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test) ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการใช้สถิติดังกล่าวเพื่อทดสอบการแจกแจงเป็นโค้งปกติของข้อมูล (Normality) โดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Suphunnakul, 2018)

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.5 มีอายุ 10 ปี ร้อยละ 51.5 โดยมีอายุเฉลี่ย 10.54 ปี (S.D. = 0.86) อยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 45.5 ผู้ปกครองมีรายได้ (ต่อเดือน) ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 54.4 โดยมีรายได้เฉลี่ย 9,915 บาท (S.D. = 3,245.10) บิดาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 57.6 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 63.6 และมารดาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 72.7 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 72.7 อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 57.6 สมาชิกในครอบครัวไม่เคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 87.9 โดยแหล่งที่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ได้แก่ โทรทัศน์วิทยุและหนังสือพิมพ์ ร้อยละ 48.9 สำหรับกลุ่มควบคุม เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.5 มีอายุ 11 ปี ร้อยละ 48.5 โดยมีอายุเฉลี่ย 10.75 ปี (S.D. = 0.86) อยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 48.5 ผู้ปกครองมีรายได้ (ต่อเดือน) ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 66.7 โดยมีรายได้เฉลี่ย 10,390 บาท (S.D. = 3,673.24) บิดาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 66.7 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 63.6 และมารดาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 66.7 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 72.7 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 78.8 สมาชิกในครอบครัวไม่เคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 75.8 โดยแหล่งที่ได้รับข่าวสารได้แก่ โทรทัศน์วิทยุ และหนังสือพิมพ์ ร้อยละ 30.0

2. ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยง

ต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองของนักเรียน ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ One-way repeated measure ANOVA ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พบว่า

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ ($F = 156.4$, $df = 1.96$, $p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตาราง 1 เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง (Mean = 20.90, S.D. = 1.52 vs. Mean = 14.90, S.D. = 1.72) และคะแนนเฉลี่ยระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean = 20.00, S.D. = 1.76 vs. Mean = 14.90, S.D. = 1.72) ดังแสดงในตาราง 2

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ ($F = 131.2$, $df = 1.97$, $p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตาราง 1 เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง (Mean = 22.90, S.D. = 2.05 vs. Mean = 15.51, S.D. = 1.39) และคะแนนเฉลี่ยระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean = 21.87, S.D. = 2.27 vs. Mean = 15.51, S.D. = 1.39) ดังแสดงในตาราง 2 คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองของนักเรียนแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ ($F = 177.1$, $df = 1.99$, $p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตาราง 1 เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง (Mean = 20.93, S.D. = 1.69 vs. Mean = 14.39, S.D. = 1.47) และคะแนนเฉลี่ยระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean = 20.42, S.D. = 1.88 vs. Mean = 14.39, S.D. = 1.47) ดังแสดงใน ตาราง 2

คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ ($F = 31.8$, $df = 1.94$, $p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตาราง 1 เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง (Mean = 22.21, S.D. = 1.79 vs. Mean = 19.33, S.D. = 1.84) และคะแนนเฉลี่ยระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean = 22.06, S.D. = 1.67 vs. Mean = 19.33, S.D. = 1.84) ดังแสดงในตาราง 2

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ ($F = 33.5$, $df = 1.99$, $p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตาราง 1 เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง (Mean = 26.33, S.D. = 2.72 vs. Mean = 20.42, S.D. = 3.03) และคะแนนเฉลี่ยระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean = 25.60, S.D. = 3.04 vs. Mean = 20.42, S.D. = 3.03) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 1 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และในระยะติดตามผลของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบ One-way repeated measure ANOVA

ตัวแปร	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก	690.18	1.96	350.57	156.46	< 0.001*
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก	1058.50	1.97	536.89	131.20	< 0.001*
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของนักเรียน	882.60	1.99	443.43	177.19	< 0.001*
ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	278.72	1.60	174.25	82.63	< 0.001*
พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	1078.24	1.90	566.62	91.66	< 0.001*

*p-value < 0.05

ตาราง 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าคะแนนเฉลี่ยระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลอง โดยวิธีการทดสอบ Bonferroni

ตัวแปร	ระยะการทดลอง			ความแตกต่างของคะแนน		
	ก่อนทดลอง Mean (S.D.)	หลัง ทดลอง Mean (S.D.)	ติดตาม ผล Mean (S.D.)	หลัง ทดลอง กับ ก่อน ทดลอง	ติดตาม ผล กับ ก่อน ทดลอง	ติดตาม ผล กับ หลัง ทดลอง
การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก	14.90 (1.72)	20.90 (1.52)	20.00 (1.76)	6.00*	5.09*	0.90*
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก	15.51 (1.39)	22.90 (2.05)	21.87 (2.27)	7.39*	6.36*	1.03*
ความคาดหวังในประสิทธิผลของ						
การตอบสนองของนักเรียน	14.39 (1.47)	20.93 (1.69)	20.42 (1.88)	6.57*	6.06*	0.51
ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง	19.33 (1.84)	22.21 (1.79)	22.06 (1.67)	2.87*	2.72*	0.15
ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก						
พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	20.42 (3.03)	26.33 (2.72)	25.60 (3.04)	5.90*	5.18*	0.72

* p-value < 0.05

3. ผลการเปรียบเทียบระดับการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองของนักเรียน ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกกระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และในระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากตาราง 3 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน ในขณะที่ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองของนักเรียน ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งทำให้มีความแตกต่างกันตั้งแต่ก่อนทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองของนักเรียน ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ตาราง 3 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และในระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Independent t-test

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 33)		กลุ่มควบคุม (n = 33)		t	Mean difference	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก							
ก่อนทดลอง	14.90	1.72	15.33	1.59	1.03	0.42	0.303
หลังการทดลอง	20.90	1.56	15.69	1.96	-12.04	-5.21	< 0.001*
ระยะติดตามผล	20.00	1.52	15.87	1.69	-9.67	-4.12	< 0.001*
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก							
ก่อนทดลอง	15.51	1.39	15.24	1.37	-0.81	-0.27	0.426
หลังการทดลอง	22.90	2.05	16.81	1.53	-13.6	-6.09	< 0.001*
ระยะติดตามผล	21.87	2.27	16.45	1.83	-10.65	-5.42	< 0.001*
ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองของนักเรียน							
ก่อนทดลอง	14.36	1.47	12.54	1.54	-4.89	-1.81	< 0.001*
หลังการทดลอง	20.93	1.69	15.00	1.08	-16.9	-5.93	< 0.001*
ระยะติดตามผล	20.42	1.88	14.69	1.23	-14.5	-5.72	< 0.001*

ตาราง 3 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และในระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Independent t-test (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 33)		กลุ่มควบคุม (n = 33)		t	Mean difference	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก							
ก่อนทดลอง	19.33	1.84	14.90	1.72	-10.0	-4.42	< 0.001*
หลังการทดลอง	22.27	1.85	20.69	1.33	-3.95	-1.57	< 0.001*
ระยะติดตามผล	22.06	1.67	20.06	1.63	-4.90	-2.00	< 0.001*
พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก							
ก่อนทดลอง	20.42	3.03	16.87	1.26	-6.19	-3.54	< 0.001*
หลังการทดลอง	26.33	2.72	21.03	3.02	-7.48	-5.30	< 0.001*
ระยะติดตามผล	25.60	3.04	21.00	3.04	-6.15	-4.60	< 0.001*

* p-value < 0.05

4. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของนักเรียน เนื่องจากผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองแตกต่างกันตั้งแต่ก่อนการทดลอง ($t = -4.89$, $p\text{-value} < 0.001$; ตาราง 3) จึงทดสอบคะแนนที่เปลี่ยนแปลงภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -12.60$, $p\text{-value} < 0.001$; ตาราง 4)

ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออกเนื่องจากผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองแตกต่างกัน

ตั้งแต่ก่อนการทดลอง ($t = -10.0$, $p\text{-value} < 0.001$; ตาราง 3) จึงทดสอบคะแนนที่เปลี่ยนแปลงภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -12.71$, $p\text{-value} < 0.001$; ตาราง 4)

พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกเนื่องจากผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันตั้งแต่ก่อนการทดลอง ($t = -6.19$, $p\text{-value} < 0.001$; ตาราง 3) จึงทดสอบคะแนนที่เปลี่ยนแปลงภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -10.12$, $p\text{-value} < 0.001$; ตาราง 4)

ตาราง 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ย ก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 33)		กลุ่มควบคุม (n = 33)		t	p-value
	Mean difference	S.D.	Mean difference	S.D.		
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของนักเรียน						
หลังการทดลอง-ก่อนทดลอง	6.57	2.17	2.45	1.98	12.60	< 0.001*
ระยะติดตามผล-ก่อนทดลอง	6.06	2.20	2.15	1.86	11.72	< 0.001*
ระยะติดตามผล-หลังการทดลอง	0.51	2.30	0.30	1.34	1.78	0.250
ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก						
หลังการทดลอง-ก่อนทดลอง	2.87	2.50	5.78	2.25	12.71	< 0.001*
ระยะติดตามผล-ก่อนทดลอง	2.72	2.18	5.15	2.54	12.03	< 0.001*
ระยะติดตามผล-หลังการทดลอง	0.15	2.29	0.63	1.43	1.64	0.297
พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก						
หลังการทดลอง-ก่อนทดลอง	5.90	4.43	4.15	3.47	10.12	< 0.001*
ระยะติดตามผล-ก่อนทดลอง	5.18	4.62	4.12	3.25	9.45	< 0.001*
ระยะติดตามผล-หลังการทดลอง	0.72	4.48	0.03	2.02	0.81	1.000

* p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

เมื่อก่อนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร ครบทุกขั้นตอนพบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของนักเรียน ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (0.05) ดังนี้

ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก ผู้วิจัยจัดกิจกรรม "ภัยร้ายใกล้ตัวเรา" เป็นการบรรยายให้ความรู้สาเหตุ อันตราย วิธีการป้องกัน และความรุนแรงของการเกิดโรคไข้เลือดออก โดยใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ในการถ่ายทอดถึงความรุนแรง อันตรายที่จะเกิดขึ้น การใช้สื่อวีดิทัศน์จากผู้มีประสบการณ์โดยตรง และเป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกที่พูดถึง สาเหตุ อาการ ความรุนแรง ซึ่งมีผลกระทบที่เกิดขึ้นและผลที่ตามมาจากการเป็นโรคไข้เลือดออก สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Dunn & Roger, 1986) ที่กล่าวไว้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคจะเกิดขึ้นได้เมื่อมีการกระตุ้นให้เกิดความกลัวนั้น โดยเน้นเกี่ยวกับสื่อเป็นสิ่งสำคัญในการเผยแพร่ข่าวสารสิ่งที่คุกคามต่อสุขภาพ และข้อมูลที่ได้รับจะทำให้เกิดความกลัวสูงโดยส่งผลให้บุคคลเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้มากกว่าข้อมูลที่ทำให้กลัวเพียงเล็กน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Junwin (2022) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า การรับรู้ความรุนแรงอยู่ใน

ระดับปานกลาง (Mean = 3.30, S.D. = 0.30) ส่วนการรับรู้ความรุนแรง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก ($r = 0.12$, $p\text{-value} < 0.05$)

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก กิจกรรม "มารู้จักความเสี่ยงกันเถอะ" และกิจกรรม "ต้นสายปลายเหตุ" ผู้วิจัยใช้กิจกรรมประเมินตนเองเพื่อให้ได้ทราบถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก โดยการสำรวจลูกน้ำยุงลายภายในโรงเรียน และนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาอัตราความชุกของลูกน้ำยุงลาย เพื่อให้ทราบความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก มีการเรียนการสอนผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สอดแทรกความรู้ด้วยเกมจับคู่ภาพปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคไข้เลือดออก ซึ่งจะเป็นภาพพฤติกรรมสิ่งที่ทำให้เกิดโรคไข้เลือดออก โดยใช้วิธีการค้นหาปัญหาไม่ระบุตัวตนโดยกระดาษรูปหัวใจสีส้ม เป็นการเขียนปัญหาสาเหตุของตัวเองว่ามีอะไรบ้างที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ลงไปในกล่องล่อนที่จัดทำขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Dunn & Roger, 1986) กล่าวไว้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived probability) เป็นการสื่อสารให้เห็นถึงสิ่งคุกคามที่มีต่อสุขภาพซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองตกอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่ออันตรายที่มีต่อสุขภาพ ซึ่งแนวทางที่ทำให้บุคคลรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของโรคจะสามารถทำได้เหมือนการให้บุคคลรับรู้ความรุนแรงของโรค เพื่อให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปฏิบัติตาม สอดคล้องกับการศึกษาของ Doloh, Seng, Kaewsawat & Khammaneechan (2019) ได้ศึกษาการรับรู้ภาวะคุกคามโรคไข้เลือดออกของนักศึกษาที่อาศัยอยู่ในหอพักมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้ของประเทศไทย เมื่อจำแนกเป็นการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยโรคไข้เลือดออก พบว่า นักศึกษามีการรับรู้ในระดับมาก ร้อยละ 65.0 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะคุกคามกับพฤติกรรมป้องกันโรค พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.14$, $p\text{-value} < 0.001$)

ด้านความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของนักเรียน กิจกรรม "สุขภาพดีด้วยตัวเรา" และกิจกรรม "รู้วิธี ย่อมปลอดภัย" ผู้วิจัยได้ใช้กิจกรรมได้ต้นไม้เพื่อสร้างแรงบันดาลใจในการคิด เปรียบเสมือนต้นไม้

โดยที่แต่ละส่วนประกอบมีผลดีและผลเสียอย่างไรเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และกิจกรรมจัดทำป้ายการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันตนเองจากโรคไข้เลือดออกว่าถ้ามีพฤติกรรมเหล่านี้ จะสามารถป้องกันหรือเกิดโรคไข้เลือดออกจะช่วยลดโรคไข้เลือดออกได้มากน้อยแค่ไหน สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Dunn & Roger, 1986) ที่กล่าวไว้ว่า ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Responses efficacy) จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้จะต้องกระตุ้นให้บุคคลมีความคิดทางบวกโดยการนำเสนอข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การเพิ่มความคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นร่วมกับความตั้งใจทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ Khayankannawee (2022) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่แนวป่าห้วยขาแข้ง อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 29.48, S.D. = 5.94) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ($\beta = 0.03$, $p\text{-value} < 0.001$) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ได้ร้อยละ 54.3

ด้านความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก กิจกรรม "ปูนแดงสมุนไพรมหัศจรรย์" ผู้วิจัยได้ใช้การบรรยายที่อธิบายถึงขั้นตอนการทำกิจกรรมและประโยชน์ของของปูนแดงสมุนไพรมหัศจรรย์ เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มทดลองมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการนำไปใช้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ เป็นการประเมินความสามารถของตนเอง ว่ามีความมั่นใจในการปฏิบัติให้สำเร็จได้ โดยการเรียนรู้ การเลียนแบบตัวอย่างที่ดีทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมได้สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Dunn & Roger, 1986) กล่าวไว้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เชื่อว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยานั้น ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ในความสามารถของตนเอง ประสิทธิภาพ

ของตนเองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นพื้นฐานที่จะทำให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตามโดยแท้จริง แม้บุคคลจะมีความเชื่อสูงกว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำเหล่านั้น แต่ถ้าขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ ก็ไม่สามารถจูงใจให้เขาเกิดการปฏิบัติได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Junwin (2022) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ความสัมพันธ์ของการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = 0.46$, $p\text{-value} < 0.001$)

แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยใช้กิจกรรมแบบบันทึกสมุดสำรวจลูกน้ำยุงลาย โดยมีคุณครูกระตุ้นเตือนในการทำกิจกรรม และช่วยบันทึกสมุดกิจกรรมของนักเรียนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เพื่อนคอยสนับสนุนให้กำลังใจระหว่างทำกิจกรรม และผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัยให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาหากมีข้อสงสัย ส่งข้อมูลซักถามในกลุ่ม ในสัปดาห์ที่ 2 4 และ 6 สอดคล้องกับเฮาส์ (House, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วยความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ การให้ข้อมูลข่าวสาร ความช่วยเหลือด้านการเงิน แรงงาน สิ่งของ ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ และประเมินตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Chayyaphong & Inlak (2019) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของเด็กวัยเรียน อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.48$, $p\text{-value} < 0.001$)

กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของนักเรียน ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก หลังการทดลองและ

ในระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน อภิปรายได้ว่า โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ โดยมีการออกแบบกิจกรรมตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ ช่วยสร้างความเข้าใจการเกิดความกลัวของบุคคลที่มีพื้นฐานของการตอบสนอง ซึ่งการรับรู้จะนำไปสู่แบบแผนพฤติกรรม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นการสนับสนุนและเสริมแรงที่มีส่วนสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลด้วยการสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนทางสิ่งของ การสนับสนุนข้อมูล และการสนับสนุนด้านการประเมิน ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากผู้ปกครอง/พ่อแม่ คุณครู และเพื่อน เป็นผู้ให้การสนับสนุน การให้กำลังใจ ให้ข้อมูลคำแนะนำ ส่งเสริมให้นักเรียนมีความเชื่อมั่นและเกิดแรงผลักดันนั้น สามารถช่วยส่งผลให้มีค่าคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร ประกอบด้วยการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของนักเรียน ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก หลังทดลอง 7 สัปดาห์ และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 10 ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kumsri & Reamrimmadun (2018) ได้ศึกษาความรู้และพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนวัดโสธรวรารามวรวิหาร ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนอยู่ในระดับปานกลาง (2.16 ± 0.44) ซึ่งความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.21$, $p\text{-value} < 0.001$) อย่างไรก็ตาม จากสถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ พบกลุ่มอายุ 10-14 ปี ที่มีอัตราการป่วยสูง ซึ่งผลการศึกษารายประเด็นพบว่า นักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกระดับไม่ต่ำ ได้แก่ ช่วงวัยที่เกิดโรคไข้เลือดออก แหล่งเพาะพันธุ์

ลูกน้ำยุงลาย และช่วงเวลาการกัดของยุงลาย ส่งผลให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับจุดอ่อนในงานวิจัยนี้ คือ เป็นการเก็บข้อมูลในพื้นที่เดียว ทำให้อาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ในพื้นที่อื่น และจุดแข็งในงานวิจัยนี้ คือ สามารถที่จะนำโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษา มาใช้ในเชิงปฏิบัติ และสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานบริการทางสาธารณสุข ควรนำโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม มาใช้วางแผนเป็นนโยบายการดำเนินงานในพื้นที่ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เกิดการส่งเสริมและเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกด้วยตนเอง รวมทั้ง มีการติดตามและให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมให้นักเรียนมีพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพและได้รับการจัดกิจกรรมเท่าเทียมเหมาะสมตามช่วงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามการศึกษาระยะยาวโดยการส่งเสริมให้มีการสำรวจลูกน้ำยุงลาย เพื่อเฝ้าระวังการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในโรงเรียน

เอกสารอ้างอิง

Best, J. (1977). *Research in education*. (3rd ed.). Englewood cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

Chayyaphong, A., & Inlak, S. (2019). A study of relationship between self-efficacy, social support and dengue hemorrhagic fever prevention behavior of children in Nadee District, Prachinburi Province. *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute*. 13(3), 182-191. (in Thai)

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.

Department of Disease Control. (2015). *Academic manual of dengue infectious diseases and dengue hemorrhagic fever medical and public health*. Nonthaburi: Department of Disease Control. (in Thai)

Department of Disease Control. (2018). *Annual report 2018 bureau of vector borne disease*. Bangkok: Aksorn Grphic and Design Publishing Limited Partnership.

Department of Disease Control. (2019). *Dengue fever forecast report in 2019*. Nonthaburi: Department of Disease Control. (in Thai)

Dunn, S. P., & Rogers, R. W. (1986). Protection motivation theory and preventive health: Beyond the health belief model. *Journal of Health Education Research*, 1(3), 153-161.

Doloh, O., Seng, A., Kaewsawat, S., & Khammaneechan, P. (2019). Threat perception on dengue fever among students living in on-campus dormitory at a university in southern region of Thailand. *Journal of Graduate School*, 16(75), 118-123. (in Thai)

House, J. S. (1981). *The nature of social support in M.A. Reading. (Ed.). Work stress and social support*. California: Addison-Wesley. Institute for Urban Disease Control and Prevention.

(2018). *Guidelines for surveillance, prevention and control of dengue fever in urban areas*. Bangkok: The Agricultural Co-operative of Thailand., Ltd. (in Thai)

Junwin, B. (2022). Relationship between perception and prevention behavior of dengue hemorrhagic fever among people in the districts with high-morbidity rate, Nakhon Si Thammarat province. *Academic Journal of Community Public Health*, 8(3), 141-156.

- Khayankannawee, W. (2022). Factors predicting preventive behaviors towards dengue fever of the people in Huai Kha Khaeng forest line, Lansak Sub-district, Uthai Thani Province. *Journal of Nursing and Health Science Research*, 14(2), 1-19.
- Kumsri, S., & Reamrimmadun, Y. (2018). Knowledge and preventive behaviors for dengue hemorrhagic fever among secondary school students, Watsothonwararamworawiharn School, Na Muang Sub-district, Muang Chachoengsao District, Chachoengsao Province. *HCU Journal of Health Science*, 22(43-44), 43-54.
- Management Information System, Phichit Provincial Health Office. (2022). *The survey of Aedes aegypti larvae in Phichit during October 2017-June 2022*. Retrieved 2022, July 20, from http://www.ppho.go.th/mis-new/hi-ci/hici_report_1.php. (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2020). *Controlling dengue fever by controlling mosquito breeding water sources*. Bangkok: Office of the Printing Affairs of the Veterans Organization. (in Thai)
- Office of Disease Prevention and Control 3 Nakhon Sawan. (2020). *Situation of dengue fever health zone 3*. Retrieved September 10, 2022, from <https://spbo3.moph.go.th/ket/wp-content/uploads/2019/10/สถานการณ์-DHF-3-สัปดาห์-40.pdf> (in Thai)
- Phichit Provincial Health Office. (2019). *School dengue unit guideline*. Retrieved September 30, 2022, from http://www.ppho.go.th/webppho/dl_strat/F20190618162303.pdf (in Thai)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research principles and methods*. (7th ed.). New York: A Wolters Kluwer company.
- Schlesselman, J.J. (1982). *Case-control studies design, conduct analysis*. New York: Oxford University.
- Suphunnakul, P. (2018). *Application of statistics in public health research*. Phitsanulok: Naresuan University Publishing House. (in Thai)
- World Health Organization. (2019). *Dengue*. Retrieved March 12, 2022, from <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/dengue-and-severe-dengue>

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่สวนมะม่วง ตำบลวังทับไทร
อำเภอสาทเหล็ก จังหวัดพิจิตร
พรรณพัชร วงศ์ธีรพงษ์^{1,*} สม., เสน่ห์ แสงเงิน² ส.ด.

Received: March 9, 2023

Revised: May 10, 2023

Accepted: May 10, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่สวนมะม่วง ตำบลวังทับไทร อำเภอสาทเหล็ก จังหวัดพิจิตร กลุ่มตัวอย่างเป็นแกนนำครัวเรือน จำนวน 108 คน เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 54 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 54 คน ใช้ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม ทั้งหมด 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลจากเครื่องมือที่ออกแบบโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน Independent t-test และ Repeated measures ANOVA

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ นอกจากนี้ ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (CI) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมแต่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

คำสำคัญ: การป้องกันและควบคุมโรค โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โรคไข้เลือดออก

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

* ผู้รับผิดชอบบทความ: ayawan1988@gmail.com

The effectiveness of the behavioral modification program for dengue fever prevention and control among people of mango orchard areas in

Wang Thap Sai Sub-district, Sak-Lek District, Phichit Province

Pannaphat Wongthiraphong^{1,*} M.P.H., Sane Saengngoen² Dr.P.H.

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of the behavioral modification program for dengue fever prevention and control among people of mango orchard areas in Wang Thap Sai Sub-district, Sak-Lek District, Phichit Province. The sample group consisted of 108 household leaders, 54 were the experimental group and another 54 were the comparison group. The duration of the program was 12 weeks. Data were collected by a questionnaire based on the Health Belief Model. Data were analyzed by descriptive statistics and inferential statistics; independent t-test and repeated measure ANOVA.

The study found that, after the experiment, the experimental group that received the behavioral modification program for dengue fever prevention and control had a higher mean score of knowledge of the dengue fever, perceived susceptibility of the dengue fever, perceived severity of dengue fever, perceived benefits of the dengue fever, perceived barriers of the dengue fever and behavioral practice for dengue fever prevention and control before receiving the program, and higher than the comparison group. The mean score of their self-efficacy for dengue fever prevention and control was lower than before receiving the program and lower than the comparison group. Moreover, the container index (CI) was lower than before receiving the program but higher than the comparison group.

Keywords: Disease prevention and control, Behavioral modification program, Dengue fever

¹ Student in Master of Public Health Program. Faculty of Public Health, Naresuan University

² Assistant Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University

* Corresponding author: ayawan1988@gmail.com

บทนำ

โรคไข้เลือดออก เป็นโรคติดต่อที่พบได้บ่อยมากโรคหนึ่ง ซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus) แบ่งเป็น 4 ชนิด แพร่เชื้อสู่คนโดยมียุงลายเป็นพาหะนำโรค ภายหลังได้รับเชื้อมีระยะเวลาในการฟักตัวของเชื้อในคน ประมาณ 3-15 วัน (ส่วนมาก 5-7 วัน) อาการแสดงที่พบ ได้แก่ มีไข้สูงลอยตลอดเวลา กินยาลดไข้มักจะไม่ลด หน้าแดง ตาแดง ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย มีอาการเลือดออกบริเวณผิวหนัง ตับโต และกดเจ็บ อาการของโรคไข้เลือดออก จำแนกตามลักษณะความรุนแรงได้ 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มอาการไข้เดงกี (Dengue fever) 2) ไข้เลือดออกเดงกี (Dengue hemorrhagic fever) และ 3) ไข้เลือดออกเดงกีช็อก (Dengue shock syndrome) ซึ่งแต่ละกลุ่มจะมีความรุนแรงของโรคที่ต่างกันออกไป ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการช็อกและเสียชีวิตได้ ซึ่งวิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ดีที่สุด คือ การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นการตัดวงจรชีวิตยุงลาย ซึ่งเป็นตัวก่อโรค จะเป็นการช่วยลดอัตราการเกิดโรค ลดอัตราป่วยและอัตราตายของโรคไข้เลือดออก และลดการแพร่กระจายของโรคไข้เลือดออก (Department of Disease Control, 2018) ประเทศไทยมีแนวโน้มการระบาดของโรคไข้เลือดออกสูงขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2561 พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจำนวน 85,859 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 129.96 ต่อแสนประชากร มากกว่าปี พ.ศ. 2560 ร้อยละ 61.0 หรือ 1.6 เท่า ผู้ป่วยเสียชีวิต 111 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.1 จังหวัดพิจิตร ข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2557-2561) พบผู้ป่วย จำนวน 385 860 332 566 และ 1,272 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วย 70.08 157.42 60.77 103.60 และ 234.39 ต่อแสนประชากร อำเภอสามโก้ มีอัตราป่วยสูงสุด พบผู้ป่วย จำนวน 115 ราย อัตราป่วย 485.79 ต่อแสนประชากร ไม่พบผู้เสียชีวิต ตำบลวังทับไทร มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 5 ปี ย้อนหลัง (พ.ศ. 2557-2561) จำนวน 2 6 0 2 และ 13 รายคิดเป็นอัตราป่วย 66.84 200.53 0 66.84 และ 432.76 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าว พบว่าตำบลวังทับไทร มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูงกว่าเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้อัตราป่วย

ด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร (Vector Born Disease Division, 2018) จากแนวโน้มอัตราการป่วยที่ผ่านมา และเป็นพื้นที่ที่เฝ้าต่อการเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ทำให้ตำบลวังทับไทร อำเภอสามโก้ จังหวัดพิจิตร เป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคไข้เลือดออก จึงเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของอำเภอสามโก้ ที่จะต้องได้รับการแก้ไข เพื่อลดอัตราป่วยและอัตราป่วยตายในอนาคต

ประชากรตำบลวังทับไทรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมทำสวนผลไม้ เช่น มะม่วง มะปราง มะยงชิด และส่วนใหญ่ทำงานในสวนมะม่วง ด้วยขั้นตอนของการทำสวนมะม่วงจนถึงขั้นตอนที่มีผลผลิตสามารถสร้างรายได้จำนวนมากให้กับประชาชนในพื้นที่ตำบลวังทับไทรนั้น มีระยะเวลาการทำสวนตลอดทั้งปี เช่น ฤดูน้ำใส่ปุ๋ย ฉีดยาสารดึงช่อมะม่วง ห่อลูกมะม่วง เก็บผลผลิตส่งขาย หลังจากนั้นเป็นการเตรียมพร้อมของการผลิตผลผลิตใหม่ คือ การตัดแต่งกิ่งมะม่วงที่ไม่ใช่ กิ่งแกนหลักที่จะทำให้มีผลผลิต ในส่วนของกิ่งมะม่วงที่ถูกตัดทิ้งนั้นก็จะมีใบมะม่วงที่ถูกตัดมาพร้อมกิ่ง ซึ่งในการตัดกิ่งมะม่วงนั้นจะทิ้งกิ่งมะม่วงไว้ในสวนต้นที่ถูกตัดออก เพื่อรอให้กิ่งและใบที่ตัดลงมาแห้งกรอบ และจะทำการใช้รถไถติดเครื่องจักรสำหรับปั่นกิ่งและใบให้กลายเป็นปุ๋ยให้กับต้นมะม่วง ซึ่งในช่วงระยะเวลาของการแต่งกิ่งมะม่วงเป็นช่วงเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน และช่วงที่ทิ้งไว้รอให้แห้งกรอบก็จะถึงช่วงหน้าฝนจากการลงพื้นที่และการเก็บรวบรวมข้อมูล และค้นหาสาเหตุและปัญหาร่วมกัน จากเวทีประชาคมหมู่บ้าน ทำให้พบว่าใบมะม่วงที่เกิดจากการตัดแต่งกิ่งเป็นแหล่งที่ขังน้ำเพาะพันธุ์ยุงลาย และนอกจากใบมะม่วงแล้วยังพบอุปกรณ์ในการประกอบการทำสวน เช่น ถังใส่ยา สารต้นมะม่วง ที่ชาวสวนจะนำไปแช่ยาทิ้งไว้ในสวน มีน้ำขัง เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ประกอบกับการที่ประชาชนต้องทำงานตลอดทั้งปี ทำให้ไม่สามารถจัดสรรเวลาในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้ จึงนำมาสู่การเป็นโรคไข้เลือดออก (Wang Thap Sai Subdistrict Administrative Organization, 2017) นอกจากนี้ ข้อมูลรายงานในการทำประชาคมในหมู่บ้าน

พบว่า ประชาชนไม่มีการดูแลป้องกันและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในบ้านของตนเอง ซึ่งคิดว่าเป็นหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงทำให้ค่า Container Index (CI) > 10 และ House index (HI) > 10 ซึ่งสูงกว่าที่เกณฑ์กำหนด (Wang Thap Sai Health Promotion Hospital, 2018)

การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เพื่อลดอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกยังไม่ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายเนื่องจาก มาตรการดังกล่าวเป็นการดำเนินการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกเพียงฝ่ายเดียว ในขณะที่ประชาชนยังขาดความตระหนักและความร่วมมือในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและอาจเป็นผลมาจากบุคคลมีความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกัน ทำให้พฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกัน เพราะพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของบุคคลมาจากสาเหตุความเชื่อด้านสุขภาพ มาตรการสำคัญที่น่าจะนำมาใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคลนั้น ประกอบด้วย Health belief model Theory of reasoned action, Social cognitive theory และ Trans theoretical model การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความสนใจนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (Rosenstock, Strecher & Becker, 1988) มาใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เพราะกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพถูกสร้างมาเพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมด้านการป้องกันโรค ซึ่งมีปัจจัยที่แสดงออกต่อพฤติกรรมของบุคคล โดยเมื่อบุคคลมีความเชื่อรับรู้ถึงภาวะคุกคามที่จะถึงตัวบุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อป้องกันโรค และจัดการกับปัญหาโดยคำนึงถึงประโยชน์ที่จะได้รับ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า ได้มีการศึกษาปัจจัยด้านต่างๆ เช่น ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก

และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และด้านการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก (Sudnongbua, Wongsawat, Deemun, Kroadee, & Onmoy, 2016; Saengkae, 2015)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาจัดทำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่สวนมะม่วง ตำบลวังทับไทร อำเภอสาทเหล็ก จังหวัดพิจิตร เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกเพื่อลดอัตราป่วย และป้องกันการเสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออกในพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่สวนมะม่วง ตำบลวังทับไทร อำเภอสาทเหล็ก จังหวัดพิจิตร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (CI) ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก

การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (CI) ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) รูปแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) ผู้วิจัยนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock, Strecher & Becker (1988) มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่สวนมะม่วง ตำบลวังทับไทร อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ เลขที่อนุมัติ P10010/63 ลงวันที่ 29 กรกฎาคม พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากรที่อาศัยอยู่ในอาณาเขตพื้นที่ปลูกสวนมะม่วงเป็นพืชเศรษฐกิจหลักของพื้นที่ ได้แก่ บ้านตลุกหิน หมู่ 6 ตำบลวังทับไทร อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร จำนวนทั้งสิ้น 148 หลังคาเรือน เป็นกลุ่มทดลองและบ้านวังสมบูรณ์ หมู่ 14 ตำบลหนองปลาไหล อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร จำนวนทั้งสิ้น 104 หลังคาเรือนเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Schlesselman, 1982) กำหนดค่าในสูตร ดังนี้ N คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม σ^2 คือ ความแปรปรวนร่วมของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ $18.20 \mu_1$ คือ ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองเท่ากับ $32.00 \mu_2$ คือค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ

29.34 (Auttapoom, Ratanasuwan, & Sujirarat, 2017) Z_α คือ ค่าสถิติการแจกแจงปกติมาตรฐานกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% = 1.96 และ Z_β คือ ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้งปกติที่กำหนดให้อำนาจการทดสอบที่ 90% เท่ากับ 1.28 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 54 คนต่อกลุ่ม แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 54 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ คือกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมใดๆ จำนวน 54 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 108 คน โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) เป็นหัวหน้าครอบครัวหรือสมาชิกในครอบครัวที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี ครอบครัวละ 1 คน 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่ทำการวิจัยไม่น้อยกว่า 1 ปี และ 3) ไม่มีแผนที่จะย้ายออกจากหมู่บ้านในช่วงระยะเวลาดำเนินการวิจัย คัดเลือกจนครบตามจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ประเภท คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรมทดลอง และ 2) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรมทดลอง คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของประชาชนในพื้นที่สวนมะม่วง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การรับรู้ถึงความเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ปัจจัยกระตุ้นเตือนการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าเอกสารงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กำหนดโครงสร้างเนื้อหาและปรับปรุงแบบสอบถามของ Auttapoom et al.

(2017) โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 3 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 หลังทำกิจกรรมสัปดาห์ที่ 12 และครั้งที่ 3 การติดตามประเมินผลหลังการสิ้นสุดโปรแกรมฯ สัปดาห์ที่ 16 ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลักในปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัว การเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของสมาชิกในครอบครัว การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และแหล่งที่ได้รับข่าวสารจากโรคไข้เลือดออกมากที่สุด การอบรมหรือเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ข้อคำถามเป็นลักษณะคำถามปลายปิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จำนวน 20 ข้อ มี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน โดยแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ คะแนนอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในระดับสูง มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 16-20 คะแนน มีความรู้ในระดับปานกลาง มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 12-15 คะแนน และมีความรู้ในระดับต่ำ มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-11 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ ประกอบด้วย แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 20 ข้อ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert's scale) โดยมีระดับการวัด 5 ระดับ โดยที่ 5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งมีข้อคำถามด้านบวกและลบ คะแนนอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน การแปลผล

แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ในระดับสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.67-5.00 คะแนน มีการรับรู้ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.34-3.66 คะแนน และมีการรับรู้ในระดับต่ำ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00-2.33 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 20 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยทบทวนจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นชุดคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert's scale) โดยมีระดับการวัด 5 ระดับ จำแนกตามความถี่ในการปฏิบัติโดยที่ 5 ปฏิบัติเป็นประจำ จนถึง 1 ปฏิบัติน้อยครั้ง คะแนนอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.67-5.00 คะแนน มีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.34-3.66 คะแนน และมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับต่ำ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00-2.33 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสำรวจลูกน้ำยุงลายประจำบ้านตำบลวังทับไทร ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสำรวจลูกน้ำยุงลายประจำบ้าน กอ.1/1 ปรับปรุงใหม่ ครั้งที่ 1/2552 (Department of Disease Control, 2018) Container Index หรือ Receptacle Index หมายถึง จำนวนภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลายใน 100 ภาชนะมีสูตรคำนวณดังนี้ $CI = (\text{จำนวนภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย} \times 100) / \text{จำนวนภาชนะที่สำรวจทั้งหมด}$

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และพิจารณาสำนวนภาษาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหาตามระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of Item-Objective Congruence : IOC) จำนวน

3 ท่าน ค่าวนค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 หลังจากนั้น ปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปตรวจสอบความเชื่อถือได้ (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try out) กับประชาชนในตำบลบ้านน้อยชุมชีเหล็ก อำเภอนิคมสร้าง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 รายโดยแบบสอบถามส่วนที่ 2 ค่าวนค่า KR-20 ได้ เท่ากับ 0.71 แบบสอบถามส่วนที่ 3 และ 4 ค่าวนค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ 0.75 และ 0.88 ตามลำดับ ซึ่งถือว่าแบบสอบถามทุกชุดผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ มีค่าไม่ต่ำกว่า 0.7 (Tavokol & Dennick, 2011)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบสาธารณสุขอำเภอสาเหล็ก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังทับไทร สาธารณสุขอำเภอวังทรายพูน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทับไทร ตำบลหนองปลาไหล เพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย วัตถุประสงค์ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เพื่อทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกให้กับผู้วิจัย และทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 54 คน จากนั้นผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดของการดำเนินการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยวัตถุประสงค์การวิจัยและเชิญเข้าร่วมการวิจัยเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร หลังจากนั้น ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนทดลอง หลังการทดลอง 12 สัปดาห์ และหลังการทดลอง 16 สัปดาห์ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในกลุ่มทดลองจนครบ 16 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมในการดำเนินการ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรมที่ 1 โรคไข้เลือดออกภัยร้ายใกล้ตัว เป็นการบรรยายเชิงปฏิบัติการประกอบด้วยสื่อวีดิทัศน์ ภาพนิ่ง โดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคติดต่อ และการบรรยายถ่ายทอดประสบการณ์ป่วย

ด้วยโรคไข้เลือดออกจากผู้ที่เคยป่วยและผู้ดูแลดอนป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก สร้างเสริมความรู้ การรับรู้ ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก กิจกรรมที่ 2 ชีวิตดีดีเมื่อไม่มีไข้เลือดออก สร้างเสริมการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กิจกรรมที่ 3 หาให้เจอ จดให้ถูก เป็นการบรรยายพร้อมด้วยการสาธิตวิธีการสำรวจลูกน้ำยุงลาย วิธีการลงบันทึกผล การสุ่มสำรวจลูกน้ำยุงลาย และการแปลผลค่าดัชนีชี้วัดลูกน้ำยุงลาย โดยใช้แบบสำรวจลูกน้ำยุงลายประจำบ้านตำบลวังทับไทร ที่ดัดแปลงมาจากแบบสำรวจลูกน้ำยุงลายประจำบ้าน กอ.1/1 ปรับปรุง พ.ศ. 2553 ของกรมควบคุมโรค และกิจกรรมที่ 6 เสี่ยงใส้เสามาเตือนภัยไข้เลือดออก การเปิดเสียงตามสายหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน เป็นปัจจัยกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายโดยใช้ มาตรการ 5ป. 1ข. 3ก.

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 4 บ้านสะอาด สิ่งแวดล้อมดี ชีวิตมีสุข เป็นการบรรยายภาพตัวอย่างการจัดดูแลบ้าน และสิ่งแวดล้อม โดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคติดต่อ และการบรรยายถ่ายทอดประสบการณ์จากผู้ดูแลบ้าน ที่ได้รับรางวัลดีเด่น "บ้านสะอาด สิ่งแวดล้อมดี ชีวิตมีสุข" เป็นการสร้างเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และกิจกรรมที่ 6

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 5 ผันถึงไหน ไปดูกัน เป็นการติดตามการดำเนินงานตามแผนงานเป้าหมายที่ตั้งไว้ เพื่อสร้างเสริมความเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติได้

สัปดาห์ที่ 4 5 6 7 8 9 10 11 12 กิจกรรมที่ 6 และมีการเก็บข้อมูลหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 หลังจากนั้น ติดตามประเมินผลภายหลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม 1 เดือน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในสัปดาห์ที่ 16 เป็นครั้งสุดท้าย ดังภาพ 1

สัปดาห์ที่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
กลุ่มทดลอง	O1											O2				O3
	X1, X2, X3, X6	X4, X6	X5, X6	X6	X6	X6	X6	X6	X6	X6	X6	X6				
	Y1											Y2				Y3
กลุ่มเปรียบเทียบ	O1											O2				O3
	Y1											Y2				Y3

แผนภาพ 1 แบบแผนการดำเนินงานวิจัย

O1 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม ก่อนการทดลอง

O2-O3 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม หลังการทดลอง

X1 หมายถึง กิจกรรมที่ 1 โรคไข้เลือดออกภัยร้ายใกล้ตัว

X2 หมายถึง กิจกรรมที่ 2 ชีวิตดีดีเมื่อไม่มีไข้เลือดออก

X3 หมายถึง กิจกรรมที่ 3 หาให้เจอ จดให้ถูก

X4 หมายถึง กิจกรรมที่ 4 บ้านสะอาด สิ่งแวดล้อมดี ชีวิตมีสุข

X5 หมายถึง กิจกรรมที่ 5 ฝนถึงไหน ไปดูกัน

X6 หมายถึง กิจกรรมที่ 6 เสี่ยงใส่สัมาเตือนภัยไข้เลือดออก

Y1-Y3 หมายถึง กิจกรรมที่ 7 ใหนๆ ลูกน้อยอยู่ไหน การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ภายในกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลองหลังการทดลอง 12 สัปดาห์และหลังการทดลอง 16 สัปดาห์ ด้วยสถิติ One-way repeated measures ANOVA วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ ประโยชน์และอุปสรรคการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายก่อนทดลอง หลังการทดลอง 12 สัปดาห์ และหลังการทดลอง 16 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Independent sample t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.8 มีอายุเฉลี่ย 44.8 ปี (S.D. = 10.89) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 68.5 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 33.3 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 46.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 9,129.63 บาท (S.D. = 6,596.18) มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 3-4 คน ร้อยละ 55.5 ไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 90.7 สมาชิกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 85.1 เคยได้รับการอบรมหรือเข้าร่วมกิจกรรม ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 62.9 แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมากที่สุด คือ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 31.4 รองลงมา คือ อสม. ร้อยละ 27.7 และจากหอกระจายข่าว/เสียงตามสาย ร้อยละ 22.2

กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.5 มีอายุเฉลี่ย 44.87 ปี (S.D. = 11.69) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 66.6 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 35.2 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.0 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,250.0 บาท (S.D. = 5,922.25) มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 3-4 คน ร้อยละ 55.50 กลุ่มตัวอย่างไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 94.4 สมาชิกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 92.5 เคยได้รับการอบรมหรือเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 53.7 แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมากที่สุด คือ จาก อสม. ร้อยละ 31.4 รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 25.9 และจากโปสเตอร์/แผ่นพับ/ไวนิลประชาสัมพันธ์ ร้อยละ 18.5 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (CI) ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ก่อนทดลอง หลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 12 และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 16 สูงกว่า

กลุ่มเปรียบเทียบ ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ก่อนทดลอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 12 และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 16 ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (CI) ก่อนทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12 และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 16 สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยความสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 12 และ 16 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (CI) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ ดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ พฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (CI) ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 54)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 54)		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก						
ก่อนทดลอง	12.00	2.10	10.55	1.81	3.81	< 0.001*
หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12	14.87	1.62	10.85	1.65	12.73	< 0.001*
หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 16	16.38	1.60	10.75	1.77	17.25	< 0.001*
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก						
ก่อนทดลอง	3.30	0.55	3.35	0.22	-0.61	0.540
หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12	3.59	0.25	3.35	0.21	5.34	< 0.001*
หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 16	3.57	0.24	3.35	0.42	3.25	0.002*
การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก						
ก่อนทดลอง	3.33	0.38	3.40	0.30	-1.03	0.303
หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12	3.50	0.43	3.36	0.29	1.92	0.058
หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 16	3.52	0.34	3.41	0.32	1.63	0.106
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก						
ก่อนทดลอง	3.75	0.49	3.66	0.52	0.96	0.337
หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12	4.25	0.55	3.67	0.51	5.66	< 0.001*
หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 16	4.36	0.43	3.67	0.44	8.12	< 0.001*
การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก						
ก่อนทดลอง	2.61	0.61	2.60	0.74	0.11	0.911
หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12	2.92	0.47	2.63	0.70	2.53	0.013*
หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 16	2.89	0.45	2.65	0.86	1.79	0.077
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก						
ก่อนทดลอง	4.01	0.40	3.56	0.65	4.35	< 0.001*
หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12	2.46	0.74	3.50	0.62	-7.88	< 0.001*
หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 16	2.41	0.70	3.47	0.60	-8.41	< 0.001*
พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก						
ก่อนทดลอง	3.26	0.57	3.60	0.54	-3.13	0.002*
หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12	3.90	0.37	3.66	0.65	2.34	0.021*
หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 16	3.83	0.19	3.56	0.56	3.31	0.001*
ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (CI)						
ก่อนทดลอง	0.55	0.84	0.62	0.67	-0.62	0.536
หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12	0.37	0.18	0.32	0.48	-5.68	< 0.001*
หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 16	0.55	0.23	0.33	0.47	-5.48	< 0.001*

*p-value < 0.05

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (CI) ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลอง ในระหว่างติดตามผล ก่อนทดลอง หลังทดลองสัปดาห์ที่ 12 และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 16 ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนทดลอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (CI) ต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$

กลุ่มเปรียบเทียบ ในระหว่างติดตามผลก่อนทดลอง หลังทดลองสัปดาห์ที่ 12 และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 16 ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (CI) ต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (CI) ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง				กลุ่มเปรียบเทียบ				
	Mean	Mean	M.D.	p-value	Mean	Mean	M.D.	p-value	
	ก่อน	หลัง			ก่อน	หลัง			
ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก									
ก่อน-หลังทดลองสัปดาห์ที่ 12	12.00	14.87	-2.87	< 0.001*	10.55	10.85	-0.296	0.006*	
ก่อน-หลังทดลองสัปดาห์ที่ 16	12.00	16.37	-4.38	< 0.001*	10.55	10.75	-0.204	0.010*	
หลังทดลองสัปดาห์ที่ 12-16	14.87	16.37	-1.51	< 0.001*	10.85	10.75	0.093	0.489	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก									
ก่อน-หลังทดลองสัปดาห์ที่ 12	3.30	3.59	-0.29	0.001*	3.35	3.35	0.002	0.095	
ก่อน-หลังทดลองสัปดาห์ที่ 16	3.30	3.57	-0.27	0.002*	3.35	3.35	-0.004	0.949	
หลังทดลองสัปดาห์ที่ 12-16	3.59	3.57	-0.02	0.517	3.35	3.35	-0.006	0.930	
การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก									
ก่อน-หลังทดลองสัปดาห์ที่ 12	3.33	3.50	-0.17	0.024*	3.40	3.36	0.03	0.455	
ก่อน-หลังทดลองสัปดาห์ที่ 16	3.33	3.52	-0.18	< 0.001*	3.40	3.41	-0.01	0.172	
หลังทดลองสัปดาห์ที่ 12-16	3.50	3.52	-0.01	0.741	3.36	3.41	-0.05	0.307	

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (CI) ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง				กลุ่มเปรียบเทียบ			
	Mean ก่อน	Mean หลัง	M.D.	p-value	Mean ก่อน	Mean หลัง	M.D.	p-value
การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก								
ก่อน-หลังทดลองสัปดาห์ที่ 12	3.75	4.25	-0.50	< 0.001*	3.66	3.67	-0.00	0.301
ก่อน-หลังทดลองสัปดาห์ที่ 16	3.75	4.36	-0.60	< 0.001*	3.66	3.67	-0.01	0.616
หลังทดลองสัปดาห์ที่ 12-16	4.25	4.36	-0.10	0.004*	3.67	3.67	-0.00	0.825
การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก								
ก่อน-หลังทดลองสัปดาห์ที่ 12	2.61	2.92	-0.31	< 0.001*	2.60	2.63	-0.03	0.526
ก่อน-หลังทดลองสัปดาห์ที่ 16	2.61	2.89	-0.28	< 0.001*	2.63	2.65	-0.05	0.028*
หลังทดลองสัปดาห์ที่ 12-16	2.92	2.89	0.03	0.081	2.63	2.65	-0.02	0.718
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก								
ก่อน-หลังทดลองสัปดาห์ที่ 12	4.01	2.46	1.55	< 0.001*	3.56	3.50	0.05	0.024*
ก่อน-หลังทดลองสัปดาห์ที่ 16	2.46	2.41	1.60	< 0.001*	3.56	3.47	0.08	0.056
หลังทดลองสัปดาห์ที่ 12-16	2.41	2.41	0.04	0.060	3.50	3.47	0.03	0.419
พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก								
ก่อน-หลังทดลองสัปดาห์ที่ 12	3.26	3.90	-0.64	< 0.001*	3.60	3.66	-0.06	0.406
ก่อน-หลังทดลองสัปดาห์ที่ 16	3.26	3.83	-0.57	< 0.001*	3.60	3.66	0.03	0.177
หลังทดลองสัปดาห์ที่ 12-16	3.90	3.83	0.06	0.130	3.66	3.56	0.09	0.133
ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (CI)								
ก่อน-หลังทดลองสัปดาห์ที่ 12	0.55	0.37	0.51	< 0.001*	0.62	0.32	0.29	< 0.001*
ก่อน-หลังทดลองสัปดาห์ที่ 16	0.55	0.55	0.50	< 0.001*	0.62	0.33	0.28	< 0.001*
หลังทดลองสัปดาห์ที่ 12-16	0.37	0.18	-0.01	0.417	0.32	0.33	-0.28	< 0.001*

*p-value < 0.05, M.D. = Mean Difference

สรุปและอภิปรายผล

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่สวนมะม่วง ตำบลวังทับไทร อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นจากผลของการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่สวนมะม่วง ตำบลวังทับไทร อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร ได้แก่ การบรรยายเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย สื่อ วัสดุทัศนภาพหนึ่ง โดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคติดต่อ และการบรรยายถ่ายทอดประสบการณ์ผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกจากผู้ที่เคยป่วยและผู้ดูแลตอนป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก การสร้างเสริมความรู้ การรับรู้ ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก การพูดคุยแลกเปลี่ยนในแต่ละหัวข้อและร่วมกันทำกิจกรรม การเขียนบอร์ดตารางเปรียบเทียบ (คำนวณเวลา และต้นทุน เปรียบเทียบ) โดยแบ่งกลุ่มร่วมคิดวิเคราะห์ โดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคติดต่อ สร้างเสริมการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การสาธิตวิธีการสำรวจลูกน้ำยุงลาย แหล่งที่พบลูกน้ำยุงลายได้บ่อย แหล่งที่ไม่คาดคิดว่าจะพบลูกน้ำยุงลาย และสาธิตวิธีการบันทึกผล การสุ่มสำรวจลูกน้ำยุงลาย การฝึกปฏิบัติสำรวจลูกน้ำยุงลายในบริเวณบ้านตนเอง การตั้งเป้าหมาย และการวางแผนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จึงทำให้โปรแกรมฯ ประสบความสำเร็จ และเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Saengkae (2015) ที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันและควบคุมโรค

ไข้เลือดออกของแกนนำครัวเรือน โดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ร่วมกับทฤษฎีการให้แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากโปรแกรมสุขศึกษาในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก เน้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคไข้เลือดออกตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้มีกิจกรรมการส่งเสริมความรู้ โดยวิธีการบรรยายเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค การติดต่อของโรคไข้เลือดออก อาการและการปฏิบัติตนในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ สื่อ Power point แผ่นพับ โปสเตอร์ หลังจากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้แกนนำครัวเรือนซักถามแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งภายหลังการทดลอง แกนนำครัวเรือนมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sunat, Wattanaburanon, Rodjarkpai, & Jaidee (2021) พบว่า ประชาชนกลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.28) ค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=3.24) ค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรค โดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.25) และค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยรวม อยู่ในระดับสูง (Mean = 3.28) ในส่วนของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.72) ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ระดับ การศึกษา การประกอบอาชีพ และระยะเวลาที่อาศัยในพื้นที่ ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ของประชาชน ได้ร้อยละ 20.7 และเป็นไปตามการศึกษาของ Junwin (2022) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ เมื่อท่านหรือบุคคลในครอบครัวเป็นโรคไข้เลือดออก จะแจ้งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที เพื่อลดการระบาดของโรคไข้เลือดออก (Mean = 4.37, S.D. = 0.59), ทุกครัวเรือน ควรช่วยกันกำจัดลูกน้ำยุงลายจึงจะป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ (Mean = 4.25, S.D. = 0.58) และการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายภายในบ้านเป็นการป้องกันการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ (Mean = 4.22, S.D. = 0.58) จากข้อคำถามจะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ซึ่งการป้องกันโรคไข้เลือดออกเกิดจากการช่วยกันทุกครัวเรือน และหากมีผู้ป่วยควรแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกเกิดจากการรับรู้ประโยชน์ และยังสามารถลดภาวะคุกคามหรือความเจ็บป่วยได้

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (CI) ต่ำกว่าก่อนทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และพบว่าหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12 และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 16 มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากผลการวิจัยดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่าเมื่อเวลาผ่านไป กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมนั้นมีการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ลดลง ดังจะเห็นได้จากค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.90 และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 16 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.83 ประกอบกับภายหลังการได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกลดลง จึงอาจส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Suwanbamrung,

Thuethong, Eksirinimit, & Thongchan (2017) ที่ได้ทำการศึกษาพบว่า หลังการดำเนินงานพัฒนาระบบเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลายเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่สูงอำเภอเสด็จสูง ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายหลังดำเนินการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) แสดงให้เห็นถึงความเสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออกซึ่งจำเป็นต้องติดตาม ทำความเข้าใจ สนับสนุนการใช้ระบบเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านนโยบาย และการนำไปสู่การปฏิบัติจริงและปฏิบัติอย่างเข้มงวดในพื้นที่ แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Tansiri, Piboon, & Oppawongsapat (2018) ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน พบว่า เมื่อทำการสำรวจภาชนะกักเก็บน้ำภายในสถานที่พักอาศัย พบว่า Container index (CI) เท่ากับ 8.5 ซึ่งลดลงจากครั้งแรกที่ทำการสำรวจไว้ก่อนการพัฒนาูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนที่พบว่า Container index (CI) เท่ากับ 50.0 ทำให้ทราบว่ากลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ดี โดยเฉพาะการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายทั้งภายในบ้านและบริเวณรอบนอกของบ้าน ซึ่งประเมินได้จากผลการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายหรือการสำรวจภาชนะกักเก็บน้ำพบว่า มีจำนวนของภาชนะกักเก็บน้ำลดลงทุกครั้งที่มีการสำรวจ ทั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาเรื่องการพัฒนาูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก: กรณีศึกษาตำบลต้นแบบ หมู่ 3 บ้านทุ่งทอง ตำบลลาดบัวขาว อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ของ Chalardlon & Anansirikasem (2018) ที่ทำการทดลองใช้รูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า หลังการดำเนินกิจกรรม 1 เดือน ได้ทำการสำรวจครัวเรือนที่เข้าร่วมทั้งหมด และพบว่าภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายมีอัตราการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่สวนมะม่วง ตำบล

วังทับไทร อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร สามารถทำให้ประชาชนที่เข้าร่วมโปรแกรม มีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคไข้เลือดออก มีการรับรู้ความรุนแรงต่อการเป็นโรคไข้เลือดออก มีการรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และควรเพิ่มความเข้มข้นของกิจกรรมในการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อให้ประชาชนเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งจะส่งผลต่อความเชื่อมั่นในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้วยตัวของประชาชนเอง ทำให้การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ดังนั้น ผู้เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพสามารถนำโปรแกรมดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับบุคคล ครอบครัว ตลอดจนเกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในรูปแบบวิจัยเชิงคุณภาพหรือการวิจัยแบบวิธีผสมเพิ่มเติม เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก
2. ควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อให้ประชาชนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน
3. ควรมีการศึกษากิจการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยการใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนและครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังทับไทร อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทับไทร อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร ที่ให้ความอนุเคราะห์ พร้อมทั้งอำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยอย่างยิ่ง ในการเข้าไปทำวิจัยและเก็บข้อมูลในพื้นที่ขอขอบพระคุณ กลุ่มตัวอย่าง ในพื้นที่หมู่ 6 บ้านตลุกหิน ตำบลวังทับไทร อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร และ หมู่ 14 บ้านวังสมบูรณ์ ตำบลหนองปลาไหล อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร ที่ให้ความร่วมมือและสละเวลาเข้าร่วมกิจกรรม และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยที่ให้ความร่วมมือเป็นกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม

เอกสารอ้างอิง

- Auttapoom, K., Ratanasuwan, W., & Sujirarat, D. (2017). The effectiveness of the health belief model and the participation of the community in controlling of mosquito larvae in Khummuang District, Kalasin Province. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 11(2), 140-153. (in Thai)
- Chalardlon, T., & Anansirikasem, P. (2018). Development of the community participation model of for dengue hemorrhagic fever prevention and control: A case study of Thungthong village in Ladbuakhao Subdistrict, Bangpong District, Ratchaburi Province. *Journal of Health Research and Innovation*, 2(1), 153-162. (in Thai)
- Department of Disease Control. (2018, February 15). *Urban dengue unit guideline*. Retrieved October 20, 2019, from <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1080520201216080456.pdf>. (in Thai)

- Junwin, B. (2022). Relationship between perception and prevention behavior of dengue hemorrhagic fever among people in the districts with high-morbidity rate, Nakhon Si Thammarat Province. *Academic Journal of Community Public Health*, 8(4), 141-156. (in Thai)
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.
- Saengkae, H. (2015). The effect of health education program for prevention and control of dengue hemorrhagic fever in family core leaders, Mungphai Subdistrict Aranyaprathet District, Srakaeo Province. *Research Journal Phranakorn Rajabhat: Science and Technology*, 10(1), 65-81. (in Thai)
- Schlesselman, J. J. (1982) *Case-control studies, design, conduct, analysis*. Oxford university press, New York.
- Sudnongbua, S., Wongsawat, P., Deemun, C., Kroadee, A., & Onmoy, P. (2016). Factors relating to DHF preventive behavior of people in Tab-Yai-Chiang Sub-District, Pormpiram District, Phitsanulok Province. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 10(1), 153-162. (in Thai)
- Sunat, N., Wattanaburanon, A., Rodjakpai, Y., & Jaidee, W. (2021). Factor predicting preventive and control behaviors on dengue hemorrhagic fever among people in Koh Chang District, Trat Province. *The Public Health Journal of Burapha University*, 16(2), 53-67. (in Thai)
- Suwanbamrung, C., Thuethong, C., Eksirinimit, T., & Thongchan S. (2017). The development of larval indices surveillance system for dengue prevention in high risk district, Nakhon Si Thammarat Province. *Journal of Community Development and Life Quality*, 5(1), 58-76. (in Thai)
- Tansiri, S., Piboon, K., & Oppawongsapat, D. (2018). Dengue hemorrhagic fever situation in Ban Bueng, Chon Buri Province. *Burapha Journal of Medicine*, 5(1), 1-12. (in Thai)
- Tavokol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2(53), 53-54.
- Vector Born Diseases Division. (2018, April 28). *Dengue situation Year 2017*. Retrieved December 30, 2018, from <https://apps-doe.moph.go.th/boe/getFile.php?id=NzQ2&lbt=c2l0&rid=ZmlsZXNfdXBsb2 FkL3N1cnZla WxsYW5jZQ==> (in Thai)
- Wang Thap Sai Health Promotion Hospital. (2018). Annual report 2018 Wang Thap Sai Health Promotion Hospital. Phichit: Wang Thap Sai Health Promotion Hospital. (in Thai)
- Wang Thap Sai Subdistrict Administrative Organization. (2017, October 1). *Basic information of Wang Thap Sai Subdistrict*. Retrieved December 9, 2017, from <https://www.wangtabsaiphichit.go.th/condition.php>. (in Thai)

บทความวิจัย

**ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารมือเช้าของนักศึกษาระดับปริญญาตรี
คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ณัฐวี ชั่งชัย^{1*} ปร.ด., ภัททิยา เลิศจริยพร² วท.ม., จิรติกาญจน์ สงห้อง³ ส.บ., มลทิญา พิมพ์ชัย^{3,4} ส.บ.,
ต่วนนาชญา โตะกุกมาโละ³ ส.บ.**

Received: March 2, 2023

Revised: May 5, 2023

Accepted: May 11, 2023

บทคัดย่อ

งานวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารมือเช้าและวิเคราะห์ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ สำหรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเช้าของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาจำนวน 130 คน ใช้เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง โดยสุ่มตัวอย่างแบบโควตาและแบบสุ่มอย่างง่าย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 78.5 บริโภคอาหารมือเช้า และร้อยละ 21.5 มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารมือเช้า โดยร้อยละ 85.7 ให้เหตุผลหลักที่งดบริโภคอาหารมือเช้า เนื่องจากตื่นนอนสาย พฤติกรรมการบริโภคอาหารมือเช้าของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.97 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.03 และส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.4 มีระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารมือเช้า อยู่ในระดับดี การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารมือเช้าของกลุ่มตัวอย่างมีอำนาจการทำนายของทุกตัวแปร ร้อยละ 15.8 ($R^2 = 0.158$, $p\text{-value} < 0.05$) เพศหญิง เงินรายได้ แหล่งบริโภคอาหารมือเช้า (โรงอาหารมหาวิทยาลัย รับประทานมาจากที่พัก และร้านสะดวกซื้อ) และความรู้ทางโภชนาการ มีผลต่อการทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารมือเช้า ($Beta = -0.223, -0.213, -0.212$ และ 0.201 , $p\text{-value} < 0.05$) ตามลำดับ ดังนั้น ผลการศึกษานี้สามารถใช้ส่งเสริมการบริโภคอาหารมือเช้าที่เหมาะสมตามวัยสำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรี เพื่อให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ

คำสำคัญ: นักศึกษาปริญญาตรี ปัจจัยทำนาย พฤติกรรมบริโภค อาหารมือเช้า

¹ อาจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

² อาจารย์ สาขาวิชาคณิตศาสตร์และสถิติ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

³ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

⁴ นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลบางปะกอกสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ

* ผู้รับผิดชอบบทความ: nuttawee1620@gmail.com

Predictors of breakfast consumption behavior among undergraduate students: Faculty of Public and Environmental Health, Huachiew Chalermprakiet University

Nuttawee Changchai^{1,*} Ph.D., Pattita Lerdjariyaporn² M.Sc., Jirattikan Songhong³ B.P.H.,
Montiya Pimchai^{3,4} B.P.H., Tuannasuha ToKumalo³ B.P.H.

ABSTRACT

This cross-sectional research aimed to study breakfast consumption behavior and to investigate predisposing factors, reinforcing factors, and enabling factors for breakfast consumption behavior among undergraduate students from the Faculty of Public and Environmental Health, Huachiew Chalermprakiet University. One hundred thirty samples were collected using self-administered questionnaires by quota and simple random sampling. Data analysis was carried out using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The results showed that in all of the samples, 78.5 percent were found consuming breakfast, and 21.5 percent abstaining from breakfast, with 85.7 percent giving the main reason for not consuming breakfast due to waking up late. The average mean score of breakfast consumption behavior was 1.97 with a standard deviation of 1.03, and 75.4 percent of samples were found in a good level of breakfast consumption behavior. The results of multiple regression analysis showed that all factors could predict breakfast consumption behavior in samples by 15.8 percent ($R^2 = 0.158$, $p\text{-value} < 0.05$). Female, income, breakfast consumption sources (canteen, residence, and convenience store), and nutrition knowledge variables significantly predicted breakfast consumption behavior (Beta = -0.223, -0.213, -0.212, and 0.201, $p\text{-value} < 0.05$), respectively. Therefore, the finding of this study can be used to promote healthy breakfast consumption among undergraduate students in order to complete both physical and mental health.

Keywords: Undergraduate students, Predictive factors, Consumption behavior, Breakfast

¹ Lecturer, Community Public Health Program, Faculty of Public and Environmental Health, Huachiew Chalermprakiet University

² Lecturer, Department of Mathematics and Statistics, Faculty of Science and Technology, Huachiew Chalermprakiet University

³ Student in Community Public Health Program, Faculty of Public and Environmental Health, Huachiew Chalermprakiet University

⁴ Health Promotion Technical Officer, Bangpakok Samut Prakan Hospital, Samut Prakan Province

* Corresponding author: nuttawee1620@gmail.com

บทนำ

การพัฒนาทางสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจเป็นสิ่งที่แต่ละประเทศไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานภาครัฐหรือภาคเอกชนต่างให้ความสำคัญ โดยเฉพาะงานด้านโภชนาการซึ่งมุ่งส่งเสริมให้ประชาชนได้รับโภชนาการที่มีคุณค่าทางโภชนาการอย่างครบถ้วนให้ครบทุกมือ อย่างไรก็ตาม ปัญหาโภชนาการในกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพได้ง่าย เช่น ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ และเด็กวัยเรียน ยังคงเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยครั้งในประเทศไทย จากข้อมูลสุขภาพคนไทยตามรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยด้วยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบว่า ร้อยละ 73.0 ประชาชนคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป รับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อต่อวัน กลุ่มที่รับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อน้อยที่สุด คือ อายุ 15-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 64.0 โดยพบว่า ผู้ใหญ่วัยแรงงานส่วนใหญ่ งดรับประทานอาหารเช้า ร้อยละ 43.0-60.0 ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่งดรับประทานอาหารเช้ากลางวัน ร้อยละ 45.0-66.0 ภาพรวมของประเทศไทย พบว่า ประชาชนงดรับประทานอาหารเช้ามากที่สุด รองลงมาคือ มื้อกลางวัน และมื้อเย็น คิดเป็นร้อยละ 47.4 31.6 และ 21.1 ตามลำดับ (Health Systems Research Institute, 2021) ทั้งนี้ การบริโภคอาหารเช้ามีผลกระทบต่อสุขภาพอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นการควบคุมน้ำหนัก ปัจจัยเสี่ยงต่อการเผาผลาญพลังงาน การทำงานของหัวใจ และการรับรู้ต่างๆ เป็นต้น (Gibney, Barr, Bellisle, Drewnowski, Fagt, Livingstone et al., 2018)

อาหารเช้า หมายถึง อาหารเช้าหนึ่งที่ร่างกายมนุษย์ได้รับหลังจากอดอาหารมาตลอดคืน โดยปกติจะบริโภคในตอนเช้า (Gibney et al., 2018) การบริโภคอาหารเช้ามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย ทั้งนี้ นักศึกษาถือเป็นวัยหนุ่มสาวมีสภาวะร่างกายเปลี่ยนจากวัยเด็กเป็นวัยผู้ใหญ่ เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสภาพสังคม หากวัยนี้มีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นมักส่งผลกระทบยาวต่อวัยผู้ใหญ่ในอนาคตอีกด้วย นักศึกษามีความจำเป็นต้องบริโภคอาหารเช้าที่มีคุณค่าประโยชน์สารอาหารครบถ้วนทั้ง 5 หมู่ หากงดบริโภคอาหารเช้าจะส่งผลเสียต่อการทำงานของสมอง

เช่น กระสับกระส่าย ไม่มีสมาธิในการเรียน ขาดความฉับไวในการคิดคำนวณหรือแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ผลการเรียนรู้ต่ำกว่ากลุ่มที่บริโภคอาหารเช้าเช้า รวมถึงได้รับพลังงานไม่เพียงพอในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ การงดบริโภคอาหารเช้าของวัยรุ่นยังเป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญอย่างหนึ่งซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น เพิ่มความเสี่ยงการเกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน (Thompson-McCormick, Thomas, Bainivualiku, Khan, & Becker, 2010) หรือผลทางสุขภาพอื่นๆ เช่น ประจำเดือนผิดปกติในผู้หญิง (Fujiwara, 2009) อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจุบันมีนักศึกษาจำนวนไม่น้อยที่มีพฤติกรรมงดบริโภคอาหารเช้า ซึ่งมีสาเหตุแตกต่างกันไป เช่น นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร มีพฤติกรรมงดบริโภคอาหารเช้าสูงถึงร้อยละ 41.3 สาเหตุเนื่องจากนักศึกษาส่วนใหญ่บริโภคอาหารเช้าสาย ซึ่งเป็นช่วงที่ต้องเข้าเรียนในห้องเรียน จึงเลือกที่จะบริโภคอาหารเช้าเพื่อให้เข้าเรียนทันเวลา (Suban, Sujacharee, Wanaratmongkol, & Ratanopas, 2016) และการศึกษาของ Sitthirat Na Nakhonphanom & Matanasarawoot (2016) รายงานร้อยละ 32.7 ของนักศึกษาแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีพฤติกรรมงดบริโภคอาหารเช้า สาเหตุหลักมาจากตื่นสาย ไม่มีเวลา ไม่หิว ร้านอาหารไม่เปิด ควบคุมน้ำหนัก เป็นต้น

ปัจจัยที่มีผลต่อการทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพตามแบบ แนวคิด PRECEDE MODEL ประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ (1) ปัจจัยนำ (Predisposing factors) เช่น อายุ เพศ สถานภาพบุคคล ความรู้ ความเชื่อของบุคคล (2) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) เป็นการสนับสนุนที่มาจากบุคคลภายนอก เช่น พ่อ แม่ ครู เพื่อน บุคลากรทางสาธารณสุข และ (3) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) เป็นปัจจัยที่อาศัยอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม เช่น การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชน แหล่งอาหาร โรงเรียน เป็นต้น (Ua-Kit & Pensri, 2019) ดังนั้น จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ไม่ได้เกิดจากการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว หากแต่ต้องอาศัยปัจจัยอื่นๆ

ประกอบด้วย สำหรับปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรม การบริโภคอาหารมื้อเช้าได้มีหลายปัจจัย ตัวอย่างเช่น รายรับของนักศึกษา เจตคติของการบริโภคอาหาร การมีอาหารที่เอื้อให้เกิดพฤติกรรมบริโภคอาหาร และแรงสนับสนุนจากสื่อ (Chuenao & Srisiri, 2017) รวมถึง การดูแลตนเอง (ความเชื่อ ทศนคติ) การสนับสนุนทางสังคม (ผู้ปกครอง เพื่อน) และการควบคุมตนเอง (การตั้งเป้าหมายของตนเอง) (Mirzaei, Ghofranipour, & Ghazanfari, 2016)

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ จัดการเรียนการสอนหลายหลักสูตร ได้แก่ หลักสูตรสาธารณสุขชุมชน หลักสูตรอาชีวอนามัยและความปลอดภัย หลักสูตรบริการทางการแพทย์ และหลักสูตรการจัดการโรงพยาบาล ทั้งนี้ ถึงแม้จะเป็นนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีความรู้ด้านสุขภาพ แต่บางหลักสูตรไม่มีเรียนรายวิชาทางโภชนาการโดยตรง ซึ่งอาจส่งผลต่อความรู้และพฤติกรรม การบริโภคอาหารมื้อเช้าที่ไม่เหมาะสม อีกทั้ง นักศึกษาเหล่านี้มีหลากหลายปัจจัย ทั้งทางด้านปัจจัยส่วนบุคคล สภาพเศรษฐกิจ และสภาพสังคมความเป็นอยู่ ดังนั้น คณะผู้วิจัย จึงมีความสนใจศึกษาพฤติกรรมบริโภคอาหารมื้อเช้าของนักศึกษาในกลุ่มนี้ว่ามีความรู้และพฤติกรรมบริโภคอาหารมื้อเช้าเป็นอย่างไร รวมถึง ศึกษาปัจจัยทำนายประกอบด้วย ปัจจัยนำ (อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย ระดับชั้นปี ความรู้ทางโภชนาการ) ปัจจัยเสริม (เงินรายได้ของนักศึกษา ผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วย) และปัจจัยเอื้อ (ที่พักอาศัย ลักษณะการเดินทางมายังมหาวิทยาลัย แหล่งบริโภคอาหาร) ต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหารมื้อเช้าของนักศึกษา เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นประโยชน์ในการสร้างความตระหนักให้กับ นักศึกษา สถาบันการศึกษาและผู้ปกครองซึ่งจะนำไปสู่ การมีพฤติกรรมบริโภคอาหารมื้อเช้าอย่างเป็นประจำ และมีคุณภาพชีวิตที่แข็งแรง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมบริโภคอาหารมื้อเช้าของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะสาธารณสุขศาสตร์ และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมบริโภคอาหารเช้าของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ปีการศึกษา 2564 จำนวน 267 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ในปีการศึกษา 2564 ตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ นักศึกษาที่ศึกษาอยู่ระหว่าง ชั้นปีที่ 1-4 และสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย

กำหนดขนาดตัวอย่างในการวิจัยโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 สำหรับการทดสอบ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) (Sanitlou, Sartphet, & Naphaarrak, 2019) กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) ขนาดกลาง เท่ากับ 0.15 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 118 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10.0 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 130 คน สุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota sampling) กำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างตามประชากรที่ศึกษาโดยแบ่งเป็น 3 สาขาวิชา ซึ่งมีเนื้อหาของหลักสูตรแตกต่างกันแต่มีพื้นฐานทางสาธารณสุขศาสตร์เหมือนกัน และแต่ละสาขาวิชาแบ่งเป็น 4 ชั้นปี หลังจากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีจับฉลากจนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามที่คำนวณไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง (Self-administered questionnaire) สร้างขึ้นตามแนวคิด PROCEDE MODEL (Ua-Kit &

Pensri, 2019) ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีตัวแปรต้นประกอบด้วย ปัจจัยนำซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย ระดับชั้นปี ความรู้ทางโภชนาการ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ที่พักอาศัย ลักษณะการเดินทางมายังมหาวิทยาลัย แหล่งบริโภคอาหารมื้อเช้า และปัจจัยเสริม ได้แก่ เงินรายได้ของนักศึกษา ผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วย สำหรับตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารมื้อเช้าแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล มีข้อความทั้งหมด 9 ข้อ ดังนี้ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย ระดับชั้นปี เงินรายได้ ที่พักอาศัย การเดินทางมายังมหาวิทยาลัย ที่พักอาศัย ผู้ที่นักศึกษาพักอาศัยด้วย ลักษณะการบริโภคอาหารเช้า แหล่งบริโภคอาหารมื้อเช้า และสาเหตุที่งดบริโภคอาหารเช้า

ส่วนที่ 2 ความรู้ทางโภชนาการ หัวข้อประกอบด้วย ความหมายและความสำคัญของอาหาร ภาวะโภชนาการที่ดี การบริโภคอาหาร และอาหาร 5 หมู่ มีข้อความทั้งหมด 10 ข้อ คำตอบแบบ 4 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าตอบ "ถูก" ให้ 1 คะแนน แต่ถ้าตอบ "ผิด" ให้ 0 คะแนน แปลผลใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ตาม Bloom (1971) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ความรู้ระดับสูง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป (ช่วงคะแนน 8-10 คะแนน)

ความรู้ระดับปานกลาง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60.0-79.9 (ช่วงคะแนน 6-7 คะแนน)

ความรู้ระดับต่ำ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60.0 (ต่ำกว่า 6 คะแนน)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหารมื้อเช้า หัวข้อประกอบด้วย การปฏิบัติกรบริโภคอาหารมื้อเช้า ลักษณะการบริโภคอาหารมื้อเช้าที่มีคุณประโยชน์ ลักษณะการบริโภคอาหารมื้อเช้าที่ไม่มีคุณประโยชน์ มีข้อความทั้งหมด 10 ข้อ เป็น คำถามเชิงบวก 5 ข้อ และคำถามเชิงลบ 5 ข้อ คำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบบ 4 ตัวเลือก คือ ไม่เคยปฏิบัติเลย ในสัปดาห์ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ และ 5-7 ครั้งต่อสัปดาห์ แปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ตัวเลือก	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
ไม่เคยปฏิบัติเลย	0 คะแนน	3 คะแนน
ในสัปดาห์		
1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	1 คะแนน	2 คะแนน
3-4 ครั้งต่อสัปดาห์	2 คะแนน	1 คะแนน
5-7 ครั้งต่อสัปดาห์	3 คะแนน	0 คะแนน

คะแนนที่ได้แบ่งกลุ่มคะแนนเป็นอันดับสเกล 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) ดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
คะแนนเฉลี่ย 2.25-3.00	หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับดีมาก
คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.24	หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับดี
คะแนนเฉลี่ย 0.75-1.54	หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 0.00-0.74	หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุงแก้ไข

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence: IOC) ของแบบสอบถามรายข้อทุกข้อ เท่ากับ 1.00 ผ่านตามเกณฑ์พิจารณาค่า IOC ของแบบสอบถามรายข้อต้องมากกว่า 0.50 จึงจะนำข้อความนั้นไปใช้ได้ เมื่อนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรของการศึกษา ซึ่งเป็นนักศึกษาที่ศึกษาในคณะศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาสุขภาพ ได้แก่ นักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 คณะเทคนิคการแพทย์ จำนวน 30 คน และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นแบบสอดคล้องภายใน โดยแบบสอบถามส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ทางโภชนาการ วิเคราะห์โดยใช้ค่า KR-20 รายข้อ เท่ากับ 0.23-0.67 และเฉลี่ยทุกด้านเท่ากับ 0.44 และแบบสอบถามส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหารมื้อเช้า วิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้รายข้อ เท่ากับ 0.94-0.95 และเฉลี่ยทุกด้าน เท่ากับ 0.95 (Meehanpong & Chatdokmaiprai, 2018)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลจากแบบสอบถามเป็นข้อมูลปฐมภูมิที่คณะผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยส่งแบบสอบถามแบบออนไลน์ให้กับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ผู้ตอบกรอกเอง รายละเอียดดังนี้

1. ประสานงานกับอาจารย์และนักศึกษาคณะสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย วัตถุประสงค์ การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1-30 ตุลาคม พ.ศ. 2564 ดังนี้ (1) ชี้แจงรายละเอียดการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้แก่กลุ่มตัวอย่างรับทราบเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย และนัดหมายล่วงหน้า 1 สัปดาห์ เพื่อส่งลิงก์แบบสอบถามแบบสอบถามออนไลน์ (2) ดำเนินการส่งแบบสอบถามออนไลน์ ให้แก่กลุ่มตัวอย่างทางกลุ่มไลน์ของชั้นปีนักศึกษาทุกสาขาวิชา คณะสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมและติดตามหากมีกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่ได้รับลิงก์แบบสอบถามได้ ดำเนินการส่งเป็นรายบุคคล และให้เวลากลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามกลับภายใน 1 สัปดาห์ หากไม่ครบแจ้งตามกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลให้ตอบแบบสอบถาม มีอัตราตอบกลับแบบสอบถาม ร้อยละ 100.0 (3) คณะผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามและนำข้อมูลมาวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เลขที่ อ.1142/2564 มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัยและขั้นตอนการวิจัยอย่างชัดเจนและกลุ่มตัวอย่างได้ร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจ ชี้แจงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมในการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัย สำหรับข้อมูลที่ได้นำเสนอเป็นภาพรวมและนำมาใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการศึกษาวิจัยนี้เท่านั้น ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละรายการและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้ ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและร้อยละ และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple regression analysis) ด้วยวิธีการ Enter กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ ดังนี้ ตัวแปรต้นและตัวแปรตาม เป็นตัวแปรเชิงปริมาณ ในกรณีตัวแปรต้นที่มีระดับการวัดเป็นนามบัญญัติ (Nominal scale) หรือมาตราวัดอันดับ (Ordinal scale) ได้แปลงข้อมูลเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variables) ก่อนนำไปวิเคราะห์ ตัวแปรต้นมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตาม ตัวแปรต้นเป็นอิสระต่อกัน และตัวแปรตามมีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 130 คน มีอายุเฉลี่ย 20.45 ปี ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.21 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 89.2 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.0 มีระดับ BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 36.2 กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 4 และสูงกว่า และร้อยละ 30.0 มีรายได้ 4,001-5,000 บาท กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 50.8 พักอาศัยอยู่ที่บ้าน และร้อยละ 63.1 พักอาศัยอยู่กับครอบครัว ทั้งนี้ ร้อยละ 45.4 ใช้วิธีการเดินทางมายังมหาวิทยาลัยด้วยการเดินเท้าเมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามการบริโภคอาหารมื้อเช้า พบว่า ร้อยละ 78.5 ของกลุ่มตัวอย่างบริโภคอาหารมื้อเช้าโดยบริโภคที่ร้านอาหารของมหาวิทยาลัย ร้อยละ 45.1 และมีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 21.5 งดบริโภคอาหารมื้อเช้า ส่วนใหญ่ให้เหตุผลเนื่องจากตื่นนอนสาย ที่พักมหาวิทยาลัยอยู่ไกลจากมหาวิทยาลัยใช้เวลาเดินทางมาก และต้องการประหยัดเงินตามลำดับ ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 130)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ	
19 ปี	43 (33.1)
20 ปี	21 (16.1)
21 ปี	30 (23.1)
22 ปี	36 (27.7)
Mean $\pm$ S.D.	20.45 $\pm$ 1.21
เพศ	
ชาย	14 (10.8)
หญิง	116 (89.2)
ระดับดัชนีมวลกาย (Body mass index: BMI) (n = 130)	
BMI < 18.5 อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักน้อยหรือผอม	24 (3.3)
BMI = 18.5-22.9 อยู่ในเกณฑ์ปกติ	65 (63.1)
BMI = 23.0-24.9 อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน	14 (13.6)
BMI = 25.0-29.9 อยู่ในเกณฑ์โรคอ้วนระดับที่ 1	17 (13.1)
BMI > 30.0 อยู่ในเกณฑ์โรคอ้วนระดับที่ 2	10 (7.6)
ระดับชั้นปี	
ชั้นปีที่ 1	38 (29.2)
ชั้นปีที่ 2	27 (20.8)
ชั้นปีที่ 3	18 (13.8)
ชั้นปีที่ 4 และสูงกว่า	47 (36.2)
เงินรายได้ของนักศึกษา	
ต่ำกว่า 4,000 บาท	30 (23.1)
4,001-5,000 บาท	39 (30.0)
5,001-6,000 บาท	20 (15.4)
6,001-7,000 บาท	9 (6.9)
7,001-8,000 บาท	5 (3.8)
8,001-9,000 บาท	4 (3.1)
9,001-10,000 บาท	9 (6.9)
มากกว่า 10,000 บาท	14 (10.8)
ที่พักอาศัย	
บ้าน	66 (50.8)
ห้องเช่าหรืออพาร์ทเมนต์	53 (40.8)
หอพักใน	11 (8.4)

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 130) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
ผู้ที่นักศึกษาพักอาศัยอยู่ด้วย	
ครอบครัว	82 (63.1)
คนเดียว	25 (19.2)
เพื่อน	23 (17.7)
ลักษณะการเดินทางมายังมหาวิทยาลัย	
เดินเท้า	59 (45.4)
โดยสารรถตู้	2 (1.5)
โดยสารรถประจำทาง	45 (34.6)
ผู้ปกครองมาส่ง	24 (18.5)
การบริโภคอาหารมื้อเช้า	
บริโภคอาหารมื้อเช้า	102 (78.5)
งดบริโภคอาหารมื้อเช้า	28 (21.5)
แหล่งบริโภคอาหารมื้อเช้า (เฉพาะผู้ที่บริโภคอาหารมื้อเช้า) (n = 102)	
โรงอาหารมหาวิทยาลัย	46 (45.1)
รับประทานมาจากที่พัก	30 (29.4)
ร้านสะดวกซื้อ	26 (25.5)
สาเหตุที่งดบริโภคอาหารมื้อเช้า (เฉพาะผู้ที่งดบริโภคอาหารมื้อเช้า) (n = 28)	
ตื่นนอนสาย	24 (85.8)
ที่พักอาศัยอยู่ไกลจากมหาวิทยาลัยใช้เวลาเดินทางมาก	2 (7.1)
ประหยัดเงิน	2 (7.1)

ผลการศึกษาความรู้ทางโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 20.87 กลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับการบริโภคอาหารมื้อเช้า มีค่าคะแนนเฉลี่ย 70.0 ร้อยละ 46.2 มีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง ดังตาราง 2

ตาราง 2 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ทางโภชนาการจำแนกตามระดับความรู้ทางโภชนาการ (n = 130)

ความรู้ทางโภชนาการ	จำนวน (ร้อยละ)
- ระดับสูง	60 (46.2)
- ระดับปานกลาง	42 (32.3)
- ระดับต่ำ	28 (21.5)
Mean $\pm$ S.D.	70.0 $\pm$ 20.87

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการบริโภคอาหารมือเช้าของกลุ่มตัวอย่างมี ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.97 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.03 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.4 มีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ดังแสดงในตาราง 3 เมื่อพิจารณารายชื่อของพฤติกรรมการบริโภคอาหารมือเช้าที่มีคะแนนสูงสุด ได้แก่ รับประทานอาหารมือเช้าประเภทนมที่สำเร็จรูป (Mean = 2.26, S.D. = 0.98) ใน 1 สัปดาห์ รับประทานอาหารมือเช้าก่อนเข้าเรียน

(Mean = 2.25, S.D. = 0.92) และดื่มน้ำอัดลม น้ำหวานที่มีน้ำตาลสูง เช่น ชานมไข่มุก ในอาหารมือเช้า (Mean = 2.16, S.D. = 1.10) ในขณะที่พฤติกรรมการบริโภคอาหารมือเช้า ที่มีคะแนนต่ำสุด ได้แก่ รับประทานผลไม้หลังรับประทานอาหารมือเช้า (Mean = 1.53, S.D. = 1.09) ใน 1 สัปดาห์ ประกอบอาหารมือเช้ารับประทานเอง (Mean = 1.70, S.D. = 1.17) รับประทานอาหารมือเช้าประเภทขนมปัง (Mean = 1.79, S.D. = 1.02) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 3 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการบริโภคอาหารมือเช้า จำแนกตามระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารมือเช้า (n = 130)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารมือเช้า	จำนวน (ร้อยละ)
- ระดับดีมาก	25 (19.2)
- ระดับดี	98 (75.4)
- ระดับน้อย	7 (5.4)
- ระดับต้องปรับปรุง	0 (0.0)
Mean $\pm$ S.D.	1.97 $\pm$ 1.03

ตาราง 4 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพฤติกรรมการบริโภคอาหารมือเช้าของกลุ่มตัวอย่าง (n = 130)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารมือเช้า	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง				คะแนนพฤติกรรม		ระดับ
	ไม่เคยปฏิบัติ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติประจำ	Mean	S.D.	
1. ใน 1 สัปดาห์ ประกอบอาหารมือเช้ารับประทานเอง	20.8	24.6	18.4	36.2	1.70	1.17	ดี
2. ใน 1 สัปดาห์ รับประทานอาหารมือเช้าก่อนเข้าเรียน	6.9	12.3	30.0	50.8	2.25	0.92	ดีมาก
3. รับประทานอาหารมือเช้าครบ 5 หมู่ทุกวัน	10.8	17.7	37.7	33.8	1.95	0.97	ดี
4. รับประทานอาหารมือเช้าประเภทเนื้อสัตว์ติดมัน เช่น หมูสามชั้น ขาหมู ไก่ติดหนัง	40.0	20.7	33.1	6.2	1.89	1.07	ดี
5. รับประทานอาหารมือเช้าประเภทไข่	9.3	16.9	30.0	43.8	2.08	0.99	ดี
6. รับประทานอาหารมือเช้าประเภทซุบแบ่งทอด เช่น ไก่ทอด หมูทอด	45.4	26.9	22.3	5.4	2.08	1.00	ดี
7. รับประทานอาหารมือเช้าประเภททานขนมปัง	32.3	26.2	34.6	6.9	1.79	1.02	ดี

ตาราง 4 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพฤติกรรมการบริโภคอาหารมือเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (n = 130) (ต่อ)

พฤติกรรมการบริโภค อาหารมือเข้า	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง				คะแนน พฤติกรรม		ระดับ
	ไม่เคย ปฏิบัติ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ ประจำ	Mean	S.D.	
8. รับประทานผลไม้หลังรับประทาน อาหารมือเข้า	21.5	29.3	23.8	25.4	1.53	1.09	ดี
9. รับประทานอาหารมือเข้าประเภท บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป	56.9	19.3	21.5	2.3	2.26	0.98	ดีมาก
10. ดื่มน้ำอัดลม น้ำหวานที่มีน้ำตาลสูง เช่น ชานมไข่มุก ในอาหารมือเข้า	57.7	13.1	21.5	7.7	2.16	1.10	ดี

การศึกษาปัจจัยทำนายของตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ ต่อตัวแปรตามคือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารมือเข้า โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณแบบ Enter ผลการวิเคราะห์พบว่า มีปัจจัยทำนายอย่างน้อย 1 ตัวแปร สามารถทำนาย พฤติกรรมการบริโภคอาหารมือเข้าได้ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 เมื่อพิจารณาอิทธิพลของตัวแปร พบว่ามีอำนาจการทำนายของทุกตัวแปร ร้อยละ 15.8

($R^2 = 0.158$, p-value < 0.05) โดยมีตัวแปรอิสระ 4 ตัวแปร ที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารมือเข้าของกลุ่มตัวอย่างได้ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ได้แก่ เพศหญิง เงินรายได้ แหล่งบริโภคอาหารมือเข้า (โรงอาหารมหาวิทยาลัย รับประทานอาหารจากที่พักร และร้านสะดวกซื้อ) และระดับความรู้ทางโภชนาการมีค่า Beta = -0.223 -0.213 -0.212 และ 0.201 ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง 5

ตาราง 5 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารมือเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (n = 130)

ตัวแปร	B	SE	Beta	t	p-value
ปัจจัยนำ					
อายุ	0.041	0.069	0.104	0.595	0.553
หญิง (อ้างอิง = ชาย)	-0.342	0.148	-0.223	-2.319	0.022*
ดัชนีมวลกาย	0.045	0.037	0.110	1.1237	0.218
ระดับชั้นปี	-0.041	0.064	-0.111	-0.643	0.521
ความรู้ทางโภชนาการ	0.122	0.055	0.201	2.213	0.029*
ปัจจัยเสริม					
เงินรายได้	-0.044	0.019	-0.213	-2.338	0.021*
ผู้ที่นักศึกษาพักอาศัยอยู่ด้วย (อ้างอิง = นักศึกษาพักอาศัยคนเดียว)	-0.081	0.071	-0.132	-1.136	0.258

ตาราง 5 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารมือเช้าของกลุ่มตัวอย่าง (n = 130) (ต่อ)

ตัวแปร	B	SE	Beta	t	p-value
ปัจจัยเอื้อ					
ที่พักอาศัย (อ้างอิง = หอพักใน)	0.012	0.072	0.018	0.165	0.869
ลักษณะการเดินทางมายังมหาวิทยาลัย (อ้างอิง = ผู้ปกครองมาส่ง)	-0.007	0.027	-0.023	-0.247	0.805
แหล่งบริโภคอาหารมือเช้า (อ้างอิง = กลุ่มงดบริโภคอาหารมือเช้า)	-0.095	0.040	-0.212	-2.401	0.018*
F = 2.233, R = 0.398, R ² = 0.158, Adjusted R ² = 0.087					

*p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารมือเช้า

จากผลการศึกษาของงานวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 78.5 บริโภคอาหารมือเช้าโดยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารมือเชื่อก่อนเข้เรียนเป็นประจำ ร้อยละ 50.8 และเลือกบริโภคอาหารมือเช้าครบ 5 หมู่เป็นประจำ ร้อยละ 33.8 นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังเลือกบริโภคอาหารที่มีคุณประโยชน์เป็นประจำ เช่น ไข่ ร้อยละ 43.8 หรือผลไม้ ร้อยละ 25.4 แสดงให้เห็นว่า นักศึกษาเหล่านี้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารมือเช้าที่ดี อย่างไรก็ตามยังคงมีนักศึกษาบางส่วนบริโภคอาหารที่มีสารอาหารมากเกินความต้องการและเป็นอาหารเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพอย่างเป็นประจำ 5-7 วันสัปดาห์ ได้แก่ น้ำอัดลมหรือน้ำหวานที่มีน้ำตาลสูง (ชาวมโซ่มุก) ขนมปัง เนื้อสัตว์ติดมัน (หมูสามชั้น ไก่ติดหนัง) อาหารชุบแป้งทอด (ไก่ทอด ลูกชิ้นทอด) และขนมที่สำเร็จรูป คือ ร้อยละ 7.7 6.9 6.2 5.4 และ 2.3 ตามลำดับ ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 45.1 เลือกมาบริโภคอาหารมือเช้าที่มหาวิทยาลัย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Suban et al. (2016) ศึกษา นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร พบว่า ร้อยละ 58.7 มีการบริโภคอาหารมือเช้า โดยอาหารมือเช้าที่ไม่ดีที่นักศึกษาบางคนเลือกบริโภค เช่น ขนมที่สำเร็จรูป ขนมปัง ปาท่องโก๋ น้ำอัดลม หมูทอด ไก่ทอด เป็นต้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Srisawat & Lowirakorn (2019) ศึกษาใน

นักศึกษาชั้นปีที่1 ระดับปริญญาตรี กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า มีการบริโภคอาหารมือเช้าในวันเรียนปกติ ร้อยละ 62.5 และวันหยุด ร้อยละ 41.3 อาหารมือเช้าที่บริโภค 5-6 วัน/สัปดาห์เป็นอาหารจานเดียว เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวกระเพรา ข้าวหมูแดง และข้าวขาหมู และเลือกที่จะมารับประทานร้านใกล้คณะภายในมหาวิทยาลัย

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการงดบริโภคอาหารมือเช้า ร้อยละ 21.5 เหตุผลหลัก คือ ตื่นนอนสายสูงถึงร้อยละ 87.7 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากลักษณะการดำรงชีวิตของนักศึกษาเป็นช่วงวัยรุ่นตอนปลายต่อกับวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีกิจกรรมการใช้ชีวิตมากทำให้ต้องใช้พลังงานมากตามไปด้วย ชอบนอนดึกส่งผลทำให้ตื่นสาย และมักเลือกบริโภคอาหารตามความต้องการของตนเอง นอกจากนี้ นักศึกษาส่วนหนึ่งพักอาศัยในหอพักโดยไม่ได้พักอาศัยอยู่กับครอบครัวจึงไม่เห็นความสำคัญของการบริโภคอาหารมือเช้าที่มีคุณค่าทางโภชนาการ สอดคล้องกับงานวิจัย Sitthirat Na Nakhonphanom & Matanasarawoot (2016) ระบุว่าสาเหตุการงดบริโภคอาหารมือเช้าของนักศึกษาคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เนื่องจากนอนตื่นสายคิดเป็นร้อยละ 79.0 ทั้งนี้ Srisawat & Lowirakorn (2019) ให้เหตุผลของการงดบริโภคอาหารมือเช้าของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เนื่องจาก

ต้องการนอนตื่นสาย นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อการบริโภคอาหารเช้า เช่น การพักอาศัยอยู่กับผู้ปกครอง ความเร่งรีบเข้าชั้นเรียน ไม่มีเวลา ไม่อยากอาหาร ราคาอาหาร ขาดความตระหนักส่วนตัวในบริโภคอาหารเช้า เป็นต้น (de Paula Fiuza, Muraro, Rodrigues, Sena, & Ferreira, 2017; Seedat & Pillay, 2020) มีข้อเสนอแนะจากนักศึกษาระดับอุดมศึกษาเพื่อให้สามารถบริโภคอาหารมื้อเช้าก่อนเข้าเรียน ดังนี้ ตื่นนอนให้เช้าขึ้น เลื่อนเวลาเรียนเป็นหลัง 08.00 นาฬิกา หรือเพิ่มร้านค้าสวัสดิการจำหน่ายอาหารให้มากขึ้นเพื่อให้เพียงพอแก่นักศึกษาและจำหน่ายในราคาย่อมเยา (Sittthirat Na Nakhonphanom & Matanasarawoot, 2016) เป็นที่ทราบกันดีว่าอาหารมื้อเช้าจำเป็นต่อวัยเรียน การบริโภคอาหารมื้อเช้าที่มีคุณภาพประโยชน์เป็นประจำจะส่งผลดีต่อการคุณภาพของผลการเรียน ความจำ ทักษะการคำนวณ (Adolphus, Lawton, & Dye, 2013) ดังนั้น หากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องการส่งเสริมนักศึกษาให้บริโภคอาหารมื้อเช้าอย่างเหมาะสมควรปรับปรุงพฤติกรรมกระตุ้นนอนรวมถึงพฤติกรรมอื่นๆ ด้วย รวมถึงสร้างตระหนักถึงการบริโภคอาหารที่มีคุณภาพประโยชน์ต่อสุขภาพ

พฤติกรรมบริโภคอาหารมื้อเช้าของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่อยู่ในระดับดี สอดคล้องกับความรู้ทางโภชนาการอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ ชั้นปีที่ 1-4 ในหลักสูตรต่างๆ มีการเรียนทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ เน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพจึงมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงด้านโภชนาการและส่งผลให้นักศึกษาเหล่านี้มีพฤติกรรมบริโภคอาหารมื้อเช้าอยู่ในระดับดี อย่างไรก็ตาม นักศึกษาบางคนถึงแม้จะมีความรู้ทางโภชนาการแต่ก็ยังคงมีพฤติกรรมบริโภคอาหารมื้อเช้าหรือเลือกบริโภคอาหารมื้อเช้าที่ไม่ดี อาจเนื่องมาจากลักษณะการดำรงชีวิตเร่งรีบ นอนตื่นสายหรือระยะทางในการเดินทางมาเรียนที่มหาวิทยาลัยไกลจากที่พัก รวมถึงบริโภคนิสัยของแต่ละคน ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Wongsa, Meunpirom, & Choothong (2023) ที่พบว่านักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง ส่วนใหญ่

มีความรู้เรื่องการบริโภคอาหารมื้อเช้าที่ประโยชน์ต่อสุขภาพในระดับปานกลางและมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกันและยังไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Srinimnuan (2015) ที่พบว่านักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ส่วนใหญ่ร้อยละ 43.7 มีความรู้เรื่องอาหารมื้อเช้าอยู่ในระดับปานกลาง และมีระดับพฤติกรรมบริโภคอาหารมื้อเช้าอยู่ในระดับดี

2. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมบริโภคอาหารมื้อเช้าจากการศึกษาพบว่าตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยนำ คือ เพศหญิง ความรู้ทางโภชนาการ ปัจจัยเสริม คือ เงินรายได้ของนักศึกษา และปัจจัยเอื้อ คือ แหล่งบริโภคอาหารอาหารมื้อเช้า (โรงอาหารมหาวิทยาลัย รับประทานอาหารที่พัก และร้านสะดวกซื้อ) สามารถทำนายพฤติกรรมบริโภคอาหารมื้อเช้าได้ ทั้งนี้ เนื่องจากรายได้ที่นักศึกษาได้รับจากผู้ปกครองเพื่อนำมาใช้สอยในชีวิตประจำวันระหว่างที่ศึกษาในระดับมหาวิทยาลัย ไม่ว่าจะเป็นค่าเดินทาง การวัสดุอุปกรณ์การเรียน รวมถึงการบริโภคอาหารด้วย รวมถึงการได้รับความรู้ทางโภชนาการที่ถูกต้องจะเกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและไปสู่การปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมบริโภคอาหารครบทุกมื้อ มีสารอาหารคุณภาพประโยชน์อย่างครบถ้วน และหลีกเลี่ยงประเภทอาหารที่ไม่เหมาะสม ประกอบกับนักศึกษาส่วนใหญ่เลือกมาบริโภคอาหารมื้อเช้าที่โรงอาหารของมหาวิทยาลัยซึ่งมีหลากหลายร้าน ราคาเหมาะสมไม่แพงจนเกินไป ที่นั่งรับประทานอาหารมีจำนวนเพียงพอ และสามารถเข้าเรียนได้ทันเวลาเริ่มเรียนช่วงเช้าสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chuenaoay & Srisiri (2017) ระบุว่าปัจจัยทำนายพฤติกรรมบริโภคอาหารของนิสิตปริญญาตรี ปีที่ 1 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้แก่ รายรับของนักศึกษา เจตคติของการบริโภคอาหาร การมีอาหารที่เอื้อให้เกิดพฤติกรรมบริโภคอาหาร และแรงสนับสนุนจากสื่อ มีประสิทธิภาพการทำนายร่วมกันต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารร้อยละ 17.1 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.05 และจากการศึกษาของ Mirzaei, Ghofranipour, & Ghazanfari (2016) พบว่า ปัจจัยทางสังคมที่สามารถทำนายพฤติกรรมบริโภคอาหารมื้อเช้าในกลุ่มนักเรียนระดับประถมศึกษา ได้แก่ การดูแลตนเอง

(ความเชื่อ ทศนคติ) การสนับสนุนทางสังคม (ผู้ปกครอง เพื่อน) และการควบคุมตนเอง (การตั้งเป้าหมายของตนเอง) มีอำนาจการทำนายร้อยละ 15.1 11.2 และ 38.4 ตามลำดับ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติต่ำกว่า 0.05 ดังนั้น ผลจากงานวิจัยนี้แสดงได้ว่า การแสดงออกของพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารมือเช้าที่พึงประสงค์ของกลุ่มตัวอย่างขึ้นกับหลายปัจจัย ไม่เพียงปัจจัยนำที่เป็นปัจจัยระดับบุคคล (เพศ ความรู้ทางโภชนาการ) เท่านั้น ยังรวมถึงปัจจัยเสริมที่มาจาก การสนับสนุนจากผู้ปกครอง (เงินรายได้ของนักศึกษา) และปัจจัยเอื้อที่มาจากสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย (แหล่งบริโภคอาหารมือเช้า) อีกด้วย หากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำเอาตัวแปรอิสระที่เป็นปัจจัยทำนายต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารมือเช้าเหล่านี้ มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาหรือออกแบบกิจกรรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารมือเช้าของนักศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ให้มีพฤติกรรมที่ดีมากยิ่งขึ้น

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัด คือ ใช้วิธีการวัดพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารมือเช้าทางอ้อม ด้วยแบบสอบถาม พฤติกรรมการปฏิบัติบริโภคอาหารมือเช้าและแบ่งระดับคำตอบตามความถี่ของการปฏิบัติ เนื่องจาก การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยอยู่ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้ไม่สามารถควบคุมการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในสถานการณ์จริงได้ เพื่อให้การดำเนินงานวิจัยเป็นไปอย่างเรียบร้อย คณะผู้วิจัยจึงตัดสินใจเลือกวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและใช้วิธีการส่งแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างแบบออนไลน์

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลที่ได้จากงานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ และความรู้ทางโภชนาการ ปัจจัยเสริม ได้แก่ เงินรายได้ของนักศึกษา และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ แหล่งบริโภคอาหารมือเช้า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการ

ทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารมือเช้าของนักศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือผู้ปกครองสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ ดังนี้

1. คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมให้นักศึกษามีความรู้ด้านโภชนาการที่ถูกต้องในการบริโภคอาหารเช้า ทั้งในกลุ่มนักศึกษาสาขาวิชาที่มีเรียนรายวิชาทางโภชนาการในหลักสูตรโดยตรง ได้แก่ หลักสูตรสาธารณสุขชุมชน และนักศึกษาที่ไม่มีเรียนรายวิชาทางโภชนาการ เช่น หลักสูตรอาชีวอนามัยและความปลอดภัย และหลักสูตรบริการทางการแพทย์ ทั้งนี้ เนื้อหาและการใช้ประโยชน์ของความรู้จะมีความซับซ้อนมากขึ้นตามระดับชั้นเรียนที่สูงมากขึ้นและหลักสูตรที่เรียนโดยจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ความรู้ด้วยวิธีการที่หลากหลาย อาทิ สอดแทรกเนื้อหาโภชนาการ ผ่านการเรียนการสอนของรายวิชาที่เกี่ยวข้อง จัดกิจกรรมค่ายโภชนาการเป็นกิจกรรมเสริมในระหว่างการเรียนรู้ในมหาวิทยาลัย หรือจัดกิจกรรมรณรงค์ทางโภชนาการ หัวข้อความรู้ เช่น คุณประโยชน์ของอาหารมือเช้าต่อการประสิทธิภาพการเรียนรู้ของผู้ที่อยู่ในวัยเรียน หรืออาหารมือเช้าที่มีคุณค่าโภชนาการเหมาะสมตามวัย สำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรี

2. สถาบันการศึกษา จัดบริการแหล่งบริโภคอาหารมือเช้า เช่น ร้านจำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพ ที่มีคุณค่าทางโภชนาการและมีความปลอดภัย มีอาหารหลากหลายชนิด ราคาไม่แพง มีเพียงพอต่อนักศึกษา สำหรับนักศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม รวมถึงนักศึกษาคณะอื่นๆ นอกจากนี้ เพื่อสุขภาพที่ดีของนักศึกษาควรควบคุมการจำหน่ายอาหารประเภทหวาน มัน เค็ม ภายในสถาบันการศึกษาด้วย

3. ผู้ปกครองควรสร้างความตระหนักให้แก่บุตรหลาน ทำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารมือเช้าที่เหมาะสม และผู้ปกครองพิจารณาจัดหาอาหารมือเช้าที่มีคุณค่าให้แก่นักศึกษา หรือรณักศึกษาพักอาศัยอยู่หอพัก ทางผู้ปกครองช่วยกระตุ้นเตือนนักศึกษาให้ตระหนักถึงบริโภคอาหารมือเช้าที่มีคุณประโยชน์ต่อสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับชนิดและคุณค่าทางโภชนาการที่นักศึกษาได้รับจากอาหารมื้อเช้า โดยใช้วิธีเก็บข้อมูลการบริโภคอาหารประจำวันระดับบุคคล การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายและใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงมากที่สุด เพื่อทราบข้อมูลอย่างละเอียดและแรงจูงใจในการบริโภคอาหารมื้อเช้า จะได้ใช้เป็นแนวทางวางแผนสร้างความตระหนักในการบริโภคอาหารมื้อเช้าได้อย่างเหมาะสมและตรงกับกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด

2. ควรศึกษากลุ่มตัวอย่างอื่นเพิ่มเติม เช่น วัยเรียน 5-18 ปี วัยทำงาน หญิงตั้งครรภ์ หรือผู้สูงอายุ เนื่องจากโภชนาการมีผลต่อสุขภาพของทุกกลุ่มวัยโดยเฉพาะประชากรกลุ่มเปราะบางหรือกลุ่มที่เป็นกำลังแรงงานหลักของครอบครัว

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี คณะผู้วิจัยขอบพระคุณคณาจารย์และนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงสำหรับการสนับสนุนงานวิจัยจนสำเร็จลงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Adolphus, K., Lawton, C. L., & Dye, L. (2013). The effects of breakfast on behavior and academic performance in children and adolescents. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7(425), 1-28; doi: 10.3389/fnhum.2013.00425
- Best, J. W. (1977). *Research in education*. (3rd ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill.
- Chuenao, N., & Srisiri, S. (2017). *Prediction factors of food consumption behavior among first year undergraduate students in Srinakharinwirot University*. In Proceeding of the 7th Rajamangala University of Technology National Conference (RMUTCON). (pp. 949-957). August 8-9, 2017. Bangkok: IMPACT ARENA, Exhibition & Convention Center. (in Thai)
- de Paula Fiuza, R. F., Muraro, A. P., Rodrigues, P. R. M., Sena, E. de-M., & Ferreira, M. G. (2017). Skipping breakfast and associated factors among Brazilian adolescents. *Revista de Nutricao-Brazilian Journal of Nutrition*, 30(5), 615-626.
- Fujiwara, T., Sato, N., Aafi, H., Sakamoto, H., & Nakata, R. (2009). Skipping breakfast adversely affects menstrual disorders in young college students. *International Journal of Food Science and Nutrition*, 60(S6), 23-31.
- Gibney, M. J., Barr, S. I., Bellisle F., Drewnowski, A., Fagt, S., Livingstone, B., et al. (2018). Breakfast in human nutrition: The international breakfast research initiative. *Nutrients*, 10, 559; doi: 10.3390/nu10050559
- Health Systems Research Institute. (2021). *Thai national health survey examination 6th, 2019-2020*. Bangkok: Aksorn graphic and design publishing limited partnership. Mahidol University, Health Systems Research Institute, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Meehanpong, P., & Chatdokmaiprai, K. (2018). Assessing quality of research instrument in nursing research. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(1), 9-15. (in Thai)

- Mirzaei, A., Ghofranipour, F., & Ghazanfari, Z. (2016). Social cognitive predictors of breakfast consumption in primary school's male students. *Global Journal of Health Science*, 8(1), 124-132.
- Sanitlou, N., Sartphet, W., & Naphaarrak, Y. (2019). Sample size calculation using G*Power program. *Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology (Humanities and Social Science)*, 5(1), 496-507. (in Thai)
- Seedat, R., & Pillay, K. (2020). Breakfast consumption and its relationship to sociodemographic and lifestyle factors of undergraduate students in the school of Health Sciences at the University of Kwazulu-Natal. *South African Journal of Clinical Nutrition*, 33(3), 79-85.
- Sitthirat Na Nakhonphanom, P., & Matanasarawoot, A. (2016). Association between eating breakfast and fatigued in medical student, Faculty of Medicine, Chiang Mai University. *Lanna Public Health Journal*, 12(2), 1-9. (in Thai)
- Srinimnuan, W. (2015). *Knowledge, breakfast consumption and health status among graduate students*, Chiang Mai University. Independent Study Master of Science (Nutrition Education) Graduate School, Chiang Mai University, Chiang Mai. (in Thai)
- Srisawat, S., & Lowirakorn, S. (2019). Perception and breakfast consumption of 1st year Bachelor degree students in the Health Science cluster, KhonKaen University. *KKU Journal of Public health Research*, 12(4), 88-96. (in Thai)
- Suban, S., Sujjacharee, K., Wanaratmongkol, S., & Ratanopas, W. (2016). *Breakfast consumption of first students Kamphaeng Phet Rajabhat University*. In Proceeding of the 3rd Kamphaeng Phet Rajabhat University National Conference. (pp. 557-584). December 22, 2016. Kamphaeng Phet: Kamphaeng Phet Rajabhat University. (in Thai)
- Thompson-McCormick, J. J., Thomas, J. J., Bainivualiku, A., Khan, A. N., & Becker, A. E. (2010). Breakfast skipping in school-going ethnic Fijian adolescent girls. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 19(3), 372-382.
- Ua-Kit, N., & Pensri, L. (2019). Utilization of the procede model in health promotion. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 12(1), 38-48. (in Thai)
- Wongsa, K., Meunpirom, M., & Choothong, C. (2023). The study of factors related for healthy-breakfast consumption behavior of community public health student in Faculty of Science, Lampang Rajabhat University. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 23(2), 293-301. (in Thai)

บทความวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ กับความรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของหญิงตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลขอนแก่น

ธารีรัตน์ พายัพสาย^{1,*} พย.ม., สุพรรณษา จิตรสม² พย.ม., ศุภจิรา สืบสีสุข³ ส.ม.

Received: January 15, 2023

Revised: May 11, 2023

Accepted: May 12, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 222 ราย ถูกคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การศึกษา เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 150.92, S.D. = 18.89) ระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ((Mean = 15.18, S.D. = 0.10) และระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง (Mean = 89.32, S.D. = 0.29) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำมากกับความรู้ ($r = 0.15$, $p\text{-value} < 0.05$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($r = 0.43$, $p\text{-value} < 0.05$) ความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($r = 0.26$, $p\text{-value} < 0.05$) ผลจากการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมหรือโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพความรู้และพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันและลดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ พฤติกรรมการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หญิงตั้งครรภ์

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วัชรพล มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตวัชรพล

² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วัชรพล มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตวัชรพล

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

* ผู้รับผิดชอบบทความ: thareerat_n@hotmail.com

Relationships among health literacy, knowledge, and preventive behaviors on Coronavirus disease 2019 among pregnant women in Khon Kaen Hospital

Thareerat Payapsai^{1,*} M.N.S., Supansa Chitsom² M.N.S., Supachira Suebseesook³ M.P.H.

ABSTRACT

The objectives of descriptive research were to study the level of health literacy, knowledge, and preventive behaviors on Coronavirus disease 2019, and the relationships among health literacy, knowledge, and preventive behaviors on Coronavirus disease 2019 among pregnant women. The two hundred twenty-two study subjects were selected by purposive sampling technique according to the study criteria. The questionnaires were used for data collection and analyzed using descriptive statistics and the Spearman rank correlation coefficient.

The results revealed that pregnant women had a high level of health literacy (Mean = 150.92, S.D. = 18.89), a moderate level of knowledge (Mean = 15.18, S.D. = 0.10), and a high level of preventive behaviors (Mean = 89.32, S.D. = 0.29). The relationship between health literacy and knowledge was positively very low ($r = 0.145$, $p\text{-value} < 0.05$). The relationship between health literacy and preventive behaviors of Coronavirus disease 2019 was moderately positive ($r = 0.43$, $p\text{-value} < 0.05$). The relationship between knowledge and preventive behaviors of Coronavirus disease 2019 was positively low ($r = 0.26$, $p\text{-value} < 0.05$). The result of this study can be used to develop the activity or program using health literacy, knowledge, and preventive behaviors on Coronavirus disease 2019 as a guide for advice to pregnant women to prevent and reduce the spread of Coronavirus disease 2019.

Keywords: Health literacy, Knowledge, Preventive behaviors, Coronavirus disease 2019, Pregnant woman

¹ Assistant Professor, Faculty of Nursing Watcharapol, Western University Watcharapol Campus

² Instructor, Faculty of Nursing Watcharapol, Western University Watcharapol Campus

³ Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital

* Corresponding author: thareerat_n@hotmail.com

บทนำ

โรคโควิด-19 หรือไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19, Coronavirus Disease) โดยกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย เรียกว่า โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไวรัสนี้ก่อให้เกิดอาการเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และจะแสดงอาการตั้งแต่ระดับความรุนแรงน้อยตั้งแต่โรคหัดธรรมดา ไปจนถึงปอดอักเสบ (Pneumonia) ที่มีอาการรุนแรงมาก (Division of Communicable Diseases, 2020; Team NCPERE, 2020) สามารถพบการติดเชื้อได้ในประชากรทุกกลุ่มอายุ รวมทั้งหญิงตั้งครรภ์ (Manmana, Iamsirithawom, & Uttayamakul, 2020) ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางกลุ่มหนึ่งที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อ จากสถิติการเก็บรวบรวมข้อมูลของโรงพยาบาลขอนแก่นพบจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อโควิด-19 ที่มารับบริการฝากครรภ์ ช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 มีจำนวน 8 ราย และต่อมาตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 พบจำนวน 35 ราย ซึ่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

หญิงตั้งครรภ์ มีการเปลี่ยนแปลงของสรีรวิทยาและกลไกในการตั้งครรภ์ จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงของโรคที่รุนแรงกว่าบุคคลทั่วไป เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากขึ้นและมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงของโรคที่รุนแรงกว่าบุคคลทั่วไป หากหญิงตั้งครรภ์มีการติดเชื้อ 2 ใน 3 ของหญิงตั้งครรภ์จะไม่แสดงอาการ มีรายงานยืนยันการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์และส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ได้แก่ การเพิ่มความรุนแรงของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์และความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ อาจพบอาการรุนแรงในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วน อายุมาก หรือมีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไทรอยด์ โรคหัวใจ โรคหอบ โรคปอด โรคไต และภูมิคุ้มกันบกพร่อง จึงมีโอกาสเกิดผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจได้ เช่น โรคปอดบวมรุนแรง ร่วมกับภาวะหายใจลำบาก หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการเจ็บป่วยปานกลางถึงรุนแรง ต้องได้รับการรักษา

ในโรงพยาบาล เพื่อตรวจวินิจฉัยความเสื่อมสภาพหรือเฝ้าระวังสัญญาณอันตรายที่อาจเกิดขึ้น เช่น ทารกดินนอยลง มีเลือดออก หรือน้ำคร่ำรั่วออกทางช่องคลอด ตามัว ปวดศีรษะรุนแรง อ่อนแรง เวียนศีรษะ ปวดท้องมาก บวมบริเวณใบหน้า นิ้วมือและเท้า ชัก หายใจลำบาก รวมทั้ง ความผิดปกติรุนแรงของระบบทางเดินหายใจที่อาจเกิดขึ้น และหรือการดูแลรักษาเพื่อให้แม่และลูกมีชีวิตรอด นอกจากนั้น อาจส่งผลกระทบต่อทารกซึ่งทำหน้าที่เหมือนเครื่องช่วยหายใจสำหรับทารกในครรภ์ได้รับความเสียหาย ทารกในครรภ์อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้ เช่น ทารกดินนอยลง น้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนด การเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ตายคลอด หรือทารกมีความเสี่ยงต้องเข้ารับการรักษาในหน่วย Neonatal Intensive Unit (NICU) ส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารกทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดได้ (Department of health, 2021; The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists, 2020; World Health Organization, 2021; Zhu, Wang, Fang, Peng, Zhang, Chang et al., 2020)

ข้อมูลจากกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 โดยให้ใช้หลักการป้องกันโรคติดต่อในระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ การล้างมือ สวมหน้ากากอนามัย ไม่คลุกคลีกับผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ หมั่นล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หรือใช้แอลกอฮอล์เจลล้างมือ ไม่นำมือมาสัมผัสตา จมูก ปาก ไม่ใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น รับประทานอาหารปรุงสุกร้อนๆ การหลีกเลี่ยงอยู่ในสถานที่แออัดและไม่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่มีอาการไอ จาม หากเลี่ยงไม่ได้ควรป้องกันตนเองโดยใส่หน้ากากอนามัย นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงการเดินทางไปต่างประเทศ โดยหญิงตั้งครรภ์ควรมารับการฝากครรภ์และตรวจครรภ์ตามนัดเพื่อได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเหมาะสม ดำเนินการป้องกันโรคตามมาตรการการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง และสามารถได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ภายหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เป็นการป้องกันตนเองขั้นพื้นฐาน จึงมีความสำคัญ

ต่อการลดการแพร่ระบาดของโรคได้เป็นอย่างมาก ประชาชนจึงจำเป็นต้องมีความรู้ต่อสถานการณ์ของโรค อากาศ และมีพฤติกรรมป้องกันตนเอง การป้องกันบุคคลในครอบครัวอย่างเหมาะสม เพื่อให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด-19 (Division of Communicable Diseases, 2020)

ปัจจุบันสภาพปัญหาของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ข้อมูลข่าวสารความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพมีทั้งถูกต้องและไม่ถูกต้อง ได้ถูกนำมาเผยแพร่ในสื่อสังคมออนไลน์โดยขาดการพิจารณา กลั่นกรอง ทำให้ประชาชนที่ได้รับข้อมูลเข้าใจไม่ถูกต้อง โดยไม่ได้ตรวจสอบกับแหล่งข้อมูลที่ถูกต้องหรือน่าเชื่อถือ และไม่สามารถแยกแยะได้ว่าข้อมูลชุดใดที่ไม่สมควรเชื่อถือ อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนของประชาชนทุกกลุ่ม ซึ่งผลของการรับข้อมูลที่ผิด ๆ จะนำไปสู่การปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงในด้านต่าง ๆ ส่งผลกระทบต่อ การสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง เสียเวลา และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา (Kaeodumkoeng, 2018) โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1998) ได้ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพว่า หมายถึง กระบวนการทางปัญญาและทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการใช้ทักษะที่จำเป็นในการแสวงหาเพื่อให้เข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน สื่อสาร ได้ตอบ แลกเปลี่ยน ซักถามข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอด และเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ก่อให้เกิดแรงจูงใจในตนเอง ทำให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการกับสุขภาพตนเองเพื่อปรับพฤติกรรมและใช้ ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริม และดำรงรักษาสุขภาพที่ดี อยู่เสมอ (Nutbeam, 2000) และจากหลายรายงาน พบผลการศึกษาสอดคล้องกันว่าประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะส่งผลให้อัตราการตาย การเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง เพราะมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพตนเองต่ำ มีการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพ และเข้ารับบริการส่งเสริมสุขภาพต่ำ (Osborn, Batterham, Elsworth, Hawkins, & Buchbinder, 2013) ซึ่งความ

รอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูล โดยการส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูล สามารถตรวจสอบ ข้อมูลสุขภาพจากหลายแหล่ง และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจ โดยการส่งเสริมความสามารถในการวิเคราะห์เปรียบเทียบ แนวทางการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถตรวจสอบ ข้อมูลสุขภาพจากหลายแหล่ง เพื่อยืนยันความเข้าใจ ของตนเองและได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ 3) ทักษะการสื่อสาร โดยการส่งเสริมความสามารถในการสนทนากับผู้อื่นให้ ปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง 4) การรู้เท่าทันสื่อ โดยส่งเสริมความสามารถในการประเมินข้อความสื่อ เพื่อเสนอแนะ ชี้แนะแนวทางพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้อื่น 5) การจัดการตนเอง โดยส่งเสริมความสามารถในการ ทบทวนพฤติกรรมสุขภาพให้เป็นไปตามเป้าหมาย และ 6) ทักษะการตัดสินใจ โดยส่งเสริมการวิเคราะห์ และตัดสินใจในทางเลือกปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่ เหมาะสม รวมถึงการทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการ ปฏิบัติตนได้อย่างมีเหตุผล เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพ ที่ถูกต้อง (Nutbeam, 2008)

จากการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับ พอใช้ ซึ่งไม่เพียงพอต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน และนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีต่อไป ซึ่งหากประชาชน ส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรู้ด้านสุขภาพน้อย ย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพในภาพรวมต่อไป (Health Education Division, 2018) จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งถือเป็นอุบัติการณ์ใหม่ ยังมี องค์ความรู้ที่น้อย จึงมีการศึกษาหาข้อค้นพบจากการวิจัย อย่างต่อเนื่อง และมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลอย่างรวดเร็ว ดังนั้น การรับรู้ การเข้าใจ การตีความของบุคคลและกลุ่ม ที่ไม่เข้าถึงข้อมูลอย่างต่อเนื่อง มีโอกาสส่งต่อข้อมูลที่ไม่ ถูกต้อง และนำไปปฏิบัติไม่ถูกต้อง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อ สุขภาพได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 ของ ประชาชนในมาเลเซีย (Azlan, Hamzah, Sern, Ayub, & Mohamad, 2020) พบว่า ประชาชนมีความรู้และได้ ค่ะแนแนน้อยในข้อที่ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ไม่สามารถ

จะส่งต่อเชื้อไวรัสให้คนอื่นเมื่อไม่มีอาการไข้ สำหรับเด็กและผู้ใหญ่ตอนต้นไม่จำเป็นต้องวัดไข้เพื่อคัดกรองการติดเชื้อโควิด-19 และอาการคัดจมูก น้ำมูกไหล และจามพบได้น้อยในผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งอาการเหล่านี้แตกต่างจากโรคไข้หวัด ข้อเหล่านี้ หากประชาชนยังไม่ทราบ อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Khumsaen (2021) พบว่า ระดับการศึกษา ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ดังนั้น การที่ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะนำไปสู่การช่วยลดความเสี่ยงหรือปัญหาต่อสุขภาพ บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยจะส่งผลต่อการใช้ข้อมูล การเข้ารับบริการสุขภาพ และการดูแลป้องกันตนเองจากความเจ็บป่วยไม่เหมาะสม อาจเกิดการแพร่กระจายเชื้อได้ รวมทั้งการเข้าถึงข้อมูลและการปฏิบัติตนไม่เหมาะสม ต่อสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จะเห็นได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล พบว่า มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในภาพรวมอยู่ในระดับดี (Morasakul & Punthasee, 2021) ความรู้ความเข้าใจ แนวทางการปฏิบัติตัวการป้องกันการแพร่ระบาดเกี่ยวกับโรคโควิด-19 นับว่าเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่งที่จำเป็นต้องศึกษา เพื่อช่วยให้ประชาชนเข้าใจปัญหา และให้บริการแก่หญิงตั้งครรภ์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรง และลดการแพร่ระบาดของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Department of Health, 2021; Khorsukworakul, Khobkhun, Anusornteerakul, & Harnklar, 2021) จากการศึกษาพบว่า การเตรียมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยใช้องค์ความรู้ในเรื่องการป้องกันโรคโควิด-19 ของกรมควบคุมโรค แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และ American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

โควิด-19 ลดความเสี่ยงและผลกระทบอันตรายอันจะเกิดกับหญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ และเกิดความมั่นใจในการมารับบริการได้ (Kansukcharearn & Charornsuk, 2020)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นพื้นฐานที่สำคัญต่อการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ดังนั้น พยาบาลผดุงครรภ์ควรหาวิธีในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่หญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ จะสามารถใช้ความรู้อย่างมีวิจารณญาณในการเลือกปฏิบัติดูแลตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 เพื่อให้สามารถควบคุมโรคโควิด-19 ได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ กับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ที่ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 กับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น จากสถิติประจำปี พ.ศ. 2564 พบว่า มีจำนวนทั้งสิ้นประมาณ 2,856 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ามาใช้บริการฝากครรภ์ ที่หน่วยฝากครรภ์ในโรงพยาบาลขอนแก่น โดยผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรคำนวณที่ทราบประชากรแน่นอนของแดเนียล (Daniel & Cross, 2010) โดยใช้ความเชื่อมั่นร้อยละ 95.0 ค่าความ

คลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 โดยสูตรดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 NP(1-P)}{Z_{\alpha/2}^2 NP(1-P) + (N-1)d^2}$$

เมื่อ n = จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

N = ขนาดประชากร

$Z_{\alpha/2}$ = ค่าสถิติมาตรฐาน จากตาราง Z ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 มีค่าเท่ากับ 1.96

P = อ้างอิงจากผลการศึกษาวិเคราะห์ข้อมูลระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย ที่เป็นปัญหาที่พบในระดับไม่ดีพอ ร้อยละ 17.0 (Health Education Division, 2018)

d = ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ผู้วิจัยยอมให้เกิดสูงสุดเท่ากับ 0.05

แทนค่าจากสูตรข้างต้นดังนี้

$$N = 2,856$$

$$Z_{\alpha/2} = 1.96$$

$$P = 0.17$$

$$d = 0.05$$

$$n = (1.96)^2 (2,856) (0.17) (1-0.17)$$

$$\frac{(1.96)^2 (0.17) (1-0.17) + (2,856-1)(0.05)^2}{1} = 202$$

ผลจากการคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้จำนวน 202 ราย เพื่อป้องกันแบบสอบถามที่ตอบไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 10.0 คิดเป็น 20 ราย รวมตัวอย่างทั้งสิ้นเป็นจำนวน 222 ราย ผู้วิจัยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงที่มีคุณสมบัติ คือ เป็นการตั้งครรภ์ทุกรายที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะเสี่ยงตามเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก สามารถอ่านเข้าใจภาษาไทย สามารถกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยไม่ได้รับการอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยอย่างครบถ้วน เกณฑ์คัดออก คือ ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ และมีภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะเสี่ยงเกิดขึ้นระหว่างเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้จาก

การทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ชุด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อายุครรภ์ปัจจุบัน สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ศาสนา ความสามารถในการจัดหาอุปกรณ์ป้องกันโรคติดเชื้อ ลักษณะที่อยู่อาศัย สมาชิกในครอบครัว และการทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 เป็นแบบสอบถามชนิดกำหนดให้เลือกคำตอบ (Check list) รวมทั้งหมด 12 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของดอน นัทบีม (Nutbeam, 2008) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ลักษณะคำถามเป็นลักษณะปลายปิด โดยเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คือ 5 4 3 2 และ 1 หมายถึง ปฏิบัติ ทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ ตามลำดับ รวมทั้งหมด 36 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การเข้าถึงข้อมูล จำนวน 7 ข้อ คะแนนเต็ม 35 คะแนน

ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจ จำนวน 5 ข้อ คะแนนเต็ม 25 คะแนน

ตอนที่ 3 ทักษะการสื่อสาร จำนวน 9 ข้อ คะแนนเต็ม 45 คะแนน

ตอนที่ 4 การรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 5 ข้อ คะแนนเต็ม 25 คะแนน

ตอนที่ 5 การจัดการตนเอง จำนวน 5 ข้อ คะแนนเต็ม 25 คะแนน

ตอนที่ 6 การตัดสินใจ จำนวน 5 ข้อ คะแนนเต็ม 25 คะแนน

ระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีช่วงคะแนนระหว่าง 36-180 คะแนน การแปลผลคะแนนโดยกำหนดตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1968) นำคะแนนที่ได้มาแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ดี คือ คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80.0-100.0 (คะแนนตั้งแต่ 144 คะแนน) แปลผล เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนได้ถูกต้อง

ปานกลาง คือ มีคะแนนอยู่ในช่วง 108-143 คะแนน (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60.0-79.0) แปลผล เป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนได้ถูกต้องบ้าง

น้อย คือ คะแนนน้อยกว่า 108 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60.0) แปลผล เป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนตาม

ชุดที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 จำนวน 19 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด (Close ended question) โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ซึ่งตอบแบบตรวจสอบรายการ (Check list) ให้เลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ โดยคำตอบที่ถูกต้องให้ 1 คะแนน คำตอบที่ไม่ถูกต้องหรือตอบไม่แน่ใจให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-19 คะแนน เมื่อรวมคะแนนแล้วจัดระดับความรู้ โดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ การแปลผลคะแนนโดยกำหนดตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1968) นำคะแนนที่ได้มาแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ดี คือ คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80.0-100.0 (คะแนนตั้งแต่ 16 คะแนน ขึ้นไป) ปานกลาง คือ คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60.0-79.0 (คะแนนตั้งแต่ 12-15 คะแนน) และ น้อย คือ คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60.0 (คะแนนต่ำกว่า 12 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันตนเอง การติดเชื้อโควิด-19 ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ลักษณะคำถามเป็นลักษณะปลายปิด โดยเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คือ 5 4 3 2 และ 1 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นส่วนมาก ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย และไม่ค่อยปฏิบัติ ตามลำดับ จำนวน 20 ข้อ การแปลผลพฤติกรรมสุขภาพ โดยกำหนดตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1968) นำคะแนนที่ได้มาแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ดี คือ คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 80.0-100.0 (คะแนนตั้งแต่ 80 คะแนนขึ้นไป) ปานกลาง คือ คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60.0-79.0 (คะแนนตั้งแต่ 60-79 คะแนน) และน้อย คือ คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60.0 (คะแนนต่ำกว่า 60 คะแนน)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ สูติแพทย์ 1 ท่าน ที่มีความชำนาญทางด้านสูตินรีเวช และพยาบาลชำนาญการ 1 ท่าน ที่ปฏิบัติงานหน่วยฝากครรภ์ เพื่อพิจารณาความถูกต้องตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา หลังจากได้รับการพิจารณา ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็น ให้ได้แบบสอบถามที่เข้าใจง่าย ครบถ้วน และมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence Index: IOC) มากกว่า 0.50 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) แยกออกเป็นรายด้าน ดังนี้ การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ การจัดการตนเอง และการตัดสินใจ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา มากกว่า 0.8

ผู้วิจัยได้ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการทดลองใช้ (Try out) กับหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่หน่วยรับฝากครรภ์โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง จำนวน 30 คน เพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือโดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 นำไปหาค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.80 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 นำไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แยกออกเป็นรายด้าน ดังนี้ การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ การจัดการตนเอง และการตัดสินใจ เท่ากับ 0.87 0.89 0.92 0.88 0.90 และ 0.89 ตามลำดับ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 เท่ากับ 0.97

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังจากผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เอกสารรับรองหมายเลข WTU 2565-0080 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลขอนแก่น KEF65027 ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างรอรับการตรวจจากสตูแพทย์ โดยสอบถามความสนใจซึ่งผู้วิจัยได้คำนึงถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างศึกษาที่ไม่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเสียประโยชน์ด้านเวลา รายได้ ความรู้สึกในทางลบ และการเว้นระยะห่างทางสังคม โดยผู้วิจัยประเมินความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างโดยการนัดหมายเวลาก่อนล่วงหน้าเพื่อประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างพร้อมที่จะให้ตอบแบบสอบถามหรือไม่ รวมถึงสถานที่ในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้จัดสถานที่ซึ่งเน้นให้เป็นสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว มีความเป็นอิสระ เพื่อเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบสอบถามได้เต็มที่ ผู้วิจัยชี้แจงแก่กลุ่มตัวอย่างรับทราบว่าการกลุ่มตัวอย่างมีอิสระที่จะไม่ตอบคำถามที่ไม่ต้องการตอบก็ได้และเน้นย้ำถึงวิธีการรักษาความลับและจัดเก็บข้อมูลที่จะรักษาให้อยู่ในความปลอดภัย โดยการใช้รหัสแทนชื่อและสกุลจริง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาหากไม่มีความประสงค์เข้าร่วมจากนั้นผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอม และให้ดาวน์โหลดแบบสอบถามออนไลน์ด้วย QR code ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 15-30 นาที เมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย จากนั้นกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทาง

สถิติโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 ใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบตัวแปรทุกตัว โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov พบว่า ข้อมูลไม่ได้มีการแจกแจงแบบปกติ จึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยการกำหนดค่า ระดับความสัมพันธ์ (Wiersma & Jurs, 2009) ดังนี้ ค่าสหสัมพันธ์ (r) = 0.01-0.20 มีความสัมพันธ์ระดับต่ำมากค่า r = 0.21-0.40 มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ค่า r = 0.41-0.60 มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางค่า r = 0.61-0.80 มีความสัมพันธ์ระดับสูงค่า r มากกว่า 0.80 มีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 21-34 ปี ร้อยละ 72.5 ตั้งครรภ์อยู่ในช่วงไตรมาส 3 (7-9 เดือน) มากที่สุด ร้อยละ 52.7 ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส ร้อยละ 86.0 จบระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. มากที่สุด ร้อยละ 36.9 ประกอบอาชีพเป็นพนักงานโรงงาน/บริษัทเอกชนมากที่สุด ร้อยละ 32.9 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือน 10,000-15,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 41.9 มีสิทธิการรักษาแบบประกันสังคมมากที่สุด ร้อยละ 47.8 และส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.6 มีความสามารถในการจัดหาอุปกรณ์ป้องกันโรคติดเชื้ออย่างเพียงพอ ร้อยละ 97.8 มีลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นบ้านเดี่ยว ร้อยละ 81.5 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่พักอาศัยด้วยกัน 4 คนขึ้นไป ร้อยละ 65.8 และรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จากช่องทางสื่อออนไลน์มากที่สุด ร้อยละ 50.0

2.ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 150.92, S.D. = 18.89) เมื่อ

พิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับดี (Mean = 20.52-36.72) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านทักษะการสื่อสาร ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการรู้เท่าทันสื่อดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 รายด้าน และภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 222)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	Possible range	Min-Max	Mean	S.D.	แปลผล
ด้านการเข้าถึงข้อมูล	7-35	18-35	29.72	3.96	ดี
ด้านความรู้ความเข้าใจ	5-25	15-25	21.91	2.76	ดี
ด้านทักษะการสื่อสาร	9-45	14-45	36.72	5.78	ดี
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	5-25	11-25	20.52	3.21	ดี
ด้านจัดการตนเอง	5-25	5-25	21.04	3.13	ดี
ด้านการตัดสินใจ	5-25	9-25	21.01	3.07	ดี
ภาพรวม	36-180	99-180	150.92	18.89	ดี

3.ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 15.18, S.D. = 0.10) คะแนนสูงสุด คือ 19 คะแนน และคะแนน

ต่ำสุด คือ 5 คะแนน จำแนกตามระดับคะแนน พบว่า มากที่สุดมีคะแนนอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 52.7 รองลงมาคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 38.3 และระดับคะแนนน้อย คิดเป็นร้อยละ 9.0 ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ค่าต่ำสุด สูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน และร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 222)

ตัวแปร	ระดับความรู้					
	น้อย		ปานกลาง		ดี	
	(< 12 คะแนน)		(12-15 คะแนน)		(≥ 16 คะแนน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19	20	9	85	38.3	117	52.7
Mean = 15.18, S.D. = 0.10, Min = 5, Max = 19						

4. ระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 89.32, S.D. = 0.29) คะแนนสูงสุด

คือ 100 คะแนน และคะแนนต่ำสุด คือ 60 คะแนนจำแนกตามระดับคะแนน พบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 94.1 และมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 5.9 ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ค่าต่ำสุด สูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน และร้อยละของพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 222)

ตัวแปร	ระดับ			
	ปานกลาง (60-79 คะแนน)		ดี (80-100 คะแนน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 Mean = 89.32, S.D. = 0.29, Min = 60, Max = 100	13	5.9	209	94.1

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์

ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำมากกับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ($r = 0.15$, $p\text{-value} < 0.05$)

และมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 ($r = 0.43$, $p\text{-value} < 0.05$) ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 ($r = 0.26$, $p\text{-value} < 0.05$) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 222)

ตัวแปรที่ศึกษา	ความรู้ด้านสุขภาพ	ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19	พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19
ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19	1.00		
ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19	0.15*	1.00	
พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19	0.43*	0.26*	1.00

* $p\text{-value} < 0.05$

สรุปและอภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 150.92, S.D. = 18.89) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านจัดการตนเอง และด้านการตัดสินใจ หญิงตั้งครรภ์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีทุกด้าน อาจเนื่องจากการระบาดของโรคโควิด-19 ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2562 จนถึง ตุลาคม พ.ศ. 2565 และ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 ได้เข้าสู่ระยะหลังการระบาดใหญ่ (Post-pandemic) ที่ยังพบการเกิดโรคอยู่ การให้ข้อมูลข่าวสารจากศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) ผ่านสื่อต่างๆ ในทุกช่องทางอย่างกว้างขวาง ทำให้ประชาชนได้ติดตามและรับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ทำให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรครวมทั้งการป้องกันโรคโควิด-19 และผลจากยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ได้มุ่งเน้นการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน โดยความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐร่วมกับประชาชน เมื่อประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ดี จะนำมาซึ่งการมีศักยภาพในการดูแลตนเองที่ดีตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของกัมปนาท โคตรพันธ์ และนิยม จันทรนวล (Kotpan & Junnua, 2022) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในจังหวัดมุกดาหารพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการศึกษาของจิระภา ขำพิสุทธิ์ (Khampisut, 2021) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน

พบว่า ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 และทักษะการรู้เท่าทันสื่อเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 นักศึกษามีความรอบรู้ในระดับมากทุกด้าน ซึ่งนักศึกษามีทักษะในการสื่อสาร การใช้เทคโนโลยีออนไลน์ เว็บไซต์ จึงมีความตื่นตัว สนใจที่จะแสวงหาความรู้ การติดต่อ ป้องกัน และสถานบริการรักษาเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก

ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 15.18, S.D. = 0.10) อธิบายได้ว่า โรคโควิด-19 หรือไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เป็นโรคที่เพิ่งพบครั้งแรก อาจยังมีความรู้เกี่ยวกับโรคไม่เพียงพอ จึงอาจทำให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับไวรัสชนิดนี้ค่อนข้างชัดเจนในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของบงกช โมระสกุล และพรศิริ พันธสี (Morasakul & Punthasee, 2021) ที่ศึกษาความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยนานาชาติ เซนต์เทเรซา และวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของธานี กล่อมใจและคณะ (Glomjai, Kaewjiboon, & Chachvarat, 2020) ที่ศึกษาความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีหลายข้อที่มีผู้ตอบไม่ถูกต้อง ดังนั้น ในการรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนจึงควรเน้นย้ำในประเด็นที่มีความสำคัญและมีผลต่อการแพร่ระบาดของโรค จากความไม่รู้ของประชาชนเพื่อป้องกันการติดเชื้อและลดการแพร่ระบาดของโรค และการศึกษาของอัซลัน และคณะ (Azlan et al., 2020) ที่ศึกษาความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 ของประชาชนในมาเลเซีย พบว่า ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อยู่ในระดับสูง

แต่มีรายชื้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อย ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชน เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค

พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์อยู่ในระดับดี (Mean = 89.32, S.D. = 0.29) อธิบายได้ว่า ระบบการบริหารและการจัดการทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทยมีประสิทธิภาพมาก มีการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติการป้องกันการแพร่ระบาดและการป้องกันการติดเชื้อของโรคโควิด-19 ได้อย่างทั่วถึง และมีการเผยแพร่หลายช่องทาง ทำให้บุคคลได้รับข้อมูลทุกวันอย่างต่อเนื่อง และมีการเข้มงวดเน้นย้ำให้เห็นถึงความรุนแรงของโรคที่มีต่อสุขภาพและอาจทำให้เกิดแก่ชีวิตได้ มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของประชาชนที่ถูกต้องได้ สอดคล้องกับการศึกษาของธานี กล่อมใจ และคณะ (Glomjai et al., 2020) ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ของประชาชน ภาพรวมอยู่ในระดับมาก และการศึกษาของบงกช โมระสกุล และพรศิริ พันธสี (Morasakul & Punthasee, 2021) พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับดี

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวก ระดับต่ำมากกับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ($r = 0.15$, $p\text{-value} < 0.05$) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 ($r = 0.43$, $p\text{-value} < 0.05$) ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 ($r = 0.26$, $p\text{-value} < 0.05$) อธิบายได้จากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2008) ที่ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจะเกิดขึ้นได้นั้น ต้องมีปัจจัยพื้นฐาน คือ ความรู้และความเข้าใจของบุคคลที่มีอยู่เดิม ทักษะเหล่านี้จะพัฒนาได้ต้องมีกระบวนการ

คิด วิเคราะห์ ติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนข้อมูลที่ได้รับ และนำมาพัฒนาตนเอง จนเกิดความรู้ในการดูแลสุขภาพในเวลาต่อมา อธิบายได้ว่า หญิงตั้งครรภ์มีช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เพื่อใช้ในการให้ความรู้ และการเฝ้าระวังโรค โดยก่อนการตรวจครรภ์จะได้รับการประเมินสุขภาพทุกครั้ง อีกทั้ง ยังได้รับอุปกรณ์ในการป้องกันตนเองที่สามารถนำมาใช้ในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเท่าทันสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความเชื่อมโยงระหว่างความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถระดับบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ บอกต่อและนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในชีวิตประจำวัน ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้ง สามารถตัดสินใจเรื่องการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับมาก มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ในระดับดี มีพฤติกรรม การป้องกันโรคที่เหมาะสม ก็จะสามารถดูแลตนเองในการเฝ้าระวังและควบคุมโรค ตามความสามารถของ ตนเองได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดการถ่ายทอดข้อมูลในการ ป้องกันโรค เป็นแบบอย่างให้กับบุคคลอื่นได้ และ โน้มน้าวหรือจูงใจให้บุคคลอื่นดูแลสุขภาพตนเองในการ ป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ต่อไปได้สอดคล้องกับ การศึกษาของณัฐริกา พร้อมพูน และคณะ (Promphun, Leung, Kongsawat, Sengna, & Meenakate, 2022) ที่ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันโรค โควิด-19 และพฤติกรรมสุขภาพแบบชีวิตวิถีใหม่ของ นักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย อุบลราชธานี พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพมีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ และการศึกษาของ ดาวรุ่ง เยาวกุล และคณะ (Yaowakul, Abdullakasim, & Maharachpong, 2022) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้าน สุขภาพ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส

โคโรนา 2019 ของ อสม. ในเขตสุขภาพที่ 6 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 ของหญิง ตั้งครรภ์ พบว่า สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐวรรณ คำแสน (Khumsaen, 2021) ที่ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ ไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุ้มหาญ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ และป้องกันตนเอง จากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้ และการศึกษาของ ธาณี กล่อมใจ และคณะ (Glomjai et al., 2020) ที่ศึกษา ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกัน ตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 พบว่า ความรู้กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการ ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 มีความสัมพันธ์ ทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่ มีความรู้ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคในระดับมาก แต่ยังมีปัจจัยข้อที่มีค่าคะแนนน้อย ซึ่งอาจส่งผลให้มีการ แพร่กระจายของโรคได้ จึงควรมีการสร้างความรู้ความตระหนัก แก่ประชาชนในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจาย ของโรค

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลควรส่งเสริมความ รอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่หญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างเหมาะสม และช่วยส่งเสริมศักยภาพในการเฝ้าระวังและควบคุม โรคโควิด-19 ต่อไป

2. ควรจัดให้มีบริการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่แผนกฝากครรภ์ เพื่อให้บริการแก่หญิงตั้งครรภ์ สำหรับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษากิจกรรมหรือโปรแกรมการส่งเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคโควิด-19 แก่หญิงตั้งครรภ์ เพื่อส่งเสริมให้หญิง ตั้งครรภ์ ปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องในการควบคุมและ ป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- Azlan, A. A., Hamzah, M. R., Sern, T. J., Ayub, S. H., & Mohamad, E. (2020). Public knowledge, attitudes and practices towards COVID-19: A cross-sectional study in Malaysia. *PLOS ONE*, 15, 1-15.
- Bloom, B. S. (1968). "Learning for mastery", *The evaluation comment. In all our children learning*: New York: McGraw-Hill.
- Daniel, W. W., & Cross, C. L. (2010). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (9th ed.). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Department of Health (2021). *Pregnancy, postpartum and newborn care during the COVID-19 Pandemic*. Retrieved November 9, 2021, from <https://covid19.anamai.moph.go.th/>. (in Thai)
- Division of Communicable Diseases. (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19)*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Glomjai, T., Kaewjiboon, J., & Chachvarat, T. (2020). Knowledge and behavior of people regarding self-care prevention from novel Coronavirus 2019 (COVID-19). *Journal of Nursing, Public Health, and Education*, 21(2), 29-39. (in Thai)
- Health Education Division. (2018). *Promotion and assessment of health literacy and health behavior*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)

- Kaeodumkoeng, K. (2018). *Health literacy: Access understand and application (2nd ed.)*. Bangkok: Amarin Printing and Publishing. (in Thai)
- Kansukcharearn, A., & Charornsuk, W. (2020). Providing antenatal services under the circumstances of the epidemic of COVID-19, Hua Hin Hospital. *Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon Journal*, 5(1), 39-49. (in Thai)
- Khorsukworakul, C., Khobkhun, J., Anusornteerakul, S., & Harnklar, S. (2021). COVID-19 infectious disease: A guideline for caring of pregnant women during the epidemic. *Journal of Nursing and Health Research*, 22(2), 138-149. (in Thai)
- Khumsaen, N. (2021). Knowledge, attitudes, and preventive behaviors of COVID-19 among people living in Amphoe U-thong, Suphanburi province. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 4(1), 33-48. (in Thai)
- Kotpan, K., & Junnua, N. (2022). *Associated between health literacy and coronavirus disease 2019 prevention behavior among people in Mukdahan Province*. Retrieved Nov 23 2021, from https://www.ubu.ac.th/web/files_up/00008f2022090115080291. (in Thai)
- Morasakul, B., & Punthasee, P. (2021). Knowledge and prevention behaviors regarding COVID-19 among the first-year nursing students of Saint Theresa International College and Saint Louis College. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 15(37), 179-195. (in Thai)
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Osborn, R. H., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., Hawkins, M., & Buchbinder, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the health literacy questionnaire (HLQ). *BMC Public health*, 13(1), 1-17.
- Promphun, N., Leung, K., Kongsawat, W., Sengna, K., & Meenakate, P. (2022). Health literacy in the prevention of COVID-19 and new normal health behaviors of nursing students, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University. *Journal of Health and Nursing Ubon Ratchathani University*, 1(1), 16-27. (in Thai)
- Team NCPERE. (2020). *Vital surveillances: The epidemiological characteristics of an out break of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) China*. Retrieved Nov 20 2021, from <https://weekly.chinacdc.cn/en/article/id/e53946e2-c6c4-41e9-9a9b-fea8db1a8f51>.
- The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists. (2020). *Management of COVID-19 Infection in pregnancy (Version 3: July 17, 2020)*. Report Number: OB 63-022. (in Thai)
- Wiersma, W., & Jurs, G. S. (2009). *Research methods in education: An introduction (9th ed.)*. Massachusetts: Pearson.
- World Health Organization. (1998). *Health promotion Glossary*. Geneva: WHO Publications.
- World Health Organization. (2021). *Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected*. Retrieved Jul 9 2021, from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?>

- Yaowakul, D., Abdullakasim, P., & Maharachpong, N. (2022). Health literacy on coronavirus disease 2019 prevention behaviors of village health volunteers in region 6 health provider. *Research and Development Health System Journal*, 15(1), 257-272. (in Thai)
- Zhu, H., Wang, L., Fang, C., Peng, S., Zhang, L., Chang, G., et al. (2020). Clinical analysis of 10 neonates born to mothers with 2019-nCoV pneumonia. *Translational Pediatrics*, 9(1), 51-60.

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง
ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดปรววรรณ วิทย์วานกุล¹ ปร.ด., รัชดาภา สีดาตาส² พย.ม., สิริรัตน์ ด้ญบุตร¹ พย.ม.,
ยศพล เหลืองโสมนา^{3*} ปร.ด.

Received: April 8, 2023

Revised: May 21, 2023

Accepted: May 23, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ณ แผนกผู้ป่วยในหรือแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร ที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือน มกราคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2566 จำนวน 166 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและอีต้า และสถิติถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.5 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.60 (S.D. = 0.67) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ($r = 0.65$, $p\text{-value} < 0.001$) การสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.59$, $p\text{-value} < 0.001$) การมีผู้ดูแล ($\eta = 0.18$, $p\text{-value} = 0.027$) และอายุ ($r = -0.20$, $p\text{-value} = 0.011$) โดยพบว่า ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ($\beta = 0.44$, $p\text{-value} < 0.001$) การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.36$, $p\text{-value} < 0.001$) และอายุ ($\beta = -0.13$, $p\text{-value} = 0.026$) สามารถทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ร้อยละ 52 (Adjusted $R^2 = 0.52$) ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดโดยพัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ โรคมะเร็ง ยาเคมีบำบัด

¹ อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร

³ อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จังหวัดจันทบุรี

* ผู้รับผิดชอบบทความ: cardionursing@hotmail.com

Predictors of quality of life in older cancer patients receiving chemotherapy

Porawan Witwanukool¹ Ph.D., Ratchadapa Seedar² M.N.S, Sirirat Tanyabut¹ M.N.S,
Yosapon Leungsomnana^{3,*} Ph.D.

ABSTRACT

This cross-sectional research aimed to predict the factors related to the quality of life among older cancer patients receiving chemotherapy. The study involved a sample of 166 older cancer patients receiving chemotherapy at the National Cancer Institute in Bangkok between January and April 2023. Purposive sampling was used to select participants and data were collected using questionnaires. The analysis encompassed descriptive statistics, Pearson's product-moment correlation coefficient, Eta correlation coefficient, and multiple linear regression analyses.

The findings revealed that 64.5% of the participants had a moderate overall quality of life, with a mean score of 3.60 (S.D. = 0.67). Factors were found to be significantly associated with the quality of life including self-care self-efficacy ($r = 0.65$, $p\text{-value} < 0.001$), social support ($r = 0.59$, $p\text{-value} < 0.001$), caregiver ($\eta = 0.18$, $p\text{-value} = 0.027$), and age ($r = 0.20$, $p\text{-value} = 0.011$). Furthermore, the results demonstrated that self-care self-efficacy ($\beta = 0.44$, $p\text{-value} < 0.001$), social support ($\beta = 0.36$, $p\text{-value} < 0.001$), and age ($\beta = -0.13$, $p\text{-value} = 0.026$) together accounted for 52% (Adjusted $R^2 = 0.52$) of the variance in the overall quality of life. Based on these findings, healthcare professionals prioritize enhancing self-care self-efficacy, and social support among older cancer patients undergoing chemotherapy. This can be achieved by developing a tailored program aimed at improving their quality of life.

Keywords: Quality of life, Older, Cancer patients, Chemotherapy

¹ Lecturer, Department of Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok

² Specialized Professional Nurse, National Cancer Institute, Bangkok

³ Lecturer, Department of Adult and Gerontological Nursing, Phrapokklao Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Chanthaburi

* Corresponding author: cardionursing@hotmail.com

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก มีอุบัติการณ์การเกิดโรคเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2025 จะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 19.3 ล้านคน ซึ่งร้อยละ 60.0 เป็นผู้ที่อายุมากกว่า 65 ปี และในกลุ่มนี้มีอัตราการตายเพิ่มขึ้นเป็น 16 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มคนที่มีอายุน้อยกว่า (International Agency for Research on Cancer, 2022) ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ทำให้อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งในวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นตามไปด้วย จากรายงานทะเบียนมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ในช่วงปี พ.ศ. 2562-2564 พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่เพิ่มสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นและพบสูงสุดในช่วงอายุ 55-65 ปี นอกจากนี้ ยังพบว่า ในช่วงปีดังกล่าว ผู้ป่วยในกลุ่มอายุนี้อัตราการป่วยเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 10.2 ต่อปี และมีอัตราการตายอยู่ในช่วง 450-470 รายต่อประชากรแสนคนต่อปี (National Cancer Institute, 2020) ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งในวัยสูงอายุเนื่องมาจากความเสื่อมถอยทางสรีระตามกระบวนการสูงอายุ ทำให้มีการเสื่อมสภาพตั้งแต่ระดับโมเลกุล เซลล์เนื้อเยื่อและอวัยวะ การกลายพันธุ์ของยีน (Gene) ความสามารถในการจดจำเซลล์ลดลง อีกทั้ง ระบบภูมิคุ้มกันที่คอยเฝ้าระวังเซลล์แปลกปลอมทำหน้าที่กำจัดและทำลายเซลล์มะเร็งลดลง นอกจากนี้ การเกิดมะเร็งยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกของผู้สูงอายุเองอีกด้วย (Wangnum, 2016)

ปัจจุบันยาเคมีบำบัดเข้ามามีบทบาทมากในการรักษามะเร็ง โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดถึงร้อยละ 42.0 ในปี พ.ศ. 2563 (National Cancer Institute, 2021) อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในวัยสูงอายุจะได้รับผลกระทบมากกว่าวัยอื่น เนื่องจากประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายลดลง เช่น อัตราการกรองของไตลดลง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์ หลังจากบริหารยาเคมีบำบัดเข้าสู่ร่างกาย และจากสภาพร่างกายที่เปราะบาง เช่น ระบบภูมิคุ้มกันต่ำลง และขาดสารอาหาร ทำให้มีความทนต่อยาเคมีบำบัดลดลง นำไปสู่การเกิดพิษของยาเคมีบำบัดได้มากขึ้น

(Wangnum, Thanarojanawanich, Jamprasert, Na Bangxang, & Maneejavakajorn, 2019) อีกทั้ง ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร การรับรสชาติอาหารเปลี่ยนไป ผอมว่น แผลในปาก ผิวหนังแห้งคัน อ่อนเพลีย อ่อนล้า ไม่มีแรง แขนขาอ่อนแรง ชาปลายมือ ปลายเท้า นอนไม่หลับ และท้องผูก (Karomprat, Chaichan, Santawesuk, & Sookprasert, 2017) ซึ่งอาการดังกล่าวรบกวนการดำเนินชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล กระทั่งต่อสภาพลักษณะ ถูกจำกัดบทบาทหน้าที่ มีสัมพันธภาพทางสังคมลดลง จะเห็นได้ว่าโรคและการรักษาส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ (Bhatt, 2019)

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดต่างๆ พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งด้านมภายหลังการรักษาโรคมะเร็งครบ (Baik, Oswald, Buitrago, Buscemi, Lacobelli, Perez-Tamayo, et al., 2020) ผู้ป่วยโรคมะเร็งตับหลังได้ยาเคมีบำบัด (Niller, Srimoragol, Wongkongkam, & Thamtorawat, 2019) และผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Wongketkit, Wirojratana, & Chanruangvanich, 2022) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาดังกล่าว พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งแต่ละชนิดมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความเจ็บป่วยและการรักษา คุณลักษณะส่วนบุคคล ภูมิหลัง สิ่งแวดล้อม ประเพณี และวัฒนธรรมของแต่ละสังคมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ (Ramasubbu, Pasricha, Rawat, & Das Biswadeep, 2020) นอกจากนี้ยังพบว่า มีปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งได้เช่นกัน เช่น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งด้านมภายหลังการผ่าตัด (Baik, et al., 2020) การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต

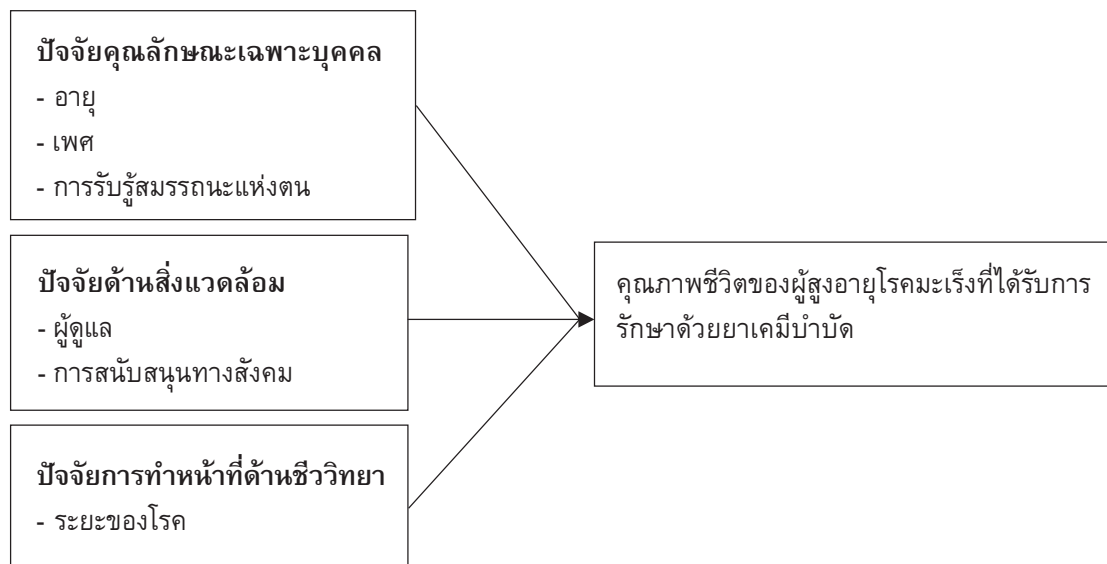
โดยรวมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา (Pongthavornkamol, Lekdamrongkul, Wanawarodom, & Ratchawong, 2014) เป็นต้น อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ Chaoayacha, Pothiban and Chintanawat (2019) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับความผาสุกด้านจิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการทางด้านร่างกาย และภาวะซึมเศร้า สามารถพยากรณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Arsanok, Wirojatana, & Jitramontree, 2022) ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมที่ดีสามารถส่งผลต่อการมีความผาสุกทางจิตใจที่ดี เป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งได้

จากการศึกษาข้างต้น แสดงให้เห็นว่าปัจจัยดังกล่าวนำมาใช้ศึกษาคุณภาพชีวิตในกลุ่มวัยผู้ใหญ่แต่ยังไม่พบการนำปัจจัยดังกล่าวมารวบรวมอธิบายหรือทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ทั้งๆ ที่คุณภาพชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถแสดงถึงการรับรู้ของผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยตามแนวคิดของ Ferrans, Zerwic, Wilburand, & Larson (2005) ดังนั้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ผลการวิจัยนี้

จะสามารถนำมาวางแผนพัฒนารูปแบบการดูแลให้สอดคล้องกับผู้ป่วยตามปัจจัยที่นำมาศึกษาให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น พร้อมทั้งสามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของ Ferrans, et al. (2005) ซึ่งมุ่งเน้นการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละบุคคลถึงผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และได้กล่าวถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยคุณลักษณะเฉพาะบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยการทำหน้าที่ด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านอาการ ปัจจัยด้านความสามารถในการทำหน้าที่ และปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้สนใจศึกษาปัจจัยบางประการที่อาจเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ได้แก่ 1) ปัจจัยคุณลักษณะเฉพาะบุคคล คือ อายุ เพศ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Duangchan & Matthews, 2021) 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม คือ ผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคม และ 3) ปัจจัยการทำหน้าที่ด้านชีววิทยา คือ ระยะของโรค มาร่วมทำนายของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (ภาพ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเมเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบ้ำบัด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเมเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบ้ำบัด

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ ผู้สูงอายุโรคเมเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบ้ำบัด ณ แผนกผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ในช่วงเดือน มกราคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2566 โดยมีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 340 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคเมเร็งทั้งเพศหญิงและชายที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี และมีประสบการณ์การรักษาด้วยยาเคมีบ้ำบัดทั้งแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้จาก

สูตรของ Green (1991) ดังนี้ $n > 50 + 8m$ ซึ่งกำหนดให้ n คือ ขนาดของตัวอย่าง และ m คือ จำนวนตัวแปรพยากรณ์เท่ากับ 6 ตัว กลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยนี้คือ 98 คน เพื่อเพิ่มอำนาจการทำนายจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 10 คนต่อ 1 ตัวแปรพยากรณ์ ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำในการศึกษาครั้งนี้ คือ 158 คน เพื่อลดความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจึงเพิ่มจำนวนตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้ตัวอย่าง 174 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) เคยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบ้ำบัดอย่างน้อย 1 ครั้ง 2) สามารถสื่อสาร พูดคุยภาษาไทยได้เข้าใจ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีอาการเจ็บป่วยกะทันหันและปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ได้จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษา ผู้ดูแล ชนิดและระยะของ

โรคกระเร้ง จำนวนครั้งของการได้รับยาเคมีบำบัด และอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด โดยอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) (Selby, Cascella, Gardiner, Do, Moravan, Myers, et al. 2010) ฉบับภาษาไทย โดยมีค่าคะแนนความรู้สึกตั้งแต่ 0 (ไม่มี) จนถึง 10 (มากที่สุด) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ 9 อาการหลักๆ ได้แก่ ปวด อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิตกกังวล ง่วงซึม เบื่ออาหาร ความไม่สบายกายและใจ และอาการเหนื่อย

2. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม พัฒนาโดย Luangpitak (2015) จำนวน 15 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ อารมณ์การประเมินค่าข้อมูลข่าวสารและทรัพยากร คำตอบของระดับการสนับสนุนทางสังคมแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยเริ่มจาก ไม่เป็นจริง ถึงเป็นจริงมากที่สุด การแปลผลคะแนน ระดับการสนับสนุนทางสังคม คือ 15-30 คะแนน 31-45 คะแนน และ 46-60 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ตามลำดับ

3. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตัวเองของผู้ป่วยโรคกระเร้ง (Strategies Used by People to Promote Health: SUPPH) พัฒนาโดย Lev and Owen (1996) ได้รับการแปลและแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทย (Forward-backward translation) และนำมาปรับปรุงโดย Choojai (2009) จำนวน 28 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ การลดความเครียด การตัดสินใจ และทัศนคติด้านบวก คำตอบของระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยเริ่มจาก น้อยมากๆ ถึง มากพอสมควร การแปลผลคะแนนระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน คือ 25-58 คะแนน 59-92 คะแนน และ 93-125 คะแนน หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ตามลำดับ

4. แบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อ (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกฉบับย่อ ได้รับการแปลและแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยและนำมาปรับปรุงโดย Mahatnirankul, Tuntipiwatanakul, & Pumpisarnchai (2005)

จำนวน 26 ข้อ ตามองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม การแปลผลคะแนนระดับคุณภาพชีวิต คือ 26-60 คะแนน 61-95 คะแนน และ 96-130 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ปานกลาง และดี ตามลำดับ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือข้อ 2-4 ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางโรคกระเร้ง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคกระเร้ง 2 ท่าน และพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด 2 ท่าน จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคกระเร้งที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84 0.88 และ 0.85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี เลขที่ COA. MURA2023/10 และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เลขที่ 010/2566 ก่อนทำการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแจ้งเกี่ยวกับสิทธิของการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการวิจัยโดยไม่มีการบังคับหรือมีผลต่อการรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับโดยนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจะลงชื่อในเอกสารแบบแสดงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในและหอผู้ป่วยนอกของสถาบันมะเร็งแห่งชาติเพื่อขออนุญาตและชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บข้อมูล จากนั้น ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยจากแฟ้มเวชระเบียนของแผนกและคัดกรองผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่างที่รับยาเคมีบำบัดแบบไม่ค้างคืน

ตอบแบบสอบถามระหว่างรอพบแพทย์ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่นอนค้างคืน ตอบแบบสอบถามวันแรกของการนอนโรงพยาบาลก่อนได้รับยาเคมีบำบัด เวลาที่ใช้ตอบแบบสอบถามคนละประมาณ 10 นาที กรณีกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ และตอบแบบสอบถามให้ผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปสำหรับวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนาใช้เพื่อการวิเคราะห์ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของอีตา (Eta correlation coefficient) ใช้เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต และสถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression: Stepwise method) ใช้เพื่อวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต การศึกษานี้กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

หลังเก็บข้อมูลพบว่ามีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 คน ที่มีข้อมูลไม่สมบูรณ์ จึงเหลือตัวอย่างในการรายงานผลวิจัย 166 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.3 มีอายุเฉลี่ย 66.51 ปี (S.D. = 4.76) สถานภาพคู่ ร้อยละ 59.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.6 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 60.2 มีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 67.5 สิทธิการรักษา คือ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 70.5 มีญาติหรือลูกหลานเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 70.5 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งในระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 34.3 การดำเนินของโรคมะเร็งอยู่ในระยะที่ 4 ร้อยละ 42.8 ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด น้อยกว่า 4 รอบการรักษา ร้อยละ 56.6 อาการข้างเคียงหลังได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ อาการเบื่ออาหาร ร้อยละ 57.2 เหนื่อยล้า ร้อยละ 51.8 และปวด ร้อยละ 32.5 ตามลำดับ ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูล (n = 166)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
Mean $\pm$ S.D.	66.51 $\pm$ 4.76	
เพศ		
หญิง	115	69.3
ชาย	51	30.7
สถานภาพสมรส		
โสด	29	17.5
คู่	98	59.0
หย่า	9	5.4
ม่าย	30	18.1
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	6	3.6
ประถมศึกษา	89	53.6
มัธยมศึกษา	38	22.9
ปริญญาตรี/สูงกว่า	33	19.9

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูล (n = 166) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	100	60.2
ประกอบอาชีพ	66	39.8
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	54	32.5
ไม่เพียงพอ	112	67.5
สิทธิการรักษา		
จ่ายค่ารักษาเอง	4	2.4
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	117	70.5
เบิกได้จ่ายตรง	30	18.1
ประกันสังคม	15	9.0
ผู้ดูแล		
สามี/ภรรยา	32	19.2
ญาติ/ลูกหลาน	117	70.5
ไม่มีผู้ดูแล	17	10.3
ชนิดของโรคมะเร็ง		
ศีรษะและคอ	11	6.6
ปอด	14	8.4
เต้านม	56	33.7
ทางเดินอาหาร	57	34.3
นรีเวช	28	17.0
ระยะของโรคมะเร็ง		
ระยะ 1	8	4.8
ระยะ 2	32	19.3
ระยะ 3	55	33.1
ระยะ 4	71	42.8
จำนวนครั้งของยาเคมีบำบัด		
< 4 รอบการรักษา	94	56.6
4-6 รอบการรักษา	25	15.1
> 6 รอบการรักษา	47	28.3
อาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด (3 อันดับแรก)		
เบื่ออาหาร	95	57.2
เหนื่อยล้า	86	51.8
ปวด	54	32.5

คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.5 มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม เท่ากับ 3.60 (S.D. = 0.67) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า ด้านจิตใจ (Mean = 3.58, S.D. = 0.66) มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านสิ่งแวดล้อม (Mean = 3.48, S.D. = 0.73) ด้านสุขภาพกาย (Mean = 3.21, S.D. = 0.49) และ

ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Mean = 3.20, S.D. = 0.75) ตามลำดับดังตาราง 2 การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 62.0 มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม เท่ากับ 48.12 (S.D. = 9.20) เช่นเดียวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตัวเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60.2 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 101.24 (S.D. = 23.11) ดังตาราง 3

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง (n = 166)

คุณภาพชีวิต	Mean	S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต					
			ไม่ดี		ปานกลาง		ดี	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สุขภาพกาย	3.21	0.49	7	4.2	141	85.0	18	10.8
จิตใจ	3.58	0.66	6	3.6	92	55.4	68	41.0
สัมพันธภาพทางสังคม	3.20	0.75	30	18.0	104	62.7	32	19.3
สิ่งแวดล้อม	3.48	0.73	13	7.8	74	44.6	79	47.6
คุณภาพชีวิตโดยรวม	3.60	0.67	9	5.4	107	64.5	50	30.1

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับการสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตัวเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง (n = 166)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
สนับสนุนทางสังคม		
ระดับต่ำ	10	6.0
ระดับปานกลาง	53	32.0
ระดับสูง	103	62.0
Mean ± S.D.	48.12 ± 9.20	
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน		
ระดับต่ำ	9	5.4
ระดับปานกลาง	57	34.4
ระดับสูง	100	60.2
Mean ± S.D.	101.24 ± 23.11	

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตัวเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับคุณภาพชีวิตโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.65$, $p\text{-value} < 0.001$) รองลงมา คือ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.59$, $p\text{-value} < 0.001$)

ส่วนด้านผู้ดูแล พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\eta = 0.18$, $p\text{-value} = 0.027$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.20$, $p\text{-value} = 0.011$) ดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตัวเองกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง ($n = 166$)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
1. อายุ	$r = -0.20$	0.011*
2. เพศ	$\eta = 0.03$	0.739
3. ผู้ดูแล	$\eta = 0.18$	0.027*
4. ระยะของโรคมะเร็ง	$\eta = 0.14$	0.590
5. การสนับสนุนทางสังคม	$r = 0.59$	< 0.001*
6. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	$r = 0.65$	< 0.001*

*p-value < 0.05; r: Pearson's correlation coefficient; η : Eta correlation coefficient

จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตัวเอง การสนับสนุนทางสังคมและอายุสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ ร้อยละ 52.0 ($F = 5.04$, $p\text{-value} < 0.001$) จากสมการดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตัวเองมีอำนาจ

การทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงที่สุดเมื่อเทียบกับตัวแปรอื่น สมการถดถอยแบบคะแนนมาตรฐาน คือ $\text{คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง} = 0.44 (\text{การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตัวเอง}) + 0.36 (\text{การสนับสนุนทางสังคม}) - 0.13 (\text{อายุ})$ ดังตาราง 5

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง ($n = 166$)

ตัวแปร	B	S.E.	β	t	p-value
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	0.31	0.05	0.44	6.69	< 0.001
การสนับสนุนทางสังคม	0.62	0.11	0.36	5.48	< 0.001
อายุ	-0.43	0.19	-0.13	-2.25	0.026
Constant	54.04	13.92		3.88	< 0.001

$R = 0.73$, $R^2 = 0.53$, adjusted $R^2 = 0.52$, R^2 Change = 0.02, $F = 5.04$, $p\text{-value} < 0.001$

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้นที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานในระบบทางเดินอาหารระยะ 4 และได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดน้อยกว่า 4 รอบการรักษา มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Wongketkit et al. (2022) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานระยะลุกลาม ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาข้างต้นมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั่วไปที่พบว่าอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน (Luangphituck, Duangkaew, Jaiyungyuen, & Wandee, 2018) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุทั้งที่ได้รับการและไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานมีระดับคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในการศึกษานี้มีระดับการสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตัวเองสูง ทำให้มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับเดียวกับผู้สูงอายุทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูงจากครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน และคนในชุมชนจะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับต่ำ (Kyriazidou, Alevizopoulos, Dokutsidou, Kavga, Kalemikerakis, Konstantinidis, et al., 2022) เช่นเดียวกับการศึกษาโมเดลสมการเชิงโครงสร้างของการศึกษาก่อนหน้าที่แสดงให้เห็นว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมผ่านอาการเหนื่อยล้าต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานปอดระยะสุดท้าย (Chen, Liu, & You, 2018)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การศึกษานี้พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานหลังได้รับยาเคมีบำบัด แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่าจะมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Quinten, Coens, Ghislain, Zikos, Sprangers, Ringash, et al. (2015) ที่พบว่า

ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่มีอายุน้อยกว่าจะมีคุณภาพชีวิตลดลง การวิจัยนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานทุกช่วงกลุ่มอายุจะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไป อาจเนื่องจากผลของยาเคมีบำบัดที่มีผลกระทบต่ออวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง (Wangnum, 2016)

ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต กล่าวคือ การที่มีคู่สมรส ลูกหลานและญาติพี่น้องให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานหลังได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับสูงจะส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการรับรู้ระดับคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีญาติหรือลูกหลานเป็นผู้ดูแล อาจเนื่องจากการที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ จากอาการเหนื่อยล้าและชาปลายมือและเท้า ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการพึ่งพิงลูกหลาน จากการศึกษาของ Jayani & Hurria (2012) พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานต้องการการดูแลจากผู้ดูแล โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยใหม่ที่พักยาวเฉลี่ย 43.0 ต้องการความช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวันจากเพื่อนและครอบครัวเพื่อคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพทางสังคม เช่น การโทรศัพท์ติดต่อสื่อสาร การเดินทางและการทำงานบ้าน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม งานวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลที่มีปัญหาด้านสุขภาพจะมีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนั้น ผู้ที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานควรจะมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อช่วยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ส่งผลต่อการเพิ่มการรับรู้คุณภาพชีวิต

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต กล่าวคือ การที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานหลังได้รับยาเคมีบำบัดได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลในสังคมอยู่ในระดับสูงจะส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผลของการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเหล่านี้มีความต้องการทางด้านจิตใจ (ต้องการ

การระบายความรู้สึกและการมีคนรับฟัง) และมีความต้องการความช่วยเหลือทางกาย (เมื่อรู้สึกเหนื่อยล้า ต้องการคนคอยช่วยเหลือ) ซึ่งพบว่า ความต้องการความช่วยเหลือทั้งสองประเภทจากบุคคลรอบข้างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต (Pisu, Azuero, Halilova, Williams, Kenzik, Kvale, et al., 2018)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตัวเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต กล่าวคือ การที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งมีความเชื่อมั่นในความสามารถเกี่ยวกับการดูแลตัวเองหลังได้รับยาเคมีบำบัดระดับสูงจะส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่อยู่ในระดับสูงของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจและด้านสังคม (Baik, et al., 2020) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยของ Baik, et al. (2020) แสดงให้เห็นว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย อาจเนื่องจากผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานจากอาการ ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดอาการทางกายอาจช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตทางกายของผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ดีขึ้นได้

ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม และอายุสามารถรวมทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุโรคมะเร็งหลังได้รับยาเคมีบำบัดได้ร้อยละ 52.0 แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยเหล่านี้มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนั้น จึงเป็นเหตุผลของการรวมทำนายคุณภาพชีวิต โดยมีรายละเอียด ดังนี้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตัวเองสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ในระดับสูงที่สุด กล่าวคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยในการศึกษานี้ อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่อการปรับแก้ปัญหา การลดความเครียด การตัดสินใจสิ่งต่างๆ และการใช้ชีวิตให้มีความสุขได้

ซึ่งสอดคล้องกับ คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่อยู่ในระดับสูง การศึกษานี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมรายด้านจิตใจและการมีสุขภาวะที่ดีของสตรีสูงอายุโรคมะเร็งเต้านม (Baik, et al., 2020) และผู้สูงอายุโรคมะเร็งชนิดต่างๆ (Miller, Ashing, Modeste, Herring, & Sealy, 2015) บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะพยายามเอาชนะในสิ่งที่ยากและท้าทายเพื่อแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา (Bandura, 1986) จึงกล่าวได้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นองค์ประกอบสำคัญ ที่สามารถทำนายว่าบุคคลนั้นสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสมเพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติอาจเนื่องจากตัวผู้ป่วยเอง โรคมะเร็งและผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ดังนั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างนี้ที่ส่วนใหญ่มีผู้ดูแล ผลการศึกษานี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้โดยพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งกลุ่มที่มีครอบครัวและมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายจะมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่คนเดียวและมีรายได้ไม่เพียงพอ (Kyriazidou et al., 2022) ดังนั้น การเอื้ออำนวยทางสังคมจะเป็นการอำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ จากคนรอบข้างเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองร่วมกับคนรอบข้างเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

อายุสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 66.51 ปี ซึ่งเป็นช่วงสูงอายุตอนต้น มีความเสื่อมถอยของร่างกายน้อย ร่างกาย

ยังแข็งแรง สามารถช่วยเหลือตนเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุมากกว่า (Wongpanarak & Chaleoykitti, 2014) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Quinten, et al. (2015) พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุโรคมะเร็งส่งผลให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตลดลงเนื่องจากผลกระทบทางร่างกาย ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่เหมาะสมกับสุขภาพทางกายและช่วงอายุอาจทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษานี้พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม และอายุร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งหลังได้รับยาเคมีบำบัด ดังนั้น จึงควรนำผลการศึกษานี้ไปสู่การพัฒนาโปรแกรมที่เกี่ยวกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพิจารณาตัวแปรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับความหมายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งหลังได้รับยาเคมีบำบัด เช่น ความยืดหยุ่นและความสามารถทางด้านร่างกาย เป็นต้น มาร่วมศึกษาเพื่อเพิ่มอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มนี้ นอกจากนี้ ควรทำการศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ อารมณ์ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งหลังได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Arsanok, P., Wirojratana, V., & Jitramontree, N. (2022). The influence of symptom distress, depression, and social support on spiritual well-being among older patients with advanced cancer during treatment. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 33(1), 84-98. (in Thai)
- Baik, S. H., Oswald, L. B., Buitrago, D., Buscemi, J., Lacobelli, F., Perez-Tamayo, A., et al. (2020). Cancer-relevant self-efficacy is related to better health-related quality of life and lower cancer-specific distress and symptom burden among Latina breast cancer survivors. *International Journal of Behavioral Medicine*, 27(4), 357-365.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bhatt, V. R. (2019). Cancer in older adults: Understanding cause and effects of chemotherapy-related toxicities. *Future Oncology*, 15(22), 2557-2560.
- Chaoayacha, W., Pothiban, L., & Chintanawat, R. (2019). Factors related to psychological well-being in older patients with cancer receiving chemotherapy. *Nursing Journal*, 46, 13-22. (in Thai)
- Chen, H. L, Liu, K., & You, Q. S. (2018). Self-efficacy, cancer-related fatigue, and quality of life in patients with resected lung cancer. *European journal of cancer care*, 27(6), 1-6.

- Choojai, M. (2009). *The relationship between perceived self-care efficacy and quality of life among breast cancer patients after mastectomy, Ratchaburi province*. Thesis of Master of Adult Nursing, Mahidol University, Bangkok. (in Thai)
- Duangchan, C., & Matthews, A. K. (2021). Application of ferrans et al.'s conceptual model of health-related quality of life: A systematic review. *Research Nurse Health, 44*, 490-512.
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship, 37*(4), 336-342.
- Green S. B. (1991). How many subjects does it take to do a regression analysis? *multivariate behavioral research, 26*(3), 499-510.
- International Agency for Research on Cancer. (2022). *The Global Cancer Observatory: GCO*. Retrieved May 10, 2023, from <https://gco.iarc.fr>.
- Jayani, R., & Hurria, A. (2012). Caregivers of older adults with cancer. *Seminars in oncology nursing, 28*(4), 221-225.
- Karomprat, A., Chaichan, P., Santawesuk, U., & Sookprasert, A. (2017). Symptom management and outcome in cancer patients undergoing chemotherapy. *Srinagarind Medical Journal, 32*(4), 326-331. (in Thai)
- Kyriazidou, E., Alevizopoulos, N., Dokutsidou, E., Kavga, A., Kalemikerakis, I., Konstantinidis, T., et al. (2022). Health-related quality of life and social support of elderly lung and gastrointestinal cancer patients undergoing chemotherapy. *SAGE open nursing, 8*, 1-9.
- Laghousi, D., Jafari, E., Nikbakht, H., Nasiri B., Shamshirgaran, M. & Aminisani, N. (2019). Gender differences in health-related quality of life among patients with colorectal cancer. *Journal of Gastrointestinal Oncology, 10*(3), 453-461.
- Lev, E. L., & Owen, S. V. (1996). A measure of self-care self-efficacy. *Research in nursing & health, 19*(5), 421-429.
- Luangpitak, S. (2015). *Factors influencing self-management among patients with heart failure*. Thesis of Master of Adult Nursing, Burapha University, Chonburi. (in Thai)
- Luangphituck, W., Duangkaew, J., Jaiyungyuen, U., & Wandee, P. (2018). Predicting factors of quality of life among older persons in Suphanburi province. *Journal of Nursing Siam University, 20*(38), 67-81. (in Thai)
- Mahatnirankul, S., Tuntipiwatanakul, V., & Pumpisarnchai, V. (2005). Quality of life questionnaire of the World Health Organization in Thai version. Retrieved March 1, 2023, from <https://dmh.go.th/test/whoqol/>
- Miller, A. M., Ashing, K. T., Modeste, N. N., Herring, R. P., & Sealy, D. A. (2015). Contextual factors influencing health-related quality of life in African American and Latina breast cancer survivors. *Journal of cancer survivorship: research and practice, 9*(3), 441-449.
- National Cancer Institute. (2020). *Cancer registration at hospital level 2020*. Bangkok: New Ordinary Printing (Thailand) Co., Ltd. (in Thai)
- Niller, A., Srimoragol, P., Wongkongkam, K., & Thamtorawat, S. (2019). Factors predicting quality of life of hepatocellular carcinoma patients undergoing trans arterial chemoembolization. *Thai Journal of Nursing Council, 34*(2), 127-140. (in Thai)

- Pisu, M., Azuero, A., Halilova, K. I., Williams, C. P., Kenzik, K. M., Kvale, E., et al. (2018). Most impactful factors on the health-related quality of life of a geriatric population with cancer. *Cancer*, 124(3), 596–605.
- Pongthavornkamol, K., Lekdamrongkul, P., Wanawarodom, P., & Ratchawong, W. (2014). Relationships between social support, financial status, health-promoting behaviors, and quality of life among women with breast cancer undergoing radiation treatment. *Journal of Nursing Science*, 32(1), 15-27. (in Thai)
- Quinten, C., Coens, C., Ghislain, I., Zikos, E., Sprangers, M. A. G., Ringash, J., et al. (2015). The effects of age on health-related quality of life in cancer populations: A pooled analysis of randomized controlled trials using the European organization for research and treatment of cancer (EORTC) QLQ-C30 involving 6024 cancer patients. *European journal of cancer (Oxford, England: 1990)*, 51(18), 2808–2819.
- Ramasubbu, S. K., Pasricha, R. K., Rawat, V. S., & Das Biswadeep. (2020). Quality of life and factors affecting it in adult cancer patients undergoing cancer chemotherapy in a tertiary care hospital. *Cancer Report*, 4(2), 1-11.
- Selby, D., Cascella, A., Gardiner, K., Do, R., Moravan, V., Myers, J., et al. (2010). A single set of numerical cut points to define moderate and severe symptoms for the Edmonton Symptom Assessment System. *Journal of pain and symptom management*, 39(2), 241-249.
- Wangnum, K. (2016). Nursing care of older adults with cancer undergoing chemotherapy. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice*, 3(1), 51–63. (in Thai)
- Wangnum, K., Thanarojanawanich, T., Jamprasert, L., Na Bangxang, J., & Maneejavakajom J. (2019). Development of a multidisciplinary care system in older adult cancer patients undergoing chemotherapy treatment. *Journal of the Department of Medical Services*, 44(2), 32-41. (in Thai)
- Wongketkit, K., Wirojratana, V., & Chanruangvanich, W. (2022). Factors predicting quality of life among older adults with advanced cancer receiving palliative care. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 33(1), 117-131. (in Thai)
- Wongpanarak, N., & Chaleoykitti, S. (2014). Depression: A significant mental health problem of elderly. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(3), 24-31. (in Thai)

บทความวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

พงษ์ศักดิ์ ราชสมณะ^{1*} พ.บ., บัณฑิตพร พรหมแจ้ง² ส.ด., สยมพร จันทรงาม³ พย.บ., รุ่งระวี มากมี³ พย.บ.

Received: June 25, 2023

Revised: August 6, 2023

Accepted: September 11, 2023

บทคัดย่อ

การสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ช่วยพัฒนาความสามารถในการจัดการกับภาวะการดูแลผู้ป่วย การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การพัฒนาโปรแกรมฯ และ 3) การประเมินผลของโปรแกรมฯ ที่ได้พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 และ 2 ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล สหวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ดูแลผู้ป่วยฯ จำนวน 48 คน และระยะที่ 3 เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 32 คน เครื่องมือในการวิจัย คือ 1) แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง 2) โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน และ 3) แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล และความเข้มแข็งทางใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนา และการทดสอบที่แบบจับคู่

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลขาดแหล่งสนับสนุนด้านสุขภาพจิต และขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต ข้อมูลดังกล่าวนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยฯ ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธ์ภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ 2) การสร้างความรู้สึกรับผิดชอบตนเอง 3) การจัดการชีวิต 4) การสร้างสายสัมพันธ์เกื้อหนุน และ 5) การสร้างจุดมุ่งหมายในชีวิต หลังจากนั้นนำไปใช้และประเมินผล จากการประเมินผลพบว่า ผู้ดูแลฯ มีคะแนนความเข้มแข็งทางใจรายด้านและภาพรวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน สามารถพัฒนาความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านได้

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ความเข้มแข็งทางใจ โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ผู้ดูแล

¹ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

* ผู้รับผิดชอบบทความ: fama_tae@hotmail.com

A development of resilience enhancing program among the caregivers responsible for home-based palliative care patients,

Bandanlanhoi District, Sukhothai Province

Pongsak Ratsamana^{1,*} M.D., Buaploy Promjeang² Ph.D., Sayumporn Junngarm³ B.N.S.,
Roongrawee Makmee³ B.N.S.

ABSTRACT

Enhancing the resilience of caregivers responsible for home-based palliative care patients can improve their ability to manage caregiving burdens. This research aimed to develop a resilience-enhancing program for caregivers of patients receiving in-home palliative care. The research was conducted in 3 phases including 1) situation analysis, 2) development of a program, and 3) evaluation of the effectiveness of the program that was developed. In phases 1 and 2, a total of 48 participants were involved, including doctors, nurses, allied health professionals, health volunteers, and caregivers. For the third phase, the participants consisted of 32 caregivers. The study employed three instruments consisted of 1) a semi-structured interview questionnaire, 2) a program designed to enhance the resilience of caregivers who provide care to patients receiving palliative care at home, and 3) a questionnaire comprising questions related to demographic information and resilience. Qualitative data were analyzed by content analysis. Quantitative data were investigated using descriptive statistics and paired t-tests.

The findings revealed that caregivers faced a scarcity of mental health support and lacked adequate access to mental health services. This information was used as input for a resilience-enhancing program for caregivers. This program comprised five core activities: 1) establishing relationships and providing education on resilience, 2) cultivating self-confidence, 3) improving life management skills, 4) nurturing supportive relationships, and 5) discovering the life goal. Then, the program was implemented and evaluated. The evaluation indicated a significant increase in caregivers' resilience scores across all dimensions and overall, after the program's implementation ($p\text{-value} < 0.001$). These results imply that a resilience-enhancing program for caregivers of patients receiving in-home palliative care effectively supported the resilience of caregivers.

Keywords: Home-based palliative care, Resilience, Resilience-enhancing program, Caregivers

¹ Medical Physician, Senior Professional Level, Bandanlanhoi Hospital, Sukhothai Province

² Registered nurse, Professional Level, Sawankhalok Hospital, Sukhothai Province

³ Registered nurse, Professional Level, Bandanlanhoi Hospital, Sukhothai Province

* Corresponding author: fama_tae@hotmail.com

บทนำ

การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลผู้ที่มีภาวะจำกัดการมีชีวิต (Life-limiting conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life-threatening conditions) โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต บำบัด เยียวยา และบรรเทาความทุกข์ทางกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วย จนกระทั่งเสียชีวิต โดยครอบคลุมถึงครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์ของผู้นั้นด้วย (Nation Health Commission Office, 2020) การดูแลแบบประคับประคองต้องใช้ความร่วมมือของสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด อาสาสมัคร เพื่อช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในอนาคต การดูแลแบบประคับประคองจะยิ่งมีความสำคัญเพิ่มขึ้น เพราะมีจำนวนผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น ถ้าผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่แรกก็จะช่วยลดภาระของระบบบริการสุขภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ (World Health Organization, 2020) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสามารถแบ่งออกเป็น 4 แบบ ได้แก่ 1) การดูแลที่ดำเนินการโดยองค์กรทางศาสนา สำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลแบบทางเลือกและผสมผสาน เน้นการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ 2) การดูแลที่บ้าน/การดูแลโดยชุมชน สำหรับผู้ป่วยที่มีครอบครัวช่วยสนับสนุน มีผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีเครือข่ายที่บ้าน/ชุมชนที่ดี ต้องการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ตนเองคุ้นเคย 3) การดูแลในโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนหรือต้องการการจัดการแบบใกล้ชิด (Intensive) และ 4) การดูแลโดยสถานพยาบาลที่บ้าน สำหรับเตรียมครอบครัวให้พร้อมเพื่อกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองจึงไม่มีรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยทุกคนและทุกครอบครัว การพัฒนารูปแบบการดูแลจึงควรคำนึงถึงความแตกต่างในแต่ละบริบท (Pokpalagon, 2016)

จังหวัดสุโขทัยเริ่มดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 โดยใช้แนวทางของกรมการแพทย์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็ง ในปี พ.ศ. 2560-2564 มีผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

จำนวน 1,595 1,990 1,953 2,035 และ 2,035 คน ตามลำดับ (Sukhothai Provincial Health Office, 2022) ในส่วนของโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอยซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง ดูแลประชากร 47,782 คน ผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เข้ารับการดูแลมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2561-2564 มีจำนวน 280 360 370 และ 388 คน ตามลำดับ (Bandanlanhoi Hospital, 2022) จากข้อมูลการคัดกรองสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองในโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย ปี พ.ศ. 2564 พบว่า ร้อยละ 55.0 มีภาวะเครียดและวิตกกังวล ร้อยละ 30.0 มีภาวะซึมเศร้า (Bandanlanhoi Hospital, 2021) ซึ่งภายหลังการคัดกรองสุขภาพจิต กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอยได้ติดตามผู้มีปัญหาภาวะสุขภาพจิต เข้ารับการรักษา แต่พบว่า มีผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านเพียงร้อยละ 40.0 เท่านั้น ที่เข้ารับการปรึกษา และในจำนวนนี้ยังมีบางส่วนมารับการปรึกษาไม่สม่ำเสมอ และขาดการรักษา

การศึกษานี้ ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Family caregiver) ซึ่งหมายถึง ผู้ให้การดูแลหรือช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ แก่ผู้สูงอายุ เด็ก คนพิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง หรือผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต (Hudson, Remedios, Zordan, Thomas, Clifton, Crewdson et al., 2012; Fumaneechoat, 2021) บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยนอกจากให้การดูแลผู้ป่วยแล้ว ยังมีหน้าที่จัดการความทุกข์ของผู้ป่วยและตนเอง จัดการการงานของตนเอง มีส่วนร่วมในการดูแลต่อเนื่อง และทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ (Reigada, Pais-Ribeiro, Novella, & Gonçalves, 2015) ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งการเฝ้าดูแลอาการ การจัดการอาการรบกวน การดูแลและทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสภาพจิตใจ ตลอดจนการดูแลด้านค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การดูแล (Supaporn, 2020) การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยตลอดทั้งวัน นำไปสู่ภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล (Caregiver burden) (Leelapattana & Hathirat, 2023) ความรู้สึกเหนื่อยล้าในการดูแล (Care burden) เป็นผลกระทบด้านลบที่เกิด

จากการดูแลที่มีภาวะเครียด หน้าที่ของผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกในครอบครัวนั้นทำให้เกิดสภาวะกดดันและผลกระทบทางลบด้านอารมณ์ ร่างกาย สังคม และความต้องการด้านการเงินสำหรับผู้ดูแลหลัก ส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต สูญเสียการทำงาน และคุณภาพชีวิตลดลง (Aggar, 2012) จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัวมีประสบการณ์ของปัญหาด้านอารมณ์ (Mood problems) เช่น ภาวะซึมเศร้า (Depression) วิตกกังวล (Anxiety) และเหนื่อยล้า (Fatigue) จากการศึกษาในประเทศไทย ผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองพบว่า มีภาวะเครียดในระดับปานกลางถึงสูงต่อความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ดูแลหลักและครอบครัวมักถูกละเลยในการประเมินสภาพจิตใจ เมื่อผู้ดูแลหลักไม่ได้รับการบำบัดรักษาทางจิตใจอย่างถูกต้องย่อมส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยลดลง (Gray, Thapsuwan, Thongcharoenchupong, & Pumsaithong, 2013) ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและสภาพจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งเกิดได้ตลอดช่วงของการดูแลและจะลดลงหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต การจัดการผลกระทบที่ดีต้องอาศัยการปรับตัวในด้านการทำงาน การดูแล และจัดการด้านอารมณ์ (Bijnsdorp, Onwuteaka-Philipsen, Boot, van der Beek, & Pasman, 2022)

นอกจากนี้ มีการศึกษาที่พบว่า ปัญหาด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยที่พบบ่อย ได้แก่ ความวิตกกังวล ความเครียด ความอึดอัดใจ ความทุกข์ยาก ภาวะซึมเศร้า และอาการทางกายที่เป็นผลจากจิตใจ (Fumaneechoat, 2021; Supapom, 2020) การสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยทางด้านการดำเนินชีวิตประจำวันและด้านจิตใจ โดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ จึงมีความสำคัญเพื่อช่วยผู้ดูแลให้มีความสามารถในการปรับตัว กล้าเผชิญปัญหาแก้ปัญหาและก้าวข้ามสถานการณ์ที่ยากลำบาก และดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ (CDC, 2023; Han, Chi, Han, Oliver, Washington, & Demiris, 2019) ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจส่งผลให้มีพัฒนาการและมีความมั่นคงทางด้านจิตใจ

ซึ่งจะส่งผลดีในการป้องกันภาวะเครียด ความไม่สบายใจ และปัญหาทางจิตเวช เช่น ภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวลได้ (Opsomer, Lauwerier, De Lepeleire, & Pype, 2022)

ความเข้มแข็งทางใจ (Resilience Quotient: RQ) ตามคำนิยามของ American Psychological Association เป็นกระบวนการและผลลัพธ์ในการปรับตัวได้ดีต่อประสบการณ์ชีวิตที่ยากลำบากหรือมีความท้าทาย โดยมีความยืดหยุ่นทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม และปรับตัวต่อความต้องการทั้งภายในและภายนอก (American Psychological Association, 2015) ทั้งนี้ Tantipiwatanaskul & Sritalapinun (2008) ระบุว่า การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ มีองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ 1) ความรู้สึกดีกับตนเอง (Sense of self) เป็นการฝึกตนเองให้มองโลกในแง่ดี ค้นหาและทำความรู้จักตนเอง และพัฒนาจนกลายเป็นความสำเร็จที่ตนเองภาคภูมิใจ 2) การจัดการชีวิตได้ (Sense of control) เป็นการสร้างความมั่นใจในการจัดการชีวิต โดยฝึกฝนตนเองให้ยอมรับความเป็นจริงหรือทำใจจัดการอารมณ์ของตนเอง และจัดการปัญหาอย่างสร้างสรรค์ 3) การมีสายสัมพันธ์ที่เกื้อหนุน (Sense of connection) เป็นการเรียนรู้ที่จะพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้าง และ 4) การมีจุดหมายในชีวิต (Sense of purpose) เป็นการฝึกฝนตนเองให้มีเป้าหมายในชีวิต อยู่เสมอกับทุกสถานการณ์ ความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสามารถในการเผชิญปัญหา ปรับตัวต่อความยากลำบาก และความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง จากการศึกษาที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่ผ่านภาวะวิกฤต เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของไทย (Suwanmanee, Sae-sia, & Songwattana, 2016) ในส่วนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Harabuttra, 2020) และโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อ

พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานของญาติผู้ให้การดูแล (Tabtim, 2020) ซึ่งยังไม่พบว่ามีการศึกษาในลักษณะงานวิจัยหลายระยะที่ศึกษาตั้งแต่การค้นหาสภาพปัญหาแท้จริง จนนำมาสู่การแก้ปัญหาด้วยการทดลองปฏิบัติจริง เพื่อการจัดทำแนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน ที่บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านที่อยู่ในความดูแล

จากสถานการณ์ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ทีมวิจัยจึงเห็นความสำคัญและมีวัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านที่เหมาะสมกับบริบทและสภาพปัญหาของพื้นที่ โดยผลการศึกษา จะนำไปใช้ในการพัฒนาผู้ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลและสนับสนุนจากทีมสุขภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมด้านจิตใจในการปรับตัว ป้องกันและลดปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน เป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบการดูแลด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน โดยการประเมินคะแนนความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and development) ซึ่งการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โดยได้รับการอนุมัติเลขที่ COA No.17/2023 IRB No.11/2023 ณ วันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านที่เข้ารับการดูแลในคลินิกผู้ป่วยระยะประคับประคอง โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างดำเนินการคัดเลือกแบบเจาะจงรวมทั้งหมด 70 คน ประกอบด้วย

1) ระยะที่ 1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 5 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน อสม. จำนวน 4 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง จำนวน 4 คน รวมทั้งสิ้น 15 คน

2) ระยะที่ 2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยใน จำนวน 2 คน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 2 คน พยาบาลจาก รพ.สต. เครือข่าย จำนวน 4 คน สหวิชาชีพอื่น จำนวน 4 คน อสม. จำนวน 5 คน และผู้ดูแล จำนวน 5 คน รวมทั้งสิ้น 23 คน

3) ระยะที่ 3 ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยแบบทดลองกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยแบบทดลอง ควรมีจำนวนอย่างน้อย 30 คน (Polit & Beck, 2004) ดังนั้น การวิจัยนี้จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 32 คน เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยการสุ่มแบบแบบเจาะจง โดยต้องไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 และ 2 กำหนดเกณฑ์ ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยระยะประคับประคองขณะพักรักษาตัวที่บ้าน มีอายุตั้งแต่ 18-60 ปี 2) มีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยที่บ้านไม่น้อยกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน เป็นระยะเวลา 3 เดือนขึ้นไป 3) มีสติ สัมผัสัญญะ มีความสามารถในการสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4) ให้ความร่วมมือในการศึกษาอย่างต่อเนื่อง และลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในระยะประเมินสถานการณ์

แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ประเด็นสถานการณ์ การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ความต้องการ ปัญหา อุปสรรค และประสบการณ์ด้านความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านที่ผ่านมา

2. เครื่องมือที่ใช้ในระยะประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรม

2.1 โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และเอกอนงค์ สิตลาภินันท์ (Tantipiwatanaskul & Sritalapinun, 2008) ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ 2) กิจกรรมสร้างความรู้สึที่ดีต่อตนเอง 3) กิจกรรมการจัดการชีวิตได้ 4) กิจกรรมการสร้างสายสัมพันธ์เกื้อหนุน 5) กิจกรรมการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต การศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 45-60 นาที

2.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว รายได้ต่อเดือน อาชีพก่อนรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาที่เริ่มดูแลผู้ป่วยจนถึงปัจจุบัน ไขว้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

2.3 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ เป็นแบบวัดมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต จำนวน 20 ข้อลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีในลักษณะเชิงบวกและเชิงลบ เกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนน ใช้ประเมินความสามารถของบุคคล 3 ด้าน คือ 1) ด้านความอดทนต่อแรงกดดัน 2) ด้านความหวังและกำลังใจ และ 3) ด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค

2.4 แบบบันทึกการสนทนาเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ เป็นแบบบันทึกที่ใช้ร่วมกับการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมเกี่ยวกับประเด็นที่ให้คำปรึกษาในแต่ละ

สัปดาห์ เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนในการดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแบบเผชิญหน้า (Face validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต 1 ท่าน และนักจิตวิทยา 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา การจัดลำดับรูปแบบของกิจกรรม และความเหมาะสมของภาษา หลังจากนั้น นำข้อมูลที่ผ่านมาการตรวจสอบแล้วมาดำเนินการปรับปรุงเนื้อหากิจกรรมตามข้อเสนอแนะ

2. แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ ใช้แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจของกรมสุขภาพจิต เป็นแบบวัดมาตรฐานที่ใช้ในงานประเมินความเข้มแข็งทางใจ ผู้วิจัยนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกันในพื้นที่ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย จำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.82

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับอนุมัติการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2566 รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ประกอบด้วย 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาของความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ดูแลผู้ป่วยที่ระยะประคับประคองที่บ้าน โดยใช้เวลาระหว่าง 60-75 นาที เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การดูแล

แบบระดับประคองที่บ้าน ความต้องการ ปัญหา อุปสรรค และประสบการณ์ด้านความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลที่ผ่านมา โดยผู้วิจัยทำหน้าที่ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยทำการจดบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลการสนทนา และให้ผู้ร่วมวิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะระดับประคองที่บ้าน โดยการจัดเวทีประชาคมเพื่อออกแบบหรือหาแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาโปรแกรมโดยกลุ่มผู้มีส่วนร่วม ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน พยาบาลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย สหวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ดูแลผู้ป่วยระยะระดับประคองที่บ้าน โดยการคืนข้อมูลในระยะที่ 1 และร่วมระดมความคิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกิจกรรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจที่จำเป็น แนวทางที่เหมาะสมและยกย่องโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะระดับประคองที่บ้านนำไปสู่การปฏิบัติ ตั้งแต่เดือน เมษายน-มิถุนายน พ.ศ. 2566 โดยใช้เวลา 1 วัน

ระยะที่ 3 การประเมินผลโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะระดับประคองที่บ้าน โดยการนำโปรแกรมไปใช้ทดลองกับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะระดับประคองที่บ้าน จำนวน 32 คน เป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 45-60 นาที และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยบันทึกประเด็นที่ได้ให้คำปรึกษากลุ่มตัวอย่างแต่ละรายในแบบบันทึกการสนทนาเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ และประเมินความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะระดับประคองที่บ้าน ด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจของกรมสุขภาพจิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา
2. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ แจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมด้วยสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยระยะที่ 1 การวิเคราะห์เชิงประเด็นสถานการณ์สภาพปัญหาและการดำเนินงานที่ผ่านมาในด้านความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะระดับประคองที่บ้าน เครือข่ายบริการบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะระดับประคองที่บ้าน แพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ดูแลผู้ป่วยระยะระดับประคอง จำนวนทั้งสิ้น 15 คน จำแนกได้เป็นประเด็นดังต่อไปนี้

ข้อจำกัดของการเข้าถึงบริการด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ และบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ผ่านมาพบมีสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะระดับประคองที่บ้านเข้าไม่ถึงบริการ ดังนี้

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะระดับประคองที่บ้านขาดแหล่งสนับสนุนด้านสุขภาพจิต ทำให้การให้บริการด้านสุขภาพจิตในพื้นที่ยังไม่สามารถเข้าไปสู่ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะระดับประคองที่บ้านได้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

- 1.1 ขาดแคลนบุคลากรที่ทำงานด้านสุขภาพจิต ทำให้ไม่สามารถให้การดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะระดับประคองที่บ้านได้อย่างครอบคลุม

"ดูแลพ่อที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายมา 3 เดือน เครียดมาก เสียใจที่พ่ออาการแย่ลงทุกวัน บางวันต้องแอบร้องไห้ไม่ให้พ่อเห็น กลัวพ่อจะเสียกำลังใจ ไม่รู้จะไปคุยเรื่องไม่สบายใจกับเจ้าหน้าที่ใครดีที่จะช่วยเรา" (ผดล.1)

"น้องสาวเป็นมะเร็งเต้านม ตอนนี้จะกระจายไปที่สมอง ทำให้ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย น้องสาวต้องลาออกจากงานกลับมาให้เราดูแล สงสารน้องมาก เห็นเขาเป็นแบบนี้เราก็อึดอัดมากนะ อยากทำให้เขาหายอยากพาไปรักษาที่ดีๆ แต่มันก็เป็นไปไม่ได้แล้ว เราเองก็เครียดนะ แต่ก็ต้องดูแลน้องสาวทุกวัน ไม่รู้จะระบาย

กับใคร อยากคุยกับเจ้าหน้าที่ หรือคนที่จะไปสื่อสาร ให้เจ้าหน้าที่ มาช่วยเหลือ รับฟังเรื่องไม่สบายใจเขาอาจจะช่วยครอบครัวเราได้" (ผดล.3)

"ออกไปเยี่ยมคนไข้มะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน คนไข้ทรุดลงเร็วมาก จากที่พอนั่งได้ พุดคุยได้ ตอนนั้นนอนร้องคราง กินอะไรไม่ได้เลย แฟนคนไข้ก็ดูทุกข์มาก ประเมินดูเบื้องต้นน่าจะมีภาวะซึมเศร้า เราไปเยี่ยมก็ให้กำลังใจกันไป อยากให้เขาได้ไปพบจิตแพทย์รับยาบ้าง" (นวก.1)

"นักจิตวิทยาในโรงพยาบาล ตอนนี้มีแค่คนเดียวแ่งงานบริการในโรงพยาบาลก็ยังไม่ทันแล้วจะให้เขาออกไปให้บริการนอกโรงพยาบาล ก็คงยาก" (พ.1)

"ช่วงนี้จังหวัดเร่งรัดเรื่องการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด พยาบาลจิตเวชต้องออกไปจัดค่ายบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดกับทางอำเภอ จะติดต่อประสานงานอะไรก็ไม่สะดวก" (พยบ.2)

"คุณหมอมารอกตรวจคนไข้ให้ที่อนามัย เดือนละครั้งเวลาคนดูแลคนไข้มีปัญหา ก็มารอเจอคุณหมอที่อนามัยมาขอยามาคุยมาปรึกษากับคุณหมอได้" (อสม.1)

1.2 บุคลากรสาธารณสุขที่ให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน ขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะในการส่งเสริม ป้องกัน และดูแลแก้ไขปัญหাসุภาพจิตแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน ทำให้ไม่สามารถประเมิน หรือรับรู้ความต้องการด้านจิตใจ และความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยได้

"เวลาออกไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเรา ก็ห่วงแต่ประเมินอาการคนไข้ และรีบปรึกษาแพทย์ เพื่อให้คนไข้ได้รับการรักษาให้เร็วที่สุด บางทีไม่เคยได้ถามญาติที่ดูแลคนไข้เลยว่าเป็นอย่างไบบ้าง เหนื่อยไหม" (พยบ.1)

"หนูเพิ่งเรียนจบกลับมาทำงาน เคสแรกๆ ที่ออกเยี่ยมคนไข้ระยะสุดท้าย หนูกลัวมาก ว่าจะทำอะไรไม่ถูก ประเมินคนไข้ไม่ได้ อาศัยโทรปรึกษาพี่พยาบาลประคับประคองที่โรงพยาบาล หนูแทบไม่ได้สนใจ

ผู้ดูแลคนไข้เลยว่าเป็นยังไงบ้าง เหนื่อยไหม เพราะหนูเองก็เครียดเหมือนกัน" (นวก.1)

"ตอนไปเรียนหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติ ก็เน้นการตรวจรักษาโรคทางกายเป็นหลัก พอจบมาต้องมาดูแลคนไข้ระยะสุดท้าย ซึ่งมันมีเรื่องจิตใจเข้ามาค่อนข้างมาก ทั้งของคนไข้ และของญาติ ทำให้รู้ว่าเรายังมีความรู้ไม่พอ" (พยบ.3)

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต มีภาวะเหนื่อยล้าจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาต่อเนื่องยาวนาน มีความเข้มแข็งทางใจต่ำ

"ผมรู้ตัวนะ ว่าผมน่าจะซึมเศร้าที่ต้องดูแลลูกชายที่ป่วยเป็นเนื้องอกสมอง แต่ผมไม่มีเวลาไปรักษาหรือไปขอยามากินหรือกรับ ถ้าผมไปหาหมอกว่าเสร็จ แล้วลูกผมจะอยู่ยังไง ใครจะมาดูแลลูกให้ผม ผมเหลือกันแค่ 2 คน พ่อลูก" (ผดล.4)

"ดูแลน้องสาวทุกวัน บางวันมีเพื่อนมาช่วยเปลี่ยนบ้างให้เราพอได้พัก เรารู้ตัวว่าเราเครียด เราท้อเราเหนื่อยล้ามาก ๆ แต่ก็ไม่รู้จะหันหน้าไปหาใคร จะไปหาหมอก็มีค่าใช้จ่ายค่ารถค่าเดินทาง ต้องจ้างคนมาดูแลน้องสาวช่วงที่เราไปหาหมออีก" (ผดล.3)

"เราออกไปเยี่ยมคนไข้ บางทีสังเกตได้เลยว่าผู้ดูแลน่าจะมีปัญหาสุขภาพจิตแน่ๆ เขาไม่พูด ไม่ยิ้มแทบไม่มีปฏิสัมพันธ์กับเราเลย เราก็แนะนำให้เขาไปหาหมอที่โรงพยาบาล เขาก็บอกว่าถ้าไปแล้วใครจะมาดูแลคนไข้แทนเขาได้ เราก็เลยบอกว่า ถ้ายอมไป จะให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มาช่วยเฝ้าคนไข้แทนให้" (พยบ.2)

"ผมท้อมาก สงสารลูกมาก ทุกคืนเวลาลูกหลับไปแล้ว ผมจะออกมาร้องไห้คนเดียว บางทีก็ไม่อยากจะอยู่ต่อแล้ว อยากจะไปให้พ้นทุกข์พ้นทรมาน แต่ถ้าผมไปตอนนี้ ลูกชายผมจะอยู่ยังไง มันท้อ มันทุกข์มากครับ" (ผดล.4)

"เราประเมินความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านในเขตรับผิดชอบของเราจำนวน 50 คน ผลออกมามีความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าเกณฑ์" (พยบ.1)

ผลการวิจัยระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน โดยใช้กระบวนการค้นหาปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา แลกเปลี่ยน และอภิปรายประสบการณ์ร่วมกัน สะท้อนประสบการณ์วิธีการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ สรุปเป็นความคิด (Concept mapping) และนำองค์ประกอบที่สำคัญมาพัฒนาและปรับปรุงโปรแกรมที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงร่วมกัน จนได้โปรแกรมที่มีกิจกรรมทั้งหมด 5 กิจกรรม กับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านรายบุคคลใช้ระยะเวลาประมาณ 45-60 นาทีต่อครั้ง 1 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง ได้แก่

1) กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถรับรู้ เข้าใจ และปรับตัว เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่ยากลำบากได้อย่างเหมาะสมและคลี่คลายอย่างรวดเร็ว

2) กิจกรรมสร้างความรู้สึที่ดีต่อตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลรู้จักตัวเองดีพอ มีความคาดหวังกับตัวเองอย่างเหมาะสม รู้จักความถนัดตัวเอง มีความอดทนในการฝึกฝนสิ่งที่ตนถนัดให้เกิดเป็นความสำเร็จที่น่าภาคภูมิใจ มองโลกในแง่ดี พุดให้กำลังใจตัวเองได้ และรู้จักการทำดีด้วยตนเอง

3) กิจกรรมการจัดการชีวิตได้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นภายในใจว่า ไม่ว่าอะไรจะเกิดขึ้น เราจะจัดการสิ่งต่างๆ เหล่านั้นได้เสมอและจัดการอารมณ์ความเครียดได้อย่างถูกวิธี ยิ่งฝึกมากก็ยิ่งเก่งมาก และยิ่งเชื่อมั่นมากขึ้น

4) กิจกรรมการมีสายสัมพันธ์เกื้อหนุน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยทราบว่าการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้าง ยอมรับ ใส่ใจ และเป็นกำลังใจให้กันและกัน จะสามารถเติมความเข้มแข็งทางใจโดยการมีสายสัมพันธ์เกื้อหนุนได้ ด้วยการฝึกทักษะสร้างความสัมพันธ์ที่ดี มีการจัดการความขัดแย้งอย่างเหมาะสมและตระหนักอยู่เสมอว่า ความรัก ความเข้าใจ และสายสัมพันธ์ที่ดีคือ สิ่งที่มีคุณค่าในชีวิต

5) กิจกรรมการมีจุดหมายในชีวิต มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยรู้ว่าตัวเองต้องการอะไรในชีวิต สิ่งใด

สำคัญมาก สิ่งใดสำคัญน้อย และสิ่งใดไม่สำคัญ เราต้องการให้ปลายทางชีวิตเป็นแบบไหน และเมื่อมีปัญหา ก็รู้ว่าควรมีเป้าหมายในการแก้ไขอย่างไร การมีจุดหมายในชีวิตเปรียบเสมือนการเดินทางที่มีเข็มทิศแนชัดว่าเรากำลังจะไปไหน เพื่ออะไร จะได้ไม่หลงทางไปกับสิ่งยั่วยุ

ผลการวิจัยระยะที่ 3 ผลลัพธ์ของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน

ข้อมูลส่วนบุคคล

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 32 คน ทำการวิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคลด้วยจำนวนและร้อยละ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.6 มีอายุอยู่ในช่วง 20-39 ปี ร้อยละ 56.2 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 39.06 ปี ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร ร้อยละ 37.5 ระดับการศึกษานุปริญญา/ปริญญาตรี ร้อยละ 37.5 มีสถานภาพสมรสเป็นโสด ร้อยละ 37.5 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 84.4 ในส่วนของรายได้ส่วนใหญ่อยู่ที่ 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 34.3 มีอาชีพค้าขายก่อนมาดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 31.2 และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 7-12 เดือน ร้อยละ 43.7

ระดับความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน

ก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเข้มแข็งทางใจด้านความทนต่อแรงกดดัน ด้านการมีความหวังและกำลังใจ ด้านการต่อสู้และเอาชนะอุปสรรค และด้านความเข้มแข็งทางใจโดยรวมต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 100.0 93.7 93.7 และ 100.0 ตามลำดับ

ภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเข้มแข็งทางใจโดยรวมและรายด้านต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ และพบว่าความเข้มแข็งทางใจด้านความทนต่อแรงกดดันอยู่ในระดับเท่ากับเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 37.5 และสูงกว่า

เกณฑ์ปกติ ร้อยละ 62.5 ด้านการมีความหวังและกำลังใจ อยู่ในระดับเท่ากับเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 78.1 และสูงกว่า เกณฑ์ปกติ ร้อยละ 21.8 ด้านการต่อสู้และเอาชนะ อุปสรรค อยู่ในระดับเท่ากับเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 78.1

และสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 21.9 และความเข้มแข็ง ทางใจโดยรวม อยู่ในระดับเท่ากับเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 68.7 และสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 31.2 (ตาราง 1)

ตาราง 1 เปรียบเทียบระดับความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะแบบประคับประคองที่บ้าน (n = 32)

คะแนนความเข้มแข็งทางใจ	ช่วงคะแนน	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านความทนต่อแรงกดดัน					
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	< 27	32	100.0	0	0.0
เท่ากับเกณฑ์ปกติ	27-34	0	0.0	12	37.5
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	> 34	0	0.0	20	62.5
ด้านการมีความหวังและกำลังใจ					
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	< 14	30	93.7	0	0.0
เท่ากับเกณฑ์ปกติ	14-19	2	6.2	25	78.1
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	>19	0	0.0	7	21.9
ด้านการต่อสู้และเอาชนะอุปสรรค					
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	<13	30	93.7	0	0.0
เท่ากับเกณฑ์ปกติ	13-18	2	6.2	25	78.1
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	>18	0	0.0	7	21.9
ความเข้มแข็งทางใจโดยรวม					
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	< 55	32	100.0	0	0.0
เท่ากับเกณฑ์ปกติ	55-69	0	0.0	22	68.7
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	> 69	0	0.0	10	31.2

ค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจด้านความทนต่อแรงกดดันเพิ่มขึ้นจาก 20.16 เป็น 35.00 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ด้านการมีความหวังและกำลังใจ มีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น

จาก 10.03 เป็น 16.34 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และด้านการต่อสู้และเอาชนะอุปสรรค คะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้นจาก 8.97 เป็น 17.09 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และค่าคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 39.41 เป็น 68.44 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) (ตาราง 2)

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจก่อนและหลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน

รายการ	กลุ่มตัวอย่าง (n = 32)		t	df	p-value
	Mean	S.D.			
ด้านความอดทนต่อแรงกดดัน					
ก่อนได้รับการเสริมสร้าง RQ [†]	20.16	2.99	-21.94	31	< 0.001*
หลังได้รับการเสริมสร้าง RQ	35.00	2.78			
ด้านการมีความหวังและกำลังใจ					
ก่อนได้รับการเสริมสร้าง RQ	10.03	2.39	-23.29	31	< 0.001*
หลังได้รับการเสริมสร้าง RQ	16.34	1.96			
ด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค					
ก่อนได้รับการเสริมสร้าง RQ	8.97	2.47	-24.02	31	< 0.001*
หลังได้รับการเสริมสร้าง RQ	17.09	1.69			
ความเข้มแข็งทางใจโดยรวม					
ก่อนได้รับการเสริมสร้าง RQ	39.41	3.40	-44.89	31	< 0.001*
หลังได้รับการเสริมสร้าง RQ	68.44	4.32			

*p-value < 0.05

[†] หมายถึง ความเข้มแข็งทางใจ (Resilience Quotient: RQ)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนางานบริการด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านมีความเข้มแข็งทางใจที่ดี สามารถเผชิญปัญหา แก้ปัญหาได้ดี มีสุขภาพจิตที่ดี อันจะส่งผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบของตนได้อย่างมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น โดยในรายละเอียดของการวิจัยในแต่ละระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 จากผลการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน ในอำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านขาดแหล่งสนับสนุนด้านสุขภาพจิต ทั้งขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทางที่ให้การดูแลด้านสุขภาพจิตในพื้นที่ รวมถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ให้การดูแลในชุมชน ขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะในการส่งเสริม ป้องกัน และดูแลแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน ทำให้ไม่สามารถประเมิน หรือรับรู้ความต้องการด้านจิตใจ และความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยได้และผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต มีภาวะเหนื่อยล้าจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาต่อเนื่องยาวนาน มีความเข้มแข็งทางใจต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kaspad, Monkong, & Sirapo-ngam (2013) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิต ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย ที่พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย มีความเข้มแข็งทางใจต่ำ และการศึกษาของ Tabtim (2020) ซึ่งศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อพฤติกรรมให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ของญาติผู้ให้การดูแลพบว่า ญาติผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ในระยะแรกผู้ดูแลบางส่วน ที่ไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ต้องเผชิญกับความวิตกกังวล เมื่อรับทราบผลการวินิจฉัยว่า คนในครอบครัวเป็นผู้ป่วยเบาหวาน มีความเข้มแข็งทางใจต่ำ อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลจะมีการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ดังกล่าว

และพบว่า ระดับความวิตกกังวลสามารถลดลงได้ รวมถึงการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจได้ดีมากขึ้น

ระยะที่ 2 เมื่อนำผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านโดยผ่านการเสนอแนะและความเห็นชอบจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนโดยใช้แนวทางของ Tantipiwatanaskul & Sritalapinun (2008) ก่อนจะใช้โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจกับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบโครงสร้างโปรแกรมพร้อมปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ จนได้โปรแกรมที่มีความกระชับ เหมาะสมสามารถปฏิบัติได้ในพื้นที่จริง จึงได้สรุปเป็นโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ 2) กิจกรรมสร้างความรู้สึที่ดีต่อตนเอง 3) กิจกรรมการจัดการชีวิต 4) กิจกรรมการสร้างสายสัมพันธ์ที่เกื้อหนุน และ 5) กิจกรรมการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต ทั้งหมดเป็นการดำเนินกิจกรรมแบบรายบุคคลใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์

ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Phongto (2014) ที่ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจตามแนวทางของ Tantipiwatanaskul & Sritalapinun (2008) ประกอบด้วย 5 กิจกรรม เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจที่พัฒนาขึ้นต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยอายุมาต้วตาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Kaspad et al. (2013) ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิต ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย โดยประยุกต์ใช้แนวทางเสริมสร้างพลังของมิลเลอร์ โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลัง 6 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างความร่วมมือระหว่างพยาบาลและญาติผู้ดูแล 2) การค้นหาสภาพจริงของญาติผู้ดูแล 3) การสะท้อนคิด อย่างมีวิจารณญาณ 4) การสนับสนุนเอื้ออำนวยข้อมูลความรู้ทักษะและแหล่งทรัพยากร 5) การดำเนินการด้วยตนเอง และ 6) การปรับเปลี่ยน

ความคิดและการคงไว้ ซึ่งความสามารถในการจัดการกับตนเองของญาติผู้ดูแล เพื่อให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายมีพลังในการดูแลตนเองและผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้มีมีความสุขทางใจและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Tabtim (2020) ที่ศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อพฤติกรรมทำให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานของญาติผู้ให้การดูแลโดยประยุกต์แนวทางความเข้มแข็งทางใจตามแนวคิดของ Grotberg (1995) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) สิ่งที่มี (I have) บุคคลรับรู้ได้ว่าตนมีแหล่งสนับสนุนให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต 2) สิ่งที่เป็น (I am) เป็นลักษณะความเข้มแข็งภายในของบุคคลนับถือตนเอง และเป็นผู้ที่ภูมิใจในตนเอง 3) สิ่งที่ทำ (I can) เป็นทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ทั้งนี้ มีการนำโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมาใช้ในหลายสถานการณ์ เช่น นักศึกษา (Sangsanguan, 2019) บุคลากรการศึกษา (Chotchai & Meraket, 2012) วิทยุ (Jiratchayaporn & Chetchaovallit, 2015) ผู้สูงอายุ (Phuttharod & Sillapagumpised, 2020) ผู้มีความคิดฆ่าตัวตาย (Jinga & Khemwichai, 2019) ผู้ป่วยซึมเศร้า (Huannet, Dangdomyouth, & Upasen, 2018) และผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (Threeyakul, 2020) เป็นต้น การพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสม ประกอบด้วยการประกอบที่สำคัญ ได้แก่ มุ่งสนใจต่อการดำเนินชีวิตตามปกติในแต่ละวัน การรับมือกับสุขภาพของผู้ป่วยและตนเอง การจัดการสถานการณ์ต่างๆ ด้วยตนเอง และการควบคุมสถานการณ์ เพื่อบรรลุความสุขทางใจ ค้นหาคุณค่าของการเป็นผู้ดูแล และพัฒนาตนเอง (Opsomer et al., 2022) โดยผ่านการฝึกสร้างความรู้สึกดีกับตนเอง การจัดการชีวิต การมีสายสัมพันธ์ที่เกื้อหนุน และการมีจุดหมายในชีวิต (Tantipiwatanaskul & Sritalapinun, 2008) โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในการวิจัยนี้ มุ่งให้ผู้ดูแลสามารถจัดการชีวิตและมีเป้าหมายในชีวิตได้อย่างเหมาะสม โดยพัฒนาตนเองเพื่อรับมือและปรับตัวตามสถานการณ์ (Coping and

adaptation) เริ่มต้นด้วยการให้ความรู้เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ จากนั้นฝึกสร้างความรู้สึกดีต่อตนเอง โดยฝึกมองโลกในแง่บวกและภาคภูมิใจในตนเอง ฝึกเรียนรู้วิธีการจัดการชีวิตตามสถานการณ์ โดยใช้ทักษะการแก้ปัญหาและการจัดการอารมณ์ ฝึกใช้แรงสนับสนุนจากภายในและภายนอกครอบครัว และฝึกสร้างเป้าหมาย เชิงบวกและดำเนินชีวิตในทุกสถานการณ์ ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว ความสัมพันธ์ที่ดีวิธีให้การดูแลต่อเนื่อง ทักษะการรับมือ และความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณ (Shin, Choi, Kim & Kim, 2010)

ระยะที่ 3 เมื่อพิจารณาผลการประเมินโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านมีความเข้มแข็งทางใจโดยรวมระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 100 หลังได้รับโปรแกรมความเข้มแข็งทางใจ พบว่า ความเข้มแข็งทางใจโดยรวมเท่ากับระดับเกณฑ์ปกติ 68.8 และระดับสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 31.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจทั้งโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านได้เข้าร่วมกิจกรรมสร้างความเข้มแข็งทางใจและได้เรียนรู้วิธีการสร้างความรู้สึกดีต่อตนเอง การจัดการชีวิต การสร้างสายสัมพันธ์ที่เกื้อหนุนและการมีจุดหมายในชีวิต เป็นรายบุคคล ส่งผลให้มีความเข้มแข็งทางใจสูงกว่าก่อนได้เข้าร่วมโปรแกรม

การศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tabtim (2020) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อพฤติกรรมทำให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานของญาติผู้ให้การดูแล พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจและพฤติกรรมทำให้การดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kaspas et al. (2013) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังต่อความสุขทางใจและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางใจหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้ง ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Threeyakul (2020) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนทดลองและคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาเห็นได้ว่าโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสามารถลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ นำไปใช้ในการสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพสูงอายุโรคเบาหวาน ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย และผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และสอดคล้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ส่งเสริมภาวะสุขภาพจิต การเห็นคุณค่า การพัฒนา

ตนเองของ Opsomer et al. (2022) และการเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความไม่สบายใจของ Palacio, Krikorian, Gomez-Romero, & Limonero (2020) การป้องกันหรือลดความรู้สึกว่าเป็นภาระการรับมือที่เหมาะสม ดังนั้น โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน จึงมีส่วนส่งเสริมให้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน รู้สึกมีพลังในการจัดการกับปัญหาหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ทบทวนเหตุการณ์รอบด้าน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นจนสามารถสร้างความเข้มแข็งทางใจได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรหรือหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง ไปฝึกอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง ในพื้นที่ที่มีลักษณะบริบทที่ใกล้เคียงกับการวิจัยนี้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยเพื่อติดตามผลลัพธ์ระยะยาวของการนำโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ เช่น การคงอยู่ของความเข้มแข็งทางใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน อันจะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านได้รับการดูแลทางด้านจิตใจที่เหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Aggar, C. (2012). Issues caring burden. *Australian Nursing Journal*, 20(5), 35.
- American Psychological Association. (2015). *APA dictionary of psychology*. (2nd ed.). New York: Maple Press.
- Bandanlanhoi Hospital. (2022). *Minutes of the committee on health service system development in palliative care*. Sukhothai: Bandanlanhoi hospital. (in Thai)
- Bandanlanhoi Hospital. (2022). *Mental health screening report of psychiatry and drug recipients*. Sukhothai: Bandanlanhoi hospital. (in Thai)
- Bijnsdorp, F. M., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Boot, C. R. L., van der Beek, A. J., & Pasman, H. R. W. (2022). Caregiver's burden at the end of life of their loved one: insights from a longitudinal qualitative study among working family caregivers. *BMC palliative care*, 21(1), 142.
- CDC. (2021, November 22). *Supporting caregivers*. Retrieved March 20, 2023, from <https://www.cdc.gov/aging/publications/features/supporting-caregivers.htm>
- Chotchai, T., Meraket, P. (2012). Factors associated with personnel's resilience quotient level in Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen. Proceedings of the 3rd Khon Kaen University National and International Conference 2013 on "Local Community: The Foundation of Development in the ASEAN Economic Community (AEC)"; 16-19 Feb 2013. Khon Kaen: Khon Kaen University.
- Fumaneeshoat, O. (2021). Caregiver and palliative care. *PSU Medical Journal*, 1(3), 123-29.
- Grotberg, H.E. (1995). A guide to promotion resilience in children: Strengthening the human spirit. The Hague, Netherlands: Bernard van Leer Foundation.
- Gray, R., Thapsuwan, S., Thongcharoenchupong, N., & Pumsaithong P. (2013). *Caregiving to older persons: Happiness and stress*. Bangkok: Amarin Printing & Publishing. (in Thai)
- Han, S., Chi, N.C., Han, C., Oliver, D.P., Washington, K., & Demiris, G. (2019). Adapting the resilience framework for family caregivers of hospice patients with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 34(6), 399-411.
- Harabuttra, T. (2020). Selected factors related to resilience quotient of schizophrenic patients' caregivers in community. Thesis of Master of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok. (in Thai)
- Huannet, P., Dangdomyouth, P., & Upasen, R. (2018). The effect of resilience enhancement program on self-esteem of depressive patients. *Journal of psychiatric nursing and mental health*, 32(2), 39-51. (in Thai)
- Hudson, P., Remedios, C., Zordan, R., Thomas, K., Clifton, D., Crewdson, M., et al. (2012). Guidelines for the psychosocial and bereavement support of family caregivers of palliative care patients. *Journal of Palliative Medicine*, 15(6), 696-702.

- Jinga, T., & Khemwichai, S. (2019). The effect of the resilience enhancement program on self-esteem and suicidal ideation in suicidal attempter. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*, 14(1), 2-9. (in Thai)
- Jiratchayaporn, K., & Chetchaovallit, T. (2015). Effect of resilience enhancing program in early adolescents in a school in Songkhla province. *Journal of psychiatric nursing*, 29(3), 113-124. (in Thai)
- Kaspad, M., Monkong, S., & Sirapo-ngam, Y. (2013). Effects of an empowerment-based program on psychological well-being and quality of life among family caregivers of patients with advanced breast cancer. *Nursing Journal of Rama*, 19(2), 277-290. (in Thai)
- Leelapattana, W., Hathirat, S. (2023). *Working with caregiver burnout*. Retrieved March 20, 2023, from https://www.rama.mahidol.ac.th/fammed/th/postgrad/article_4. (in Thai)
- Nation Health Commission Office. (2020). *Notification of the national health commission on the operational definitions of terms pertaining to palliative care for Thailand*. Nonthaburi: NHCO Thailand.
- Opsomer, S., Lauwerier, E., De Lepeleire, J., & Pype, P. (2022) Resilience in advanced cancer caregiving. A systematic review and meta-synthesis. *Journal of Palliative Medicine*, 36(1), 44-58.
- Palacio, G. C, Krikorian, A., Gómez-Romero, M.J., & Limonero, J. T. (2020). Resilience in caregivers: A systematic review. *American journal of Hospital and Palliative Medicine*, 37(8), 648-658.
- Phongto, K. (2012). *The effect of resilience enhancement programe on suicidal ideation in suicidal attempter*. Thesis of Master of Nursing Science Program, Chulalongkorn University, Bangkok. (in Thai)
- Phuttharod, P., & Sillapagumpised, K. (2020). The effect of a resilience enhancement program on self-esteem and depression of the elderly with a depressive disorder. *Journal of NRRU Community Research*, 15(1), 70-82. (in Thai)
- Pokpalagon, P. (2016). Palliative care model in Thailand. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 26(3), 40-51. (in Thai)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research principles and methods*. (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Reigada, C., Pais-Ribeiro, J. L., Novella, A., & Gonçalves, E. (2015). The caregiver role in palliative care: A systematic review of the literature. *Healthcare care: Current Reviews*, 3(2), 1000143.
- Sangsanguan, W. (2019). The effectiveness of resilience enhancement program by using problem-based learning in undergraduate nursing students. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 20(2), 186-194. (in Thai)

- Shin, S. H, Choi, H., Kim, M. J., Kim, Y. H. (2010). Comparing adolescents' adjustment and family resilience in divorced families depending on the types of primary caregiver. *Journal of clinical nursing*, 19 (11-12), 1695-1706.
- Sukhothai Provincial Health office. (2022). *Civil service inspection report according to indicators*. Sukhothai: Bandanlanhoi hospital. (in Thai)
- Supaporn, K. (2020). Caregiver burden and mental health problems among the caregivers of the elderly at home-based palliative stage. *Kuakarun Journal of Nursing*, 27(1), 150-161. (in Thai)
- Suwanmanee, M., Sae-sia, W., & Songwattana, P. (2020). Relationship between resilience and perceived care burden among caregivers of persons injured from Assault in the Unrest Situation in the Southern Border provinces of Thailand. *Journal of Princess of Naradhiwas University*, 6(3), 24-35. (in Thai)
- Tabtim, D. (2020). *Resilience enhancement program on caregiver behavior for caring for elderly diabetes mellitus patients: Mixed methods research*. Thesis of Doctor of Science, Srinakharinwirot University, Bangkok. (in Thai)
- Tantipiwatanaskul, P., & Sritalapinun, E. (2008). *Guidelines for organizing mental strengthening activities for personnel*. 2nd ed. Bangkok: The agricultural Co-operative Federation of Thailand. (in Thai)
- Threeyakul, P., (2020). Effect of resilience on depression and quality of life in persons with chronic renal failure who receiving hemodialysis. *Journal of the Phrae Hospital*, 28(2), 76-89. (in Thai)
- World Health Organization. (2020). *Palliative care*. Retrieved March 20, 2023, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

บทความวิจัย

ความต้องการการให้บริการการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน
จากมุมมองนักท่องเที่ยวไทยและนักท่องเที่ยวต่างชาติ
ชไมพร กาญจนกิจสกุล^{1*} ปร.ด., จุฑาพร สันตยากร² Ph.D.

Received: May 29, 2023

Revised: June 27, 2023

Accepted: July 6, 2023

บทคัดย่อ

การท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพ เป็นการท่องเที่ยวที่เชื่อมโยงสุขภาพของบุคคลเข้ากับมิติทางสังคมและค่านิยมวิถีชีวิตของบุคคล การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความต้องการการให้บริการการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน จากมุมมองนักท่องเที่ยวไทยและต่างชาติ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักท่องเที่ยวไทยและต่างชาติ อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 409 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามออนไลน์ สถิติเชิงพรรณนาที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัย พบว่า ความต้องการการให้บริการการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ ด้านพฤติกรรมการท่องเที่ยว ด้านกิจกรรมการบริการ ด้านมาตรฐานและความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อมด้านพฤติกรรมการท่องเที่ยว พบว่า นักท่องเที่ยวไทย (ร้อยละ 97.5) และต่างชาติ (ร้อยละ 78.5) มีความสนใจท่องเที่ยวเพื่อการผ่อนคลายด้านร่างกายและจิตใจ ด้านกิจกรรมการบริการ พบว่า มีความต้องการต่างกันเล็กน้อย ความต้องการบริการระดับมากใน 5 กิจกรรมแรก สำหรับนักท่องเที่ยวไทย ได้แก่ ดนตรี (ร้อยละ 70.6) น้ำพุร้อน (ร้อยละ 62.3) การท่องเที่ยวสถานที่สำคัญในชุมชน (ร้อยละ 57.4) นวด (ร้อยละ 55.4) และศิลปะ/การแสดง (ร้อยละ 54.9) ในขณะที่ นักท่องเที่ยวต่างชาติ ได้แก่ กิจกรรมเรียนรู้งานฝีมือ (ร้อยละ 63.9) อาหารเพื่อสุขภาพ (ร้อยละ 61.5) การสาธิตการทำอาหารพื้นถิ่น (ร้อยละ 61.0) การแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ 60.5) ดนตรี (ร้อยละ 58.5) และน้ำพุร้อน (ร้อยละ 58.5) และด้านสุดท้าย มาตรฐานและความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อมนักท่องเที่ยวไทยจะเน้นความต้องการ การบริการในความปลอดภัยจากอุบัติเหตุ (ร้อยละ 70.5) มาตรการป้องกันและควบคุมโรคระบาด (ร้อยละ 67.5) การบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (ร้อยละ 60.9) การดูแลเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน (ร้อยละ 55.7) และความสะอาดของสิ่งบริการต่างๆ (ร้อยละ 51.0) ในทางกลับกัน นักท่องเที่ยวต่างชาติจะเน้นไปที่มาตรการป้องกันและควบคุมโรคระบาด (ร้อยละ 76.1) การบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (ร้อยละ 74.6) ความสะอาดของสิ่งบริการต่างๆ (ร้อยละ 61.5) ความปลอดภัยจากการหลอกลวง/การฉ้อโกง (ร้อยละ 53.2) และความปลอดภัยจากอุบัติเหตุ (ร้อยละ 52.7) ซึ่งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรพัฒนาการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนให้สอดคล้องกับความต้องการของนักท่องเที่ยว

คำสำคัญ: การท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพ การท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน ความต้องการนักท่องเที่ยว บริการการท่องเที่ยว

¹ รองศาสตราจารย์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

² อาจารย์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

* ผู้รับผิดชอบบทความ: ckanchanakisakul@gmail.com

The demand for community-based wellness tourism services from the perspective of Thai and foreign tourists

Chamaiporn Kanchanakijisakul^{1,*} Ph.D., Chuthaporn Santayakorn² Ph.D.

ABSTRACT

Wellness tourism is a form of tourism that links individual health with social aspects and considers individual lifestyles. The objective of this research was to explore the demand for community-based wellness tourism services from Thai and foreign tourists' points of view. The study sample was 409 cases of Thai and foreign tourists aged 20 or over. The study tool was the online questionnaires and descriptive statistics such as frequency and percentage were used.

The results of the study revealed that the demand for services could be categorized into three dimensions: tourism behavior, service activities, and standards/safety in the environment. In the tourism behavior dimension, it was found that Thai tourists (97.5%) and foreign tourists (78.5%) shared a common interest in traveling primarily for physical and mental relaxation. In the service activities dimension, the preferences differed slightly. For Thai tourists, the top five areas of highest demand included music (70.6%), hot springs (62.3%), visiting community landmarks (57.4%), massage (55.4%), and arts/performing (54.9%). In contrast, foreign tourists had a preference for craft learning activities (63.9%), healthy food (61.5%), local cooking demonstrations (61.0%), alternative medicine (60.5%), and music (58.5%) and hot springs (58.5%). Lastly, the dimension of the standards and safety in the environment, Thai tourists prioritize accident safety (70.5%), epidemic prevention and control (67.5%), emergency medical services (60.9%), emergency care (55.7%), and the cleanliness of services (51.0%). Foreign tourists, on the other hand, placed the highest demand on epidemic prevention and control (76.1%), emergency medical services (74.6%), cleanliness of various services (61.5%), safety from deception/fraud (53.2%), and accident safety (52.7%). The stakeholders should develop community-based health promotion tourism in line with the needs of tourists.

Keywords: Wellness tourism, Community-based wellness tourism, Demand tourists, Tourism services

¹ Associate Professor, Faculty of Social Sciences, Naresuan University

² Lecturer, Faculty of Social Sciences, Naresuan University

* Corresponding author: ckanchanakijisakul@gmail.com

บทนำ

ประเทศไทยได้รับการยอมรับด้านคุณภาพและมาตรฐานของระบบสาธารณสุขไทยในระดับนานาชาติ ทั้งนี้ รัฐบาลมีนโยบายส่งเสริมให้ไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และการท่องเที่ยว โดยกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาให้เป็นศูนย์กลางอุตสาหกรรมทางการแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เช่น การพักผ่อนหลังการรักษาพยาบาล สปาเพื่อสุขภาพ เป็นต้น (Marohabutr, 2018) ซึ่งการเป็นศูนย์กลางบริการทางสุขภาพนี้เป็นโอกาสทางเศรษฐกิจที่สำคัญของประเทศไทยในการใช้ความเข้มแข็งด้านการสาธารณสุขและการท่องเที่ยวเพื่อสร้างสรรค์สินค้าและบริการด้านสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของนักท่องเที่ยวทั้งไทยและต่างชาติ ทั้งนี้ การท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพ (Wellness tourism) เป็นหนึ่งในรูปแบบการท่องเที่ยวที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพที่มีฐานรากมาจากแนวคิดด้านการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) และเป็นธุรกิจการท่องเที่ยวที่ช่วยสร้างการจ้างงานและก่อให้เกิดการกระจายรายได้ที่เชื่อมโยงสู่ภาคเศรษฐกิจอื่นๆ อันเป็นการช่วยกระจายรายได้สู่ท้องถิ่นมากขึ้น (Eiamnakha, Nisamaneepong, Panla-Or, Senglum, & Poosanam, 2021; Office of the Permanent Secretary, Ministry of Tourism and Sports, 2019) นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Liao, Zuo, Xu, Law, & Zhang (2023) ระบุว่า การท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพ (Wellness tourism) เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ ใน 4 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ คุณภาพชีวิต และสิ่งแวดล้อม

การท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน (Community-based wellness tourism) เป็นแนวคิดที่พัฒนาจากฐานคิดด้านการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพ และการท่องเที่ยวโดยชุมชน (Community base tourism-CBT) ซึ่งเป็นอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวที่เปิดโอกาสให้ชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมและบทบาทในการกำหนดทิศทางการพัฒนา กิจกรรมการท่องเที่ยวของชุมชนด้วยตนเอง โดยเฉพาะในประเด็นของกิจกรรมการให้บริการสุขภาพเพื่อการบำบัดและฟื้นฟูสุขภาพอันก่อให้เกิดความผ่อนคลายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพิ่มการจ้างงาน ทำให้ประชาชนในท้องถิ่นมีรายได้เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งก่อให้เกิด

การเรียนรู้และประสบการณ์ที่มีคุณค่าแก่นักท่องเที่ยวผู้มาเยือน (Manirochana, 2017; Suansri, 2003) ซึ่งปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมล้วนเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Ullah, Zada, Siddique, Hu, Han, Vega-Muñoz et al., 2021) นอกจากนี้ การท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน ยังเป็นการท่องเที่ยวที่เปิดโอกาสให้คนในท้องถิ่นจัดการทรัพยากรทางธรรมชาติและวัฒนธรรมเพื่อส่งเสริมเศรษฐกิจในท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lo & Janta (2020) ที่ชี้ให้เห็นว่า สิ่งสำคัญของการท่องเที่ยวรูปแบบนี้ คือ การจัดการให้นักท่องเที่ยวมีส่วนร่วมกับผู้อยู่อาศัยในท้องถิ่น เพิ่มพลังให้กับชุมชนท้องถิ่น อนุรักษ์และปลูกฝังทรัพยากรทางวัฒนธรรมเพื่อบรรลุการรักษาความยั่งยืนโดยรวมของทรัพยากรการท่องเที่ยว อีกทั้งยังสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustained Development Goal, SDG) เป้าหมายที่ 11 เมืองและถิ่นฐานมนุษย์อย่างยั่งยืน ทำให้เมืองและการตั้งถิ่นฐานของมนุษย์มีความปลอดภัยทั่วถึง พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงและยั่งยืน ข้อย่อย 11.A การสนับสนุนการเชื่อมโยงทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมในทางบวกระหว่างพื้นที่เมือง รอบเมือง และชนบท โดยการเสริมความแข็งแกร่งของการวางแผนการพัฒนาในระดับชาติและระดับภูมิภาค ดังนั้น จะเห็นได้ว่า การท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน เป็นการช่วยเพิ่มการจ้างงานและสร้างรายได้ให้แก่คนในชุมชน เป็นการพัฒนาการท่องเที่ยวที่ก่อให้เกิดความยั่งยืน ความสมดุลระหว่างการอนุรักษ์และการพัฒนาของชุมชนท้องถิ่น

นักท่องเที่ยว มีส่วนสำคัญในการสร้างรายได้ในอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพเป็นอย่างมาก ซึ่งเป็นบุคคลที่มีจุดประสงค์ในการเดินทางท่องเที่ยวเพื่อรับบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ โดยอาจเป็นได้ทั้งจุดประสงค์หลักหรือจุดประสงค์รอง อย่างไรก็ตาม จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมาได้ชี้ให้เห็นว่า สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 ทำให้นักท่องเที่ยวไม่สามารถเดินทางได้ อันส่งผลกระทบต่อจำนวนนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและ

ชาวต่างชาติที่ลดลง ส่งผลทำให้ตลาดอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวในแต่ละประเทศหดตัวลงตลอด รวมถึงพฤติกรรมของนักท่องเที่ยวที่ได้มีการคำนึงถึงความปลอดภัยด้านสุขภาพอนามัยที่มากขึ้น (Abdullah, Ali, Hussain, Aslam, & Javid, 2021; Saenkam, 2021)

ความต้องการ เป็นความประสงค์ของบุคคลซึ่งมีอิทธิพลก่อให้เกิดแรงผลักดันทั้งภายนอกและภายในให้บุคคลได้ปรับตัวในการตอบสนองแรงผลักดันที่เกิดขึ้น (Royal Institute, 2003) เป็นความปรารถนาเพื่อให้ได้ซึ่งสิ่งต่างๆ มาบริโภคหรือทำความพอใจให้กับตนเองอันถือเป็นกลไกสำคัญที่สามารถก่อให้เกิดกิจกรรมต่างๆ ทางเศรษฐกิจ รวมถึงสร้างสรรค์สินค้าและบริการรูปแบบใหม่เพื่อตอบสนองความต้องการของตลาด (Sukjairungwattana, 2018) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในช่วงการปรับตัวเพื่อฟื้นฟูผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้ความสำคัญกับประเด็นความต้องการการบริการการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์สินค้าและบริการทางสุขภาพของชุมชนและท้องถิ่น ตลอดจนสร้างความเชื่อมั่นให้นักท่องเที่ยวในการกลับเข้ามาใช้บริการทางสุขภาพในประเทศไทย (Eiamnakha et al., 2021) ทั้งนี้ โดยการคำนึงถึงปัจจัยความต้องการของนักท่องเที่ยวเป็นพื้นฐานสำคัญ ทั้งนี้ ข้อมูลความต้องการต้องการการให้บริการการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน ในช่วงหลังการระบาดของโรคโควิด 19 ยังมีจำกัด คณะผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาความต้องการการให้บริการการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน จากมุมมองนักท่องเที่ยวไทยและนักท่องเที่ยวต่างชาติ โดยผลการศึกษาในครั้งนี้จะช่วยทำให้ทราบถึงพฤติกรรมการท่องเที่ยวและกิจกรรมการบริการของชุมชนที่สอดคล้องกับความต้องการของนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ ในอันที่จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนและพัฒนาการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน ตลอดจนออกแบบชุดบริการสุขภาพ (Health service package) ที่สามารถตอบสนองซึ่งความต้องการของกลุ่มนักท่องเที่ยวเป้าหมายได้อย่างแม่นยำ ไม่ว่าจะเป็นในด้านร่างกายหรือจิตใจ

เพื่อสร้างสุขภาพที่แข็งแรงและการดำเนินชีวิตด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพตามแบบแผนชีวิตของบุคคลได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความต้องการการให้บริการการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนจากมุมมองนักท่องเที่ยวไทยและนักท่องเที่ยวต่างชาติ

วิธีการศึกษา

การศึกษาเรื่องความต้องการการให้บริการการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนจากมุมมองนักท่องเที่ยวไทยและนักท่องเที่ยวต่างชาติในครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยหลัก เรื่อง การพัฒนาศักยภาพชุมชนเพื่อสร้างชุมชนต้นแบบและเส้นทางการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพแบบสมาร์ทภาคเหนือตอนล่าง ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนหน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ (บพข.) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ หมายเลขโครงการ : P2-0288/2564

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 โดยใช้การสอบถามผ่านทางออนไลน์ใน 2 ช่องทางหลัก ได้แก่ เว็บไซต์หรือโซเชียลมีเดียประเภท เฟซบุ๊ก (Facebook) เพจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยว และเฟซบุ๊กส่วนตัวของคณะผู้วิจัยและเครือข่าย

เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามออนไลน์ ซึ่งพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม ครอบคลุมแนวคิดเกี่ยวกับประเด็นด้านการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนด้านนักท่องเที่ยว และด้านความต้องการการบริการด้านการท่องเที่ยว จากนั้นได้นำแบบสอบถามดังกล่าวผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย นักวิจัย นักวิชาการด้านการท่องเที่ยว และผู้ที่เกี่ยวข้องในหน่วยงานหรืออุตสาหกรรมการท่องเที่ยว ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-

Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 คะแนน ทั้งนี้ หากข้อรายการถามใดมีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 คะแนน คณะผู้วิจัยได้นำปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ หลังจากนั้นจึงยื่นเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ เพื่อขอปรับแก้ไขโครงการภายหลังการรับรอง (Amendment) ก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวนขนาดตัวอย่างได้ 400 คน (Yamane, 1973 cited in Kanchanakijksakul, 2022) และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10.0 ได้ขนาดตัวอย่าง 440 คน เก็บข้อมูลจริงได้จำนวน 409 คน คิดเป็นอัตราการได้รับข้อมูลกลับ (Response rate) คือ ร้อยละ 93.0 เลือกตัวอย่างแบบโควตา (Quota sampling) เนื่องจากไม่มีบัญชีรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างนักท่องเที่ยวคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ นักท่องเที่ยวชาวไทยและชาวต่างชาติที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป สามารถอ่านออกและหรือเขียนภาษาไทย และหรือภาษาอังกฤษได้ และยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างนักท่องเที่ยว

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนักท่องเที่ยวในภาพรวม พบว่า ร้อยละ 54.7 หรือมากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง เป็นนักท่องเที่ยวเพศหญิง ในขณะที่เป็นนักท่องเที่ยวเพศชาย ร้อยละ 45.3 โดยส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 45.1 เป็นนักท่องเที่ยวที่อยู่ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 25 ปี รองลงมา ได้แก่ กลุ่มอายุ 25-34 ปี กลุ่มอายุ 35-49 ปี และกลุ่มอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 33.5 16.0 และ 5.4 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนโดยส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 51.5 อยู่ในกลุ่มรายได้น้อยกว่า 20,000 บาท รองลงมา ได้แก่ 20,000-34,999 บาท และตั้งแต่ 35,000 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 24.0 และ 24.5 ตามลำดับ ประมาณครึ่งหนึ่ง คือ ร้อยละ 49.9 เป็นนักท่องเที่ยวชาวไทย และอีกประมาณครึ่งหนึ่ง คือ ร้อยละ 50.1 เป็นนักท่องเที่ยวต่างชาติ ซึ่งเป็น

นักท่องเที่ยวชาวต่างชาติในประเทศแถบเอเชีย ร้อยละ 26.1 และในประเทศแถบยุโรปและอเมริกา ร้อยละ 24.0 มากกว่าครึ่งหนึ่ง คือ ร้อยละ 63.8 ไม่มีโรคประจำตัว และประมาณครึ่งหนึ่ง คือ ร้อยละ 51.6 มีความสนใจในประเด็นสุขภาพในระดับมาก รองลงมา คือ ระดับปานกลาง และระดับน้อย คิดเป็น ร้อยละ 36.9 และ 11.5 ตามลำดับ (ตาราง 1)

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนักท่องเที่ยวไทย พบว่า ร้อยละ 61.4 หรือมากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง เป็นนักท่องเที่ยวเพศชาย ในขณะที่เป็นนักท่องเที่ยวเพศหญิง ร้อยละ 38.6 โดยส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 46.0 เป็นนักท่องเที่ยวที่อยู่ในกลุ่มอายุ 25-34 ปี รองลงมา ได้แก่ กลุ่มน้อยกว่า 25 ปี กลุ่มอายุ 35-49 ปี และกลุ่มอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 35.6 15.4 และ 3.0 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนโดยส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 58.7 อยู่ในกลุ่มรายได้น้อยกว่า 20,000 บาท รองลงมา ได้แก่ 20,000-34,999 บาท และตั้งแต่ 35,000 บาท ขึ้นไป คิดเป็น ร้อยละ 30.9 และ 10.4 ตามลำดับ มากกว่าครึ่งหนึ่ง คือ ร้อยละ 88.2 ไม่มีโรคประจำตัว และส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 43.6 มีความสนใจในประเด็นสุขภาพในระดับมาก รองลงมา คือ ระดับปานกลาง และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 38.7 และ 17.7 ตามลำดับ (ตาราง 1)

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนักท่องเที่ยวต่างชาติ พบว่า ร้อยละ 52.3 หรือมากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง เป็นนักท่องเที่ยวเพศหญิง ในขณะที่เป็นนักท่องเที่ยวเพศชาย ร้อยละ 47.7 โดยส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 54.4 เป็นนักท่องเที่ยวที่อยู่ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 25 ปี รองลงมา ได้แก่ กลุ่มอายุ 25-34 ปี กลุ่มอายุ 35-49 ปี และกลุ่มอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป คิดเป็น ร้อยละ 21.1 16.7 และ 7.8 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนโดยส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 44.3 อยู่ในกลุ่มรายได้น้อยกว่า 20,000 บาท รองลงมา ได้แก่ ตั้งแต่ 35,000 บาทขึ้นไป และ 20,000-34,999 บาท คิดเป็นร้อยละ 38.4 และ 17.2 ตามลำดับ มากกว่าครึ่งหนึ่ง คือ ร้อยละ 52.2 เป็นนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติในประเทศแถบเอเชียและเป็นประเทศในแถบยุโรปและอเมริกา ร้อยละ 47.8

มากกว่าครึ่งหนึ่ง คือ ร้อยละ 60.5 มีโรคประจำตัว และ ปานกลาง และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 35.1 และมากกว่าครึ่งหนึ่ง คือ ร้อยละ 59.5 มีความสนใจ 5.4 ตามลำดับ (ตาราง 1) ในประเด็นสุขภาพในระดับมาก รองลงมา คือ ระดับ

ตาราง 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนักท่องเที่ยว

คุณลักษณะทั่วไป	ภาพรวม		ไทย		ต่างชาติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	217	45.3	124	61.4	93	47.7
หญิง	180	54.7	78	38.6	102	52.3
รวม	397*	100.0	202*	100.0	195*	100.0
กลุ่มอายุ						
น้อยกว่า 25 ปี	183	45.1	72	35.6	111	54.4
25-34 ปี	136	33.5	93	46.0	43	21.1
35-49 ปี	65	16.0	31	15.4	34	16.7
ตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป	22	5.4	6	3.0	16	7.8
รวม	406*	100.0	202*	100.0	204*	100.0
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน						
น้อยกว่า 20,000 บาท	208	51.5	118	58.7	90	44.3
20,000-34,999 บาท	97	24.0	62	30.9	35	17.2
ตั้งแต่ 35,000 บาทขึ้นไป	99	24.5	21	10.4	78	38.4
รวม	404*	100.0	201*	100.0	203*	100.0
สัญชาติ						
ไทย	204	49.9	204	100.0	-	-
ประเทศในแถบเอเชีย	107	26.1	-	-	107	52.2
ประเทศในแถบยุโรปและอเมริกา	98	24.0	-	-	98	47.8
รวม	409	100.0	204	100.0	205	100.0
การมีโรคประจำตัว						
มี	148	36.2	24	11.8	124	60.5
ไม่มี	261	63.8	180	88.2	81	39.5
รวม	409	100.0	204	100.0	205	100.0
ความสนใจในประเด็นสุขภาพ						
ระดับน้อย	47	11.5	36	17.7	11	5.4
ระดับปานกลาง	151	36.9	79	38.7	72	35.1
ระดับมาก	211	51.6	89	43.6	122	59.5
รวม	409	100.0	204	100.0	205	100.0

*หมายถึง ไม่รวม missing case

2. ความต้องการการใช้บริการการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนของนักท่องเที่ยว

การศึกษาความต้องการการใช้บริการการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนของนักท่องเที่ยวไทยและต่างชาติในครั้งนี้ ครอบคลุม 3 ด้านสำคัญ ได้แก่ ด้านพฤติกรรมการท่องเที่ยวของนักท่องเที่ยว ด้านกิจกรรมบริการ และด้านมาตรฐานและความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อม

2.1 ด้านพฤติกรรมการท่องเที่ยว

นักท่องเที่ยวไทย ความต้องการการใช้บริการการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน ในด้านพฤติกรรมการท่องเที่ยวของนักท่องเที่ยวไทย พบว่า โดยส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 97.5 ของกลุ่มตัวอย่างนักท่องเที่ยวไทยเป็นผู้ที่มีความสนใจในการท่องเที่ยว ส่งเสริมสุขภาพเพื่อการผ่อนคลายด้านร่างกายและจิตใจ ช่วงฤดูที่สนใจเดินทางท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด คือ ช่วงฤดูหนาว คิดเป็น ร้อยละ 77.0 รองลงมา ได้แก่ ช่วงฤดูร้อน และช่วงฤดูฝน คิดเป็น ร้อยละ 19.1 และ 3.9 ตามลำดับ นอกจากนี้ ช่วงวันที่สนใจเดินทางท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด คือ ช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 45.6 รองลงมา ได้แก่ ช่วงวันธรรมดา และช่วงวันหยุดเทศกาล คิดเป็นร้อยละ 28.9 และ 25.5 ตามลำดับ บุคคลหลักที่ร่วมเดินทางโดยส่วนใหญ่ คือ คนรักและหรือครอบครัว คิดเป็น ร้อยละ 53.4 รองลงมา ได้แก่ เพื่อน และไม่มีผู้ร่วมเดินทาง/เดินทางคนเดียว คิดเป็นร้อยละ 30.9 และ 15.7 ตามลำดับ (ตาราง 2) ในแง่ของรูปแบบคมนาคมในการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพ พบว่า รูปแบบคมนาคมที่นิยมใช้มากที่สุด คือ รถยนต์ส่วนบุคคล คิดเป็น ร้อยละ 88.7 รองลงมา ได้แก่ ขนส่งสาธารณะ เครื่องบิน รถไฟ และยานพาหนะให้บริการโดยบริษัทท่องเที่ยว คิดเป็นร้อยละ 32.4 30.4 25.0 19.1 และ 7.8 ตามลำดับ นอกจากนี้ ลักษณะที่พึงสำหรับการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพ พบว่า

กลุ่มตัวอย่างนักท่องเที่ยวไทยนิยมใช้บริการที่พัก รีสอร์ทมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 72.1 รองลงมา ได้แก่ โรงแรม โฮมสเตย์โดยชุมชน เกสต์เฮาส์ และอะพาร์ตเมนต์ คิดเป็นร้อยละ 68.6 27.5 19.1 และ 1.5 ตามลำดับ (ตาราง 2)

นักท่องเที่ยวต่างชาติ ความต้องการการใช้บริการการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนของนักท่องเที่ยวต่างชาติ ในด้านพฤติกรรมการท่องเที่ยวพบว่า โดยส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 78.5 ของกลุ่มตัวอย่างนักท่องเที่ยวต่างชาติ เป็นผู้ที่มีความสนใจในการท่องเที่ยว ส่งเสริมสุขภาพเพื่อการผ่อนคลายด้านร่างกายและจิตใจ ช่วงฤดูที่สนใจเดินทางท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด คือ ช่วงฤดูร้อน คิดเป็น ร้อยละ 60.0 รองลงมา ได้แก่ ช่วงฤดูหนาว และช่วงฤดูฝน คิดเป็น ร้อยละ 39.0 และ 1.0 ตามลำดับ นอกจากนี้ ช่วงวันที่สนใจเดินทางท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด คือ ช่วงวันหยุดเทศกาล คิดเป็น ร้อยละ 93.7 รองลงมา ได้แก่ ช่วงวันธรรมดา และช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์ คิดเป็น ร้อยละ 3.4 และ 2.9 ตามลำดับ บุคคลหลักที่ร่วมเดินทางโดยส่วนใหญ่ คือ คนรักและหรือครอบครัว คิดเป็น ร้อยละ 42.6 รองลงมา ได้แก่ เพื่อน และไม่มีผู้ร่วมเดินทาง/เดินทางคนเดียว คิดเป็น ร้อยละ 33.3 และ 24.0 ตามลำดับ (ตาราง 2) ในแง่ของรูปแบบคมนาคมในการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพ พบว่า รูปแบบคมนาคมที่นิยมใช้มากที่สุด คือ รถยนต์ส่วนบุคคล คิดเป็น ร้อยละ 66.3 รองลงมา ได้แก่ ยานพาหนะให้บริการโดยบริษัทท่องเที่ยว เครื่องบิน รถไฟและขนส่งสาธารณะ คิดเป็น ร้อยละ 65.4 55.1 43.9 และ 33.7 ตามลำดับ นอกจากนี้ ลักษณะที่พึงสำหรับการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างนักท่องเที่ยวต่างชาตินิยมใช้บริการโฮมสเตย์โดยชุมชนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 78.5 รองลงมาได้แก่ รีสอร์ท เกสต์เฮาส์ โรงแรม และอะพาร์ตเมนต์ คิดเป็น ร้อยละ 66.8 41.5 41.0 และ 27.3 ตามลำดับ (ตาราง 2)

ตาราง 2 ความต้องการการให้บริการการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนในด้านพฤติกรรมการท่องเที่ยวของนักท่องเที่ยวไทยและต่างชาติ

ด้านพฤติกรรมการท่องเที่ยว	นักท่องเที่ยวไทย		นักท่องเที่ยวต่างชาติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความสนใจในการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพ				
เพื่อการผ่อนคลายด้านร่างกายและจิตใจ	196	97.5	161	78.5
เพื่อการรับบริการแพทย์ทางเลือก	5	2.5	44	21.5
รวม	201*	100.0	205	100.0
ช่วงฤดูที่สนใจเดินทางท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพ				
ฤดูหนาว	157	77.0	80	39.0
ฤดูร้อน	39	19.1	123	60.0
ฤดูฝน	8	3.9	2	1.0
รวม	204	100.0	205	100.0
ช่วงวันที่สนใจเดินทางท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพ				
วันธรรมดา	59	28.9	7	3.4
วันหยุดสุดสัปดาห์	93	45.6	6	2.9
วันหยุดเทศกาล	52	25.5	192	93.7
รวม	204	100.0	205	100.0
บุคคลหลักที่ร่วมเดินทาง				
เดินทางคนเดียว/ไม่มีผู้ร่วมเดินทาง	32	15.7	49	24.0
คนรักและหรือครอบครัว	109	53.4	87	42.6
เพื่อน	63	30.9	68	33.3
รวม	204	100.0	205	100.0
รูปแบบคมนาคมในการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพ (ตอบได้หลายข้อ)				
ยานพาหนะให้บริการโดยบริษัทท่องเที่ยว	16	7.8	134	65.4
ขนส่งสาธารณะ	66	32.4	69	33.7
รถไฟ	39	19.1	90	43.9
เครื่องบิน	51	25.0	113	55.1
รถยนต์ส่วนบุคคล	181	88.7	136	66.3
ลักษณะที่พักสำหรับการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพ (ตอบได้หลายข้อ)				
โรงแรม	140	68.6	84	41.0
รีสอร์ท	147	72.1	137	66.8
เกสต์เฮาส์	39	19.1	85	41.5
อะพาร์ตเมนต์	3	1.5	56	27.3
โฮมสเตย์โดยชุมชน	56	27.5	161	78.5

*หมายถึง ไม่รวม missing case

2.2 ด้านกิจกรรมการบริการ

นักท่องเที่ยวไทย ความต้องการการให้บริการการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนของนักท่องเที่ยวไทย ในด้านกิจกรรมการบริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างนักท่องเที่ยวไทยมีความต้องการการให้บริการในกิจกรรมที่อยู่ในระดับมากใน 5 อันดับแรก โดยเรียงลำดับตามความต้องการจากระดับมากไปหาน้อย ได้แก่ ดนตรี น้ำพุร้อน การท่องเที่ยวสถานที่สำคัญในชุมชนท้องถิ่น นวด และศิลปะ/การแสดง คิดเป็น ร้อยละ 70.6 62.3 57.4 55.4 และ 54.9 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างนักท่องเที่ยวไทยมีความต้องการการให้บริการในกิจกรรมที่อยู่ในระดับน้อยใน 5 อันดับสุดท้าย โดยเรียงลำดับตามความต้องการจากระดับน้อยไปหามาก ได้แก่ ฟังเข็ม โยคะ กอล์ฟ การเรียนรู้ทางศาสนา และชกมวย คิดเป็นร้อยละ 59.4 53.4 53.4 51.0 และ 46.6 ตามลำดับ (ตาราง 3)

นักท่องเที่ยวต่างชาติ ความต้องการการให้บริการการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนของนักท่องเที่ยวต่างชาติ ในด้านกิจกรรมการบริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างนักท่องเที่ยวต่างชาติมีความต้องการการให้บริการในกิจกรรมที่อยู่ในระดับมากใน 5 อันดับแรก โดยเรียงลำดับตามความต้องการจากระดับมากไปหาน้อย ได้แก่ กิจกรรมเรียนรู้งานฝีมือ อาหารเพื่อสุขภาพการสาธิต การทำอาหารพื้นถิ่น การแพทย์ทางเลือก ดนตรี และ น้ำพุร้อน คิดเป็น ร้อยละ 63.9 61.5 61.0 60.5 58.5 และ 58.5 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างนักท่องเที่ยวต่างชาติมีความต้องการการให้บริการในกิจกรรมที่อยู่ในระดับน้อยใน 5 อันดับสุดท้าย โดยเรียงลำดับตามความต้องการจากระดับน้อยไปหามาก ได้แก่ การเรียนรู้ทางศาสนา กอล์ฟ วิ่ง ฟังเข็ม และชกมวย คิดเป็น ร้อยละ 58.0 39.5 34.1 32.2 และ 32.2 ตามลำดับ (ตาราง 3)

ตาราง 3 ความต้องการการให้บริการการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนของนักท่องเที่ยวไทยและต่างชาติ ในด้านกิจกรรมการบริการ

ด้านกิจกรรมการบริการ	ระดับความต้องการ							
	นักท่องเที่ยวไทย				นักท่องเที่ยวต่างชาติ			
	ร้อยละ (จำนวน)				ร้อยละ (จำนวน)			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	รวม	มาก	ปานกลาง	น้อย	รวม
สปา	54.5 (109)	14.5 (29)	31.0 (62)	100.0 (200*)	41.5 (85)	34.1 (70)	24.4 (50)	100.0 (205)
นวด	55.4 (112)	16.8 (34)	27.7 (56)	100.0 (202*)	44.9 (92)	35.6 (73)	19.5 (40)	100.0 (205)
กิจกรรมเสริมความงาม	45.5 (92)	16.8 (34)	37.6 (76)	100.0 (202*)	31.7 (65)	46.3 (65)	22.0 (45)	100.0 (205)
ฟังเข็ม	22.3 (45)	18.3 (37)	59.4 (120)	100.0 (202*)	35.1 (72)	32.7 (67)	32.2 (66)	100.0 (205)
โยคะ	23.0 (47)	23.5 (48)	53.4 (109)	100.0 (204)	40.0 (82)	31.2 (64)	28.8 (59)	100.0 (205)
น้ำพุร้อน	62.3 (127)	18.1 (37)	19.6 (40)	100.0 (204)	58.5 (120)	22.9 (47)	18.5 (38)	100.0 (205)
ฟิตเนส	45.6 (93)	15.7 (32)	38.7 (79)	100.0 (204)	36.1 (74)	34.1 (70)	29.8 (61)	100.0 (205)

ตาราง 3 ความต้องการการใช้บริการการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนของนักท่องเที่ยวไทยและต่างชาติ
ในด้านการบริการ (ต่อ)

ด้านกิจกรรมการบริการ	ระดับความต้องการ							
	นักท่องเที่ยวไทย				นักท่องเที่ยวต่างชาติ			
	ร้อยละ (จำนวน)				ร้อยละ (จำนวน)			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	รวม	มาก	ปานกลาง	น้อย	รวม
ปั่นจักรยาน	44.1 (90)	21.1 (43)	34.8 (71)	100.0 (204)	41.5 (85)	29.8 (61)	28.8 (59)	100.0 (205)
ชกมวย	37.7 (77)	15.7 (32)	46.6 (95)	100.0 (204)	41.0 (84)	26.8 (55)	32.2 (66)	100.0 (205)
วิ่ง	41.7 (85)	12.7 (26)	45.6 (93)	100.0 (204)	37.6 (77)	28.3 (58)	34.1 (70)	100.0 (205)
กอล์ฟ	31.4 (64)	15.2 (31)	53.4 (109)	100.0 (204)	37.1 (76)	23.4 (48)	39.5 (81)	100.0 (205)
ดนตรี	70.6 (144)	10.3 (21)	19.1 (39)	100.0 (204)	58.5 (120)	28.8 (59)	12.7 (26)	100.0 (205)
ศิลปะ/การแสดง	54.9 (112)	25.0 (51)	20.1 (41)	100.0 (204)	55.1 (113)	28.8 (59)	16.1 (33)	100.0 (205)
การเรียนรู้ทางศาสนา	22.5 (46)	26.5 (54)	51.0 (104)	100.0 (204)	21.5 (44)	20.5 (42)	58.0 (119)	100.0 (205)
การเรียนรู้สมุนไพร/พันธุ์พืช	41.7 (85)	29.4 (60)	28.9 (59)	100.0 (204)	50.7 (104)	28.3 (58)	21.0 (43)	100.0 (205)
การเรียนรู้วัฒนธรรมท้องถิ่น	50.0 (102)	27.9 (57)	22.1 (45)	100.0 (204)	55.6 (114)	33.2 (68)	11.2 (23)	100.0 (205)
อาหารเพื่อสุขภาพ	45.1 (92)	27.0 (55)	27.9 (57)	100.0 (204)	61.5 (126)	22.9 (47)	15.6 (32)	100.0 (205)
การสาธิตการทำอาหารพื้นถิ่น	50.0 (102)	23.5 (48)	26.5 (54)	100.0 (204)	61.0 (125)	28.3 (58)	10.7 (22)	100.0 (205)
การท่องเที่ยวสถานที่สำคัญ ในชุมชนท้องถิ่น	57.4 (117)	22.5 (46)	20.1 (41)	100.0 (204)	48.3 (35)	34.6 (71)	17.1 (35)	100.0 (205)
การแพทย์ทางเลือก	33.3 (68)	27.9 (57)	38.7 (79)	100.0 (204)	60.5 (124)	22.0 (45)	17.6 (36)	100.0 (205)
กิจกรรมเรียนรู้งานฝีมือ	45.1 (92)	24.0 (49)	30.9 (63)	100.0 (204)	63.9 (131)	22.4 (46)	13.7 (28)	100.0 (205)

* หมายถึง ไม่รวม missing case

2.3 ด้านมาตรฐานและความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อม

นักท่องเที่ยวไทย ความต้องการการใช้บริการการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนของนักท่องเที่ยวไทย ในด้านมาตรฐานและความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างนักท่องเที่ยวไทยมีความต้องการการบริการในด้านดังกล่าว อยู่ในระดับมากทุกรายการ ยกเว้น ภาษา/การสื่อสาร โดยเรียงลำดับตามความต้องการจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ความปลอดภัยจากอุบัติเหตุ มาตรการป้องกันและควบคุมโรคระบาด (เช่น โควิด-19 ฯลฯ) การบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน การดูแลเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ความสะอาดของสิ่งบริการต่างๆ ความปลอดภัยจากการหลอกลวง/การฉ้อโกง และสภาพอากาศ/มลภาวะ (ตาราง 4)

นักท่องเที่ยวต่างชาติ ความต้องการการใช้บริการการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนของนักท่องเที่ยวต่างชาติ ในด้านมาตรฐานและความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างนักท่องเที่ยวต่างชาติมีความต้องการการบริการในด้านดังกล่าว อยู่ในระดับมากทุกรายการ ยกเว้น ภาษา/การสื่อสาร และสภาพอากาศ/มลภาวะ โดยเรียงลำดับตามความต้องการจากมากไปหาน้อย ได้แก่ มาตรการป้องกันและควบคุมโรคระบาด (เช่น โควิด-19 ฯลฯ) การบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ความสะอาดของสิ่งบริการต่างๆ ความปลอดภัยจากการหลอกลวง/การฉ้อโกงความปลอดภัยจากอุบัติเหตุ และการดูแลเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน (ตาราง 4)

ตาราง 4 ความต้องการการใช้บริการการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนในด้านมาตรฐานและความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อม จำแนกตามสัญชาติของนักท่องเที่ยว

ด้านมาตรฐานและความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อม	ระดับความต้องการ							
	นักท่องเที่ยวไทย				นักท่องเที่ยวต่างชาติ			
	ร้อยละ (จำนวน)				ร้อยละ (จำนวน)			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	รวม	มาก	ปานกลาง	น้อย	รวม
ภาษา/การสื่อสาร	21.6 (44)	27.9 (57)	50.5 (103)	100.0 (204)	36.6 (75)	39.0 (80)	24.4 (50)	100.0 (205)
ความปลอดภัยจากการหลอกลวง/การฉ้อโกง	42.2 (86)	36.3 (74)	21.6 (44)	100.0 (204)	53.2 (109)	36.1 (74)	10.7 (22)	100.0 (205)
สภาพอากาศ/มลภาวะ	40.4 (82)	28.1 (57)	31.5 (64)	100.0 (203*)	36.1 (74)	43.9 (90)	20.0 (41)	100.0 (205)
การดูแลเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน	55.7 (113)	25.1 (51)	19.2 (39)	100.0 (203*)	49.3 (101)	37.6 (77)	13.2 (27)	100.0 (205)
ความปลอดภัยจากอุบัติเหตุ	75.0 (153)	17.2 (35)	7.8 (16)	100.0 (204)	52.7 (108)	28.3 (58)	19.0 (39)	100.0 (205)
ความสะอาดของสิ่งบริการต่างๆ	51.0 (104)	29.4 (60)	19.6 (40)	100.0 (204)	61.5 (126)	23.4 (48)	15.1 (31)	100.0 (205)
มาตรการป้องกันและควบคุมโรคระบาด (เช่น โควิด-19 ฯลฯ)	67.5 (137)	22.7 (46)	9.9 (20)	100.0 (203*)	76.1 (156)	18.0 (37)	5.9 (12)	100.0 (205)
การบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน	60.9 (123)	24.3 (49)	14.9 (30)	100.0 (202*)	74.6 (153)	19.5 (40)	5.9 (12)	100.0 (205)

* หมายถึง ไม่รวม missing case

สรุปและอภิปรายผล

1. ความต้องการการให้บริการการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนของนักท่องเที่ยวในด้านพฤติกรรมการท่องเที่ยว ผลการศึกษา พบว่า

1.1 นักท่องเที่ยวโดยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีความสนใจในการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพเพื่อการผ่อนคลายด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นไปอย่างสอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่ผ่านมาที่พบเช่นกันว่า นักท่องเที่ยวส่วนใหญ่มักเดินทางมาพักผ่อนกับครอบครัวเพื่อการพักผ่อนและฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจ เรียนรู้/ทำความเข้าใจวิถีชีวิต วัฒนธรรม และความเชื่อของชุมชน รวมถึงชื่นชมธรรมชาติและภูมิทัศน์ที่สวยงาม (Krajangchom & Sangkakorn, 2020) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Liao et al. (2023) ที่ระบุว่า การท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพส่งผลให้เกิดความสมบูรณ์ทางกาย จิตใจ มีคุณภาพชีวิต และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี ซึ่งการท่องเที่ยวช่วยให้ผู้คนได้ออกจากสภาพแวดล้อมการทำงานและสัมผัสกับสิ่งใหม่ๆ มีส่วนร่วมในกิจกรรมยามว่าง และช่วยเพิ่มความเป็นอยู่ที่ดี (Wellness) อีกด้วย

1.2 นักท่องเที่ยวไทยสนใจเดินทางท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพในช่วงฤดูหนาวมากที่สุด ในขณะที่นักท่องเที่ยวต่างชาติสนใจเดินทางท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพในช่วงฤดูร้อนมากที่สุด นั่นคือ นักท่องเที่ยวโดยมากไม่นิยมเดินทางท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพในช่วงฤดูฝน ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปอย่างสอดคล้องกับการรายงานการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบเช่นกันว่า ฤดูกาลที่ดีที่สุดสำหรับการท่องเที่ยวประเทศไทย คือ ช่วงฤดูหนาวและฤดูร้อน (Kaewkiriya & Buchain, 2021; Kladkaew & Prakobkit, 2019; Madhyhamapurush, 2013)

1.3 นักท่องเที่ยวต่างชาติสนใจเดินทางท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพในช่วงวันหยุดเทศกาลมากที่สุด ในขณะที่ นักท่องเที่ยวไทยสนใจเดินทางท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพในช่วงวันวันหยุดสุดสัปดาห์มากที่สุด กล่าวคือ นักท่องเที่ยวโดยส่วนใหญ่ไม่นิยมเดินทางท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพในช่วงวันธรรมดา ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปอย่างสอดคล้องกับรายงานการ

ศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า นักท่องเที่ยวนิยมเดินทางท่องเที่ยวในช่วงวันหยุดนักขัตฤกษ์/วันหยุดยาวและหรือช่วงที่มีการจัดงานเทศกาล/งานประเพณี (Krajangchom & Sangkakorn, 2020)

1.4 นักท่องเที่ยวโดยส่วนใหญ่มีครอบครัวและหรือครอบครัวเป็นบุคคลหลักที่ร่วมเดินทางในการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปอย่างสอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่ผ่านมาในหลายพื้นที่พบเช่นกันว่า นักท่องเที่ยวโดยมากมักจะเดินทางมาพักผ่อนกับครอบครัวเพื่อการพักผ่อน (Office of the Permanent Secretary, Ministry of Tourism and Sports, 2019; Krajangchom & Sangkakorn, 2020; Rattanapichit, Keawood, & Nuang-uthai, 2018)

1.5 นักท่องเที่ยวโดยส่วนใหญ่นิยมใช้รถยนต์ส่วนบุคคล เป็นรูปแบบคมนาคมในการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปอย่างสอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่ผ่านมาในหลายพื้นที่พบเช่นกันว่า นักท่องเที่ยวมักนิยมเดินทางไปยังแหล่งท่องเที่ยวด้วยรถยนต์ส่วนตัว (Economics Tourism and Sports Division, Ministry of Tourism and Sports, 2019; Rattanapichit et al., 2018) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการเดินทางท่องเที่ยวโดยการใช้รถยนต์ส่วนบุคคล นอกจากจะมีความสะดวกสบายและความเป็นส่วนตัวแล้ว การเดินทางด้วยรถยนต์พร้อมกับครอบครัวยังเป็นการเดินทางที่มีความหมาย เพราะทุกคนได้ใช้เวลาร่วมกันบนรถ สามารถชื่นชมทิวทัศน์สองข้างทางและสำรวจสภาพภูมิประเทศที่หลากหลาย มีความสะดวกสบาย หากต้องแวะพักรถ เข้าห้องน้ำ หรือรับประทานอาหารระหว่างทาง มากไปกว่านั้น สถานการณ์การแพร่ระบาดของโคโรนาไวรัส 2019 หรือโควิด-19 ยังอาจส่งผลให้นักท่องเที่ยวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามวิถีปกติใหม่ (New normal) โดยคำนึงถึงความปลอดภัยด้านสุขภาพอนามัยมากยิ่งขึ้น จึงทำให้นักท่องเที่ยวใช้รูปแบบการเดินทางด้วยรถยนต์ส่วนตัวมากกว่ารถสาธารณะ ถึงกระนั้นก็ตาม ในกลุ่มนักท่องเที่ยวต่างชาติยังอาจเลือกใช้บริการเช่ารถยนต์ขับเองเพื่อการเดินทางท่องเที่ยวมากกว่าการเดินทางโดยใช้รถสาธารณะหรือรถแท็กซี่ เพราะนอกจากจะสามารถเดินทางไปยังสถานที่ตาม

ต้องการได้อย่างอิสระ สะดวกสบาย และมีความเป็นส่วนตัวแล้ว ในสังคมยุควิถีปกติใหม่ (New normal) ธุรกิจบริการเช่ารถยนต์เพื่อขับเองได้มีมาตรการทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อรถทุกคันหลังใช้งาน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้แก่นักท่องเที่ยวผู้ใช้บริการเช่ารถยนต์เพื่อขับเอง

1.6 นักท่องเที่ยวไทยนิยมใช้บริการที่พัก รีสอร์ท มากที่สุดในขณะที่ นักท่องเที่ยวต่างชาตินิยมใช้บริการที่พักโฮมสเตย์โดยชุมชนมากที่สุด ทั้งนี้ ในส่วนของความนิยมใช้บริการที่พักโฮมสเตย์โดยชุมชนของนักท่องเที่ยวต่างชาตินั้น อาจเป็นผลอันสืบเนื่องมาจากนักท่องเที่ยวมีกระแสดูความต้องการที่จะเรียนรู้วัฒนธรรมและวิถีชีวิตของชาวพื้นเมืองที่มีวัฒนธรรมเป็นเอกลักษณ์ประจำถิ่น ดังนั้น การเข้าพักที่โฮมสเตย์ซึ่งตั้งอยู่ในแหล่งท่องเที่ยวที่ยอมรับทำให้ได้ใกล้ชิดกับธรรมชาติชุมชนและวัฒนธรรมวิถีชีวิตได้เป็นอย่างดี (Al-Laymoun et al., 2020 cited in Niemchai, Taweepol, & Sirichodnisakorn, 2021)

2. ความต้องการการใช้บริการการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนของนักท่องเที่ยว ในด้านกิจกรรมการบริการ ผลการศึกษา พบว่า

2.1 นักท่องเที่ยวไทยมีความต้องการการใช้บริการในกิจกรรม 5 อันดับแรก โดยเรียงลำดับตามความต้องการ จากระดับมากไปหาน้อย ได้แก่ ดนตรี น้ำพุร้อน การท่องเที่ยวสถานที่สำคัญในชุมชนท้องถิ่น นวด และศิลปะ/การแสดง

2.2 นักท่องเที่ยวต่างชาติมีความต้องการการใช้บริการในกิจกรรม 5 อันดับแรก โดยเรียงลำดับตามความต้องการ จากระดับมากไปหาน้อย ได้แก่ กิจกรรมเรียนรู้งานฝีมือ อาหารเพื่อสุขภาพ การสาธิตการทำอาหารพื้นถิ่น การแพทย์ทางเลือก ดนตรี และน้ำพุร้อน จากผลการศึกษาในข้างต้น จะเห็นได้ว่า ความต้องการการใช้บริการการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนของนักท่องเที่ยวในด้านกิจกรรมการบริการที่สำคัญร่วมกันของนักท่องเที่ยวทั้งไทยและต่างชาติ ได้แก่ ดนตรี และน้ำพุร้อน ซึ่งกิจกรรมทั้งสองชนิดนี้มีลักษณะที่ก่อให้เกิดการผ่อนคลายด้านร่างกายและจิตใจ สอดคล้องกับการวิจัยของ Heranya (2021) ที่ระบุว่า

นักท่องเที่ยวมีความสนใจรูปแบบกิจกรรมท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในจังหวัดเชียงใหม่ คือ ฟังดนตรี ชมการแสดง ฟ้อนรำล้านนา นอกจากนี้ การท่องเที่ยวในรูปแบบของการแช่น้ำพุร้อน มีประโยชน์ในการช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตในร่างกาย ผ่อนคลายความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ และลดความเครียดได้ กล่าวคือ น้ำพุร้อนมีแร่ธาตุที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย ช่วยรักษาสมดุลของความเป็นกรดและด่างของร่างกาย เพิ่มประสิทธิภาพของการเผาผลาญอาหาร บำรุงและควบคุมความชุ่มชื้นของเซลล์ผิว รักษากระบวนสมดุลของน้ำในร่างกาย กระตุ้นการผลัดเปลี่ยนของเซลล์ผิวหนึ่งให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น รวมทั้งช่วยในการเจริญเติบโตของกระดูก อย่างไรก็ตาม แร่ธาตุในน้ำพุร้อนจะต้องมีการตรวจสอบและควบคุมระดับแร่ธาตุให้ไม่เกินค่ามาตรฐาน (Manirochana, 2021) และการให้บริการต้องดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรฐานคุณภาพแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ประเภทน้ำพุร้อนธรรมชาติ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของนักท่องเที่ยวเป็นสำคัญ (Ministry of Tourism and sports, n.d.) นอกจากนี้ นักท่องเที่ยวยังมีความต้องการในกิจกรรมบริการที่ก่อให้เกิดความผ่อนคลายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่แตกต่างกันออกไประหว่างนักท่องเที่ยวชาวไทยและชาวต่างชาติ ได้แก่ กิจกรรมเรียนรู้งานฝีมือ ศิลปะ/การแสดง การสาธิตการทำอาหารพื้นถิ่น อาหารเพื่อสุขภาพ การท่องเที่ยวสถานที่สำคัญในชุมชนท้องถิ่น นวด และการแพทย์ทางเลือก กิจกรรมเหล่านี้ล้วนมีลักษณะที่มีความผูกโยงอย่างใกล้ชิดกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมภูมิปัญญาของคนในชุมชน ซึ่งนอกจากจะก่อให้เกิดความผ่อนคลายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจแล้ว ยังก่อให้เกิดการเรียนรู้และประสบการณ์ที่มีคุณค่าแก่นักท่องเที่ยวผู้มาเยือนอีกด้วย (Manirochana, 2017; Suansri, 2003)

3. ความต้องการการใช้บริการการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนของนักท่องเที่ยว ในด้านมาตรการและความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อม ผลการศึกษา พบว่า

3.1 นักท่องเที่ยวไทยมีความต้องการการบริการ ได้แก่ ความปลอดภัยจากอุบัติเหตุ มาตรการป้องกันและควบคุมโรคระบาด (เช่น โควิด-19 ฯลฯ) การบริการ

ทางการแพทย์ฉุกเฉิน การดูแลเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน และความสะอาดของสิ่งบริการต่างๆ

3.2 นักท่องเที่ยวต่างชาติมีความต้องการใช้บริการในกิจกรรม 5 อันดับแรก โดยเรียงลำดับตามความต้องการจากระดับมากไปหาน้อย ได้แก่ มาตรการป้องกันและควบคุมโรคระบาด (เช่น โควิด-19 ฯลฯ) การบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ความสะอาดของสิ่งบริการต่างๆ ความปลอดภัยจากการหลอกลวง/การฉ้อโกงและความปลอดภัยจากอุบัติเหตุ

จากผลการศึกษาในช่วงต้น จะเห็นได้ว่า ความต้องการการใช้บริการการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนของนักท่องเที่ยว ในด้านมาตรการและความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อมนั้น มีประเด็นที่สำคัญร่วมกันของนักท่องเที่ยวทั้งไทยและต่างชาติ ได้แก่ มาตรการป้องกันและควบคุมโรคระบาด (เช่น โควิด-19 ฯลฯ) การบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ความสะอาดของสิ่งบริการต่างๆ และความปลอดภัยจากอุบัติเหตุ ซึ่งผลการศึกษานี้เป็นไปอย่างสอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การบริการด้านการท่องเที่ยวจำเป็นต้องคำนึงและให้ความสำคัญในเรื่องความสะอาดและสุขอนามัยรวมทั้ง ปัจจัยต่างๆ ในการลดความเสี่ยงของการแพร่เชื้อโรคไวรัสโควิด-19 อันจะเป็นการช่วยสร้างความเชื่อมั่นให้นักท่องเที่ยวเกิดความมั่นใจและรู้สึกปลอดภัยในการท่องเที่ยว (Artharn, Jaroenwisana, & Boonmeesrisanga, 2022) อย่างไรก็ตาม นักท่องเที่ยวไทยและต่างชาติมีความต้องการในมาตรการและความปลอดภัยในอันดับที่อาจแตกต่างกันออกไป ได้แก่ การดูแลเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน และความปลอดภัยจากการหลอกลวง/การฉ้อโกง ซึ่งมาตรการและความปลอดภัยเหล่านี้นอกจากจะเป็นตัวสะท้อนถึงภาพลักษณ์ของประเทศแล้ว ยังเป็นปัจจัยหนึ่งในการตัดสินใจเดินทางท่องเที่ยวของนักท่องเที่ยวอีกด้วย (Academic office, the Secretariat of the House of Representatives, 2019; Office of the Permanent Secretary, Ministry of Tourism and Sports, 2019) ดังนั้น การท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับมาตรฐานการให้บริการที่มีคุณภาพผนวกควบคู่กับมาตรฐานความปลอดภัยด้านสาธารณสุข

การศึกษานี้ มีข้อจำกัดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การเลือกตัวอย่างแบบโควตา (Quota sampling) ซึ่งเป็นวิธีที่ไม่ได้ใช้หลักความน่าจะเป็น (Non-probability sampling) จากการเก็บข้อมูลที่ไม่มียุทธวิธีรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง นักท่องเที่ยวไทยและต่างชาติ นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสำรวจออนไลน์ อาจส่งผลให้เกิดความลำเอียงในการคัดเลือกตัวอย่าง (Selection bias) จากการเข้าถึงของกลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการใช้อินเทอร์เน็ตและสื่อสารสังคมออนไลน์ ดังนั้น การนำผลการศึกษาไปใช้ ควรให้ความระมัดระวังในการอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรทั่วไป ทั้งนี้ โรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่อเฝ้าระวัง มีการฟื้นฟูการท่องเที่ยวจึงออกแบบการเก็บข้อมูลเพื่อให้เข้าถึงนักท่องเที่ยวอย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ สามารถนำไปใช้ในการออกแบบชุดบริการสุขภาพ (Health service package) ของผู้ประกอบการและชุมชนให้มีความสอดคล้องกับความต้องการการบริการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มนักท่องเที่ยวเป้าหมาย ซึ่งเป็นการสร้างเศรษฐกิจและใช้ทรัพยากรสิ่งแวดล้อมเชิงสร้างสรรค์ ทั้งด้านร่างกายจิตใจ คุณภาพชีวิต และสิ่งแวดล้อม เพื่อให้นักท่องเที่ยวซึ่งเป็นประชากรโลกให้มีสุขภาพที่แข็งแรงและการดำเนินชีวิตตามแบบการดำเนินชีวิตของตนเอง ทั้งนี้ การศึกษาต่อไปควรมีการศึกษาผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social return on investment- SROI) ที่มีคุณค่าของชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้ประกอบการด้านการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพ โดยชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรให้ความสำคัญกับการบริการด้านการท่องเที่ยวโดยคำนึงถึงพฤติกรรม การท่องเที่ยวของนักท่องเที่ยวร่วมด้วย เพื่อใช้สำหรับการวางแผนการบริการให้เป็นไปอย่างเหมาะสม เช่น ช่วงฤดูกาลที่ชอบเดินทางท่องเที่ยว ช่วงวันที่ชอบเดินทางท่องเที่ยว บุคคลหลักที่ร่วมเดินทาง วัตถุประสงค์การท่องเที่ยว รูปแบบการคมนาคมที่ใช้ในการเดินทาง และการบริการที่พักสำหรับนักท่องเที่ยว เป็นต้น เนื่องจากผลการศึกษา พบว่า นักท่องเที่ยวนิยมเดินทางท่องเที่ยว

ในฤดูหนาวและฤดูร้อน เดินทางในช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์ และวันหยุดเทศกาล มีคนรักและหรือครอบครัวร่วมเดินทาง โดยใช้รถยนต์ส่วนบุคคล และนิยมที่พักในลักษณะรีสอร์ท และโฮมสเตย์โดยชุมชน

2. ผู้ประกอบการด้านการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพ โดยชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรให้ความสำคัญกับการบริการด้านการท่องเที่ยวในกิจกรรมการบริการของชุมชนที่สอดคล้องกับความต้องการของนักท่องเที่ยว เพื่อก่อให้เกิดการผ่อนคลายด้านร่างกายและจิตใจ โดยออกแบบชุดบริการสุขภาพ (Health service package) ที่เน้นด้านดนตรี น้ำพุร้อน การสาธิตการทำอาหารพื้นถิ่น ศิลปะ/การแสดง กิจกรรมเรียนรู้งานฝีมือ การท่องเที่ยวสถานที่สำคัญในชุมชนท้องถิ่น อาหารเพื่อสุขภาพ นวด และการแพทย์ทางเลือก ทั้งนี้ เพราะผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กิจกรรมการบริการที่สำคัญที่มีนักท่องเที่ยวต้องการอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ดนตรี น้ำพุร้อน การสาธิตการทำอาหารพื้นถิ่น ศิลปะ/การแสดงกิจกรรมเรียนรู้งานฝีมือ การท่องเที่ยวสถานที่สำคัญในชุมชนท้องถิ่น อาหารเพื่อสุขภาพนวด และการแพทย์ทางเลือก

3. ผู้ประกอบการด้านการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพ โดยชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรให้ความสำคัญกับการบริการด้านการท่องเที่ยวอย่างควบคู่กับการสร้างความมั่นใจในด้านมาตรการและความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นความปลอดภัยในชีวิตหรือทรัพย์สินของนักท่องเที่ยว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคสถานการณ์การแพร่ระบาดของโคโรนาไวรัส 2019 หรือโควิด-19 ซึ่งการบริการจำเป็นต้องคำนึงถึงความปลอดภัยด้านสุขภาพอนามัยมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ เนื่องจากผลการศึกษาพบว่า นักท่องเที่ยวมีความต้องการบริการที่ครอบคลุมในเรื่องมาตรการป้องกันและควบคุมโรคระบาด (เช่น โควิด-19 ฯลฯ) การบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ความสะอาดของสิ่งบริการต่างๆ ความปลอดภัย

จากอุบัติเหตุและการดูแลเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน และความปลอดภัยจากการหลอกลวง/การฉ้อโกง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไปใช้อ้างอิงยังกลุ่มประชากร เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้คัดเลือกด้วยวิธีอาศัยหลักความน่าจะเป็น อีกทั้งยังใช้แบบสำรวจออนไลน์ในการเก็บข้อมูล ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ดังนั้น การวิจัยครั้งต่อไป อาจพิจารณาออกแบบการวิจัยเพื่อลดความลำเอียงในการคัดเลือกตัวอย่างและครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ใช้อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีความเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร ในอันที่จะสามารถนำผลการศึกษาไปใช้อ้างอิงยังกลุ่มประชากรทั่วไปได้มากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social return on investment- SROI) ในกิจกรรมการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพ เพื่อประเมินมูลค่าทางสังคมทั้งผลลัพธ์ที่เป็นทั้งตัวเงินและไม่ใช้ตัวเงิน ทั้งนี้ เพื่อช่วยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีข้อมูลที่ชัดเจนในการตัดสินใจและวางแผนในทางที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพที่มีคุณค่าของชุมชนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

โครงการนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องการพัฒนาศักยภาพชุมชนเพื่อสร้างชุมชนต้นแบบและเส้นทางท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพแบบสมาร์ทภาคเหนือตอนล่าง ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนหน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ (บพข.) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ผู้วิจัยใคร่ขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- Abdullah, M., Ali, N., Hussain, SA., Aslam, AB. & Javid, MA. (2021). Measuring changes in travel behavior pattern due to COVID-19 in a developing country: A case study of Pakistan. *Transport Policy*, 108(c), 21-33.
- Academic office, the Secretariat of the House of Representatives. (2019). "Tourism safety measures". Electronic academic papers. Retrieved April 8, 2022, from https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parliament_parcy/ewt_dl_link.php?nid=56340&filename=index. (in Thai)
- Artharn, D., Jaroenwisana, K., and Boonmeesrisanga, M. (2022). The enhancement of safety and health protocols for sustainable homestay tourism after the COVID-19 pandemic in Thailand. *Journal of Liberal Arts Thammasat University*, 22(1), 186-204. (in Thai)
- Economics Tourism and Sports Division, Ministry of Tourism and Sports. (2019). "Safe tourism: Thailand tourism situation quarter 1/2019 and quarter 2/2019". Tourism Economic Conditions Report. Retrieved April 8, 2022, from https://www.mots.go.th/download/article/article_20191025094442.pdf. (in Thai)
- Eiamnakha, N., Nisamaneepong, J., Panla-Or, P., Senglum, C. and Poosanam, W. (2021). "To the health path in Thailand: The journey to Thailand health tourism ep.1". Retrieved June 21, 2023, from http://mrd-hss.moph.go.th/mrd1_hss/wp-content/uploads/2021/09/The-Journey-To-Thailand-Health-Tourism-EP.1.pdf. (in Thai)
- Heranya, M. (2564). Wellness tourism behavior of Thai tourists in Chiang Mai. *Sarasatr*, 4(3), 664-677. (in Thai)
- Kaewkiriya, B. and Buchain, R. (2021). Factors influencing foreign tourist's decision to select a hostel in Bangkok. *Journal of Thai Hospitality and Tourism*, 16(1), 3-11. (in Thai)
- Kanchanakijisakul, C. (2013). "Research methodology in social sciences". 2nd. Tak: Project five-four. (in Thai)
- Kladkaew, N. and Parkobkit, S. (2019). Developing Thailand as a creative tourism hub for Muslim tourists in ASEAN: Case study Phuket Province. *Journal of Sustainable Tourism Development*, 1(1), 50-70. (in Thai)
- Krajangchom S., and Sangkakorn K. (2020). Behaviors and needs of Thai and Foreign wellness tourists in Upper North of Thailand. *University of the Thai Chamber of Commerce Journal*, 40(1), 57-76.
- Liao, C., Zuo, Y., Xu, S., Law, R. & Zhang, M. (2023). Dimensions of the health benefits of wellness tourism: A review. *Frontiers in Psychology*, 13:1071578. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1071578>.
- Lo, Y-C. & Janta, P. (2020). Resident's perspective on developing community-based tourism- A qualitative study of Muen Ngoen Kong community, Chiang Mai, Thailand. *Frontiers in Psychology*, 11:1493. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01493>.
- Madhyhamapurush, W. (2013). Tourism marketing for long stay Japanese pensioner tourists in Chiang Mai. *Journal of Thai Hospitality and Tourism*, 8(2), 48-61. (in Thai)
- Manirochana, N. (2017). Community based tourism management. *International Thai Tourism Journal*, 13(2), 25-46.

- Manirochana, N. (2021). Potential development of hot spring destination at Ban Nong Charoen Kanchanaburi province for high value tourism. *Journal of Philosophical Vision*, 26(1), 146-171. (in Thai)
- Marohabutr, T. (2018). Medical hub policy strategy and situations reflecting impact on the health system of Thailand. *Quality of Life and Law Journal*, 14(2), 27-41. (in Thai)
- Ministry of Tourism and sports. (n.d.). "Handbook of quality standard assessment in health tourism sources of natural hot springs". 2nd, Office of tourism development, Department of tourism. Retrieved April 8, 2022, from <https://www.dot.go.th/ebooks/ebooks-view/429>. (in Thai)
- Niemchai S., Taweepol R., Sirichodnisakorn C. (2021). The efficiency driving of wellness service of wellness homestay in Thailand. *MFU Connexion: Journal of Humanities and Social Sciences*, 10(2), 93-111. (in Thai)
- Office of the Permanent Secretary, Ministry of Tourism and Sports. (2019). Safety tourism: Situation of Thai tourism. Tourism economic review, 1. 12-20. Office of the Permanent Secretary, Bangkok. Retrieved April 8, 2022, from https://www.mots.go.th/download/article/article_20191025094442.pdf
- Rattanapichit, N., Keawood, R., and Nuang-uthai, T. (2018). "Factors influencing the elderly's health tourism behavior in Nakhon Si Thammarat Province". Research Report. The Faculty of Science and Technology, Rajamangala University of Technology Srivijaya, Songkhla. (in Thai)
- Royal Institute. (2003). "Dictionary, Royal Institute Edition, 1999". Bangkok: Nanmeebooks Publication Co., Ltd., (in Thai)
- Saenkam, B. (2021). The behavior of Thai tourists after COVID 19 situations. *Journal of Liberal Arts and Service Industry*, 4(1), 160-167.
- Suansri, P. (2003). "Community based tourism handbook". Tourism for Life and Nature Project. Bangkok: Responsible Ecological Social Tour. (in Thai)
- Sukjairungwattana, T. (2018). Paradigm of alternative flow: Strategies to drive creative economy in Thai society. *Veridian E-Journal, Silpakorn University (Humanities, Social Sciences and arts)*, 11 (1), 411-427. (in Thai)
- Ullah, N., Zada, S., Siddique, MA., Hu, Y., Han, H., Vega-Muñoz, A., & Salazar-Sepúlveda, G. (2021). Driving factors of the health and wellness tourism industry: A sharing economy perspective evidence from KPK Pakistan. *Sustainability*, 13(23), 13344. <https://doi.org/10.3390/su132313344>.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับ ความดันโลหิตได้ในตำบลฝักขาม อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์

เบญจวรรณ วงษ์รอด^{1, 2, *} ส.ม., อรวรรณ กิรติสิโรจน์³ วท.ด., อาทิตยา วัจวนสินธุ์³ ส.ด.

Received: November 15, 2022

Revised: March 1, 2023

Accepted: April 24, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม เป็นเวลา 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 10 ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมานโดยใช้สถิติ Independent t-test, Paired t-test, One-Way Repeated ANOVA และ Analysis of Covariance (ANCOVA) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลลดลงจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ดังนั้น โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ จึงมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

คำสำคัญ: การดูแลตนเอง การส่งเสริมสุขภาพ โรคความดันโลหิตสูง

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฝักขาม อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

* ผู้รับผิดชอบบทความ: benjawan.wongrod@gmail.com

The effectiveness of the program applying the health promotion model on self-care behavior among patients with uncontrolled hypertension in Phakkwang Sub-district, Thongseankhan District, Uttaradit Province

Benjawan Wongrod^{1, 2, *} M.P.H., Orawan Keeratisiroj³ Ph.D., Artittaya Wangwonsin³ Dr.P.H.

ABSTRACT

The purposes of this quasi-experimental research were to study the effectiveness of the program by applying health Promotion model on self-care behavior among patients with uncontrolled hypertension by applying Pender's Health-promotion Model and Protection Motivation Theory. The sample consisted of 60 patients with uncontrolled hypertension, divided into experimental group and control group, 30 people each. The experimental group received health promotion program for 8 weeks and follow-up period at the 10th week. The controlled group received regular service. The data were collected by interview forms from May to July 2019. The data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean and standard deviation, and inferential statistics using Independent t-test, Paired t-test, One-Way Repeated ANOVA and Analysis of Covariance (ANCOVA). The statistical significance level was set at 0.05.

The results showed that after the experiment, the trial group had mean perceived scores including perceived benefit of practice, perceived barriers to practice, perceived self-efficacy, perceived severity of disease, and perceived risk exposure disease, and the mean behavioral scores were statistically significantly higher than before the trial (p -value < 0.05). The mean systolic blood pressure of the experimental group after the trial and follow-up period, there was a statistically significant decrease from before the trial (p -value < 0.05). After the experiment, the experimental group had a mean perceived score, mean behavior score and mean blood pressure significantly higher than the control group (p -value < 0.05). Therefore, the health promotion program affects the self-care behavior among patients with uncontrolled hypertension.

Keywords: Self-care, Health promotion, Hypertension

¹ Student in Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Naresuan University

² Public Health Technical Officer, Professional Level, Phakkwang Sub-district Health Promoting Hospital, Thongseankhan District, Uttaradit Province

³ Assistant Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University

* Corresponding author: benjawan.wongrod@gmail.com.

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกและเป็นสาเหตุของการตายหรือเกิดทุพพลภาพในผู้ป่วย จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกว่าพันล้านคน ซึ่ง 2 ใน 3 ของผู้ป่วยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และพบ 1 ใน 3 ของวัยผู้ใหญ่ในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีประชากรวัยผู้ใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง 1.58 พันล้านคน โรคความดันโลหิตสูงเกิดในผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure) ตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) ตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป โดยเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร กรรมพันธุ์ และปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ โรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ โรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (Primary or essential hypertension) พบร้อยละ 95.0 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด และโรคความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) พบร้อยละ 5.0 ของผู้ป่วยทั้งหมดส่วนใหญ่เกิดจากพยาธิสภาพของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงเล็กน้อยถึงปานกลาง มักไม่แสดงอาการ ส่วนผู้ที่มีระดับความดันสูงมากจะพบอาการปวดศีรษะ โดยมักปวดบริเวณท้ายทอย คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ เลือดกำเดาไหล เหนื่อยหอบขณะทำงาน และเจ็บหน้าอก บางรายอาจพบภาวะแทรกซ้อนและอาจทำให้เกิดโรคอื่นร่วมด้วย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคไต และโรคตา การที่ไม่ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิตได้ ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และยังส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ (Pijanjan, 2012)

ในประเทศไทย จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.4 ในปี พ.ศ. 2562-2563 ซึ่งสูงกว่าของการสำรวจ ครั้งที่ 5 เมื่อ พ.ศ. 2557

โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ความชุกในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลค่อนข้างใกล้เคียงกัน โดยภาคภาคเหนือ ภาคกลาง และกรุงเทพฯ มีความชุกสูงสุดใกล้เคียงกัน ร้อยละ 27.2-27.5 โดยในจำนวนคนที่เป็ความดันโลหิตสูงนั้น สัดส่วนของผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง เพิ่มจากร้อยละ 44.7 เป็นร้อยละ 48.8 สัดส่วนที่ได้รับการรักษาแต่ควบคุมไม่ได้ตามเกณฑ์เพิ่มจากร้อยละ 20.1 เป็น 25.0 และ สัดส่วนของผู้ที่สามารถคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ ลดลงจากร้อยละ 29.7 เป็น 22.6 ตามลำดับ (Aekplakorn, 2020)

ในปี พ.ศ. 2564 พบว่า จังหวัดอุดรธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 2 มีอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูง เป็นอันดับ 2 ของเขตพื้นที่ และพบจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป รองลงมา คือ ช่วงอายุ 50-59 ปี 40-49 ปี และ 15-39 ปี ตามลำดับ โดยมีอัตราป่วย ร้อยละ 48.5 29.0 14.8 และ 1.8 ตามลำดับ สำหรับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในตำบลผักขวง อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับ 1 ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยในปี พ.ศ. 2560-2564 พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคิดเป็น ร้อยละ 33.4 35.0 34.8 35.8 และ 35.3 ตามลำดับ ในขณะที่ อัตราป่วยตายมีแนวโน้มลดลง เป็นร้อยละ 1.6 0.02 1.8 0.5 และ 0.2 ตามลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2564 ยังพบผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ถึง ร้อยละ 27.0 (Ministry of Public Health, 2021) ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง ทั้งด้านการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค และการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานยาและพบแพทย์ตามนัด (Phakkwang Sub-district Health Promoting Hospital, 2021)

การส่งเสริมสุขภาพเป็นบทบาทที่สำคัญของนักสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพต้องการองค์ความรู้ในการนำมาออกแบบกิจกรรมหรือวางแผนให้บุคคลและชุมชน ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่การส่งเสริมสุขภาพตนเอง แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

เป็นแบบจำลองที่ได้รับการนำมาประยุกต์ใช้มาก (Thongbu, Potisupsuk, & Nontasawatsri, 2019) ซึ่งเน้นการรับรู้เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะเกี่ยวกับการส่งเสริมการออกกำลังกาย และการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตผลที่เกิดขึ้นจากสุขภาพในทางบวกนั้น สามารถนำไปใช้ได้ในการดำเนินชีวิต ซึ่งเป็นผลให้ประสบการณ์ทางด้านสุขภาพไปในทางบวกตลอดช่วงชีวิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หากมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมจนเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแล้วนั้น จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้เป็นอย่างดี ซึ่งมีการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี (Junpen, 2021) พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมดีขึ้นกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม รวมถึงทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเป็นทฤษฎีที่เน้นความสำคัญร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นการรวมปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมในตัวบุคคลได้ โดยมีการศึกษาของ Boongun & Dungsong (2013) ที่พบว่า การนำทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตดีขึ้น ซึ่งการวิจัยนี้ได้นำทฤษฎีทั้งสองมาบูรณาการกันเพื่อส่งเสริมการรับรู้ให้กับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ในตำบลฝักขวง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยนำแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพและทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมาจัดกระบวนการในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทุพพลภาพและเสียชีวิตได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองและการรับรู้ของกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที
- 2) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของ กลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล
- 3) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเอง การรับรู้ และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

- 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองและการรับรู้ของกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที แตกต่างกัน
- 2) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล แตกต่างกัน
- 3) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองและการรับรู้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันทีของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม
- 4) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต หลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มควบคุม (Control group) วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group Pre-test Post-test design) โดยการวิจัยได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ 091/2019

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ในพื้นที่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตตำบลฝักขวง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ ในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 98 คน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผักขวางและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำมีใหญ่ อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ ในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน โดยใช้ค่า Index of Effect Size เป็นค่าที่ได้จากงานวิจัยที่ผ่านมา โดยเลือกตัวแปรค่าเฉลี่ยความดันโลหิต จากงานวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Chue-iam, 2011) กำหนดค่าความผิดพลาดชนิดที่ 1 (Type I Error, α) เท่ากับ 0.05 และความผิดพลาดชนิดที่ 2 (Type II Error, β) เท่ากับ 0.80 แล้วนำมาคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power (Suntorn, 2019) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 25 คน การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20.0 จึงได้ขนาดตัวอย่าง กลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ประเภท คือ เครื่องมือในการดำเนินงานวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. เครื่องมือในการดำเนินงานวิจัย

1) โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ พัฒนาจากแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011) และทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ (Plotnikoff & Higginbotham, 2002)

2) คู่มือการดูแลตนเอง สร้างขึ้นโดยรวบรวมข้อมูลการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 5 ด้าน (1) การรับประทานอาหาร (2) การออกกำลังกาย (3) การจัดการอารมณ์ (4) การสูบบุหรี่และดื่มสุรา (5) การรับประทานยา และนำมาปรับปรุงเพื่อให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วยในพื้นที่

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาเป็นโรคความดันโลหิตสูง

2) เครื่องวัดความดันโลหิต ยี่ห้อ Omron รุ่น HEM-7130-L ซึ่งผ่านการสอบเทียบได้มาตรฐาน โดยขั้นตอนการปฏิบัติงานมาตรฐาน วิธีการทำการทดสอบเครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ (Non-Invasive Automated Sphygmomanometers)

3) แบบสัมภาษณ์ด้านการรับรู้ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้ (1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (2) การรับรู้อุปสรรค (3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (4) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (5) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ลักษณะคำถามนี้ มีทั้งด้านบวกและด้านลบตามแบบประเมินค่า (Rating scale) โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่ จำนวนข้อคำถาม 25 ข้อ มีคำถามผู้ตอบเลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือก และมีเกณฑ์การให้คะแนน 3 2 และ 1 โดยมีคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบบสัมภาษณ์ด้านการรับรู้จัดระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ (Kotchompoo, Mahaweerawat, & Dejthai, 2011) ให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวก ใช่ ได้ 3 คะแนน ไม่แน่ใจ ได้ 2 คะแนน และไม่ใช่ ได้ 1 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบ ใช่ ได้ 1 คะแนน ไม่แน่ใจ ได้ 2 คะแนน และไม่ใช่ ได้ 3 คะแนน ในการคิดคะแนนด้านการรับรู้ ผู้วิจัยได้นำคะแนน ทั้ง 5 ด้าน มารวมกันได้แก่ (1) การรับรู้การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (2) การรับรู้อุปสรรค (3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (4) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (5) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค แปลผลคะแนนด้านการรับรู้ออกเป็น 3 ระดับ คือ มีการรับรู้และความคาดหวังในระดับดี มีการรับรู้และความคาดหวังในระดับปานกลาง และมีการรับรู้และความคาดหวังในระดับต่ำ

3) แบบสัมภาษณ์ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้

(1) การรับประทานอาหาร (2) การออกกำลังกาย (3) การจัดการอารมณ์ (4) การสูบบุหรี่และดื่มสุรา (5) การรับประทานยา ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบแบบประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ระดับ คือ ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ จำนวนข้อคำถาม 36 ข้อ ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือก และเกณฑ์การให้คะแนนจะเป็น 1 2 3 และ 4 โดยมีคำถามทั้งเชิงบวกเชิงลบ

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบบสัมภาษณ์ด้านพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จัดระดับคะแนนเป็น 4 ระดับ (Pijanjan, 2012) ให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวก ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ ได้ 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้งได้ 3 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ได้ 2 คะแนน ไม่ได้ปฏิบัติ ได้ 1 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบ ปฏิบัติเป็นประจำ ได้ 1 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้งได้ 2 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้งได้ 3 คะแนน ไม่ได้ปฏิบัติ ได้ 4 คะแนน แปลผลคะแนนด้านการรับรู้ออกเป็น 3 ระดับ คือ มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

4) ข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาเป็นโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิต ผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าวไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (IOC: Index Of Item Objective Congruence) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปากาย อำเภอกอสนธิ จังหวัดอุดรธานี ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) และ กูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) โดยค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ ดังนี้ 1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีค่าเท่ากับ 0.78 2) การรับรู้อุปสรรค มีค่าเท่ากับ 0.72 3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีค่าเท่ากับ 0.96

4) การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีค่าเท่ากับ 0.96 5) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มีค่าเท่ากับ 0.93 6) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีค่าเท่ากับ 0.73

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจากแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2562 ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบและเข้าใจ มีการประเมินการรับรู้ พฤติกรรม และระดับความดันโลหิต ก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพัฒนาจากแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์โดยมีกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 แจกคู่มือการดูแลตนเองก่อนเข้าโปรแกรม จัดกิจกรรมอบรมกระตุ้นการรับรู้ โดยประกอบด้วย 6 กิจกรรม (1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมการรับรู้ โดยการบรรยายให้ความรู้ถึงผลดีของการปฏิบัติตนเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ยกตัวอย่างตัวแบบที่มีสุขภาพดีจากการปฏิบัติตัว ชมวิดีโอและกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (2) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม ลดการรับรู้อุปสรรคเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง โดยให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมกลุ่มวิเคราะห์ถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นและคาดว่าจะเกิดขึ้นจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไข เพื่อลดการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมเฉพาะโรค (3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการจัดการและดำเนินพฤติกรรมเฉพาะโรคได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมายโดยการบรรยายและทำกิจกรรมกลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เน้นปัจจัยในด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดพฤติกรรม เมื่อผู้ป่วยรับรู้ความสามารถในการกระทำพฤติกรรมเฉพาะโรคแล้ว ก็จะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดี และผู้วิจัยให้คำพูดจูงใจ ชมเชย และให้กำลังใจ (4) การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง โดยการบรรยาย เน้นให้เห็นถึงการก่อให้เกิด

ความพิการจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง การชี้ให้เห็นถึงความรุนแรงโดยการยกตัวอย่างตัวแบบที่ป่วยและมีภาวะแทรกซ้อน (5) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค โดยการบรรยายให้ความรู้ภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง ชมวีดิทัศน์และกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (6) การสร้างอิทธิพลระหว่างบุคคลและสถานการณ์ โดยจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ ความรู้ พร้อมวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย และสร้างแรงจูงใจระหว่างกัน ใช้เวลาประมาณ 6 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 2 ติดตามวัดระดับความดันโลหิตผู้ป่วยที่บ้านครั้งที่ 1 พูดให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

สัปดาห์ที่ 4 ติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติพฤติกรรม โดยนัดผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผักขวาง โดยมีกิจกรรม ดังนี้ (1) วัดระดับความดันโลหิต (2) ผู้ป่วยนำเสนอความก้าวหน้าในการปฏิบัติพฤติกรรม ชักถามปัญหาอุปสรรค (3) ทบทวนความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคคล (4) พูดชักจูงผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมความเชื่อมั่นเพิ่มเติม ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 6 ติดตามวัดระดับความดันโลหิตผู้ป่วยที่บ้านครั้งที่ 2 พูดให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

สัปดาห์ที่ 8 ประเมินการรับรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และวัดระดับความดันโลหิต หลังการทดลอง 2 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 10 ติดตามผลโดยการวัดความดันโลหิตใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

กลุ่มควบคุม ได้รับการตามนัดในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามปกติ คือ พบแพทย์และรับยาตามนัด และมีกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ชี้แจงโปรแกรมการวิจัย ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลทั่วไป ประเมินการรับรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และวัดระดับความดันโลหิต

สัปดาห์ที่ 8 ประเมินการรับรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง วัดระดับความดันโลหิต และแจกคู่มือการดูแลตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง (Inferential statistics) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเอง การรับรู้ของกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรมทันที ด้วยสถิติ Paired t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรม ระหว่างหลังได้รับโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล ด้วยสถิติ One-Way Repeated ANOVA และ Analysis of Covariance (ANCOVA) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับรู้ และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับรู้ และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรมทันที ในกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ มีจำนวนทั้งสิ้น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยไม่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างหรือออกจากโปรแกรมก่อนกำหนด

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความใกล้เคียงกัน โดยพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.3 และร้อยละ 60.0 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มมีอายุระหว่าง 61-65 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.0 และร้อยละ 33.3 ตามลำดับ สถานภาพ ส่วนใหญ่สมรส คิดเป็นร้อยละ 83.3 และร้อยละ 76.7 ตามลำดับ ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 83.3 และ ร้อยละ 90.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร

คิดเป็นร้อยละ 80.0 และ ร้อยละ 60.0 ตามลำดับ รายได้ต่อปี กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีรายได้อยู่ระหว่าง 40,000-60,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 43.3 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 20,001-40,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 46.7 ระยะเวลาการเป็นโรค กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 0-5 ปี และ 6-10 ปี เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 46.7 และกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 0-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.3 ดัชนีมวลกาย กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 25.0-29.9 คิดเป็นร้อยละ 36.7

และกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 18.6-22.9 คิดเป็นร้อยละ 40.0 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจากการทดสอบพบว่า ไม่มีความแตกต่างทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมและการรับรู้ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง Mean $\pm$ S.D.	หลังทดลอง Mean $\pm$ S.D.	p-value
การรับรู้ [†]	71.27 $\pm$ 3.07	74.54 $\pm$ 0.35	< 0.001*
พฤติกรรม [‡]	114.03 $\pm$ 10.23	128.85 $\pm$ 0.93	< 0.001*

[†]ทดสอบด้วย Wilcoxon test, [‡]ทดสอบด้วย Paired t-test, *p-value < 0.05

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของ กลุ่มทดลองระหว่างระยะต่างๆ พบว่า ทั้งค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกในระยะต่างๆ ของ

การทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของ กลุ่มทดลองระหว่างระยะต่างๆ ของการทดลอง (n = 30)

ระยะในการทดลอง	ความดันโลหิต (Mean $\pm$ S.D.)	
	ซิสโตลิก	ไดแอสโตลิก
ก่อนการทดลอง	139.57 $\pm$ 1.71	82.43 $\pm$ 8.03
ระหว่างทดลองสัปดาห์ที่ 2	132.17 $\pm$ 1.50	78.97 $\pm$ 6.26
ระหว่างทดลองสัปดาห์ที่ 4	129.17 $\pm$ 1.42	78.90 $\pm$ 8.46
ระหว่างทดลองสัปดาห์ที่ 6	128.10 $\pm$ 1.65	78.90 $\pm$ 7.03
หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8	135.37 $\pm$ 7.76	76.47 $\pm$ 8.13
ระยะติดตามสัปดาห์ที่ 10	126.20 $\pm$ 1.22	75.87 $\pm$ 8.25
F (df)	171,167.18 (1, 29)	8,048.07 (1, 29)
p-value	< 0.001*	< 0.001*

* p-value < 0.05

หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มทดลอง มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่า กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้และพฤติกรรม

สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต พฤติกรรม และการรับรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)	กลุ่มควบคุม (n = 30)	p-value
	Mean $\pm$ S.D.	Mean $\pm$ S.D.	
ความดันโลหิตซิสโตลิก [†]	125.37 $\pm$ 7.61	137.83 $\pm$ 5.91	< 0.001 *
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก [†]	76.47 $\pm$ 8.13	83.50 $\pm$ 5.75	< 0.001 *
การรับรู้ [‡]	74.54 $\pm$ 0.35	72.49 $\pm$ 0.35	< 0.001*
พฤติกรรม [‡]	128.85* $\pm$ 0.93	106.55 $\pm$ 0.93	< 0.001*

[†]ทดสอบด้วย Independent t-test, [‡]ทดสอบด้วย ANCOVA, * p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยครั้งนี้ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ จากแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันได้ พบว่า ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐาน อภิปรายได้ดังนี้

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและการรับรู้ กลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันทีแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ (Maklamdam, 2015) ซึ่งโปรแกรมทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้นและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นจากแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ โดยมีกิจกรรมให้กลุ่มทดลองได้มีการพัฒนาทักษะการดูแลตนเอง ได้รับความรู้ด้านพฤติกรรมดูแลตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร มีการยกตัวอย่างอาหารที่ควรรับประทานและอาหารที่ควรเลี่ยง การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคและอายุ การจัดการอารมณ์ในสภาวะต่างๆ การรับประทานยาให้ถูกต้องและพบแพทย์ตามนัด การงดสูบบุหรี่และดื่มสุรา เพื่อให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน สร้างความ

เข้าใจและความตระหนักถึงอันตรายและภาวะแทรกซ้อนของการเกิดโรค ในด้านการรับรู้ได้มีการบรรยายถึงผลดีของการปฏิบัติตนเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ยกตัวอย่างตัวแบบที่มีสุขภาพดีจากการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง ทำกิจกรรมกลุ่มวิเคราะห์ถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นและคาดว่าจะเกิดขึ้นจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไข เพื่อลดการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมเฉพาะโรค ส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ในการจัดการและดำเนินพฤติกรรมเฉพาะโรคได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมายเน้นให้เห็นถึงการก่อให้เกิดความพิการจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง เช่น อัมพาต การซีให้เห็นถึงความรุนแรงโดยการยกตัวอย่างตัวแบบที่ป่วยและมีภาวะแทรกซ้อน จัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ ความรู้ พร้อมวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย และสร้างแรงจูงใจระหว่างกัน ทำให้กลุ่มทดลองเกิดกำลังใจในการปฏิบัติตัว สอดคล้องกับการศึกษาของ (Wattanametee, 2016) กล่าวว่า ผู้ป่วยเกิดความกลัวต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งเกิดจากโปรแกรมได้กระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรค ทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง

นอกจากนี้ กลุ่มทดลองยังเห็นประโยชน์ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความดันโลหิตได้

ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับโปรแกรม ในสัปดาห์ที่ 1 มีการติดตามวัดระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยที่บ้าน พบให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ในสัปดาห์ที่ 2 ติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติพฤติกรรม โดยนัดผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ผู้ป่วยนำเสนอความก้าวหน้าในการปฏิบัติพฤติกรรม ชักถามปัญหาอุปสรรค ทบทวนความรู้ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคคล และพูดชักจูงผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมความเชื่อมั่นเพิ่มเติม ในสัปดาห์ที่ 4 ติดตามวัดระดับความดันโลหิตผู้ป่วยที่บ้าน พบให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ในสัปดาห์ที่ 6 ทำให้โปรแกรมสามารถเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการจัดการตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (Nakgling, 2017) ที่กล่าวว่า การเยี่ยมบ้านและการติดตามอาการยังส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต เนื่องจากช่วยส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม และสอดคล้องกับการศึกษาของ Jirojanaku, Nipathatapon, Leesukon, Pipatsomba, Rowsathien, & Kuanyeeun (2017) ซึ่งกล่าวไว้ว่า โปรแกรมช่วยสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยเอง และผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ สามารถส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ต่อเนื่อง ช่วยให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองและการรับรู้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ (Pijanjan, 2012) ด้านการ

รับรู้หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมทำให้มีความตระหนักในโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงและเห็นถึงความเป็นอันตรายต่อชีวิตของความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งไม่ได้รับโปรแกรม แต่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรังตามปกติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ (Wattanametee, 2016) ซึ่งกล่าวไว้ว่า กลุ่มทดลองยังเห็นประโยชน์และความสำคัญในผลลัพธ์ของการปฏิบัติเพื่อควบคุมความดันโลหิต

ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต หลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากกลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิบัติตัว ทั้งในด้านอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การรับประทานยาและพบแพทย์ตามนัด การงดสูบบุหรี่ และดื่มสุรา และมีการสร้างความรับรู้ กระตุ้นกลุ่มทดลอง ให้ปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Jirojanaku, Nipathatapon, Leesukon, Pipatsomba, Rowsathien, & Kuanyeeun (2017) จึงทำให้ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองลดลง ในขณะที่ กลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมจึงปฏิบัติตัวตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ (Srimongkol, 2015) ซึ่งกล่าวว่า กลุ่มทดลองได้รับการกระตุ้นให้ได้รับการรับรู้ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนและปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

จุดแข็งของงานวิจัยนี้ คือ มีการออกแบบโปรแกรม มีการติดตาม กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินระดับความดันโลหิตทุก 2 สัปดาห์ เพื่อวางแผนให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ อย่างไรก็ตาม จุดอ่อนของการวิจัย คือ ระยะเวลาของโปรแกรมอาจสั้นเกินไปที่จะทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ต้องใช้เวลา 12 สัปดาห์ (Saothong, 2020) เพื่อปรับเปลี่ยนนิสัยหรือพฤติกรรม และประสบผลสำเร็จได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1) จากผลการวิจัย พบว่า ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลง ในสัปดาห์ที่ 4 และ 6 เนื่องจากการติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติพฤติกรรม และระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 10 ผู้ป่วยมีความดันโลหิตลดลง ดังนั้น สามารถนำการติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติพฤติกรรมโดยเจ้าหน้าที่ และการมีส่วนร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข ไปใช้ในโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้

2) จากการศึกษาเป็นการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และระหว่างผู้ป่วยเอง ควรเพิ่มผู้มีส่วนร่วมในการเสริมกำลังใจและติดตามเยี่ยมบ้าน คือ ครอบครัวผู้ป่วย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อสร้างเครือข่ายในการกระตุ้นพฤติกรรม การสร้างกำลังใจ การติดตามกำกับดูแล ผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ มีระยะเวลาของโปรแกรม 8 สัปดาห์ ซึ่งอาจทำให้การปฏิบัติของผู้ป่วยไม่ต่อเนื่องในระยะยาว จึงควรมีการปรับเปลี่ยนระยะเวลาเป็น 12 สัปดาห์ ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับระบบรักษาปกติ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติของผู้ป่วยที่ต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

2) นำโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรังโรคอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคไขมัน เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความสอดคล้องกัน

เอกสารอ้างอิง

- Aekplakorn, W. (2020). *Report of the 6th Thai people's health report by crossed meditation 2019-2020*. Bangkok: Mahidol University publishing house. (in Thai)
- Boongun, N., & Dungsong, R. (2013). Effects of health education programs by application of the protection motivation theory and social support to prevent kidney disease among hypertensive patients. *Srinagarind Medical Journal*, 27(4), 366-372. (in Thai)
- Chue-iam, S. (2011). *The effect of a food consumption promotion program on consumption behavior disease-specific diet and blood pressure levels in elderly people with idiopathic hypertension*. Thesis of Master of Nursing, Burapha University, Chonburi. (in Thai)
- Junpen, R. (2021). The effectiveness of the health promotion program for patients with hypertension in hypertension clinic Damnoen Saduak Hospital, Ratchaburi Province. *Journal of research for health improvement and quality of life*, 1(2), 20-30. (in Thai)
- Jirojanakul, P., Nipathatapon, S., Leesukon, N., Pipatsomba, P., Rowsathien, N., & Kuanyeeun, R. (2017). Effectiveness of the management enhancement program self of a person with hypertension. *Journal of Cardiovascular and Thoracic Nurses*, 28(1), 19-24. (in Thai)
- Kotchompoo, S., Mahaweewawat, U., & Dejthai, T. (2011). Improving blood pressure control behavior among essential hypertension patients at Amphoe Klong Luang, Chawat Pathum Thani, *KKU Journal for Public Health Research*, 4(1), 47-60. (in Thai)

- Maklamdam, P. (2015). *The effects of a program to promote self-care behaviors of the elderly sick with hypertension*, Thesis of Master of science, Rajabhat Rajanagarindra University, Chachoengsao. (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2021, October 15). *Percentage of hypertension patients with good blood pressure control, 2021*. Retrieved October 20, 2021, from <https://utt.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>. (in Thai)
- Nakgling, Y. (2017). The effect of the self-efficacy enhancing program on healthy behavior of the elderly with hypertension whose blood pressure level cannot be controlled. *Journal of the Association of Private Higher Education Institutions of Thailand under the Patronage of Her Royal Highness Princess Mahachakri Sirindhorn*, 6(1), 27-35. (in Thai)
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M.A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Boston: Pearson.
- Phakkwang Sub-district Health Promoting Hospital (2021). *Chronic disease case report of Phakkwang Sub-district Health Promoting Hospital 2021*. Uttaradit Province: Phakkwang Tambon Health Promoting Hospital. (in Thai)
- Pijanjan, J. (2012). *Effects of health promotion programs on consumption behaviour diet and quality of life of hypertensive patients at Phen Hospital, Phen District*, Udon Thani Province. Thesis of Master of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen. (in Thai)
- Plotnikoff, R. C. & Higginbotham, N. (2002). Protection motivation theory and exercise behavior change for the prevention of coronary heart disease in a high-risk, Australian representative community sample of adult psychology, *Health & Medicine*, 7(1), 87-98.
- Saothong, T. (2020). Effects of behavior change on glycemic control in type 2 diabetes patients with uncontrolled blood sugar. *Journal of Health and Nursing Research*. 36(3), 19-30. (in Thai)
- Srimongkol, T. (2015). Dietary behavior modification program in high risk groups for hypertension, Tajan Sub-district, Kong District, Nakhon Ratchasima Province. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 33(1), 86-88. (in Thai)
- Suntorn, S. (2019). Concepts and paradigms of sample size determination with G*Power. *Journal of Interdisciplinary Research*, 8(1), 29-39. (in Thai)
- Thongbu, P., Potisupsuk, C., & Nontasawatsri, S. (2019). Effects of a self-health promotion program for elderly patients with uncontrolled hypertension in Tambon Laoluang, Kasetwisai District, Roi-Et Province. *Journal of Nursing*, 68(4), 1-10. (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2021). *Percentage of hypertension patients with good blood pressure control, 2021*. Retrieved October 20, 2021, from <https://utt.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>. (in Thai)
- Wattanametee, R. (2016). Effect of behavior modification program on blood pressure control blood of patients with high blood pressure outpatient department Irrigation Hospital. *Journal of the Southern College of Nursing and Public Health Network*, 4(3), 12-19. (in Thai)

บทความวิจัย

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง

กัญญาภัทร คิตอ่าน¹ ส.บ., เทียนทอง ต๊ะแก้ว^{2,*} ส.ด.

Received: December 28, 2022

Revised: March 14, 2023

Accepted: April 7, 2023

บทคัดย่อ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกลุ่มบุคคลด่านหน้าที่สำคัญในการเฝ้าระวัง ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การวิจัยแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอวังเหนือ กลุ่มตัวอย่าง 302 คน ถูกคัดเลือกโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.1) อายุเฉลี่ย 51.33 ปี สถานภาพสมรส (ร้อยละ 76.5) การศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 52.3) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 62.3) ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 12.53 ปี ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ และการตัดสินใจอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 85.8 และ 61.6) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสาร การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.0 54.6 55.3 และ 54.3 ตามลำดับ) พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 82.1) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการสื่อสาร ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น หน่วยงานด้านสุขภาพควรมีการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคเพื่อพัฒนาศักยภาพให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไวรัสโคโรนา 2019 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

* ผู้รับผิดชอบบทความ: tienthongta@gmail.com

Factors affecting Coronavirus disease 2019 infection among health volunteers in Wang Nuea District, Lampang Province

Kanyapat Kidarn¹ B.P.H., Tienthong Takaew^{2,*} Ph.D.

ABSTRACT

The health volunteers were the important front-line people in surveillance and Coronavirus disease 2019 (COVID-19) control; however, they are at risk of disease infection. The cross-sectional study aimed to study the characteristics, health literacy, prevention behaviors, COVID-19 infection, and factors affecting COVID-19 infection among health volunteers in Wang Nuea District. The 302 samples of health volunteers in Wang Nuea District were selected by using the multistage sampling method. Data collection was conducted using a questionnaire. The data were analyzed by descriptive statistics and binary logistic regression analysis.

The results showed that most of the study subjects were female (80.1%), had an age average of 51.33 years old, were married (76.5%), went to primary school (52.3%), occupation was agricultural workers (62.3%), and had an average of years of working experience of 12.53 years. The level of health literacy: knowledge, and decision-making were at high levels (85.8% and 61.6%), the assessment of health information and health services, communication, self-management, and media literacy were at moderate levels (53.0%, 54.6%, 55.3%, and 54.3%, respectively) and prevention behaviors of COVID-19 was at high levels (82.1%). Factors significantly affecting COVID-19 infection were gender, age, education, health literacy of communication, health literacy of self-management, and prevention behaviors of COVID-19 (p -value < 0.05). Thus, a health organization should promote health literacy and disease prevention behaviors of COVID-19 to improve the health volunteers' adequacy performance.

Keywords: Health literacy, Coronavirus disease 2019, Health volunteers

¹ Students in Master of Public Health Program, School of Public Health, University of Phayao

² Assistant Professor, School of Public Health, University of Phayao

* Corresponding author: tienthongta@gmail.com

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เริ่มระบาดครั้งแรกเมื่อประมาณเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ ในวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งประเทศไทยพบผู้ป่วยรายแรกเมื่อวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2563 เป็นนักท่องเที่ยวชาวจีนที่เดินทางมาจากเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน เดินทางเข้ามายังประเทศไทย หลังจากนั้น มีผู้ป่วยอีกหลายราย โดยมีการระบาดอย่างต่อเนื่องหลายระลอกเพิ่มขึ้น ซึ่งทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อสะสม จำนวน 552,497,559 ราย ผู้เสียชีวิต จำนวน 6,344,729 ราย (World Health Organization, 2022) สำหรับประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 4,538,811 ราย ผู้เสียชีวิต จำนวน 30,778 ราย (Department of Disease Control, 2022) และจังหวัดลำปางมีผู้ป่วยสะสม จำนวน 132,064 ราย ผู้เสียชีวิต จำนวน 195 ราย (Lampang Provincial Public Health Office, 2022) ส่วนอำเภอวังเหนือมีผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 7,246 ราย ผู้เสียชีวิต จำนวน 11 ราย (Wang Nuea District Disease Control Operation Center, 2022)

ตามที่กรมควบคุมโรคติดต่อกระทรวงสาธารณสุข (Department of Disease Control, 2021) ได้กำหนดมาตรการ D-M-H-T-T ประกอบด้วย การเว้นระยะห่างกับคนอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือบ่อยๆ ทั้งน้ำสบู่และเจลแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อ ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายสม่ำเสมอ การสแกนแอปพลิเคชันไทยชนะทุกครั้งที่เดินทางไปสถานที่ต่างๆ เพื่อการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ถือเป็นกลุ่มบุคคลด่านหน้าที่สำคัญในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานเชิงรุกในชุมชนร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ในการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันการระบาด ร่วมค้นหา คัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่เข้ามาในหมู่บ้าน รวมถึงให้คำแนะนำ ติดตาม และเฝ้าระวังสังเกตอาการในกลุ่มเสี่ยง การตรวจวัดอุณหภูมิ การบันทึกข้อมูลกลุ่มเสี่ยง และรายงานผล รวมไปถึง การประสานงานกับเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขในพื้นที่ จากการปฏิบัติงานเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต้องปฏิบัติงานด้านหน้าในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ซึ่งสามารถติดต่อผ่านละอองฝอยน้ำลาย น้ำมูกและการสัมผัส โดยแสดงอาการไข้ ไอ คัดจมูก มีเสมหะ เจ็บคอ ปวดศีรษะ อาจพบอาการปวดอวัยวะโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง จนถึงขั้นเสียชีวิต (Guo, Duan, Meng, Liu, & Luo, 2020) จากข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งประเทศมีจำนวน 1.04 ล้านคน (Public health information system, Public Health Support Division, 2022) จังหวัดลำปางมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 18,855 คน (Lampang Provincial Public Health Office, 2022) อำเภอวังเหนือ มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 1,392 คน ในจำนวนนี้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ติดโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 193 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่มากที่สุดในจังหวัดลำปาง (Wang Nuea District Disease Control Operation Center, 2022)

เนื่องจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ ถือว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ต้องได้รับการแก้ไขและปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังมีน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เป็นกลุ่มบุคลากรด่านหน้าที่สำคัญและมีโอกาสติดเชื้อในการปฏิบัติงานในการป้องกันควบคุมการระบาดของโรคในชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นสิ่งที่สำคัญในการดูแลตนเองที่เหมาะสม บุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะส่งผลต่อการใช้อุปกรณ์ข่าวสาร การเข้ารับบริการสุขภาพ การดูแลโรคภัยไข้เจ็บตนเอง และการป้องกันโรค (Dewalt, Berkma, Sheridan, Lohr, & Pignone, 2004) หากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ย่อมส่งผลต่อสภาวะสุขภาพในภาพรวม หากประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง อาจส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

เพิ่มสูงขึ้น (World Health Organization, 2009) ส่วนพฤติกรรมป้องกันโรคถือเป็นการปฏิบัติของบุคคลที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยคุกคาม ที่ทำให้เกิดโรคหรือการเจ็บป่วย (Jirojanakul, Nipathatapong, Leesukon, Pipatsombat, Rowsathien, & Kuanyeeun, 2017) การรักษาสุขภาพให้แข็งแรงเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ ได้แก่ การป้องกันโรคเบื้องต้น การป้องกันความรุนแรงของโรค และการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโรค (Chlinee, 2013)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ การรักษาระยะห่างระหว่างตนเองและผู้อื่น การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การเฝ้าระวัง และสังเกตอาการของตนเอง (Department of Disease Control, 2021) การรักษาระยะห่างระหว่างตนเองและผู้อื่น การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การเฝ้าระวัง และสังเกตอาการตนเอง (Suramitra & Maitri, 2013) ผลการศึกษาจากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนดำเนินงานพัฒนาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง

2. เพื่อศึกษาการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง

3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional research) ได้รับอนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา เลขที่ UP-HEC 1.2/067/65 โดยมีรายละเอียดระเบียบวิธีวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง จำนวน 1,392 คน (Wang Nuea District Public Health Office, 2022)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณของแดเนียล (Daniel, 1995) $n =$ จำนวนตัวอย่างที่ต้องการ $N =$ ขนาดประชากร $Z =$ ค่าระดับความเชื่อมั่นที่ 95% เท่ากับ 1.96 $p =$ สัดส่วนของประชากรที่สนใจ กำหนดค่าเป็น 0.5 $q = (1-p)$ เป็น 0.5 $d =$ ความคลาดเคลื่อน = 0.05

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N-1) + Z^2pq}$$

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{1,392(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2(1,392-1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = 1336.8768/4.4379$$

$$n = 301.24 \approx 302 \text{ คน}$$

ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 302 คน จากนั้น ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage

random sampling) โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ตำบลตัวอย่าง 4 ตำบลจาก 8 ตำบล ด้วยการสุ่มแบบจับฉลาก จากนั้น คำนวณสัดส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในแต่ละตำบล และทำการสุ่มเลือกตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มอย่างแบบมีระบบ โดยจัดเตรียมข้อมูลบัญชีรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของแต่ละตำบล โดยเรียงอักษรจาก ก-ฮ จากนั้นคำนวณระยะห่าง ได้เท่ากับ 2 เลือกสุ่มตัวอย่างด้วยระยะห่าง 2 คน จนกว่าจะได้กลุ่มตัวอย่างครบตามที่ตามสัดส่วนที่คำนวณไว้ในแต่ละตำบล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสอบถามที่ปรับปรุงและพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือขึ้นมาเอง เป็นแบบเติมคำ หรือเลือกตอบ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 35 ข้อ ประยุกต์แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจากกองสุขศึกษา (Health Education Division, 2018) ประกอบด้วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพจำนวน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจจำนวน 10 ข้อ เป็นลักษณะถูก-ผิด โดยแปลผลออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (0-5 คะแนน) ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน) ระดับสูง (8-10 คะแนน) ตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1968) ส่วนด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ด้านการสื่อสาร จำนวน 5 ข้อ ด้านการจัดการตนเอง จำนวน 5 ข้อ ด้านการตัดสินใจ จำนวน 5 ข้อ และด้านการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 5 ข้อ แบบสอบถามเป็นลักษณะมาตราวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยแปลผลออกเป็น 3 ระดับ คือระดับต่ำ (5-14 คะแนน) ระดับปานกลาง (15-19 คะแนน) ระดับสูง (20-25 คะแนน) ตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 20 ข้อ ประยุกต์แบบสอบถาม

จากแนวทางปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข (Department of Disease Control, 2021) แบบสอบถามเป็นลักษณะแบบมาตราวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย โดยแปลผลออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (20-47 คะแนน) ระดับปานกลาง (48-75 คะแนน) ระดับสูง (76-100 คะแนน) ตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977)

ส่วนที่ 4 การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 1 ข้อ ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือขึ้นเอง แบบเติมคำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อนำมาหาค่า IOC ได้เท่ากับ 0.67-1.00 จากนั้น นำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้มีความถูกต้อง ครบคลุม สอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ความเชื่อมั่น (Reliability)

นำแบบสอบถามไปทดลองกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ข้างเคียงที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย

- แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder and Richardson Method (KR-20) ได้เท่ากับ 0.79

- แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสาร ด้านการจัดการตนเอง ด้านการตัดสินใจ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.98 0.94 0.97 0.96 0.97 และ 0.76 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากโครงการวิจัยได้รับอนุมัติรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ระหว่างวันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 25 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

- ประสานงานกับโรงพยาบาลวังเหนือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งฮั่ว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลบ้านป่าแหม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนแก้ว เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง

- นัดหมายกลุ่มตัวอย่างและแนะนำตนเองเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

- ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จากนั้น ผู้วิจัยตรวจสอบความเรียบร้อยและความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (Binary logistic regression analysis) สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นำเสนอด้วยค่า Cox & Snell R Square, Overall Percentage และ Odds ratio โดยกำหนดค่า

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นำทุกตัวแปรที่ศึกษา มาเข้าสมการ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.1 มีอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 37.4 (Mean = 51.33, S.D. = 9.41) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 76.5 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.3 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 62.3 และมีระยะเวลาปฏิบัติงาน 1-10 ปี ร้อยละ 52.0 (Mean = 12.53, S.D. = 9.15)

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.6 และจำแนกตามรายด้าน ดังนี้ ด้านความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.8 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.0 ด้านการสื่อสาร อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.6 ด้านการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.3 ด้านการตัดสินใจ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.6 ด้านการรู้เท่าทันสื่อ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.3 ดังตาราง 1-2

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ระดับความรู้ความเข้าใจ ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 302)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับ, n (%)			Mean	S.D.
	สูง (8-10) คะแนน	ปานกลาง (6-7) คะแนน	ต่ำ (0-5) คะแนน		
ความรู้ความเข้าใจ	259 (85.8)	40 (13.2)	3 (1.0)	8.51	1.07

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ระดับรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม และรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง (n = 302)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับ, n (%)			Mean	S.D.
	สูง (20-25) คะแนน	ปานกลาง (15-19) คะแนน	ต่ำ (5-14) คะแนน		
ด้านการเข้าถึงข้อมูล	141 (46.7)	160 (53.0)	1 (0.3)	18.86	3.88
ด้านการสื่อสาร	135 (44.7)	165 (54.6)	2 (0.7)	18.47	3.70
ด้านการจัดการตนเอง	128 (42.4)	167 (55.3)	7 (2.3)	18.93	2.59
ด้านการตัดสินใจ	186 (61.6)	111 (36.7)	5 (1.7)	20.42	3.10
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	136 (45.0)	164 (54.3)	2 (0.7)	19.27	3.40
โดยรวม	171 (56.6)	130 (43.1)	1 (0.3)	104.47	14.13

3. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 82.1 กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังตาราง 3

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ ระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 302)

ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (76-100 คะแนน)	248	82.1
ระดับปานกลาง (48-75 คะแนน)	53	17.6
ระดับต่ำ (20-47 คะแนน)	1	0.3
(Mean = 84.89, S.D. = 1.07, Min = 40, Max = 100)		

4. การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กลุ่มตัวอย่างไม่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 186 ร้อยละ 61.6 เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 116 ร้อยละ 38.4

5. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (Binary logistic regression analysis) มีการนำปัจจัยเข้าสมการทั้งหมด 13 ตัวแปร ดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาปฏิบัติงาน) ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพ (ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสาร ด้านการจัดการตนเอง ด้านการตัดสินใจ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ) และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า มีปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 จำนวน 6 ตัวแปร ดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ การศึกษา) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ด้านการสื่อสาร ด้านการจัดการตนเอง) และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถร่วมกันอธิบายการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ร้อยละ 37.3 มีความสามารถในการทำนายได้ถูกต้อง ร้อยละ 75.1 และอธิบายได้ว่า เพศชายมีโอกาสติดเชื้อมากกว่าเพศหญิงเป็น 2.82 เท่า (Odds ratio = 2.82, p-value = 0.012) ผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี มีโอกาสติดเชื้อสูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี เป็น 1.05 เท่า (Odds ratio = 1.05, p-value = 0.020) ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่ามีโอกาสติดเชื้อมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษาเป็น 2.7 เท่า (Odds ratio = 2.70, p-value = 0.007) ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านการสื่อสาร มีโอกาสติดเชื้อลดลง ร้อยละ 21.0

(Odds ratio = 0.79, p-value < 0.001) ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านการจัดการตนเองมีโอกาสติดเชื้อลดลง ร้อยละ 30.0 (Odds ratio = 0.70, p-value = 0.001) ผู้ที่มี

พฤติกรรมป้องกันโรคมีโอกาสติดเชื้อลดลง ร้อยละ 6.0 (Odds ratio = 0.94, p-value < 0.001) ดังตาราง 4

ตาราง 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 320)

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	df	p-value	Odds ratio	95% CI	
							Lower	Upper
ปัจจัยส่วนบุคคล								
เพศชาย (Reference = หญิง)	1.035	0.414	6.260	1	0.012	2.82	1.25	6.33
อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี (Reference = อายุ < 45 ปี)	0.047	0.020	5.438	1	0.020	1.05	1.01	1.09
การศึกษาระดับประถมศึกษา และต่ำกว่า (Reference = การศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา)	0.993	0.366	7.345	1	0.007	2.70	1.32	5.54
การรับรู้ด้านสุขภาพ								
ด้านการสื่อสาร	-0.239	0.064	13.982	1	< 0.001	0.79	0.69	0.89
ด้านการจัดการตนเอง	-0.359	0.109	10.801	1	0.001	0.70	0.56	0.87
พฤติกรรมป้องกันโรค								
Constant	12.292	2.195	31.365	1	< 0.001	217999.492		

Omnibus tests < 0.001, Cox & Snell R Square = 0.373, Hosmer = 0.270, Overall Percentage = 75.1

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 186 คน ร้อยละ 61.6 เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 116 คน ร้อยละ 38.4 สอดคล้องกับการศึกษาของ Phoepetch (2023) ที่พบว่ากลุ่มที่ไม่เคยป่วยด้วยโรคโควิด-19 จำนวน 199 คน ร้อยละ 50.8 กลุ่มที่เคยป่วยด้วยโรคโควิด-19 จำนวน 193 คน ร้อยละ 49.2

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.6 สอดคล้องกับการศึกษาของ Punawit & Thongthep (2021) ที่พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 38.5 และ Konsnan & Poum (2020)

ที่พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ มีคะแนนความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 57.91 ซึ่งจำแนกตามรายด้านดังนี้

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.8 อาจเนื่องมาจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้รับความรู้และข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนตามนโยบายของภาครัฐ ที่มุ่งเน้นการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งผลักดันให้เป็นผู้นำด้านการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ และแนวทางการปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างมีเหตุผลสอดคล้องกับการศึกษาของ Siriworawatchai (2021) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.0

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.0 อาจเนื่องมาจาก อำเภอวังเหนือ เป็นพื้นที่ห่างไกลจากตัวจังหวัด ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพยังไม่ทั่วถึง ไม่สามารถตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งได้ เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเองและได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ตลอดจนเทคโนโลยีทางการแพทย์ยังไม่ทันสมัย และการเดินทางมารักษาพยาบาลมีค่าใช้จ่าย ทำให้การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในพื้นที่อาจมีความยากลำบาก การศึกษาของ Singthongwan, Puanfai, & Surin (2022) ที่พบว่า การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.7

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการสื่อสาร อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.6 อาจเนื่องมาจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังเหนือ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ทำให้มีปัญหาการสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธี พูด อ่าน เขียน ให้บุคคลอื่นเข้าใจ รวมทั้ง การโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลสุขภาพ ซึ่งช่องทางสื่อสารหลักในพื้นที่ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข และการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านการขยายเสียงในหมู่บ้าน ช่วยให้ความเข้าใจเกี่ยวกับอันตรายของโรคและความเสี่ยงที่จะติดเชื้อถือว่าเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างมากที่ในการพัฒนาระบบสุขภาพของประชาชน Kaewthep (2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ Konsnan & Poum (2020) ที่พบว่า การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.6

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.3 อาจเนื่องมาจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังเหนือ มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลประชาชนในเขตรับผิดชอบของตนเองจำนวนมาก ทำให้การจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรค ในการปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Boonmun (2022) ที่พบว่า มีทักษะการจัดการตนเองอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 24.0

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการตัดสินใจ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.6 อาจเนื่องมาจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้อยู่ในระดับสูง ทำให้สามารถกำหนดทางเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี รวมทั้ง การใช้เหตุผลวิเคราะห์ผลดี-ผลเสีย เพื่อการตัดสินใจให้เกิดผลกระทบต่อนตนเองและผู้อื่นน้อยที่สุด การศึกษาของ Mongkolmoo (2021) ที่พบว่า การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในระดับดี ร้อยละ 85.3

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.3 อาจเนื่องมาจาก บริบทในพื้นที่อำเภอวังเหนือ เป็นพื้นที่หุบเขา การคมนาคมลำบาก การรับรู้ข่าวสารยังไม่ทั่วถึง จึงไม่สามารถตัดสินใจในการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น ตลอดจนเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม ได้การศึกษาของ Hemmara & Muanpawong (2022) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.86

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 82.1 อาจเนื่องมาจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังเหนือ มีการดูแลสุขภาพของตนเองและมีพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เหมาะสมด้วยการปฏิบัติตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข เช่น การสวมใส่หน้ากากอนามัย และการทิ้งหน้ากากอนามัยอย่างถูกต้อง การล้างมือที่ถูกวิธี การเว้นระยะห่างทางสังคม และการสังเกตอาการตนเองเมื่อมีอาการป่วย ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่จำเป็นในการป้องกันตนเองไม่ให้เกิดการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งหากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังเหนือ มีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม อาจส่งผลให้มีโอกาสติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ สอดคล้องกับ Isor, Channuan, Nawsuan, & Singweratham (2022) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พบว่า พฤติกรรม

การป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง Inthacharoen, Kanchanapoom, Tansakul, & Pattapat (2021) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 88.45

ผลการศึกษา พบว่า เพศ ส่งผลต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยที่เพศชายมีโอกาสติดเชื้อมากกว่าเพศหญิงเป็น 2.82 เท่า (Odds ratio = 2.82, p-value = 0.012) อาจเนื่องจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังเหนือ ซึ่งเพศชายไม่มีความละเอียดในใส่ใจต่อการปฏิบัติตัวเองที่ดี และไม่มีความกลัวต่อการเป็นโรคมกกว่าเพศหญิง จึงส่งผลต่อการติดเชื้อ สอดคล้องกับ Mongkolmoo (2021) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย ที่พบว่า เพศ ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดีกว่าเพศชาย

ผลการศึกษา พบว่า อายุส่งผลต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 45 ปีมีโอกาสติดเชื้อสูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี (Odds ratio = 1.05, p = 0.020) อาจเนื่องจาก ประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมากขึ้น ทำให้ร่างกายอ่อนแอ ภูมิคุ้มกันลดลงส่งผลต่อการติดเชื้อได้ง่าย สอดคล้องกับ Khuhamanee, Rodjarkpai, & Maharachpong (2020) ศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทของ อสม. ในการป้องกันโรคเรื้อรังที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ในการป้องกันโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ซึ่งไม่สอดคล้องกับ Teeraphanphong & Namong (2021) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของพนักงานในโรงงานขนาดใหญ่แห่งหนึ่ง อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการศึกษา พบว่า การศึกษาส่งผลต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยที่ผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญศึกษาและต่ำกว่า มีโอกาสติดเชื้อมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษาเป็น 2.7 เท่า (Odds ratio = 2.70, p-value = 0.007) อาจเนื่องจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังเหนือ ส่วนใหญ่จบการศึกษา ประถมศึกษา อาจซึ่งการศึกษาในอดีตยังไม่ทั่วถึง ระบบเศรษฐกิจไม่ค่อยดี การคมนาคมไม่สะดวก ทำให้พออ่านออกเขียนได้ สอดคล้องกับ Kongnun (2021) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดพิจิตร ที่พบว่า การระดับศึกษาส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ Yaowakul, Abdullakasim, & Maharachpong (2022) ศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 6 ที่พบว่า การศึกษา มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยที่ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านการสื่อสารมีโอกาสติดเชื้อลดลง ร้อยละ 21.0 (Odds ratio = 0.79, p-value < 0.001) อาจเนื่องมาจาก บริบทในพื้นที่อำเภอวังเหนือ เป็นพื้นที่หุบเขาการคมนาคมลำบากอุปกรณ์เครื่องมือสื่อสารไม่เพียงพอ การกระจายข่าวสารยังไม่ทั่วถึง จึงส่งผลต่อการติดเชื้อสอดคล้องกับ Padtha, Jiraponkul, & Maneein (2022) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของครูชั้นประถมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดบึงกาฬ ที่พบว่า การสื่อสารข้อมูล มีความสัมพันธ์ในการป้องกัน

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 Meekaew, Jaidee, & Sangjun (2022) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี ที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเอง คือ การใช้สื่อสังคมออนไลน์

ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยที่ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านการจัดการตนเอง มีโอกาสติดเชื้อลดลง ร้อยละ 30.0 (Odds ratio = 0.70, p-value = 0.001) อาจเนื่องมาจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังเหนือ เกิดความเครียดหลังจากทำงานประจำและทำงานในชุมชน ไม่สามารถจัดการอารมณ์ ทำให้ตนเองขาดการตระหนักรู้ถึงจัดการตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้ หากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอวังเหนือ มีการจัดการตนเองที่ดี มีอารมณ์ที่ดี เช่น มีความสุขในการทำงาน เมื่อเจอเหตุการณ์หรืออยู่ในสภาวะที่ทุกอย่างไม่ได้เป็นไปตามที่ต้องการ ยังบริหารจัดการตนเองได้ เพื่อไม่ให้เกิดการติดเชื้อได้ สอดคล้องกับ Meekaew et al. (2022) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับ Boonmun (2022) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีทักษะการจัดการตนเองอยู่ในระดับดีมาก ไม่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา

2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยที่ผู้ที่มีพฤติกรรมป้องกันโรคมีโอกาสดติดเชื้อลดลง ร้อยละ 6.0 (Odds ratio = 0.94, p-value < 0.001) อาจเนื่องมาจากผู้ที่มีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ดี หากสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรงและปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคที่ไม่ถูกต้อง อาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคได้ง่ายกว่าคนที่มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง แต่มีพฤติกรรมป้องกันโรคที่อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับ Sidthilaw & Suggaravetsiri (2015) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะ พบเชื้อรายใหญ่ จังหวัดบึงกาฬ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค มีความล่าช้ามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงเป็น 6.27 เท่า Kongnun (2021) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดพิจิตร ที่พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ ร้อยละ 46.5

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการสื่อสาร ด้านการจัดการตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างสม่ำเสมอ โดยการสร้างความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้พัฒนาศักยภาพสามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น เนื่องจากผลการวิจัย พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการสื่อสารและด้านการจัดการตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่งผลต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. ควรส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และนำปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการ

สื่อสารด้านการจัดการตนเอง และพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบอื่น เช่น รูปแบบการทดลอง ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมหรือการประชาคม เพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วม การตระหนักในชุมชน การได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐภาคเอกชน เกี่ยวกับความรู้ ทรัพยากรที่ช่วยให้การปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาวิจัยผลการดำเนินงานตามนโยบาย กลยุทธ์ของภาครัฐในแนวทางการปฏิบัติเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มอื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ตลอดจน ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่สละเวลาในการตรวจสอบเครื่องมือ จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- Best, J. (1977). *Research in education*. (3rd ed.). Englewood cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Bloom, B. (1968). *Evaluation of learning in secondary school*. New York: McGraw-Hill.
- Boonmun, T. (2022). Factors affecting to health literacy among village health volunteers in Sukhothai province. *M.P.H. Thesis in Public Health program*, Naresuan University, 2021. (in Thai)
- Punnawit, C., & Thongthep, S. (2021). Health literacy and health behaviors according to national health recommendations among students aged 10–14 year old in Chaloem Phra Kiat district, Nakhon Si Thammarat province. *Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University*, 5(1), 26-36. (in Thai)
- Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences*. (6th ed). New York: John Wiley & Sons.
- Department of Disease Control. (2021, December 28). Public relations and dissemination group, office of the Spokesperson of the Thai government, spokesman of the prof. *Ask for cooperation for everyone to follow D-M-H-T-T*. Retrieved July 1, 2022, from <https://thaigov.go.th/news/contents/details/37959>. (in Thai)

- Department of Disease Control. (2022, June 30). *Situation of COVID-19 cases in the country*. Retrieved July 1, 2022, from <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/dashboard=main>. (in Thai)
- Department of Disease Control. (2021, December 28). *Measures DMHTT*. Retrieved July 1, 2022, from <https://ddc.moph.go.th/index.php>. (in Thai)
- Dewalt, D. A., Dewalt, D. A., Sheridan, S., Lohr, K. N., Pignone, M.P. (2004). Literacy and health outcomes: A systematic review of the literature. *Journal of General Internal Medicine*, 19(12), 1228-1239.
- Guo, Q., Duan, Y., Meng, N., Liu, Y., & Luo, G. (2020). *The N-terminus of sec3 is required for cell wall integrity in yeas*. *Biochimie* Volume 177, october 2020, 30-39.
- Health Education Division. (2018, November 6). *Health literacy assessment form*. Retrieved July 20, 2022, from <http://www.hed.go.th/linkHed/321>. (in Thai)
- Hemmara, E., Muanpawong, T., (2022). The development of health behavior tracking model on chronic disease risk groups in the new normal of life under the COVID-19 situation Khuan Don district, Satun province. *Journal of Public Health and Innovation*, 2(1), 50-66. (in Thai)
- Inthacharoen, A., Kanchanapoom, K., Tansakul K., & Pattapat, S. (2021). Factors influencing preventive behavior towards Coronavirus Disease 2019 among people in Khohong Town Municipality Songkhla province. *Journal of Council of Community Public Health*, 3(2), 19-30. (in Thai)
- Isor, C., Channuan, T., Nawsuwan, K., & Singweratham, N. (2022). Factor relation of preventive behaviors of coronavirus disease 2019 with chronic disease patients in Ban Lumpud health promoting hospital Nathawi district Songkhla province. *Journal of Public Health and Innovation*, 2(3), 51-65. (in Thai)
- Jirojanakul, P., Nipathatapong S., Leesukon, N., Pipatsombat, P., Rowsathien, N., & Kuanyeeun, R. (2017). The effectiveness of an enhancing self-management program for people with hypertension. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 28(1), 29-43. (in Thai)
- Khuhamanee, U., Rodjarkpai, Y., & Maharachpong, N. (2020). Health literacy and role of village health volunteer in chronic disease prevention. *Journal of the Department of Medical Services*, 45(1), 137-142. (in Thai)
- Kaewthep, K. (2000). *Theories and approaches to study (2nd ed.)*. Pictures of bangkok. Edison press pro ducks ilimited. (in Thai)
- Kongnun, J. (2021). Factors affecting the participation of village health volunteers in the prevention and control of Coronavirus disease 2019 in Phichit province. *Journal of Public Health, Naresuan University*, 3(3), 40-51. (in Thai)
- Konsnan, W., Poum, A. (2020). Health literacy associated with preventing and controlling behavior of dengue hemorrhagic fever among village health volunteers in Nong Yai sub-district, Prasat district, Surin province. *Journal of Health Science and Community Public Health*, 3(1), 35-44. (in Thai)

- Lampang Provincial Public Health Office. (2022, June 30). *Data on the number of regular public health volunteers. Village, Lampang province*. Retrieved July 1, 2022, from <https://wangnuahealth.blogspot.com>. (in Thai)
- Mongkolmoo, S. (2021). *Factors related to health literacy for hypertension prevention among at risk group in Nadee district, Prachinburi province*. Thesis, Burapha University, Chonburi. (in Thai)
- Meekaew, A., Jaidee, W., Sangjun, S. (2022). Factors related to health literacy and self-protective behaviors on the Coronavirus-2019 Infection disease surveillance of village health volunteers in Soi-Dao district Chanthaburi province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 32(1), 74-87. (in Thai)
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Padtha, W., Jiraponkul, C., & Maneein, N. (2022). Factors associated with health literacy in coronavirus 2019 prevention among the primary school teacher in Mueang Bungkan district Bungkan province. *Academic Journal of Community Public Health*, 8(3), 37-47. (in Thai)
- Phoepech, K. (2023). A comparative study the quality of life of people in Namom district during the 3rd year of the COVID-19 outbreak. *Department of health Service Support Journal*, 19(2), 5-14. (in Thai)
- Public Health Information System, Public Health Support Division. (2022, June 30). *Gobbet VHV's database system report form*. Retrieved July 1, 2022, from <https://www.thaiphc.net/new2020/content/1>. (in Thai)
- Sidthilaw, S., & Suggaravetsiri, P. (2015). Prevalence and factors associated with patient's delay among new smear-positive pulmonary tuberculosis patients in Phrae province. *KKU Journal for Public Health Research*, 8(2), 10-19. (in Thai)
- Singthongwan, W., Puanfai, S., & Surin, S. (2022). Health literacy and health behavior, 3e2s for stroke prevention among village health volunteers in Hang Dong municipality Hang Dong district Chiang Mai Province. *Journal of the Nursing Association of Thailand, Northern Branch*, 28(1), 68-79. (in Thai)
- Siriworawatchai, W. (2021). Factors influencing in-role performance of village health volunteer (VHV) on COVID-19 surveillance and prevention in Phuphiang district, Nan province. *Maharat Nakhon Si Thammarat Vejsarn*, 4(2), 63-75. (in Thai)
- Suramitra Maitri, B. (2013). *Health literacy study and Situation of the implementation of promoting health quotient of thai people to support the to the ASEAN community*. Bangkok: Ministry of Foreign Affairs. (in Thai)
- Teeraphanphong, K., & Namong, J. (2020). Factors associated with preventive behaviors towards the coronavirus 2019 (COVID-19) of employees in a large factory Krathumbuan district, Samutsakorn province. *Nursing Science Journal Siam University*, 22(23), 10-20. (in Thai)

- Wang Nuea District, Disease Control Operation Center. (2022, June 30). *Statistics report on cases of Coronavirus disease 2019*. Retrieved July 12, 2022, from <https://www.wangnuea.go.th>. (in Thai)
- World Health Organization. (2022, June 30). *Coronavirus disease (COVID-19)*. Retrieved July 1, 2022, from <https://covid19.who.int>.
- World Health Organization. (2009). *Health literacy and health promotion. definitions, Concepts and examples in the eastern mediterranean region: 7th global conference on health promotion promoting health and development*. Nairobi: Kenya.
- Yaowakul, D., Abdullakasim, P., & Maharachpong, N. (2022). Health literacy on Coronavirus disease 2019 prevention behaviors of village health volunteers in region 6 health provider. *Research and Development Health System Journal*, 15(1), 257-272. (in Thai)

ประชาสัมพันธ์

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ รับพิจารณาบทความที่ส่งมาเพื่อขอรับการตีพิมพ์ ดังนี้

1. ผลงานทางวิชาการที่ไม่เคยส่งตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และไม่มีการส่งบทความต้นฉบับซ้ำซ้อน
2. หากเป็นบทความที่ผ่านการประชุมวิชาการ จะต้องเป็นการประชุมวิชาการที่มีการรวบรวมเพียงบทความเท่านั้น ไม่รับบทความที่เคยนำเสนอผลงานทางวิชาการและมีการเผยแพร่ในรายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการ (Proceedings) เพื่อให้การเผยแพร่องค์ความรู้ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ลดการทำงานที่ซ้ำซ้อนของกองบรรณาธิการทั้งสองแห่งในการพิจารณาผลงานทางวิชาการเรื่องเดียวกัน และลดความเข้าใจผิดของผู้อ่านในการทบทวนวรรณกรรมและพบผลงานชิ้นเดียวกันสองแห่ง นำมาซึ่งความน่าเชื่อถือของการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ
3. หากตรวจพบการส่งบทความซ้ำซ้อนในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการดำเนินงานกองบรรณาธิการจะแจ้งผลการตรวจพบที่ไม่ตรงกับข้อปฏิบัติไปยังผู้พิมพ์ และปฏิเสธการรับบทความนั้น พร้อมเหตุผลทางวิชาการ

โดยมีคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ ประกอบด้วย 1) ประเภทบทความ 2) การจัดเตรียมต้นฉบับ และ 3) การส่งต้นฉบับ ดังนี้

1) ประเภทบทความ

บทความวิจัย (Research article) หมายถึง รายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ทางด้านสาธารณสุขศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อาชีวอนามัยและความปลอดภัย ออนามัยสิ่งแวดล้อม การบริการสุขภาพ การแพทย์แผนไทยประยุกต์ และสาขาที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนแนวคิดนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ ซึ่งผ่านการศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบด้วยกระบวนการวิจัย ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ บทความย่อเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วัตถุประสงค์การวิจัย ระเบียบวิธีวิจัย ผลการวิจัย สรุปและอภิปรายผล ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง ความยาวประมาณ 10-15 หน้ากระดาษ A4

บทความวิชาการ (Review article) หมายถึง บทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ทางด้านสาธารณสุขศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อาชีวอนามัยและความปลอดภัย ออนามัยสิ่งแวดล้อม การบริการสุขภาพ การแพทย์แผนไทยประยุกต์ และสาขาที่เกี่ยวข้อง ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นผู้พิมพ์รวบรวมโดยการอ่านและวิเคราะห์จากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ บทความย่อเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ เนื้อเรื่อง บทสรุป และเอกสารอ้างอิง ความยาวประมาณ 10-15 หน้ากระดาษ A4

บทวิจารณ์หนังสือ (Book review) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นเพื่อวิเคราะห์วิจารณ์หนังสือหรือตำราทางวิชาการเล่มใดเล่มหนึ่งอย่างเป็นวิชาการ หนังสือหรือตำราดังกล่าว ต้องมีเนื้อหาในสาขาทางด้านสาธารณสุขศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อาชีวอนามัยและความปลอดภัย ออนามัยสิ่งแวดล้อม การบริการสุขภาพ การแพทย์แผนไทยประยุกต์ และสาขาที่เกี่ยวข้อง บทวิจารณ์หนังสือควรประกอบด้วย องค์ประกอบหรือโครงสร้างของหนังสือ เนื้อหาของหนังสือในภาพรวม และเนื้อหาของแต่ละส่วนโดยย่อ (Synopsis) ข้อดี ข้อด้อย และ/หรือประโยชน์ของหนังสือ ทั้งนี้บทวิจารณ์หนังสือควรมีความยาวประมาณ 3-5 หน้ากระดาษ A4

ปกิณกะ (Miscellany) หมายถึง บทความเบ็ดเตล็ด ที่มีความหลากหลาย เช่น บทความที่น่าสนใจ ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะทั่วไป ความยาวไม่เกิน 5 หน้ากระดาษ A4

จดหมายถึงบรรณาธิการ (Letter to editor) หมายถึง จดหมายโต้ตอบระหว่างนักวิชาการ ผู้อ่าน กับผู้พิมพ์ซึ่งเป็นเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร ในกรณีที่ผู้อ่านมีข้อคิดเห็นแตกต่าง ต้องการชี้ให้เห็นความไม่สมบูรณ์หรือข้อผิดพลาดของบทความ ซึ่งบางครั้งบรรณาธิการอาจพิจารณาสนับสนุนหรือโต้แย้ง ควรมีความยาว 3 หน้ากระดาษ A4

2) การจัดเตรียมต้นฉบับ

ต้นฉบับที่ส่งมาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ จะต้องไม่เป็นเรื่องที่เคยตีพิมพ์ หรือกำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารอื่นหรือเคยนำเสนอผลงานทางวิชาการที่มีการจัดทำรายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการ (Proceedings) ผู้พิมพ์สามารถจัดเตรียมต้นฉบับได้ทั้งในรูปแบบภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ดังนี้

2.1) รูปแบบการจัดเตรียมต้นฉบับภาษาไทย

การใช้ภาษาไทยให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน โดยพยายามหลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษ ในต้นฉบับที่จัดเตรียมเป็นภาษาไทยยกเว้นกรณีจำเป็น โดยข้อความภาษาอังกฤษให้ขึ้นต้นด้วยอักษรตัวพิมพ์ใหญ่ เฉพาะคำแรก หลังจากนั้นใช้อักษรตัวพิมพ์เล็ก ยกเว้นกรณีชื่อเฉพาะใช้อักษรตัวพิมพ์ใหญ่ หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อนและไม่ใช้คำย่อที่ยังไม่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทยหรือการเขียนทับศัพท์ให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษ ขนาด A4 (210 x 279 มม.) เว้นระยะห่างจากขอบกระดาษ 2.54 ซม. (1 นิ้ว) ทุกด้าน ยกเว้นด้านซ้าย 3.81 ซม. (1.5 นิ้ว) พิมพ์ด้วยโปรแกรมไมโครซอฟท์เวิร์ด (Microsoft Word) พิมพ์หน้าเดียว 1 คอลัมน์ ระยะห่างบรรทัด 1 เท่า (Single space) ด้วยรูปแบบอักษร Browallia UPC ขนาด 14 ตัวอักษรต่อนิ้ว ทั้งอักษรภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยกำหนดลำดับหน้า ดังนี้

2.1.1) หน้าที 1 จัดพิมพ์เป็นภาษาไทย ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ บทคัดย่อและคำสำคัญ

2.1.2) หน้าที 2 จัดพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ บทคัดย่อและคำสำคัญ มีรายละเอียดดังนี้

ชื่อเรื่อง ชื่อเรื่องควรสั้นกะทัดรัดและสื่อถึงเป้าหมายหลักของการวิจัย ไม่ใช้คำย่อ ความยาวไม่ควรเกิน 100 ตัวอักษร ชื่อเรื่องสำหรับบทความที่จัดทำเป็นภาษาไทย ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยชื่อเรื่องภาษาอังกฤษให้อักษรตัวพิมพ์ใหญ่ในคำแรกของประโยค หลังจากนั้นใช้อักษรตัวพิมพ์เล็ก ยกเว้นกรณีชื่อเฉพาะใช้อักษรตัวพิมพ์ใหญ่

ชื่อผู้พิมพ์ ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษพร้อมทั้งวุฒิการศึกษาสูงสุด ไม่ใส่ตำแหน่งวิชาการ ในกรณีที่ผู้พิมพ์หลายคนให้เรียงชื่อตามลำดับความสำคัญที่แต่ละคนมีส่วนร่วมในงานวิจัยนั้น พร้อมทั้งแสดง e-mail ของผู้รับผิดชอบบทความ (Corresponding author) ซึ่งหมายถึงผู้ที่ทำหน้าที่ประสานงานกับผู้ร่วมพิมพ์อื่นๆ ในการเตรียมต้นฉบับบทความ หรือส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ และประสานงานในการตอบสนองต่อข้อคำถาม ข้อวิจารณ์ กับบรรณาธิการหรือบรรณาธิการประจำเรื่อง และผู้ทรงคุณวุฒิ โดยแทรกเชิงอรรถตามลำดับเลข แสดงตำแหน่งของผู้พิมพ์ หน่วยงานหรือสถาบันที่ผู้พิมพ์อยู่ขณะทำการวิจัย

บทคัดย่อ เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ผลการวิจัย และบทสรุป โดยใช้ภาษาที่รัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเอง ไม่ควรมีคำย่อ ต้องเขียนบทคัดย่อเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยแสดงบทคัดย่อภาษาไทยก่อนบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ความยาวของบทคัดย่อภาษาไทยไม่ควรเกิน 300 คำ และบทคัดย่อภาษาอังกฤษไม่ควรเกิน 300 คำ

คำสำคัญ ระบุคำสำคัญใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อของแต่ละภาษา โดยระบุคำที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหา ของงานวิจัย จำนวน 3-5 คำ ตามหลัก MeSH (Medical Subject Heading) ซึ่งสามารถตรวจสอบได้จาก <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> จัดเรียงลำดับตามตัวอักษร โดยใช้ภาษาไทยเป็นหลัก เช่น

คำสำคัญ: การดูแลตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ โรคเบาหวานชนิดที่ 2

Keywords: Self-care, Health behavior, Type 2 Diabetes Mellitus

2.1.3 หน้าที่ 3 เป็นส่วนของเนื้อหา มีรายละเอียดดังนี้

บทนำ แสดงที่มาและความสำคัญของปัญหาและช่องว่างขององค์ความรู้ที่นำไปสู่การวิจัย โดยให้ข้อมูลทางวิชาการที่เกี่ยวข้องอย่างคร่าวๆ การทบทวนวรรณกรรมที่ระบุตัวแปรของการศึกษาในบทนำ ต้องเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย ระบุวัตถุประสงค์ของงานวิจัยเป็นรายชื่อ

ระเบียบวิธีวิจัย แสดงรูปแบบของการวิจัย โดยครอบคลุมถึง ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ ที่ใช้ในงานวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และสำหรับการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์หรือ สัตว์ทดลอง ผู้พิมพ์ต้องระบุให้ชัดเจนว่าโครงการวิจัยได้ผ่านความเห็นชอบโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์หรือสัตว์ทดลอง พร้อมทั้งระบุเลขอนุมัติโครงการ และแนบเอกสารรับรองโครงการส่งมาพร้อมต้นฉบับ ในระบบ ทั้งนี้ การจัดทำอาจแยกหัวข้อย่อยหรือแบ่งย่อหน้าตามหัวข้อย่อย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แสดงขอบเขตประชากรในการศึกษา การคำนวณหรือ วิธีการกำหนดขนาดตัวอย่าง และวิธีการสุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย แสดงเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการวิจัย รวมถึง การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แสดงวิธีการที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล แสดงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผลการวิจัย แสดงผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการวิจัยอย่างชัดเจน ตั้งแต่ข้อมูลทั่วไป และ ข้อมูลที่ตอบตามวัตถุประสงค์ ถ้าผลไม่ซับซ้อนหรือไม่มีตัวเลขมากอาจบรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้ามีตัวเลขมาก หรือตัวแปรมาก อาจใช้ตารางหรือแผนภูมิโดยนำเสนอแทรกในเนื้อหาของบทความ ไม่ต้องแยกไว้ส่วนท้าย ตารางและแผนภูมิต้องรวมกัน ไม่ควรเกิน 5 ตารางหรือแผนภูมิ รูปแบบการนำเสนอค่าสถิติควรมีความเป็นสากล และสามารถใช้อ้างอิงภาษาอังกฤษในการนำเสนอค่าสถิติเช่นการกำหนดตำแหน่งทศนิยม ดังนี้

- ร้อยละ กำหนด 1 ตำแหน่ง
- ค่าสถิติ เช่น Mean, S.D., OR, 95% CI, ค่า t, F, α เป็นต้น กำหนด 2 ตำแหน่ง
- p-value กำหนด 3 ตำแหน่ง

สรุปและอภิปรายผล แสดงบทสรุปเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยและวิจารณ์ว่าผลการวิจัย ตรงกับสมมติฐานการวิจัย เหมือนหรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด จึงเป็นเช่นนั้น ไม่ควรคาดเดาอย่างเลื่อนลอยโดยไม่มีหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ โดยสามารถเขียนแยกย่อหน้า ตามประเด็นที่อภิปรายผล

ข้อเสนอแนะ ให้ระบุข้อเสนอที่เกี่ยวข้องหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ให้เกิด ประโยชน์ได้จริง โดยข้อเสนอแนะต้องสอดคล้องกับผลการศึกษา ตลอดจนข้อเสนอแนะในการวิจัยหรือพัฒนาองค์ ความรู้ในรูปแบบต่างๆ

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) กรณีมีแหล่งทุนสนับสนุนวิจัย หรือผู้มีส่วนสนับสนุนการวิจัยที่ต้องการ การแสดงความขอบคุณ

เอกสารอ้างอิง ในการอ้างอิงเอกสารในบทความ ผู้นิพนธ์จะต้องใช้ข้อมูลจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือ เช่น บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารที่มีการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) และมีความทันสมัย โดยบทความวิจัยที่นำมาอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี (ยกเว้นตำราหรือหนังสือ) มีการระบุชื่อผู้แต่งและปีพิมพ์ปรากฏอย่างชัดเจน ควรอ้างอิงจากแหล่งหรือเอกสารที่เป็นต้นฉบับของข้อมูล และบทความใดที่มีการตรวจสอบพบว่ามี การคัดลอกผลงาน (Plagiarism) จะถูกตัดสิทธิ์ในการพิจารณาผลงานตีพิมพ์ทันที

ตารางและภาพ มีรายละเอียดการจัดเตรียม ดังนี้

- ชื่อตารางและภาพ (หรือแผนภูมิ) ให้เรียงเลขอารบิกตามลำดับเนื้อหาของบทความและแยกลำดับตามประเภท มีคำอธิบายสั้นๆ แต่ได้สาระครบถ้วน และต้องมีการกล่าวอ้างถึงในเนื้อความ กรณีที่ภาพมีการย่อยหลาย ๆ ภาพ ให้ใส่สัญลักษณ์ภาพย่อยเป็นตัวอักษรใหญ่อังกฤษ A, B, C, D....กำกับไว้เพื่อใช้อ้างถึงในเนื้อความ

- การใช้สัญลักษณ์อธิบายตาราง ให้ใช้สัญลักษณ์ต่อไปนี้ เป็นตัวยก ตามลำดับ +, ±, ++, ++, ¶
- ตารางและภาพควรมีความชัดเจนสามารถอ่านและเข้าใจได้ง่าย และควรมีคำอธิบายที่เพียงพอที่ช่วยในการอ่าน ควรมีการแสดงนัยสำคัญทางสถิติกำกับด้วยเครื่องหมาย * (เช่น $p\text{-value} < 0.05$) ในตารางหรือภาพ
- ไม่ควรใช้ตารางและภาพที่มีเนื้อหาซ้ำซ้อนกัน และไม่ควรมีการแสดงตารางและภาพเกินความจำเป็น หากสามารถอธิบายได้ดีในเนื้อเรื่องแล้ว (รวมกันไม่ควรเกิน 5)
- การจัดทำตารางและภาพ ให้นำเสนอในเนื้อหาของบทความ ไม่ต้องแยกไว้ส่วนท้าย
- รูปภาพต้องมีความคมชัด จัดเตรียมในแบบไฟล์นามสกุล jpg หรือ tif โดยบันทึกไฟล์ที่มีความละเอียดสูง (300 dpi ขึ้นไป)

2.2) รูปแบบการจัดเตรียมต้นฉบับภาษาอังกฤษ

การจัดเตรียมต้นฉบับภาษาอังกฤษ ให้ผู้นิพนธ์ตรวจสอบการเขียนให้ถูกต้องตามหลักไวยากรณ์ และดำเนินการจัดเตรียมต้นฉบับเช่นเดียวกับการจัดเตรียมต้นฉบับภาษาไทย โดยใช้รูปแบบอักษร Browallia UPC ขนาด 14 ตัวอักษรต่อนิ้ว เช่นเดียวกับต้นฉบับภาษาไทย

2.3) การจัดทำเอกสารอ้างอิง

ผู้นิพนธ์ต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 6 (The Publication Manual of the American Psychological Association, 6th edition, published by the American Psychological Association, 2011)

2.3.1) การอ้างอิงในเนื้อหาใช้ระบบนามปี (Name year system) โดยเขียนเป็นภาษาอังกฤษ ทั้งชื่อผู้นิพนธ์ภาษาไทยและชื่อผู้นิพนธ์ภาษาอังกฤษ เขียนเฉพาะชื่อสกุล คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และตามด้วยปี ค.ศ. โดยเขียนชื่อผู้นิพนธ์ทุกคน (กรณีไม่เกิน 6 คน) ถ้ามากกว่า 6 คน ให้เขียนชื่อผู้นิพนธ์ 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. ดังตัวอย่าง

กรณีผู้นิพนธ์ 1 คน

.....ข้อความ.....(Kitreerawutiwong, 2019)

กรณีผู้นิพนธ์ 2 คน

..... ข้อความ.....(Kitreerawutiwong & Keeratisiroj, 2019)

กรณีผู้นิพนธ์ 3-6 คน

.....กรณีอ้างอิงครั้งแรก..... (Kitreerawutiwong, Keeratisiroj, Phetphum, & Mekrungruangwong, 2019)

.....กรณีอ้างอิงครั้งต่อไป.....(Kitreerawutiwong et al., 2019)

กรณีผู้นิพนธ์มากกว่า 6 คน

.....ข้อความ.....(Kitreerawutiwong, Keeratisiroj, Phetphum, Mekrungruangwong, Rachthonglang, Samanam et al., 2019)

2.3.2) การอ้างอิงท้ายบทความ ในกรณีไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อสกุลผู้นิพนธ์ทุกคน ถ้ามมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อสกุลผู้นิพนธ์ 6 คนแรกตามด้วย et al. สำหรับบทความ หนังสือ หรือเอกสาร ที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด และให้วงเล็บ (in Thai) จัดเรียงลำดับตามตัวอักษร ดังตัวอย่าง (พร้อมทั้งแนบไฟล์เอกสารอ้างอิงที่จัดทำตามต้นฉบับของเจ้าของภาษาส่งมาพร้อมบทความ)

1) หนังสือ

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

Kitreerawutiwong, N. (2018). *Public health research: From principle practice*. (2nd ed.).

Phitsanulok: Naresuan University Publishing House. (in Thai)

Marion, N. E., & Hill, J. B. (2019). *Marijuana 360: Differing perspectives on legalization*:

Rowman & Littlefield.

2) วารสาร

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), หน้า.

ตัวอย่าง

Phetphum, J., Nimpitakpong, P., Noosorn, N., Keeratisiroj, O., & Wangwonsin, A. (2017).

Attitudes on the New Tobacco Products Control Act of Tobacco Retailers in Regional Health 2. *Research and Development Health System Journal*, 10(3), 321-330. (in Thai)

Kitreerawutiwong, N., Mekrungruangwong, S., & Keeratisiroj, O. (2018). The development of the community-based palliative care model in a district health system, Phitsanulok Province, Thailand. *Indian Journal of Palliative Care*, 24(4),436-445.

3) หนังสือรวมเรื่อง (Book Review)

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บรรณาธิการ), ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป, หน้า). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

Friese, C., Hofmann, W., & Wanke, M. (2003). The impulsive consumer: Predicting consumer behavior with implicit reaction time measures. In M. Wanke (Ed.), *Social psychology of consumer behavior* (pp. 335-364). New York, NY: Psychology Press.

4) สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้นิพนธ์. (วันที่ เดือน ปีที่ปรับปรุงล่าสุด). ชื่อเรื่อง. วันที่ทำการสืบค้น, ชื่อฐานข้อมูล.

ตัวอย่าง

Department of Older Persons. (2019, March 10). *Statistics of the number of elderly by province and age*, 2018. Retrieved March 20, 2019, from <http://www.dop.go.th/th/know/1/159>. (in Thai)

World Health Organization. (2018, February 5). *Ageing and health*. Retrieved March 20, 2019, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.

5) วิทยานิพนธ์

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). *ชื่อวิทยานิพนธ์*. ระดับปริญญาของวิทยานิพนธ์, สถาบันการศึกษา. เมืองที่ตั้ง.

ตัวอย่าง

Tinnarat, W. (2017). *Factors associated with medication adherence among hypertensive patients at Sai Thong Watthana Hospital, Kamphaengphet Province*. Thesis of Master of Public Health, Naresuan University, Phitsanulok. (in Thai)

2.4) การแก้ไขบทความเมื่อได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ

เมื่อผู้นิพนธ์ ได้รับข้อเสนอแนะในการปรับปรุงบทความจากบรรณาธิการหรือบรรณาธิการประจำเรื่องให้ดำเนินการ ดังนี้

2.4.1 แก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิโดยรวมข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและบรรณาธิการประจำเรื่องแก้ไขในไฟล์เดียวกัน

2.4.2 กรณีผู้นิพนธ์มีความเห็นทั้งที่สอดคล้องและไม่สอดคล้องกับผู้ทรงคุณวุฒิ ให้ดำเนินการ ดังนี้

1) กรณีความเห็นสอดคล้องกับผู้ทรงคุณวุฒิ ให้ทำการแก้ไขโดยทำสัญลักษณ์แสดงการแก้ไข ด้วยตัวอักษรสีหรือแถบสีในบทความฉบับแก้ไข

2) กรณีความเห็นไม่สอดคล้องกับผู้ทรงคุณวุฒิ หากไม่แก้ไขให้แสดงเหตุผลเชิงวิชาการแทรกมาในบทความฉบับแก้ไขนั้น ด้วยการใช้คำสั่ง แทรก (Insert) ข้อคิดเห็น (Comment) แสดงในส่วนที่ไม่แก้ไขมาในบทความนั้นด้วย

3) การส่งต้นฉบับ

1) ส่งต้นฉบับบทความเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ (.docx) พร้อมแนบไฟล์ภาพ (ถ้ามี) ชนิด jpg หรือ tif และเอกสารแนบเพิ่มเติม ดังนี้

- แบบรับรองการตีพิมพ์บทความในวารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยมีการลงนามของผู้นิพนธ์ทุกท่าน

- เอกสารอ้างอิงที่จัดทำตามต้นฉบับของเจ้าของภาษา (เรียงลำดับเอกสารอ้างอิงตามที่ปรากฏในบทความต้นฉบับ)

- เอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ทดลอง

- สำหรับบทความวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หรือการศึกษาระดับปริญญาตรีโทหรือเอก ผู้นิพนธ์ต้องส่งหนังสือรับรองบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์/การศึกษาระดับปริญญาตรีโทหรือเอก ที่ผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา ตามแบบฟอร์มของทางวารสารฯ

ส่งเอกสารไปยังเว็บไซต์ของวารสารฯ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPHNU> โดยให้ผู้นิพนธ์ดำเนินการส่งบทความต้นฉบับเข้าสู่ระบบตามแนวปฏิบัติของระบบ ThaiJo ดังคำแนะนำที่ปรากฏในเว็บไซต์ของวารสาร ทั้งนี้ผู้นิพนธ์สามารถศึกษาข้อมูลคำแนะนำเบื้องต้นสำหรับผู้นิพนธ์ที่เมื่อดำเนินการขอรับพิจารณาของหน้าเว็บไซต์

2) เมื่อบทความผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจะมีหนังสือแจ้งจากกองบรรณาธิการวารสารส่งไปยังผู้นิพนธ์ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบบทความโดยผู้นิพนธ์สามารถติดตามสถานะการแจ้งแก้ไขบทความจากระบบ ThaiJo และให้ผู้นิพนธ์ดำเนินการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

3) ผู้นิพนธ์ที่ประสงค์จะขอข้อมูลหรือรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อกองบรรณาธิการ ดังนี้

กองบรรณาธิการ วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
เลขที่ 99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000
โทรศัพท์ 0 55 96 7319
โทรสาร 0 5596 7333
e-mail: jphnu@nu.ac.th

*** กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาบทความที่จัดเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบของทางวารสารฯ และโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ทดลองเมื่อผู้พิมพ์ได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผลงานฉบับแรกแล้ว จึงส่งผลงานอีกรูปแบบหนึ่งได้

ติดต่อสอบถามรายละเอียด

1. บรรณาธิการ วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรพรรณ กิตติโรจน์
โทรศัพท์: 0 5596 7413
2. ผู้ช่วยบรรณาธิการ วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
รองศาสตราจารย์ ดร.นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์
โทรศัพท์: 0 5596 7317
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จริยา
โทรศัพท์: 0 5596 7340
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์
โทรศัพท์: 0 5596 7340
3. เลขานุการบรรณาธิการ วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พันธุ์ทิพย์ หินหุ้มเพชร
โทรศัพท์: 0 5596 7347
ดร.วราภรณ์ ยังเอี่ยม
โทรศัพท์: 0 5596 7343
4. ผู้ช่วยเลขานุการ วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
นางสาวพิษฐานันท์ สุขมาก
โทรศัพท์: 0 5596 7327
นางสาวจิตติพร ราษฎร์ทองกลาง
โทรศัพท์: 0 5596 7331

แบบรับรองการตีพิมพ์บทความในวารสารวิจัยสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพ

เรียน บรรณาธิการวารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ตามที่ข้าพเจ้าได้ส่งบทความเรื่อง.....

.....
เพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ และบรรณาธิการได้รับบทความของข้าพเจ้าไว้พิจารณา โดยผู้พิมพ์ทุกท่านของบทความนี้ได้ลงนามไว้ข้างท้าย เพื่อรับรองว่าข้อมูลในบทความดังกล่าวเป็นความจริงและถูกต้อง ทั้งนี้เนื้อหาของบทความนี้ บางส่วนหรือทั้งหมดไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ระหว่างการพิจารณา หรือได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารหรือรายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการฉบับอื่น (Proceedings)

ผู้พิมพ์ทุกท่านยินยอมให้ตีพิมพ์บทความฉบับนี้ในวารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพเพียงฉบับเดียวเท่านั้นหรือจนกว่าจะมีการแจ้งการยกเลิกการตีพิมพ์บทความนี้ ในการนี้ผู้พิมพ์ทุกท่านได้รับรอง รับทราบ เห็นด้วย ยืนยัน และยินยอมปฏิบัติตามข้อตกลงดังกล่าวแล้วจึงได้ลงนามรับรองไว้ที่ข้างท้ายของหนังสือรับรองฉบับนี้

ลงนามผู้พิมพ์คนที่ 1

(ชื่อสกุลตัวบรรจง.....)

e-mail:..... โทร.....

ลงนามผู้พิมพ์คนที่ 2

(ชื่อสกุลตัวบรรจง.....)

e-mail:..... โทร.....

ลงนามผู้พิมพ์คนที่ 3

(ชื่อสกุลตัวบรรจง.....)

e-mail:..... โทร.....

ลงนามผู้พิมพ์คนที่ 4

(ชื่อสกุลตัวบรรจง.....)

e-mail:..... โทร.....

วันเดือนปีที่ลงนาม

แบบรับรองบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์/การศึกษาอิสระ

เรียน บรรณาธิการวารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ข้าพเจ้าชื่อ สกุลตำแหน่ง

หน่วยงาน / สถาบันหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

โทรศัพท์ที่ทำงานโทรศัพท์มือถือ

โทรสารe-mail

ขอรับรองว่าได้ตรวจสอบบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์ / การศึกษาอิสระ เรื่อง

.....

.....

ของนักศึกษาในที่ปรึกษา ชื่อ สกุล (นักศึกษาในการดูแล)

ว่าถูกต้องตามหลักวิชาการ เป็นที่เรียบร้อย และยินดีให้ตีพิมพ์ในวารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพได้

ลายมือชื่อ.....

(.....)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ / การศึกษาอิสระ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิอ่านบทความ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ
2. รองศาสตราจารย์ ดร.ชุลีกร ด้านยุทธศิลป์
3. รองศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ ศิลาวรรณ
4. รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์
5. รองศาสตราจารย์ ดร.พรรณี บัญชรหัตถกิจ
6. รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต
7. รองศาสตราจารย์ ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย
8. รองศาสตราจารย์ ดร.อาจันต์ สงทับ
9. รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย
10. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิงแก้ว สำรวรสิน
11. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรภา หัตถโกศล
12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปาจริย์ อับดุลลาภาซิม
13. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทระ แสนไชยสุริยา
14. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์
15. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนธรา ศิริ
16. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทรีภรณ์ มีพริ้ง
17. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาทิตยา วังวนสินธุ์
18. ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษ ดร.สมตระกูล ราศิริ
19. ดร.กীরติ กิจธีระวุฒิมวงษ์
20. ดร.เชษฐา แก้วพรม
21. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา
22. ดร.อัศนี วันชัย



คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร



คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
99 หมู่ 9 ต.ท่าโพธิ์ อ.เมือง จ.พิษณุโลก 65000



055 - 967319, 055 - 967331



jphnu@nu.ac.th
www.fph.nu.ac.th