



บทความวิจัย

- ♦ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดที่มีผลเสมหะเป็นลบบหลังระยะเข้มข้นของการรักษา
ณัฐพร คำเสน ปราบณา กลีบาล นุสรา บัวเขย ชนิษฐา เกื้อเพชร สมเกียรติยศ วรเดช ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์
- ♦ การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง
โรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย
ปราณีต จงพันธ์มิตร มธุรา บรรจงการ
- ♦ การถอดบทเรียนโครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการ : กรณีศึกษา ตำบลเขาหิน อำเภอกำแพงเพชร
จังหวัดนครสวรรค์
วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์ กุลวรา เพียรจริง ปัทมพร บำรุงเขต
- ♦ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพด้านโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
มัชฌิมา คงโอ สวรรค์ สหหมาย ราตรี ชูสิงห์ สุธี หนูเกตุ ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์ สมเกียรติยศ วรเดช
- ♦ ปัญหา ผลกระทบ และการปรับตัวของชาวชุมชนในเขตเมือง ต่อสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19
กิตติยา โต๊ะทอง
- ♦ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
วราวิษา สำราญเนตร สุพรรณษา จิตรสม ปุญญศา วัจนละอนันท์
- ♦ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง: การศึกษาแบบเนสต์เทคเคสคอนโทรลของโรงพยาบาล
เขตกรุงเทพมหานคร
เจษฎา อึ้งฮก มธุรส ทิพย์มงคลกุล ทรงพล ต่อนี้ วรางคณา พิษขยงค์
- ♦ ปัจจัยที่มีผลต่อการมีงานทำและคุณภาพชีวิตของคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง
นภาพร จิตงาม พรเพ็ญ ศิริสตัยวงค์ วราภรณ์ บุญเชียง
- ♦ ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิง ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย และ
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ ในอำเภอขามเฒ่าบุรี จังหวัดกำแพงเพชร
อัจฉรา พันธุ์ศิลป์ ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์
- ♦ ผลของการใช้แอปพลิเคชันไลน์ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันการ
สูบบุหรี่ ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนแห่งหนึ่ง
กฤษณะ ศรีปรารค์ จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ
- ♦ ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับ
ออฟฟิศซินโดรมของบุคลากรวิทยาลัยเทคโนโลยีสยาม
ญาณิศา พึ่งเกตุ สุคนธ์ ขาวกริบ ปัญญาพัชรกร บุญพร้อม สรินทร พัฒอำพันธ์
- ♦ รูปแบบการดูแลสุขภาพด้วยวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19
โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน
วรรณศิริ ศรีสุข อรภิษา บรรเทาวงษ์ ราตรี อารัมศิลป์ มธุรา บรรจงการ รุ่งฤทัย แซ่ด่าน

ประชาสัมพันธ์

- คำแนะนำสำหรับผู้สมัคร
- แบบรับรองการตีพิมพ์บทความวารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- แบบรับรองบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์/การศึกษาอิสระ





วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

Journal of Public Health and Health Sciences Research

ISSN: 2985-296X (Online)

ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2567 / Vol.6 No.2 May - August 2024

เจ้าของ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Owner Faculty of Public Health, Naresuan University

ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ (พิเศษ) นายแพทย์ไพจิตร ปาวบุตร ผู้ทรงคุณวุฒิพิเศษ

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ กิตติโรจน์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.นิธรา กิจระวุฒิวังษ์

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

ดร.กนกทิพย์ จักนุ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ดร.มนัสวี พานิชนอก

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ดร.รมย์นลิน เขียนจุม

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

กองบรรณาธิการต่างประเทศ

Professor Keiko Nakamura

ศาสตราจารย์ ดร.สฤกร พงศ์พานิช

รองศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมชัย ชัยกิตติภรณ์

Tokyo Medical and Dental University, Japan

วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ศูนย์รังสิต

รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนี สรรเสริญ

สำนักวิทยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

รองศาสตราจารย์ ดร.พรณี บัญชรหัตถกิจ

มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

รองศาสตราจารย์ ดร.ปัญญพัฒน์ ไชยเมล์

คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

วิทยาเขตพัทลุง

รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ บุญเชียง

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รองศาสตราจารย์ ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทร แสงไชยสุริยา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัศนี วันชัย

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีน พุทธชินราช

ดร.นายแพทย์ สุทัศน์ โชตนะพันธ์

สถาบันเวชศาสตร์ป้องกันศึกษา

ดร.เชษฐา แก้วพรม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนแพร่

กองบรรณาธิการในสถาบัน

รองศาสตราจารย์ ดร.อาฉินต์ สงทับ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาทิตย์ วัฒนสินธุ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สรัญญา ถีป้อม

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ดร.จุฑารัตน์ รักประสิทธิ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผู้ช่วยเลขานุการ

พิชญานันท์ สุขมาก

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

จิตติพร ราชภู่ทองหลาง

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. Wutthichai 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)

Dr. Kanokthip Juksu, Ph.D. (Environmental Science)

Dr. Manuswee Phanichnok, Ph.D. (Environmental Biology)

Dr. Romnalin Keanjoom, Ph.D. (Global Health Entrepreneurship)

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)

Asst. Prof. Ausanee Wanchai, Ph.D. (Nursing)

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

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 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2567

Vol. 6 No.2 May-August 2024

<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 ที่ปรากฏในบทความถือเป็นความรับผิดชอบของผู้พิมพ์

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

ยินดีต้อนรับเข้าสู่วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2567 กองบรรณาธิการรู้สึกเป็นเกียรติอย่างยิ่งที่ได้มีโอกาสนำเสนอผลงานวิจัยที่มีคุณค่าและมีผลกระทบต่อวงการสาธารณสุขในวงกว้าง ในยุคที่ข้อมูลและเทคโนโลยีมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว ความรู้ทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ จึงมีความสำคัญยิ่งต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชน การวิจัยที่มีคุณภาพและนวัตกรรมที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งที่จำเป็นในการก้าวข้ามความท้าทายใหม่ๆ ในการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรค วารสารของเราได้รวบรวมบทความวิจัยที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาทางระบาดวิทยา การวิจัยทางคลินิก การพัฒนานโยบายสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การบริการสุขภาพ อาชีวอนามัยและความปลอดภัย จำนวน 12 เรื่อง โดยฉบับนี้ มีการตีพิมพ์บทความเป็นภาษาอังกฤษ จำนวน 1 เรื่อง หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความเหล่านี้จะเป็นแรงบันดาลใจและเป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยต่อไปในอนาคต ท่านผู้อ่านที่สนใจสามารถติดตามเนื้อหาในรูปแบบออนไลน์ จากเว็บไซต์ของวารสาร <https://www.tci-thaijo.org/index.php/JPHNU/index>

ขอขอบคุณนักวิจัยทุกท่าน ที่ได้มอบผลงานวิจัยที่มีคุณค่าสู่สังคม และขอขอบคุณผู้อ่านทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนและติดตามวารสารของเราอย่างต่อเนื่อง หวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์และให้ความรู้ที่มีคุณค่าแก่ทุกท่าน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรธรณ กิริติสิโรจน์

บรรณาธิการวารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

ประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลเสมหะเป็นลบหลังระยะเข้มข้นของการรักษา

ณัฐพร คำเสน
ปรารถนา กสิบาล
นุสรรา บัวเชย
ชนิษฐา เกื้อเพชร
สมเกียรติยศ วรเดช
บุญญพัฒน์ ไชยเมล์

1-12

Effectiveness of pulmonary rehabilitation program among pulmonary tuberculosis patients with negative sputum after intensive of treatment period

Nattaporn Kumsan
Pratthana Kasiban
Nutsara Buachoei
Kanitha Kauepet
Somkiattiyos Woradet
Bhunyabhadh Chaimay

การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย

ปรานิต จงพันธ์นิมิตร
มรุตา บรรจงการ

13-27

Development of self-efficacy enhancement program on preventing stroke in the young risk group

Pranit Jongpantanimit
Maturada Bunjongkarn

การถอดบทเรียนโครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการ : กรณีศึกษา ตำบลเขาดิน อำเภอกำแพงแก้ว จังหวัดนครสวรรค์

วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์
กุลวรา เพียรจริง
ปัทมพร บำรุงเขต

28-42

The lessons learned from the integrated sub-district economic and social enhancement project: A case study of Kaodin Sub-district, Kao Liao District, Nakhon Sawan Province

Worawan Tipwareerom
Kulwara Phianching
Pattamaporn Bumrunghet

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย

หน้า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพด้านโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

มัชฌิมา คงโอ

43-54

สวรัตน์ สมหมาย

ราตรี ชูสิงห์

สุธี หนูเกตุ

บุญญพัฒน์ ไชยเมล์

สมเกียรติยศ วรเดช

Factors related to health literacy in hypertension among hypertensive patients

Matchima Khongao

Sauwarat Sommay

Ratree Chusing

Suthee Hnuket

Bhunyabhadh Chaimay

Somkiattiyos Woradet

ปัญหา ผลกระทบ และการปรับตัวของชาวชุมชนในเขตเมือง ต่อสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

กิตติยา โต๊ะทอง

55-70

Problems, impacts and adaptation of members in urban community to COVID-19 outbreak situation

Kitiya Totong

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

วรวิษา สำราญเนตร

71-84

สุพรรณษา จิตรสม

บุญญิศา วัจนละอนันท์

Self-efficacy, social support, and self-care behavior in delaying the progression of kidney disease among chronic kidney patients

Wanwisa Samrannet

Supansa Jitsom

Poonsiya Wajcharaanunt

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง: การศึกษาแบบเนสต์เคสคอนโทรลของโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร

เชษฐา อึ้งฮก

85-96

มธุรส ทิพยมงคลกุล

ทรงพล ต่อนี่

วรangkan พิชัยวงศ์

Risk factors associated with tuberculosis among patients with chronic kidney diseases: A hospital-based nested case-control study Bangkok Metropolitan, Thailand

Chetsada Huenghok

Mathuros Tipayamongkhogul

Songpol Tornee

Warangkana Pichaiwong

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย

หน้า

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีงานทำและคุณภาพชีวิตของ
คนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง

นพพร จิตงาม
พรเพ็ญ ศิริสัตยะวงศ์
วราภรณ์ บุญเชียง

97-111

Factors influencing employment and quality of life
in individuals with spinal cord injury

Nawaporn Jitngam
Pornpen Sirisatayawong
Waraporn Boonchieng

ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์
ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิง ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย
และประกาศนียบัตรวิชาชีพ ในอำเภอขามเฒ่าบุรี
จังหวัดกำแพงเพชร

อัจฉรา พันธุ์ศิลป์
ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์

112-128

Factors affecting intention to prevent early
pregnancy among female high school students and
vocational certificate students in Khanuworalaksaburi
District, Kamphaeng Phet Province

Autchara Phansin
Sunsanee Mekrungrongwong

ผลของการใช้แอปพลิเคชันไลน์ร่วมกับการประยุกต์ใช้
ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเสริมสร้างพฤติกรรม
การป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1
โรงเรียนแห่งหนึ่ง

กฤษณะ ศรีปรังค์
จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ

129-146

The result of using application Line together with
applying planned behavior theory to reinforce
smoking protective behavior of grade 1 junior high
school students in one school

Kritsana Sriprang
Chakraphan Phetphum

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามทฤษฎี
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมความรู้และ
การรับรู้เกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรมของบุคลากรวิทยาลัย
เทคโนโลยีสยาม

ญาณิศา ฟุ้งเกตุ
สุคนธ์ ขาวกริบ
ปัญจปีพัชรกร บุญพร้อม
สรินทร พัฒอำพันธ์

147-162

Effectiveness of health promotion program based
on the health belief model for promoting knowledge
and perception about office syndrome of Siam
Technology College personnel

Yanisa Phungkat
Sukon Khawgrib
Punpaphatpron Bumprom
Sarintorn Patampan

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย

หน้า

รูปแบบการดูแลสุขภาพด้วยวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรค
ความดันโลหิตสูงในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ
โควิด-19 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

A new normal model for hypertensive patients
during the COVID-19 outbreak through a community
participation process

วรรณศิริ ศรีสุข

อรภิชา บรรเทาวงษ์

ราตรี อร่ามศิลป์

มธุรดา บรรจงการ

รุ่งฤทัย แซ่ด่าน

Wansiri Srisuk

Onpicha Banthaowong

Ratree Aramsin

Maturada Banjongkarn

Rungruthai Saedan

163-178

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยวัณโรคปอด
ที่มีผลเสมหะเป็นลบหลังระยะเข้มข้นของการรักษาณัฐพร คำเสน¹ ส.บ., ปารรณนา กสิบาล¹ ส.บ., นุสรา บัวไชย² วท.บ., ชนิษฐา เกื้อเพชร² ส.ม.,
สมเกียรติยศ วรเดช³ Ph.D., ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์^{3,*} Ph.D.

Received: May 8, 2023

Revised: June 19, 2023

Accepted: June 22, 2023

บทคัดย่อ

การศึกษาทดลองชนิด 1 กลุ่ม วัดก่อนหลังครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องวัณโรคปอด และคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยวัณโรคปอด ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลเสมหะเป็นลบหลังระยะเข้มข้นของการรักษา กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง จำนวน 20 คน โรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยวัณโรคปอด ระยะเวลา 8 สัปดาห์ และ 2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ความรู้เรื่องวัณโรคปอด และเครื่องวัดสมรรถภาพปอด แบบสอบถามความรู้เรื่องวัณโรคปอด ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ 0.70 สำหรับสมรรถภาพปอดทำการประเมินด้วยเครื่องมือ Peak flow meter วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีคะแนนความรู้เรื่องวัณโรคปอด และสมรรถภาพปอดหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$, $p\text{-value} = 0.001$ ตามลำดับ) จากผลการศึกษาดังกล่าว บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานวัณโรค ควรนำโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดดังกล่าว ไปใช้ในการส่งเสริมสมรรถภาพปอดในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลเสมหะเป็นลบในระยะเข้มข้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพปอดแข็งแรง

คำสำคัญ: การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การตรวจเสมหะ ระยะการรักษาเข้มข้น วัณโรคปอด

¹ นิสิต หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

² นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิ โรงพยาบาลหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช

³ รองศาสตราจารย์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

* ผู้รับผิดชอบบทความ: bchaimay@tsu.ac.th

Effectiveness of pulmonary rehabilitation program among pulmonary tuberculosis patients with negative sputum after intensive of treatment period

Nattaporn Kumsan¹ B.P.H., Prathana Kasiban¹ B.P.H., Nutsara Buachoei² B.P.H.,
Khanitha Kauepet² M.P.H., Somkiattiyos Woradet³ Ph.D., Bhunyabhadh Chaimay^{3,*} Ph.D.,

ABSTRACT

The purpose of this one-group pretest-posttest experimental study was to compare the scores of the knowledge related to pulmonary tuberculosis and the average scores of pulmonary functions among patients with pulmonary tuberculosis before and after receiving a pulmonary rehabilitation program. A total of 20 patients with pulmonary tuberculosis who tested negative for sputum after the intensive treatment period were selected using purposive sampling at Hua Sai Hospital, Hua Sai District, Nakhon Si Thammarat Province. The data were collected between December 2022 and February 2023. The research instruments consisted of 1) The pulmonary tuberculosis rehabilitation program for 8 weeks, and 2) data collection, including questionnaires on demographic characteristics, knowledge related to tuberculosis, and pulmonary function tests. The questionnaire was reviewed by three experts, and the content validity ranged from 0.67 to 1.00. The coefficient of Kruder-Richarson-20 for knowledge related to pulmonary tuberculosis was 0.70. Pulmonary function was assessed using a Peak flow meter. The data were analyzed using descriptive statistics and a paired t-test.

The results found that the subjects had significantly increased scores of the knowledge related to pulmonary tuberculosis and pulmonary function after receiving the pulmonary rehabilitation program (p -value < 0.001, p -value = 0.001, respectively). The study suggests that health professionals responsible for tuberculosis care should implement the pulmonary tuberculosis rehabilitation program to enhance and improve pulmonary function among patients with pulmonary tuberculosis who tested negative for sputum after the intensive treatment period.

Keywords: Pulmonary rehabilitation, Sputum examination, Intensive treatment period, Tuberculosis

¹ Student in Bachelor of Public Health, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University

² Department Public Health Technical Officer, Department of Family Medicine and Primary Health Care Services, Hua-Sai Hospital, Nakhon Sri Thammarat Province

³ Associate Professor, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University

* Corresponding author: bchaimay@tsu.ac.th

บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis: TB) เป็นโรคติดต่ออันตรายที่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก เกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่เรียกว่า *Mycobacterium Tuberculosis* เป็นได้กับทุกอวัยวะของร่างกาย แต่พบมากที่สุด คือ ปอด หรือวัณโรคปอด (Pulmonary TB) เนื่องจากเชื้อวัณโรคปอดสามารถติดต่อได้ง่ายในระบบทางเดินหายใจ อารมณ์ที่อยู่ในอากาศ จากการสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วยวัณโรคที่มีการไอ จาม หรือถ่มน้ำลาย (Riyapan, Woradet, & Chaimay, 2021) การป่วยด้วยวัณโรคต้องได้รับการรักษาอย่างน้อย 6 เดือน (Thammiganont, Chaisawat, Sereethammaphithak, Wongsricha, & Seansupha, 2021) ในขณะเดียวกัน ผู้ที่เข้าสู่กระบวนการรักษา ยังส่งผลต่อปัจจัยทางจิตสังคม และเศรษฐกิจ (Thanawong, Nantachaipan, & Soivong, 2016) ทำให้เกิดความยุ่งยากในการใช้ชีวิตประจำวัน ส่งผลต่อการลางาน/หยุดงาน เนื่องจากการรักษาต้องใช้เวลานาน ต่อเนื่องระยะยาว อาจทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจ เบื่อหน่าย จนกระทั่งขาดการรักษา นำไปสู่การดื้อยาในที่สุด (Department of Disease Control, 2017) หรืออันตรายถึงแก่ชีวิต (Ministry of Public Health, 2018)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) รายงานว่าแต่ละวันมีคนเสียชีวิตจากวัณโรคมากกว่า 4,100 คน และเกือบ 28,000 คน ล้มป่วยด้วยวัณโรค (WHO, 2022) ประเทศไทย เป็น 1 ใน 14 ประเทศที่จัดเป็นกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง High burden countries ประกอบด้วย การมีภาระโรควัณโรค (Burden of TB) วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (Tuberculosis / Human Immunodeficiency; TB/HIV) และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multidrug Resistance Tuberculosis; MDR-TB) (Chantana, Maneesriwongul, & Putawatana, 2019) จากรายงานทางระบาดวิทยาขององค์การอนามัยโลก (WHO, Global TB Report 2020) (WHO, 2022) คาดการณ์ว่าประเทศไทย มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ 150 ต่อประชากรแสนคน (105,000 ราย) และมีผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูงถึง 11,000 รายต่อปี ในแต่ละปีสามารถจำแนกผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการ

ติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) (10,000 ราย) ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน หรือดื้อยา Rifampicin (Multidrug- or Rifampicin-Resistant TB; MDR/RR-TB) (2,500 ราย) และคาดว่าจะพบผู้ป่วยวัณโรค (MDR/RR-TB) ประมาณร้อยละ 1.7 ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และร้อยละ 10.0 ในผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน (Division of Tuberculosis, Department of Disease Control & Ministry of Public Health, 2021)

สถานการณ์วัณโรคในเขตสุขภาพที่ 11 ปีงบประมาณ 2562 พบผู้ป่วยวัณโรคจำนวนทั้งสิ้น 5,088 ราย อัตราป่วย 114.78 ต่อประชากรแสนคน ร้อยละ 10.0 เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี สำหรับอัตราป่วยโรควัณโรคในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และมีการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคได้เพียงร้อยละ 73.0 นอกจากนี้ พบว่า ในส่วนของจังหวัดที่มีอัตราความครอบคลุมการรักษาน้อยกว่าร้อยละ 80.0 ยกเว้น จังหวัดภูเก็ตและระนอง (ร้อยละ 137.0 และ 87.0 ตามลำดับ) โดยที่จังหวัดนครศรีธรรมราช มีอัตราความครอบคลุมการรักษา เท่ากับร้อยละ 63.0 (Division of Tuberculosis, Department of Disease Control & Ministry of Public Health, 2021)

การป่วยเป็นวัณโรคปอดส่งผลต่อพหุสุขภาพและการทำหน้าที่ของปอดลดลง ซึ่งแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด เน้นให้ยาเพื่อยับยั้งและทำลายเชื้อโรคซึ่งเป็นการรักษาระยะยาว การมีผลเสมหะเป็นลบช่วง 2 เดือนแรก หรือระยะเข้มข้น ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยมีพหุสุขภาพปอดที่ดีขึ้น ดังนั้น การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเป็นวิธีการที่สำคัญต่อการหายใจให้กลับมาเหมือนหรือใกล้เคียงกับปกติ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตทางสุขภาพและความสามารถในการทำงานของปอดที่ดี (Thanawong et al., 2016) และเป็นข้อบ่งชี้ในระยะยาวจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดส่วนใหญ่ทำในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Lomaneenopparat, 2015) และยังไม่พบว่ามีการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลเสมหะเป็นลบหลังระยะเข้มข้น ดังนั้น จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น การศึกษาครั้งนี้ จึงได้พัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟู

สมรรถภาพปอดในผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลเสมหะเป็นลบหลังระยะการรักษาเข้มข้น และติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ในประเด็นความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดและสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีเสมหะเป็นลบหลังระยะเข้มข้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีเสมหะเป็นลบหลังระยะเข้มข้นของการรักษา ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

2) เพื่อเปรียบเทียบสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีเสมหะเป็นลบหลังระยะเข้มข้นของการรักษา ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิด 1 กลุ่ม วัดก่อนและหลัง (One group pretest and posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้ขึ้นทะเบียนการรักษา และเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 20 คน ในช่วงเดือนพฤศจิกายน ถึงธันวาคม พ.ศ. 2565 ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมี เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลเสมหะเป็นลบ ภายหลังจากรับประทานยา (2HRZ/4HR) ในระยะเข้มข้น ในช่วงเดือนพฤศจิกายน ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ในกรณีที่มีโรคร่วมที่ส่งผลต่อการขยายการรักษาตามแนวทางปกติ เช่น การติดเชื้อเอชไอวี (เอดส์) และผู้ที่ปฏิเสธการเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยวัณโรคปอด ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือในการทดลอง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กิจกรรมประกอบด้วย 1) กิจกรรมก่อนการทดลอง 2) กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรคปอด 3) กิจกรรมการฝึกการหายใจ 4) กิจกรรมชักนำให้เกิดการปฏิบัติและสาธิตย้อนกลับ 5) การฝึกปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน และ 6) กิจกรรมแลกเปลี่ยนถอดบทเรียน รวมระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมก่อนการทดลอง คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และสิทธิการขอถอนตัวออกจากการเข้าร่วมวิจัย โดยให้เป็นไปตามความสมัครใจ นอกจากนี้ มีกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ สันทนการระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง ประเมินความรู้และการตรวจวัดสมรรถภาพปอด (Peak Expiratory Flow Rate: PEFR) ด้วยเครื่อง Peak Flow Meter

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรคปอด มีเนื้อหาประกอบด้วย 1) สาเหตุของการเกิดโรค 2) อาการของโรค 3) ภาวะแทรกซ้อน และ 4) การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยวัณโรค โดยใช้สื่อสมุดความรู้ร่วมกับการบรรยายสถานการณ์ของโรควัณโรคปอดในประเทศไทย

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมการฝึกการหายใจ ประกอบด้วย 3 วิธี คือ 1) การฝึกการหายใจโดยใช้กลัมนื้อกระบังลม โดยให้นั่งในท่าที่สบาย ผ่อนคลายหัวไหล่ วางมือบริเวณหน้าท้อง หายใจเข้าลึกๆ ให้ท้องป่อง หายใจออกท้องแฟบ ทำ 3-5 ครั้ง/รอบ วันละ 3 รอบ หากรู้สึกเวียนศีรษะให้หายใจตามปกติ 2-3 ครั้ง แล้วเริ่มใหม่ การฝึกการหายใจสามารถทำในท่านั่ง

นอน และยืนได้ 2) การหายใจแบบห่อปาก โดยให้หายใจเข้าทางจมูกช้าๆ ลึกๆ ห่อปาก และค่อยๆ หายใจออกทางปากช้าๆ ให้ช่วงการหายใจออกนานเป็นสองเท่าของการหายใจเข้า และเกร็งหน้าท้องร่วมด้วยในช่วงสุดท้ายของการหายใจ ทำ 3-5 ครั้ง/รอบ วันละ 3 รอบ 3) การหายใจด้วยกลัมน้ำเต้านข้างชายโครง โดยนั่งในท่าที่สบาย ผ่อนคลายหัวไหล่ วางมือทั้งสองข้างบริเวณชายโครง หายใจเข้าให้ซี่โครงบานออก ต้นมือที่วางขึ้น ขณะหายใจออกให้กดมือเบาๆ จนถึงช่วงสุดท้ายของการหายใจออก ทำ 5 ครั้ง/รอบ วันละ 3 รอบ การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความเคลื่อนไหวของทรวงอก มี 4 ท่า คือ ท่าที่ 1 นั่งบนเก้าอี้ โน้มตัวลงข้างหน้าในแนวกลาง มือแตะพื้นในขณะที่หายใจออก จากนั้นยืดตัวขึ้นโดยยกแขนขึ้นเป็นรูปตัววี (V) เหนือศีรษะ ขณะหายใจเข้า ทำ 5 ครั้ง/ชุด 3 ชุด/วัน ท่าที่ 2 นั่งบนเก้าอี้ มือขวาจับข้อมือซ้าย พร้อมหมุนตัวลงด้านล่างทางซ้ายพร้อมหายใจออกสุด จากนั้นให้หมุนตัวพร้อมยกแขนขึ้นด้านบนทางขวาพร้อมหายใจเข้าเต็มที่ ทำสลับกัน 2 ข้าง ทำ 5 ครั้ง/ชุด 3 ชุด/วัน ท่าที่ 3 นั่งบนเก้าอี้ ประสานมือไว้ที่ท้ายทอย หุบข้อศอกลงก้มหน้าลงเล็กน้อย หายใจเป่าปากออกจนสุด ทางข้อศอกออกทางด้านข้าง ยืดตัวขึ้นตรง พร้อมหายใจเข้าลึกๆ ทำ 5 ครั้ง/ชุด 3 ชุด/วัน ท่าที่ 4 นั่งบนเก้าอี้ยกแขนข้างขวาขึ้นเหนือศีรษะ จากนั้น โน้มแขนและตัวไปทางด้านซ้าย พร้อมหายใจเข้าเต็มที่ ทำสลับกัน 2 ข้าง 5 ครั้ง/ชุด 3 ชุด/วัน การฝึกการไออย่างมีประสิทธิภาพ มี 6 ขั้นตอน 1) นั่งในท่าที่สบาย 2) หายใจเข้าลึกๆ ทางจมูก 3) อ้าปากกว้างและพ่นลมออกมาให้ยาวที่สุด 2 ครั้ง พร้อมโน้มศีรษะและลำตัวไปทางด้านหน้า 4) หายใจเข้าทางจมูกลึกๆ อีกครั้งให้เต็มที่ 5) อ้าปากกว้างแล้วพ่นลมออกมาแรงๆ 2 ครั้ง พร้อมโน้มศีรษะและลำตัวไปทางด้านหน้า และ 6) พักสักครู่ ก่อนจะทำซ้ำอีก 1-2 ครั้ง กิจกรรมการจัดทำเพื่อลดอาการหอบเหนื่อย มี 2 ท่า คือ นั่งพับโต๊ะ หรือนั่งโน้มตัวมาทางด้านหน้า และยืนพิงผนัง

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมชักนำให้เกิดการปฏิบัติและสาธิตย้อนกลับในผู้ป่วยวัณโรคปอด และมีการวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยมีการบรรยายพร้อม

การสาธิตและมีการแจกสมุดความรู้เรื่องวัณโรคปอด และการทำกายภาพบำบัดในผู้ป่วยวัณโรคปอด เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัย สามารถนำกลับไปปฏิบัติที่บ้านและจดบันทึกจำนวนครั้งที่ปฏิบัติได้

กิจกรรมที่ 5 ติดตามการฝึกปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน และติดตามผ่านโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง พร้อมทั้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงบันทึกจำนวนครั้งที่ปฏิบัติในแต่ละวัน

กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมแลกเปลี่ยนถอดบทเรียนร่วมกันเพื่อสร้างเสริมความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ดี ประเมินความรู้เรื่องวัณโรคปอด โดยการประเมินและวัดค่าสมรรถภาพปอด (Peak Expiratory Flow Rate: PEFR) ด้วยเครื่อง Peak flow meter หลังเข้าร่วมโปรแกรม ในส่วนเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพรายได้เฉลี่ยของครอบครัว ดัชนีมวลกาย และโรคประจำตัว ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรควัณโรค เป็นแบบสอบถามชนิดถูกผิด จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) สาเหตุการเกิดวัณโรคปอด 2) อาการของวัณโรคปอด 3) ภาวะแทรกซ้อนของวัณโรคปอด และ 4) การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอด ส่วนที่ 3 สมุดบันทึกสุขภาพ (Health diary) ในส่วนเครื่องมือในการทดลอง คือ เครื่องมือวัดสมรรถภาพปอด (Pulmonary function test) ด้วยค่า Peak expiratory flow rate (PEFR) โดยใช้เครื่องมือ Peak flow meter (L/min)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยได้ทำการทดสอบหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 หลังจากได้ทำการปรับปรุงแก้ไขความสอดคล้องเชิงเนื้อหา และความถูกต้องของภาษา จากนั้น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) ในกลุ่มตัวอย่าง ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดใน

โรงพยาบาลหัวไทร ในช่วงเดือนกันยายน ถึง เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นระยะก่อนการทดลอง โดยแบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรคมีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงด้วยวิธีการ Kruder-Richadson 20 (KR-20) เท่ากับ 0.70 สำหรับเครื่องวัดสมรรถภาพปอด ได้รับการตรวจสอบ (Calibration) โดยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากที่ได้โครงการวิจัยได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือในขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึง 3 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ตามแนวทางกิจกรรมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยทำการฝึกและทดลองใช้เครื่องตรวจสมรรถภาพปอด ก่อนการใช้จริง ตรวจสอบข้อมูลก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ ต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการจัดกลุ่มความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ทำการจัดกลุ่มออกเป็น 3 ระดับ ด้วยวิธีการอิงเกณฑ์ (Best, 1977) ประกอบด้วย ระดับสูง (คะแนนมากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ 80.0) ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60.0-79.0) และระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.0) (Intajak, 2021) และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และค่าสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยวัณโรคปอด ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ด้วยสถิติ Paired t-test

จากการทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-smirov test พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรค (p-value = 0.676 และ p-value = 0.102)

และค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอด (p-value = 0.877 และ p-value = 0.903) พบว่า มีการกระจายเป็นโค้งปกติทั้งก่อนและหลังการทดลอง ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงทำการทดสอบความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดและสมรรถภาพปอดระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติ Paired sample t-test และนำเสนอด้วยค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Mean difference) และค่าช่วงความเชื่อมั่น ที่ร้อยละ 95.0 (95 Percent confidence interval [95% CI])

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยทักษิณ เลขที่ COA No. TSU 2022_198, REC No. 0473 ลงวันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2565 และได้รับอนุญาตใช้ข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งการศึกษานี้ นำเสนอข้อมูลในภาพรวม โดยไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลอื่นใด อันอาจเชื่อมโยงไปถึงกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา อันทำให้เสียหาย และผิดจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผลการวิจัย

คุณลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 90.0) ประมาณ 1 ใน 3 มีอายุน้อยกว่า 50 ปี (ร้อยละ 30.0) มีอายุเฉลี่ย 57.35 (S.D. = 14.65) ปี มีอายุต่ำสุด เท่ากับ 31 ปี และอายุสูงสุด เท่ากับ 80 ปี เกือบครึ่งของผู้ป่วยวัณโรคปอด มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 40.0) จำแนกเป็น 1 โรค (ร้อยละ 15.0) 2 โรค (ร้อยละ 10.0) และ 3 โรค (ร้อยละ 15.0) ประมาณ 1 ใน 2 ประกอบอาชีพเกษตรกรและประมง (ร้อยละ 45.0) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 70.0) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95.0) ครึ่งหนึ่งมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 50.0) ประมาณ 2 ใน 3 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 60.0) ดังแสดงในตาราง 1

สำหรับคะแนนความรู้เรื่องวัณโรคปอดก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอด มีคะแนนเฉลี่ยความรู้โดยรวม ก่อนการทดลองอยู่ในระดับสูง

(Mean $\pm$ S.D. = 14.75 ± 3.01 , n = 10) และหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง (Mean $\pm$ S.D. = 18.15 ± 1.13 , n = 19) เมื่อพิจารณาความรู้รายด้าน ก่อนการทดลองพบว่า ความรู้ด้านสาเหตุของการเกิดวัณโรคปอด (Mean $\pm$ S.D. = 3.70 ± 1.34 , n = 14) อาการของวัณโรคปอด (Mean $\pm$ S.D. = 3.40 ± 0.75 , n = 9) ภาวะแทรกซ้อน (Mean $\pm$ S.D. = 3.80 ± 1.32 , n = 16) การปฏิบัติตัว (Mean $\pm$ S.D. = 3.85 ± 1.18 ,

n = 14) อยู่ในระดับสูง และหลังการทดลองพบว่า ความรู้ด้านสาเหตุของการเกิดวัณโรคปอด (Mean $\pm$ S.D. = 4.40 ± 0.60 , n = 19) อาการของวัณโรคปอด (Mean $\pm$ S.D. = 4.90 ± 0.45 , n = 19) ภาวะแทรกซ้อน (Mean $\pm$ S.D. = 4.55 ± 0.69 , n = 18) การปฏิบัติตัว (Mean $\pm$ S.D. = 4.30 ± 0.66 , n = 18) อยู่ในระดับสูง ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 1 คุณลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยวัณโรคปอด (n = 20)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	18	90.0
หญิง	2	10.0
อายุ (ปี)		
< 50	6	30.0
50-59	5	25.0
60-69	4	20.0
70 ปี ขึ้นไป	5	25.0
Mean (S.D.); ค่าต่ำสุด: ค่าสูงสุด	57.35 (14.65); 31: 80	
จำนวนโรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	12	60.0
1 โรค	3	15.0
2 โรค	2	10.0
3 โรค	3	15.0
อาชีพ		
เกษตรกร/ประมง	9	45.0
ค้าขาย	2	10.0
รับจ้างทั่วไป	4	20.0
อื่นๆ (ไม่ได้ประกอบอาชีพ)	5	25.0
สถานภาพสมรส		
โสด	5	25.0
สมรส	14	70.0
หย่า	1	5.0
ศาสนา		
พุทธ	19	95.0
อิสลาม	1	5.0

ตาราง 1 คุณลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยวัณโรคปอด (n = 20) (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	2	10.0
ประถมศึกษา	10	50.0
มัธยมศึกษา	5	25.0
อนุปริญญา/ปวส.	3	15.0
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว		
ต่ำกว่า 5,000	4	20.0
5,000-10,000	12	60.0
10,000 ขึ้นไป	4	20.0

ตาราง 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอด ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 20)

ความรู้เรื่อง วัณโรค	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	Mean	ระดับ (n, %)			Mean	ระดับ (n, %)		
	(S.D.)	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	(S.D.)	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
สาเหตุการเกิดโรค	3.70 (1.34)	14 (70.0)	2 (10.0)	4 (20.0)	4.40 (0.60)	19 (95.0)	1 (5.0)	0 (0.0)
อาการของโรค	3.40 (0.75)	9 (45.0)	9 (45.0)	2 (10.0)	4.90 (0.45)	19 (95.0)	1 (5.0)	0 (0.0)
ภาวะแทรกซ้อน	3.80 (1.32)	16 (80.0)	0 (0.0)	4 (20.0)	4.55 (0.69)	18 (90.0)	2 (10.0)	0 (0.0)
การปฏิบัติตัว	3.85 (1.18)	14 (70.0)	3 (15.0)	3 (15.0)	4.30 (0.66)	18 (90.0)	2 (10.0)	0 (0.0)
รวม	14.75 (3.01)	10 (50.0)	7 (35.0)	3 (15.0)	18.15 (1.13)	19 (95.0)	1 (5.0)	0 (0.0)

จากการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องวัณโรคและสมรรถภาพปอด พบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอด มีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference: 3.40, 95% CI: 2.39-4.41, p-value < 0.001) และผู้ป่วย

วัณโรคปอดมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพปอดหลังได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference: 75.83, 95% CI: 37.20-114.47, p-value = 0.001) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้และสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีเสมหะเป็นลบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (n = 20)

การเปรียบเทียบ	ก่อน		หลัง		Mean Difference	95% CI	t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
คะแนนความรู้เรื่องวัณโรคปอด	14.75	3.01	18.15	1.14	3.40	2.39-4.41	7.03	< 0.001
สมรรถภาพปอด (L/min)	191.17	87.85	267.00	131.22	75.83	37.20-114.47	4.11	0.001

หมายเหตุ S.D. = Standard deviation, 95% CI = 95 Percent confidence interval

อภิปรายผล

จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลเสมหะเป็นลบ หลังระยะเข้มข้นของการรักษา พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอด มีคะแนนความรู้ และสมรรถภาพปอด หลังเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากแนวทางปฏิบัติ (Clinical practice guideline) การรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเป็นกระบวนการรักษา (Treatment) ที่มุ่งเน้นเพื่อจัดการกับตัวเชื้อโรค ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับยาตามมาตรฐานการรักษา (2HRZ/4HR) ซึ่งการศึกษาค้างนี้ เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยเน้นการออกกำลังกายปอดในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลเสมหะเป็นลบหลังระยะเข้มข้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพปอดที่แข็งแรง ขณะได้รับการรักษาในช่วงหลังของการได้รับยารักษาวัณโรค

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผล เสมหะเป็นลบ หลังระยะเข้มข้นของการรักษา มีคะแนนความรู้เรื่องวัณโรคเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการศึกษาค้างนี้ได้ออกแบบโปรแกรมการให้ความรู้ให้สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรม ภาษาและชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยวัณโรคปอดและมีเนื้อหาครอบคลุมสาเหตุของการเกิดโรค อาการของโรค ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยวัณโรค นอกจากนี้ ยังมีการใช้สื่อสมุดความรู้ร่วมกับการบรรยาย จึงทำให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดเพิ่มสูงขึ้นหลังการทดลอง เมื่อพิจารณาภาพรวม

ความรู้เรื่องวัณโรคปอด พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดในระดับต่ำก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (ร้อยละ 15.0) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีความรู้เพิ่มมากขึ้นและไม่มีผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคในระดับต่ำ (ร้อยละ 0.0) นอกจากนี้ เมื่อพิจารณารายมิติของความรู้เรื่องวัณโรค พบว่า มิติด้านอาการของโรค และสาเหตุของการเกิดโรคมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (Mean = 3.40 และ Mean = 3.70) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยยังมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและอาการของวัณโรคปอดน้อย และเมื่อได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแล้ว พบว่า มีค่าคะแนนสูงขึ้นในทุกมิติ

การศึกษาค้างนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ (Ekajit, Moongtui, & Boonchieng, 2013) ซึ่งได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดระหว่างกลุ่มทดลอง ซึ่งใช้การกำกับตนเองร่วมกับการให้ความรู้ตามปกติ กับกลุ่มควบคุมซึ่งให้ความรู้ตามปกติ พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ทำให้ได้ความรู้ตรงกับความต้องการและความสนใจของกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่าเป็นวัณโรคปอดขณะนั้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแนวทางและวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ก่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ นำไปสู่พฤติกรรมที่นำไปใช้ตามความมุ่งหวังได้ ประกอบกับการใช้สื่อวีดิทัศน์ที่สามารถสื่อภาพและเสียงได้ เกิดการมองเห็นและได้ยิน จึงทำให้

เกิดการเรียนรู้และจดจำได้มากกว่าการใช้วิธีส่วนอื่นๆ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดองค์ความรู้เรื่องวัณโรคปอด และมีการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดได้ดีมากยิ่งขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ (Sritawan, & Chiopanya, 2021) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้การปรึกษา โดยการสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจต่อความรู้ ความสม่ำเสมอของการรับประทานยา และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ เกี่ยวกับ ความสม่ำเสมอในการทานยาและการป้องกันการแพร่เชื้อเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและ เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับความรู้ในเรื่องที่ตนเองเป็นอยู่ในขณะนั้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการดูแลตนเอง และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองให้นำไปสู่ การควบคุมและป้องกันการแพร่ของโรคได้

ในส่วนของสมรรถภาพปอด พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอด มีค่าคะแนนสมรรถภาพปอดเพิ่มสูงขึ้นหลังจากเข้าร่วม โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยมีกิจกรรมหลัก คือ การฝึก การหายใจ และการออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวของทรวงอก ซึ่งจะทำให้เป็นการเพิ่มพื้นที่ในการ รับออกซิเจนเข้าไปในปอดเพิ่มมากขึ้น จึงส่งผลให้ผู้ป่วย วัณโรคปอดสามารถฟื้นฟูกลับมาทำงานได้ตามปกติ และส่งผลให้คะแนนสมรรถภาพปอดเพิ่มขึ้นอย่างเห็น ได้ชัด นอกจากนี้ โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด มีกิจกรรมการติดตามผ่านทางโทรศัพท์เป็นประจำ ทุกสัปดาห์ติดต่อกันนาน 7 สัปดาห์ จึงทำให้ผู้ป่วย วัณโรคปอดรู้สึกถึงการเอาใจใส่จากการติดตามและให้ กำลังใจ รวมทั้งกระตุ้นให้มีการปฏิบัติกรฝึกการหายใจ และออกกำลังกายเพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหว สอดคล้องกับ การศึกษาของ Phuviprome, Chalanuwat, & Jarusombat (2014) ที่มีการออกกำลังกายแบบพลัสมปราณ ที่เน้น การฝึกการหายใจร่วมกับการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการ ฝึกปฏิบัติการหายใจแบบเป่าปาก พบว่า กลุ่มทดลอง ที่ได้รับการออกกำลังกายแบบพลัสมปราณร่วมกับ

การหายใจแบบเป่าปาก มีค่าความแตกต่างค่าเฉลี่ยของ อาการหายใจลำบากลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lomaneenopparat (2015) ซึ่งศึกษาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ในโรงพยาบาลมะเร็ง สำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วย ที่ได้รับโปรแกรมที่บ้าน โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับ วัณโรค ฝึกการหายใจโดยการเป่าปาก พบว่า ผู้ป่วยที่ ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด มีอาการเหนื่อยลดลง การทำงานของปอดและความสามารถในการออกกำลังกาย ดีขึ้น นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Thanawong et al. (2016) ศึกษาผลของการส่งเสริม การจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่อ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและการใช้ บริการสุขภาพในผู้ที่ เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองในการ ฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการ รักษาตามขั้นตอนปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นับว่าเป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับและแนะนำให้ใช้ใน ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และพบว่า การจัดการตนเอง ในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดช่วยให้ผู้ป่วยมีการจัดการ ตนเองอย่างเหมาะสม มีความสามารถในการออกกำลังกาย มีความคงทนในการปฏิบัติกิจกรรมเพิ่มขึ้น อาการ หายใจลำบากลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การศึกษารั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง ชนิด 1 กลุ่มวัดก่อนหลังทดลอง เนื่องจากมีจำนวน ผู้ป่วยจำกัด จึงไม่มีการสุ่มตัวอย่าง ผลที่เกิดขึ้นจึงอาจ เกิดจากปัจจัยอื่นๆ นอกจากนี้ เนื่องจากเป็นการศึกษา ในกลุ่มตัวอย่างที่มีบริบทของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ปอดในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (30 เตียง) ซึ่งอาจ มีบริบทที่แตกต่างจากสถานบริการสุขภาพอื่นใน ระดับเดียวกัน ซึ่งอาจไม่สามารถนำผลการศึกษาไป อ้างอิงสู่กลุ่มประชากรวัณโรคปอดได้ทั้งหมด หรือ สามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ในพื้นที่ที่มีบริบท ไกลเคียงได้เท่านั้น อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษา ดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลเสมหะเป็นลบหลังระยะ เข้มข้นของการรักษาเป็นผลดีต่อแนวทางการรักษาและ ฟื้นฟูสมรรถภาพปอดผู้ป่วยวัณโรคปอด ดังนั้น

การประยุกต์ใช้ผลการศึกษาคควรประยุกต์ใช้อย่างระมัดระวัง เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยวัณโรคปอดต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาดังกล่าวควรประยุกต์กิจกรรมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยเฉพาะการฝึกการหายใจในผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลเสมหะเป็นลบหลังระยะเข้มข้นของการรักษาทุกราย หรือขยายพื้นที่ไปยังคลินิกวัณโรคในอำเภออื่นๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรคมีศักยภาพและการทำหน้าที่ของปอด และเพิ่มสมรรถนะการหายใจที่ดีขึ้น นอกจากนี้ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการพัฒนาแนวทางและส่งเสริมการติดตามการฝึกปฏิบัติร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้านพร้อมกลุ่มสหวิชาชีพ

2) ควรขยายระยะเวลาในการติดตามและประเมินผลการตรวจวัดค่าสมรรถภาพปอดจนครบกระบวนการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอด

เอกสารอ้างอิง

- Best, J. (1977). *Research in education*. (3rd ed.). Englewood cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Chantana, N., Maneesriwongul, W., & Putawatana, P. (2019). Factors related to adherence to multi-drug resistant tuberculosis treatment. *Ramathibodi Nursing Journal*, 25(3), 296-309. (in Thai)
- Department of Disease Control. (2017). *Psychosocial factors attitudes related to patient counseling. TB and drug-resistant tuberculosis work consulting guide for health personnel*. (2nd ed). Bangkok: Aksorn graphic and design publishing limited partnership. (in Thai)

Division of Tuberculosis, Department of Disease Control & Ministry of Public Health. (2021, April 1). Situation reports and surveillance tuberculosis Thailand. Retrieved October 19, 2022, from https://www.tbthailand.org/download/Manual/Thailand%20Operational%20Plan%20To%20End%20%20TB_2017_2021.pdf (in Thai)

Ekajit, A., Moongtui, W., & Boonchieng, W. (2013). Comparison of effects of self-regulation with education and education on practices in prevention of infection transmission among pulmonary tuberculosis patients. *Nursing Journal*, 40(4), 1-11. (in Thai)

Intajak. T., (2021). *Herbal used behavior of people in Mueang District, Mae Hong Son Province*. Retrieved November 2, 2022, from <http://cmruir.cmru.ac.th/handle/123456789/2248> (in Thai)

Lomaneenopparat, R., (2015). Outcomes of pulmonary rehabilitation program in outcomes of pulmonary rehabilitation program in COPD patients at Makarak Hospital. *Region 4-5 Medical Journal*, 34(1), 2-10. (in Thai)

Ministry of Public Health. (2018). *Guidelines for the prevention and control of tuberculosis and common communicable diseases in educational institutions*. Bangkok: Art Qualified Company Limited. (in Thai)

Phuvirome, T., Chalanuwat, C., & Jarusombat, L., (2014). Effects of a pulmonary rehabilitation program with palunglompran on exercise tolerance, dyspnea, and self-efficacy to control dyspnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 24(1), 149-161. (in Thai)

- Riyapan, M., Woradet, S., & Chaimay, B., (2021). Multidrug resistant among patients with pulmonary tuberculosis: Literature review. *Academic Journal of Community Public Health*, 7(4), 1-16. (in Thai)
- Sritawan, R., & Chiopanya, N (2021). The effectiveness of a motivational interviewing program on knowledge, medication adherence, and the prevention of disease transmission among persons with tuberculosis. *Journal of Nursing and Public Health Research*, 1(3), 17-30. (in Thai)
- Thanawong, L., Nantachaipan, P., & Soivong, P., (2016). Effects of a self-management promotion in pulmonary rehabilitation on functional capacity and health care utilization among persons with chronic obstructive pulmonary disease. *Nursing Journal*. 43(2), 45-56. (in Thai)
- Thammiganont, J., Chaisawat, P., Sereethammapithak, P., Wongsricha, W., & Seansupha, W. (2021). The development of guidelines for caring for new pulmonary tuberculosis patients at risk of dying during treatment Nakhon Phanom Province. *Journal of Environmental and Community Health*, 6(3), 23. (in Thai)
- World Health Organization. (2022). *Tuberculosis*. Retrieved September 27, 2022, from https://www.who.int/health-topics/tuberculosis#tab=tab_1

บทความวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีอายุน้อย

ปราณีต จงพັນนิมิตร^{1,*} พย.ม., มรุรดา บรรจงการ² ปร.ด.

Received: May 26, 2023

Revised: August 1, 2023

Accepted: August 3, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คือ กลุ่มเสี่ยงอายุน้อย จำนวน 30 คน ศึกษาระหว่างมิถุนายน พ.ศ. 2565 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามความรู้การรับรู้ความสามารถของตนเอง และแบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า บุคลากรสาธารณสุขให้ความเห็นว่า การดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญ อย่างไรก็ตาม บุคลากรสาธารณสุขให้ความสนใจการกลับเป็นซ้ำในกลุ่มผู้สูงอายุ โปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาจากการประยุกต์กรอบแนวคิดของ Bandura ในการสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตน โดยสร้างประสบการณ์ที่สำเร็จ ใช้ตัวแบบและใช้แรงจูงใจ ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ (Mean diff. = 4.83, 95% CI: 3.90-5.76) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Mean diff. = 8.33, 95% CI: 5.58-11.09) และความคาดหวังในผลลัพธ์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Mean diff. = 24.97, 95% CI: 19.31-30.62) พบว่า ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสร้างเสริมความรู้ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) นอกจากนี้ พบว่า โปรแกรมสร้างเสริมความรู้ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย

คำสำคัญ: การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ ความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย

¹ อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

² อาจารย์ สาขานามยุมชน วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

* ผู้รับผิดชอบบทความ: pranit@pnc.ac.th

Development of self - efficacy enhancement program on preventing stroke in the young risk group

Pranit Jongpantanimi^{1,*} M.N.S., Maturada Bunjongkarn² Ph.D.

ABSTRACT

This research and development study aimed to develop and examine the program of enhancements to self-efficacy on preventing stroke risk in the young. Thirty young adults with stroke risk were selected by purposive sampling, which was conducted from June 2022 to February 2023. Research instruments were questionnaires about knowledge, perception of self-efficacy enhancement, and expectations regarding the results of stroke prevention practices. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation and paired-test.

The findings illustrated that prevention of stroke was important, as public health personnel's opinions. However, they focused on recurrent events in the elder group. The program of enhancements to self-efficacy on preventing stroke risk in the young was developed and applied from Bandura's conceptual framework for enhancing self-efficacy perception, by creating successful experiences, using models and motivation. The comparison of knowledge level (Mean diff. = 4.83, 95% CI: 3.90-5.76), self-efficacy (Mean diff. = 8.33, 95% CI: 5.58-11.09), and the expected outcomes for stroke prevention (Mean diff. = 24.97, 95% CI: 19.31-30.62) showed a significant difference between before and after implementing the program (p-value < 0.001). In addition, the development of the self-efficacy enhancement program could be utilized for enhancing knowledge and understanding on preventing stroke risk in the young.

Keywords: Self-efficacy enhancement, Expectation, Stroke risk in the young

¹ Lecturer, Department of Adult and Gerontological Nursing, Phrapokklao College of Nursing

² Lecturer, Department of Community Health, Phrapokklao College of Nursing

* Corresponding author: pranit@pnc.ac.th

บทนำ

จากสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นสาเหตุการตายอันดับสอง และการพิการเป็นอันดับสามทั่วโลก องค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก พบว่าปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองกว่า 80 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน พบผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นถึง 14.5 ล้านคนต่อปี สถานการณ์ของกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อย พบได้ร้อยละ 5.0 ถึงร้อยละ 13.0 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (Kasemsap, 2021) พบได้ตั้งแต่อายุ 15-45 ปี ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วย Stroke จำนวน 355,671 ราย (อัตราผู้ป่วย 543 ต่อประชากรแสนคน) มีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 34,728 ราย (อัตราตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) (Chantaraprapabkun, Mayotarn, Chompoonuch & Pongpakdee, 2018; Suwanno, Suwanno, Angkoon, & Rajborirug, 2018) เมื่อแบ่งกลุ่มตามการศึกษา Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST) ผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดในผู้ที่มีอายุน้อย หรือกลุ่มอายุไม่เกิน 45 ปี อยู่ในกลุ่มไม่ทราบสาเหตุมากที่สุดและ 1 ใน 3 ไม่แสดงอาการ และมีสาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น โรคหัวใจที่เป็นมาแต่กำเนิด ความผิดปกติทางด้านโลหิตวิทยา และความผิดปกติของหลอดเลือด ความผิดปกติของเมตาบอลิซึมในร่างกาย (Chung, Park, Kim, Kim, Park, Ko et al., 2014) ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม เช่น การสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ และปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และโรคอ้วน เป็นต้น การให้ความรู้ และการส่งเสริมสุขภาพ หากไม่ได้ดำเนินการป้องกัน จำนวนผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีปริมาณเพิ่มขึ้นส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายจิตใจ และสังคม สูญเสียค่าใช้จ่ายในระยะยาว เพื่อให้มีความตระหนักในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ส่วนใหญ่จะเป็นวัยเรียนและวัยทำงาน เป็นเสาหลักในครอบครัว จึงมีความสำคัญอย่างมาก (Vutiso & Lalun, 2022) โรคหลอดเลือดสมองเป็นสภาวะที่สำคัญของประเทศ เนื่องมาจากผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองนั้นมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ และต้องใช้ชีวิตอย่างพิการตลอดช่วงชีวิตที่เหลือมากกว่า

วัยผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และแรงงานหลักของประเทศ (Alebeek, Arntz, Ekker, Synhaeve, Maaijwee, Schoonderwaldt et al., 2017; Markidan, Cole, Cronin, Merino, Phipps, Wozniak et al., 2018; Schneider, 2021)

ปัจจุบันการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยอายุน้อย ยังอยู่ในวงจำกัด ปัญหาสำคัญคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อายุน้อย (Suwanno et al., 2018) การวิจัยครั้งนี้มีความจำเป็นและมีประโยชน์ต่อกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่อายุน้อย และเป็นแนวทางป้องกันลดความเสี่ยง และความรุนแรงของโรคในระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) ที่สำคัญมากในระบบสาธารณสุข การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค และการเกิดความเสี่ยงของโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นสิ่งชักนำและจูงใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมได้ (Joychoo, Pinyopasakul, & Chareonkitkam, 2014) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Klinsakorn & Saetan (2020) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง และ Suwintakorn, Kalampakorn, & Rawiworrakul (2019) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวัง และป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง การเฝ้าระวังและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อย เพื่อส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ นำไปสู่แนวทางการส่งเสริมสุขภาพ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย สถานการณ์ และสิ่งแวดล้อม และเป็นการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย

2. เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและการพัฒนา (Research and development) ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์สภาพปัญหา 2) พัฒนาโปรแกรม 3) ทดลองใช้โปรแกรม 4) พัฒนาปรับปรุงโปรแกรมและประเมินผล โดยการศึกษาได้รับรองรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ 011/65 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการศึกษาวิจัยประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัย บทบาทของผู้วิจัย และบทบาทของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านใบยินยอมและเซ็นยินยอมเพื่อเข้าร่วมวิจัย

กรอบแนวคิด

การพัฒนาโปรแกรมระยะที่ 2 ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฯ โดยประยุกต์กรอบแนวคิด และทฤษฎีของ Bandura ร่วมกับการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและข้อมูลที่ได้ จากระยะที่ 1 เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ประกอบด้วย กิจกรรม 1) การสร้างประสบการณ์ ที่ประสบความสำเร็จ 2) การใช้ตัวแบบ และ 3) การใช้คำพูดชักจูง เนื่องจากความสามารถของตนเอง (Self-efficacy theory) เป็นความเกี่ยวข้องในระดับตัวบุคคล โดยบุคคลจะตัดสินใจในการแสดงออกถึงพฤติกรรมใดๆ นั้น บุคคลต้องมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง ในการจัดระเบียบและดำเนินพฤติกรรมตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ

(Outcome expectations) เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรมจะต้องมี 3 ปัจจัยร่วมด้วย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factor = P) เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม (Behavior condition = B) และเงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อม (Environment condition = E) จะนำไปสู่พฤติกรรมและเป้าหมายที่บุคคลมุ่งหวัง (Bandura, 1977)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ จำนวน 5 คน และประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20 คน ที่อาศัยอยู่ในตำบลท่าช้าง อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ที่จัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังทั้งหมด รวมทั้งสมัครใจเข้าร่วมโครงการ (Convenient sampling) จำนวน 20 คน (Bunjongkam, Jongpanthanimit, Srithahai & Khiewchaum, 2023)

ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ที่อาศัยอยู่ในตำบลท่าช้าง อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (Large effect size) อำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน (Lakens, 2022) และกำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ อายุระหว่าง 18-45 ปี ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในคนไทย (Thai CV risk score) โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 10.0 ถึงน้อยกว่า 20.0 (Kongprasert, Wacharasin, & Panmung, 2015) ไม่มีโรคเรื้อรังที่เป็นอันตรายต่อการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น ไม่เป็นโรคหัวใจ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ทางไต และทางเท้า โดยวิธีคัดกรองประวัติจากเวชระเบียน และสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 ใช้แบบสอบถามชุดที่ 1 เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational analysis) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป สำหรับบุคลากรสาธารณสุข และกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ และ

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 คำถามสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ลักษณะข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ (1) ท่านคิดว่าการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อย มีความสำคัญหรือไม่ อย่างไร และ (2) หน่วยงานของท่านมีการดำเนินงานเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อยหรือไม่ อย่างไร และ ตอนที่ 2 คำถามสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับความต้องการในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อย

ระยะที่ 3 ใช้แบบสอบถามชุดที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับกลุ่มเสี่ยง ลักษณะข้อคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ จำนวน 24 ข้อ ให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน แบบสอบถามชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น เห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างยิ่ง คะแนนรวมอยู่ในช่วง 10-50 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ และคะแนนรวมสูง หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองสูง ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 14 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 8 ข้อ และด้านอารมณ์และการจัดการความเครียด จำนวน 10 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 14-70 8-40 และ 10-50 คะแนน ตามลำดับ สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ด้านการออกกำลังกาย, ด้านอารมณ์ และการจัดการความเครียดต่ำและคะแนนรวมสูง หมายถึง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ และการจัดการความเครียดสูง โดยการวัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ระยะที่ 4 ใช้แบบสอบถามชุดที่ 4 แบบสอบถามเพื่อการพัฒนาปรับปรุงโปรแกรมและประเมินผล (หลังเข้าร่วมโปรแกรม) สำหรับกลุ่มเสี่ยง ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ 1) ท่านคิดว่าโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร และ 2) ท่านคิดว่าโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีประโยชน์อย่างไร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน นำมาหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC : Index of consistency) ได้มากกว่า 0.5 ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.69-1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยหาความเชื่อมั่นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้วยสูตรของ Kuder-Richardson (KR-20) (Mekkaeo, 2020) ได้ค่า 0.95 และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.88 และ 0.86 ตามลำดับ

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นตอนการดำเนินงาน ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ

1) วิเคราะห์สภาพปัญหาจากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สืบจากภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ศึกษา

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ศึกษาสภาพปัญหาและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องจากกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย การรับรู้การเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Situational analysis)

2) พัฒนาโปรแกรม จากการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานทั้งหมดที่ได้รับ โดยออกแบบและพัฒนาโครงสร้างโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อย และผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญได้ (ร่าง) ของการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อย

3) ทดลองใช้โปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยและนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในกลุ่มเป้าหมาย ใช้แบบสอบถามตรวจสอบผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองฯ

4) พัฒนา ปรับปรุงโปรแกรมและประเมินผลสรุปผลและข้อเสนอแนะการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองฯ

นำผลการวิเคราะห์สถานการณ์ (ระยะที่ 1) จากบุคลากรสุขภาพ และประชาชนกลุ่มเสี่ยง จากนั้น ระยะที่ 2 ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Bandura ได้แก่ 1) การสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 2) การใช้ตัวแบบ และ 3) การใช้คำพูดชักจูงในการสร้างโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อย จำนวน 12 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มอย่างง่ายโดยไม่ใส่คืน กลุ่มเดียว วัดก่อนและหลัง จำนวน 30 ราย และ 1 สัปดาห์ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้วิจัยแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเข้าร่วมการวิจัย เช่น ใบบินยอมเข้าร่วมวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามความรู้ในการป้องกัน การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง

และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวฯ รายละเอียดโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองฯ จำนวน 12 สัปดาห์ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1 (2 ชั่วโมง) เตรียมความพร้อมสู่การรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยประเมินความเสี่ยงของโรค ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้ความรู้เกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ เล่าประสบการณ์การเรียนรู้จากการประสบความสำเร็จด้วยตนเอง และบุคคลต้นแบบที่ประสบความสำเร็จ บุคคลต้นแบบที่พิชิตการลดน้ำหนักได้สำเร็จ ประสบการณ์ของ อสม. ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และไม่กลับเป็นซ้ำ

สัปดาห์ที่ 2 (2 ชั่วโมง) ประยุกต์ใช้ความรู้ทางสุขภาพสู่การสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง กระตุ้นการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัว โดยใช้ประสบการณ์จากบุคคลอื่นที่เคยสำเร็จมาแล้ว ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เทคนิควิธีการ การใช้แหล่งสนับสนุนต่างๆ การเสริมสร้างแรงจูงใจ การกำหนดเป้าหมายระยะสั้น และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์การป้องกันโรคฯ

สัปดาห์ที่ 3-10 ติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ เช่น VDO เรื่องพิษภัยของบุหรี่และเหล้า VDO บุคคลที่ประสบความสำเร็จ เว็บไซต์ฯ แชนแนลอาหาร การออกกำลังกาย เช่น เก็บสถิติใน Smart watch พิชิตเดินวันละ 10,000 ก้าว ร่วมกับใช้ SKT เพื่อฝึกสมาธิควบคู่กับการออกกำลังกายแบบจิตประสานกายด้วยเทคนิคสมาธิบำบัดเพื่อสร้างสมดุลของร่างกายด้วยตนเอง (Panyachotikun, satkong & Sriwisit, 2017)

สัปดาห์ที่ 3-11 ส่งเสริมการควบคุมกำกับตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองอย่างต่อเนื่อง ในบรรยากาศที่เป็นมิตร โดยกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมเสริมแรงทางบวก ใช้คำพูดจูงใจ ให้กำลังใจ ให้การชมเชย การสะท้อนปัญหาอุปสรรคจากการปฏิบัติตัว สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ผ่านโปรแกรมสนทนาไลน์

สัปดาห์ที่ 12 ประเมินผลการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของ

การกระทำ โดยใช้แบบสอบถาม 3 ชุด เหมือนกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational analysis) ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลรวมของผล การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถ ของตนเองในการป้องกันโรคลดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคลดเลือดสมองที่มีอายุน้อย โดยสถิติ Paired t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

โปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของ ตนเองฯ ตำบลท่าช้าง อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี เป็นการวิจัยและพัฒนา 4 ระยะ โดยระยะที่ 1 วิเคราะห์ สภาพปัญหา ได้แก่ ศึกษาสภาพปัญหา และปัจจัยเสี่ยง ที่เกี่ยวข้องจากกลุ่มเสี่ยงโรคลดเลือดสมองที่มี อายุน้อย ใช้แบบสอบถามชุดที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป สำหรับบุคลากรสาธารณสุข และกลุ่มเสี่ยง และมีความสำคัญ ในการป้องกันโรคลดเลือดสมอง พบว่า บุคลากรสาธารณสุข 5 คนให้ความเห็นว่า การดำเนินงาน ป้องกันโรคลดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อย มีความสำคัญ เนื่องจากยังมีข้อจำกัดหลายประการ จึงเน้นการกลับเป็นซ้ำในกลุ่มผู้สูงอายุก่อน สำหรับ ประชาชนกลุ่มเสี่ยง จำนวน 20 คน ให้ความเห็นว่า โรคลดเลือดสมองเกิดขึ้นเฉพาะผู้สูงอายุ ส่งผลให้ ขาดแรงจูงใจ และความตระหนักในการป้องกันโรค

ลดเลือดสมอง โดยจำแนกได้เป็น 3 แก่นสาระ คือ 1) โรคลดเลือดสมองเป็นโรคของผู้สูงอายุ 2) พร่อง ความเข้าใจในการประยุกต์ใช้ความรู้สู่การปฏิบัติเพื่อ ป้องกันโรคลดเลือดสมอง และ 3) การเรียนรู้ จากความสำเร็จของผู้อื่น (Bunjongkarn et al., 2023) เป็นข้อมูลสำคัญที่นำมาพัฒนาโปรแกรมการป้องกัน การเกิดโรคลดเลือดสมอง ระยะที่ 2 การพัฒนา โปรแกรมโดยประยุกต์แนวคิดของ Bandura ได้แก่ 1) การสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 2) การใช้ ตัวแบบ และ 3) การใช้คำพูดชักจูง ในการสร้างโปรแกรม การสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการ ป้องกันการเกิดโรคลดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มี อายุน้อย จำนวน 12 สัปดาห์ ทำให้มีการกระตุ้นตนเอง และสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระยะที่ 3 การทดลองใช้โปรแกรม จากตาราง 1 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็น ร้อยละ 80.0 มีอายุระหว่าง 18-45 ปี อายุเฉลี่ย 35.3 ปี อาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.7 ตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure: SBP) ผิดปกติ คิดเป็น ร้อยละ 73.3 ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure: DBP) สูงกว่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 80.0 โคลเลสเตอรอล รวมผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 83.3 เอชดีแอลโคเลสเตอรอลผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 70.0 เอลดีแอลโคเลสเตอรอลผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 76.7 รอบเอวเพศหญิงผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 63.3 เพศชาย ผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 10.0 การสูบบุหรี่สูบบุหรี่เป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 20.0 และเป็นเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 16.7

ตาราง 1 ความถี่ ร้อยละ ของกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (Mean = 35.3, S.D. = 8.54, Min = 18 Max = 45) (ปี)		
18-35	14	46.7
36-45	16	53.3
เพศ		
ชาย	6	20.0
หญิง	24	80.0
อาชีพ		
รับจ้าง	14	46.7
ค้าขาย	7	23.3
นักเรียน/นักศึกษา	4	13.3
เกษตรกร	1	3.3
รับราชการ	2	6.7
อื่นๆ (กิจการส่วนตัว)	2	6.7

ตาราง 2 ความถี่ ร้อยละ ของกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อย จำแนกตามข้อมูลระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (n = 30)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP)		
ปกติ (<140 mmHg)	8	26.7
ผิดปกติ (≥ 140 mmHg)	22	73.3
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP)		
ปกติ (< 90 mmHg)	10	20.0
สูงกว่าปกติ (≥ 90 mmHg)	20	80.0
โคเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol)		
ปกติ (< 200 mg/dl)	5	16.7
ผิดปกติ (≥ 200 mg/dl)	25	83.3
เอชดีแอลโคเลสเตอรอล (HDL-C)		
ปกติ (ชาย ≥ 40 mg/dl, หญิง ≥ 50 mg/dl)	9	30.0
ผิดปกติ (ชาย < 40 mg/dl, หญิง < 50 mg/dl)	21	70.0
แอลดีแอลโคเลสเตอรอล (LDL-C)		
ปกติ (<100 mg/dl)	7	23.3
ผิดปกติ (≥ 100 mg/dl)	23	76.7
รอบเอว		
เพศหญิงปกติ (< 32 นิ้ว)	5	16.7
ผิดปกติ (> 32 นิ้ว)	19	63.3
เพศชายปกติ (< 36 นิ้ว)	3	10.0
ผิดปกติ (> 36 นิ้ว)	3	10.0
การสูบบุหรี่		
สูบบุหรี่เป็นประจำ	6	20.0
ไม่สูบบุหรี่	24	80.0
โรคประจำตัว		
เป็นเบาหวาน	5	16.7
ไม่เป็นเบาหวาน	25	83.3

ตาราง 3 เปรียบเทียบผลรวมของความรู้ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ จำแนกรายด้าน 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์และการจัดการความเครียด ของการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการพัฒนาโปรแกรมฯ (n = 30)

รายการประเมิน	ก่อน		หลัง		Mean Diff.	t	95%CI	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
1. ความรู้	15.40	3.12	20.23	1.61	4.83	10.62	3.90-5.76	< 0.001*
2. การรับรู้ความสามารถของตนเอง	35.17	9.65	43.50	5.50	8.33	6.19	5.58-11.09	< 0.001*
3. ความคาดหวังในผลลัพธ์								
- ด้านอาหาร	44.13	11.07	56.50	7.56	12.37	9.17	9.61-15.13	< 0.001*
- ด้านการออกกำลังกาย	22.53	8.70	30.53	6.04	8.00	7.13	5.70-10.30	< 0.001*
- ด้านอารมณ์และการจัดการความเครียด	31.47	6.24	36.07	4.03	4.60	5.18	2.78-6.42	< 0.001*
รวม 3 ด้าน	98.13	23.33	123.10	15.72	24.97	9.03	19.31-30.62	< 0.001*

*p-value < 0.05

จากตาราง 3 พบว่า การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยเปรียบเทียบระดับความรู้ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการพัฒนาโปรแกรม

ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติด้านอาหาร หลังการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการพัฒนาโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) หลังการพัฒนาโปรแกรม โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 56.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 7.56 เมื่อเปรียบเทียบรายข้อ พบว่า ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการหลีกเลี่ยงอาหารทะเล เช่น กุ้ง ปลาหมึก หอยนางรม อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง เช่น แกงกะทิ ของทอด เลือกดื่มนมพร่องมันเนย หรือนมไขมันต่ำ และงดการรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ติดมัน ตามลำดับ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติด้านการออกกำลังกาย หลังการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการพัฒนาโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) หลังการพัฒนาโปรแกรม โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 30.53

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 6.04 เมื่อเปรียบเทียบรายข้อ พบว่า ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการสร้างแรงจูงใจให้ตนเอง โดยเลือกกิจกรรมออกกำลังกายที่ชอบ และปรับเปลี่ยนประเภทของการออกกำลังกาย ให้เหมาะสมกับสถานที่และเวลา อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น การเดิน การวิ่งบนสายพาน การขึ้นบันได การว่ายน้ำ การปั่นจักรยาน การวางแผนหรือจัดสรรเวลาในการออกกำลังกาย และเลือกประเภทของการออกกำลังกาย ตามความเหมาะสมของร่างกาย ตามลำดับ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติด้านอารมณ์ และการจัดการความเครียด หลังการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการพัฒนาโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) หลังการพัฒนาโปรแกรม โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 36.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.03 เมื่อเปรียบเทียบรายข้อ พบว่า ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการยอมรับเหตุการณ์วิกฤต อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ การฝึกฝนจิตใจให้หนักแน่น การบอกตัวเองว่าปัญหาทุกอย่างแก้ไขได้ และใช้วิธีผ่อนคลายความเครียดได้ด้วยตนเอง ตามลำดับ

ระยะที่ 4 การพัฒนาปรับปรุงโปรแกรมและประเมินผล โดยใช้แบบสอบถามชุดที่ 4 สำหรับกลุ่มเสี่ยงที่ได้เข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ได้ใช้โปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นประโยชน์ในชีวิตประจำวัน มีข้อเสนอแนะจากผู้ที่ใช้โปรแกรมในระยะเวลาที่น้อยเกินไป เพื่อเป็นการกระตุ้นให้มีการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เช่น การบันทึกคู่มือสุขภาพยังมีการบันทึกอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นว่า เป็นการกระตุ้นการปรับพฤติกรรมอย่างแท้จริง

สรุปและอภิปรายผล

เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายอย่างแท้จริง การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย เริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์จากรากของปัญหา เพื่อสร้างสรรค์โปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองฯ ให้สอดคล้องกับความจำเป็น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Bandura ที่ส่งเสริมให้เกิดความเชื่อในความสามารถของตนเอง โดยเน้นการสร้างเป้าหมาย (Goals) การสะท้อนคิด (Performance feedback) การลงมือทำ (Actions) การสร้างแรงจูงใจ (Motivation) การควบคุมกำกับการปฏิบัติของตนเอง (Attention to self-behavior) (Nabavi & Bijandi, 2012) รวมไปถึงการเรียนรู้จากประสบการณ์ของความสำเร็จ (Mastery experience) ต้นแบบทางสังคม (Social model) การโน้มน้าวชักจูงจากสังคม (Social persuasion) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Nakklung & Thadsri (2017) ที่ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Bandura มาสร้างโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความสามารถในตนเองสามารถส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อย จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง และจากการสัมภาษณ์บุคลากรสาธารณสุข และกลุ่มเสี่ยงเกี่ยวกับความรู้ ประสิทธิภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ที่จัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง โดยประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในคนไทย (Thai CV risk score) คือ ร้อยละ 10.0 ถึงน้อยกว่า ร้อยละ 20.0 และกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวัง และมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง และเข้าใจว่าโรคหลอดเลือดสมองมักจะเกิดขึ้นกับผู้มีอายุน้อย จากประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง พบว่า ได้รับการรักษาทางยา และได้รับคำแนะนำที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง และการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากบุคลากรสุขภาพมาแล้ว แต่นำมาปรับใช้กับชีวิตประจำวันได้เพียงบางส่วน เนื่องจากอาชีพ ความเครียดความพยายามที่จะลดน้ำหนัก เพื่อให้เกิดสุขภาพดี และป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทุกคนก็ยังไม่ประสบความสำเร็จ บางคนมีการใช้ยาลดความอ้วน แสดงให้เห็นถึงสถานการณ์ ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อยว่ายังมีการขาดความรู้ความเข้าใจ รวมไปถึงความตระหนักรู้เกี่ยวกับการดำเนินไปของโรคหลอดเลือดสมอง และการป้องกันที่เหมาะสม จากการศึกษาของ Schneider (2021) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ณ สาธารณรัฐเอสโตเนีย เป็นการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยอายุ 18-54 ปี พบว่าปัจจัยเสี่ยงจากโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 53.0) โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 46.0) และการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 35.0) และพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุด chez ผู้ป่วยอายุน้อยตามลำดับ คือ สูบบุหรี่ ต้มแอลกอฮอล์ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง นอกจากนี้ พบว่า

อายุ เพศ เชื้อชาติ และโรคอ้วนมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Suwanno et al., 2018; Markidan et al., 2018; Mitchell, Cole, McArdle, Cheng, Ryan, Sparks, et al., 2015; Schneider, 2021 & Subha, Geethakumari, Athira, & Nujum, 2015)

หลังการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองฯ พบว่า ความแตกต่างของผลรวมคะแนนเฉลี่ยความรู้ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกรายด้าน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์และการจัดการความเครียด สูงกว่าก่อนการพัฒนาโปรแกรมในทุกด้าน สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การใช้โปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถสร้างความตระหนักและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีอายุน้อยได้ เช่น จากงานวิจัยของ Santiprasitkul & Junlapeeya (2017) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดเชียงราย ประเทศไทย การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลัง ประกอบด้วย การรับรู้สมรรถนะของตนเอง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 6 ด้าน และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 35-59 ปี ผลการวิจัย พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง คะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และงานวิจัยของ Amornwathin, Raksanam, Sooklim, & Sriwisit (2019) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม CHIRP FAST ต่อความรู้ การรับรู้ ความคาดหวัง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและความรุนแรงของโรค และพฤติกรรม

การป้องกันโรค และงานวิจัยของ Chirasatienpon (2021) ศึกษาโปรแกรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อย โดยใช้แอปพลิเคชันสมาร์ตโฟน ที่มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กลุ่มตัวอย่างอายุ 20-45 ปี จำนวน 21 คน โดยใช้โปรแกรมการให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง การจัดการด้านอาหาร และความรู้พื้นฐานในการออกกำลังกาย ทำให้ลดความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อยได้

ประเมินผลหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อย ในตำบลท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี ดังนี้ ข้อจำกัดด้านเวลา เนื่องจากเป็นวัยรุ่น วิทยาลัย ในการเข้าถึงบริการสุขภาพต้องนำเทคโนโลยีสื่อสารให้มากขึ้น รวมถึงสื่อภาพ วิทัศน์ที่น่าสนใจมาใช้ในกิจกรรม ทำให้ได้รับความรู้เพิ่มขึ้น การสังเกตอาการเตือน การจัดการ เมื่อมีเหตุการณ์ฉุกเฉิน ความท้าทายในการที่จะปรับพฤติกรรม การปฏิบัติตัว และสร้างแรงจูงใจในการดูแล ตนเอง และครอบครัว โดยรวม มีความพึงพอใจและสามารถนำความรู้ที่ได้นำไปใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวันได้ สอดคล้องกับงานวิจัย พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัว และสังคมเป็นสิ่งที่สำคัญในการส่งเสริมการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงในการควบคุมระดับความดันโลหิต (Kamkhiew & Mattavangkul, 2018)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมสร้างเสริมความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถสร้างความตระหนักและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีอายุน้อย และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพครอบคลุมด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์และการจัดการความเครียด สามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อยได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีกฎควบคุม และวัดผลการเปลี่ยนแปลงในระดับพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง

2. ควรนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน โดยคำนึงถึงความพร้อมของกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อย แรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม ชุมชน รวมถึงการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่องได้ ต้องใช้ระยะเวลา มากกว่า 6 เดือน โดยเฉพาะด้านอารมณ์ และการจัดการความเครียด หากจัดการจะทำให้ส่งผลต่อด้านสุขภาพกายที่ดี และป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อยที่ยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี สำหรับทุนในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ และขอบคุณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี และกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อย ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Albeek, M. E. V., Amtz, R. M., Ekker, M. S., Synhaeve, N. E., Maaijwee, N. A., Schoonderwaldt, H. et al. (2017). Risk factors and mechanisms of stroke in young adults: The future study. *Journal of Cerebral Blood Flow & Metabolism*, 38(9), 1631-1641.
- Amornwathin, P., Raksanam, B., Sooklim, N., & Sriwisit, S. (2019). The effectiveness of CHIRP FAST program on knowledge, perception, efficacy and protective behavior cerebrovascular disease in village health volunteers. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 6(3), 121-132. (in Thai)
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Bunjongkarn, M., Jongpanthanimit, P., Srithahai, J., & Khiewchaum, R. (2023). Knowledge, understanding and needs for preventing stroke risk in the young. *Journal of Health Sciences Scholarship*, 10(1), 132-143. (in Thai)
- Chantaraprapabkun, S., Mayotam, S., Chompoonuch, S., & Pongpakdee, S. (2018). Prevalence and etiologies of ischemic stroke in young patients in Bhumibol Adulyadej Hospital. *Journal of Thai Stroke Society*, 17(3), 5-14. (in Thai)

- Chirasatienpon, T. (2021). Young stroke prevention program for university lecturers with risk factors via smartphone application. *Open Journal of Social Sciences*, 9(8), 108-119. (in Thai)
- Chung, J., Park, S. H., Kim, N., Kim, W., Park, J. H., Ko, Y. et al. (2014). Trial of Org 10172 in acute stroke treatment (TOAST) classification and vascular territory of ischemic stroke lesions diagnosed by diffusion-weighted imaging. *Journal of the American Heart Association*, 3(4), 1-8.
- Joychoo, N., Pinyopasakul, W., & Chareonkitkarn, V. (2014). Relationships among age, perceived benefits of health behaviors, perceived barriers of health behaviors and health behaviors in patients with ischemic stroke. *Ramathibodi Nursing Journal*, 20(2), 236-248. (in Thai)
- Kamkhiew, R., & Mattavangkul, C. (2018). Stroke warning signs perception, self-care behaviors and family support between controlled and uncontrolled hypertension in the responsible area of Bang-Krai-Nai Subdistrict Health Promoting Hospital, Nonthaburi Province. *Disease Control Journal*, 44(2), 130-144. (in Thai)
- Kasemsap, N. (2021). Stroke in the young: 16th annual academic conference on neurology for non-neurologist. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience*, 9(4), 45-51. (in Thai)
- Klinsakorn, C. & Saetan, S. (2020). Factors related to self-protective behavior of stroke with controlled hypertension patients who live in Danchang District, Suphanburi Province. *Journal of Council of Community Public Health*, 2(2), 62-77. (in Thai)
- Kongprasert, J., Wacharasin, S., & Panmung, N. (2015). *Evaluation of cardiovascular risk in patients with diabetes mellitus and hypertension*. (2nd ed). Nonthaburi: The War Veterans Organization of Thailand. (in Thai)
- Lakens, D. (2022). Sample size justification. *Methodology and Research Practice*, 8(1), 1-28.
- Markidan, J., Cole, J. W., Cronin, C. A., Merino, J. G., Phipps, M. S., Wozniak, M. A. et al. (2018). Smoking and risk of ischemic stroke in young men. *American Heart Association*, 49(5), 1276-1278.
- Mekkaeo, B. (2020). *The development of a real-time data analysis kit for the reliability of the test (KR-20)*. Phang-Nga: Phang Nga Community College. (in Thai)
- Mitchell, A. B., Cole, J. W., McArdle, P. F., Cheng, Y., Ryan, K. A., Sparks, M. J. et al. (2015). Obesity increases risk of ischemic stroke in young adults. *PubMed Central*, 46(6), 1690-1692.
- Nabavi, R. T., & Bijandi, M. S. (2012). Bandura's social learning theory & social cognitive learning theory. *Research Gate*, 2-23.
- Nakklung, Y., & Tudsri, P. (2017). Effect of self-efficacy enhancement program on health behaviors among older adults with uncontrolled hypertension. *Apheit Journal*, 6(1), 27-35. (in Thai)
- Panyachotikun, A., satkong, S., & Sriwisit, S. (2017). Effects of SKT meditation therapy for lowering blood pressure level of patients with hypertension in Sikao Hospital, Trang Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(2), 245-255. (in Thai)

- Vutiso, P., & Lalun, A. (2022). Factors influencing stroke prevention behavior in patients with chronic disease. *Journal of Thai Stroke Society*, 21(3), 5-18. (in Thai)
- Santiprasitkul, S., & Junlapeeya, P. (2017). Efficacy enhancement program on health outcomes of people living with hypertension residing in Chiang Rai Province. *Journal of Nursing and Health Care*, 35(1), 100-109. (in Thai)
- Schneider, S. (2021). *Risk factors, etiology and long-term outcome in young ischemic stroke patients in Estonia*. Estonia: University of Tartu Press.
- Subha, P. P., Geethakumari, S. M. P., Athira, M., & Nujum, Z. T. (2015). Pattern and risk factors of stroke in the young among stroke patients admitted in medical college hospital, Thiruvananthapuram. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 18(1), 20-23.
- Suwanno, J., Suwanno, J., Angkoon, K., & Rajborirug, K. (2018). Cardiovascular risk factors in young adult patients with acute ischemic stroke. *Journal of Thai Stroke Society*, 17(2), 5-16. (in Thai)
- Suwintrakorn, C., Kalampakorn, S., & Rawiworrakul, T. (2019). The effects of self-efficacy enhancement program for health volunteers on stroke surveillance and prevention. *Thai Journal of Nursing*, 68(1), 39-48. (in Thai)

บทความวิจัย

**การถอดบทเรียนโครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการ :
กรณีศึกษา ตำบลเขาหิน อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครสวรรค์**วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์¹ ส.ด., กุลวรา เพียรจริง² ป.ด., ปัทมพร บำรุงเขต^{2*} พย.ม.

Received: June 26, 2023

Revised: August 16, 2023

Accepted: September 10, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทเรียนของการทำงานแบบร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัยกับชุมชนในระดับตำบล เก็บข้อมูลโดยวิธีสนทนากลุ่ม จากผู้มีส่วนได้เสีย 3 กลุ่ม คือ 1) ผู้รับผิดชอบโครงการ 2) ผู้ถูกจ้างงาน และ 3) ประชาชนในชุมชนที่ร่วมโครงการ จำนวน 15 คน เก็บข้อมูลในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 และการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์รายกลุ่ม และแบบบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า การเรียนรู้จากโครงการฯ มีบทเรียน 6 ประเด็น คือ 1) กระบวนการดำเนินโครงการ 2) ผลการดำเนินงาน 3) ปัจจัยความสำเร็จ 4) ปัญหาและอุปสรรค 5) ข้อเสนอแนะ และ 6) ผลกระทบจากโครงการ โดยมีรายละเอียด คือ 1) กระบวนการดำเนินโครงการฯ ประกอบด้วยทรัพยากรมนุษย์ในพื้นที่ชุมชน งบประมาณ และการบริหารจัดการ 2) ผลการดำเนินงาน มีการพัฒนาผลิตภัณฑ์ และปรับปรุงแหล่งท่องเที่ยวในชุมชน 3) ปัจจัยความสำเร็จ คือ ศักยภาพของผู้รับผิดชอบโครงการ การออกแบบกิจกรรม และความร่วมมือของมหาวิทยาลัยและชุมชน 4) ปัญหาและอุปสรรคที่พบ คือ ระยะเวลาในการดำเนินโครงการที่สั้น สถานการณ์การระบาดของโควิด 19 อัตราการเข้าออกของผู้ถูกจ้างงานที่สูง และระบบการลงข้อมูลที่ไม่เสถียร 5) ข้อเสนอแนะ ควรมีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน และควรมีการบูรณาการศาสตร์ความรู้ และ 6) ผลกระทบจากโครงการผู้จ้างงานมีรายได้ มีความรู้จากการฝึกอบรม และเพิ่มทักษะในการทำงาน ผลการศึกษานี้ สามารถนำไปใช้ในการปรับปรุง การวางแผนการทำงานโครงการ เพื่อยกระดับเศรษฐกิจและสังคมโดยการมีส่วนร่วมของการทำงานระหว่างมหาวิทยาลัยกับพื้นที่ในระดับตำบลต่อไป

คำสำคัญ: การถอดบทเรียน การวิจัยเชิงคุณภาพ การประเมินโครงการ¹ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

* ผู้รับผิดชอบบทความ: pattamapornb@nu.ac.th

The lessons learned from the integrated sub-district economic and social enhancement project: A case study of Kaodin Sub-district, Kao Liao District, Nakhon Sawan Province

Worawan Tipwareerom¹ Dr.P.H., Kulwara Phianching² Ph.D., Pattamaporn Bumrunghet^{2,*} M.N.S.

ABSTRACT

This qualitative study aimed to explore the lessons learned from the university's collaboration with the community in the sub-district. Data were collected through 3 focus group discussions involving stakeholders, which included: 1) the project manager, 2) employees, and 3) community members who participated in the project, a total of 15 participants. Data were collected during February 2023. The instruments were semi-structured interviews and field notes. Data were analyzed by using the content analysis. The results revealed that the lessons learned from the project can be categorized into six themes: 1) the process of working, 2) the project's outputs, 3) key success factors, 4) challenges and obstacles, 5) recommendations, and 6) the project's impact. The specific findings can be summarized as follows: 1) the process of working encompasses human resources in the community, community involvement, budget allocation, and project management, 2) the project's outputs included product development and the improvement of local tourist attractions in the community, 3) key success factors were included the capability of project manager, well-designed activities, and the collaboration between the university and the community, 4) challenges and obstacles comprised time constraints, the impact of the COVID-19 pandemic, high turnover rates of employees, and instability in the data recording system, 5) recommendations indicated that the project needs to clarify the workflow and integrating knowledge, and 6) the project's impact involved generating income opportunities for the unemployed, knowledge acquisition through training programs, and enhanced job skills. These findings can be valuable for improving economic planning and promoting social development in future projects by encouraging the importance of collaboration between universities and sub-district levels.

Keywords: Lesson learn, Qualitative research, Project evaluation

¹ Associated Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University

² Lecturer, Faculty of Nursing, Naresuan University

* Corresponding author: pattamapornb@nu.ac.th

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 (COVID-19) ในประเทศไทย ได้ส่งผลกระทบต่อปัญหาทางเศรษฐกิจของประเทศ ทำให้มีประชาชนว่างงานและบัณฑิตจบใหม่ไม่สามารถหางานทำได้ ประชาชนที่ว่างงานย้ายกลับถิ่นฐานจำนวนมาก ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพตามมา การฟื้นฟูเศรษฐกิจในระดับชุมชน เป็นส่วนหนึ่งของการฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ทั้งการสร้างงาน การพัฒนาอาชีพในชุมชน เพื่อให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (Health system information and knowledge archive, Health Systems Research Institute, 2022) ด้วยเหตุนี้กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมได้ดำเนินโครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการ มีเป้าหมาย คือ แก้ปัญหาการว่างงาน แก้ปัญหาความยากจนของชุมชน เพื่อนำไปสู่เศรษฐกิจพอเพียง ยั่งยืน โดยมีมหาวิทยาลัยในพื้นที่ที่จะร่วมทำงานผสมผสานร่วมกับชุมชน การดำเนินการและแก้ไขปัญหาในพื้นที่จะมีประสิทธิภาพ และเป็นไปตามความต้องการของพื้นที่อย่างแท้จริงนั้น ควรมีการทำงานอย่างบูรณาการ โดยที่มหาวิทยาลัยในพื้นที่สามารถใช้องค์ความรู้ เทคโนโลยีและนวัตกรรมที่มีอยู่ทำงานประสานและร่วมงานกับจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานอื่นๆ เพื่อให้การทำงานบูรณาการดังกล่าว เพื่อยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบล นำไปสู่การลดความยากจนอย่างมีเป้าหมายชัดเจน (Targeted poverty alleviation) (Office of the National Higher Education, Science Research and Innovation Policy Council, 2022)

กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม โดยสำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม จัดให้มีการดำเนินโครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการ มหาวิทยาลัยสู่ตำบล สร้างรากแก้วให้ประเทศ (University to Tambon; U2T) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการ ซึ่งมีมหาวิทยาลัยในพื้นที่เป็นหน่วยบูรณาการโครงการ การจ้างงาน การฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมให้มีประเด็น

ครอบคลุมตามปัญหาและความต้องการของชุมชน (Office of the National Higher Education, Science Research and Innovation Policy Council, 2022)

มหาวิทยาลัยนเรศวรได้ดำเนินการถอดบทเรียนในสถาบันเครือข่าย ซึ่งมหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์เป็นสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาที่อยู่ในเครือข่ายของโครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการซึ่งโครงการฯ นี้มีพันธกิจเพื่อเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนท้องถิ่นในจังหวัดนครสวรรค์ ทำงานร่วมกันระหว่างสถาบันการศึกษา ประชาชนในชุมชน หรือตำบลของพื้นที่นั้นมีการใช้ทรัพยากรโครงการร่วมกัน การแบ่งปันองค์ความรู้และเทคโนโลยีร่วมกัน รวมถึงการเชื่อมต่อกันในห่วงโซ่มูลค่า (Value chain) ของสินค้าและบริการ เช่น การผลิตวัตถุดิบ การแปรรูปผลิตภัณฑ์ การจำหน่ายผลิตภัณฑ์ การบริโภคสินค้าและบริการ การท่องเที่ยวที่เชื่อมต่อกันระหว่างพื้นที่ เป็นต้น ห่วงโซ่มูลค่าจะช่วยเพิ่มมูลค่าให้กับสินค้าและบริการ (Porter, 1985) อาชีพหลัก คือ การทำสวนฝรั่ง (Kaoliao Agricultural Extension office, 2023) จึงได้นำผลผลิตฝรั่งนั้นมาพัฒนาต่อยอดโดยมหาวิทยาลัยจะมีการบริหารจัดการ การดำเนินงานในเครือข่าย กำกับติดตาม ทำให้ได้ข้อมูลในการจัดทำนโยบายและกลยุทธ์เพื่อการลดปัญหาความยากจนแบบมีเป้าหมายที่ชัดเจน รวมถึงสนับสนุนการสร้างความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจและสังคม แก่ชุมชนท้องถิ่นที่มหาวิทยาลัยตั้งอยู่

โครงการนี้จึงเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนบทบาทของมหาวิทยาลัยเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น (Area based university) ตำบลเขาดิน เป็นตำบลหนึ่งในจังหวัดนครสวรรค์ ที่อยู่ทางทิศเหนือของจังหวัดนครสวรรค์ ในเขตปกครองของอำเภอเก้าเลี้ยว พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ราบลุ่ม มีเนื้อที่ 38,878 ไร่ คิดเป็น 62.20 ตารางกิโลเมตร มีจำนวน 2,000 กว่าครัวเรือน อาชีพหลัก ทำนา ทำไร่ ทำสวน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำการเกษตร การดำเนินชีวิตของประชากรเป็นไปอย่างเรียบง่าย เอื้อเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน มีศาสนาเป็นหลักในการยึดเหนี่ยวจิตใจ (Community Development Office Kao Liao District, Nakhon

Sawan Province, 2018) และเป็นหนึ่งในตำบลที่มีมหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์อยู่ในพื้นที่ และเนื่องด้วยประชาชนส่วนใหญ่ในชุมชนทำการเกษตร จึงมีผลผลิตทางการเกษตรและบรรยากาศสภาพแวดล้อมชุมชนที่ดี มีทรัพยากรที่สามารถพัฒนาต่อยอดและยกระดับสินค้าเหล่านี้ เพิ่มมาตรฐานการผลิตเพื่อให้ได้มาตรฐานอาหารและยา ช่วยเพิ่มมูลค่าของสินค้าเป็นการยกระดับผลิตภัณฑ์ และพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวในชุมชน ซึ่งจะช่วยลดปัญหาการว่างงานของประชากรในชุมชนได้จากข้อมูลดังกล่าว โครงการนี้มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ จึงได้มีการจ้างงานนิสิต/นักศึกษาบัณฑิตจบใหม่และประชาชนที่ว่างงาน ร่วมกับหน่วยงานของชุมชนที่เกี่ยวข้องมีการจัดทำข้อมูลขนาดใหญ่ของชุมชน ถ่ายทอดความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมต่างๆ พัฒนาอาชีพ ยกระดับสินค้าและการท่องเที่ยวของชุมชนให้กับประชาชนของตำบลเขาดิน

การถอดบทเรียนชุมชน เป็นเครื่องมือสำคัญในการศึกษาศักยภาพของชุมชน เนื่องจากเป็นกระบวนการรับรู้ข้อมูลสถานการณ์ต่างๆ ของชุมชนอย่างเป็นระบบ ผู้เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมทำให้สถานการณ์ของชุมชนทั้งด้านที่เป็นปัญหาและด้านที่เป็นศักยภาพในการแก้ปัญหา หรือการพัฒนาได้รับรู้ร่วมกันและถูกยอมรับ ซึ่งจะทำให้เกิดการเรียนรู้ว่า ปัญหาเกิดขึ้นได้อย่างไร และที่ผ่านมาได้มีการแก้ไขปัญหาอย่างไร เพื่อปรับปรุงในการทำงานและใช้ในพื้นที่ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด (Nantabut, 1999) ทั้งนี้ การถอดบทเรียนการทำงานที่ผ่านมาจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้จากความสำเร็จหรือความผิดพลาดในการทำงาน บทเรียนจะสะท้อนสาเหตุที่ทำให้การทำงานประสบความสำเร็จหรือผิดพลาด มีปัจจัยเงื่อนไขอะไรบ้างที่ทำให้เกิดความสำเร็จหรือผิดพลาดในการทำงานนั้นๆ ซึ่งผู้ปฏิบัติที่กำลังปฏิบัติในแนวเดียวกันสามารถนำบทเรียนที่ได้ไปใช้ในการปฏิบัติงานให้ดียิ่งขึ้น และในการทำงานครั้งต่อไปจะไม่เกิดความผิดพลาดซ้ำ

จากสถานการณ์ข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจถอดบทเรียนการดำเนินงานโครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการที่ตำบล เขาดิน อำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์ ตามปัญหาและ

ความต้องการของชุมชน ตลอดจนการทำงานในโครงการของนิสิต/นักศึกษา บัณฑิตจบใหม่และประชาชนที่ได้รับการจ้างงานในโครงการ และประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการสนับสนุนของสถาบันการศึกษาทั้งในด้านการดำเนินกิจกรรม การเชื่อมประสานการดำเนินงานในพื้นที่กับหน่วยงานอื่นๆ การกำกับดูแลการจ้างงานให้เป็นไปตามเป้าประสงค์ ผลการศึกษาจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้จากความสำเร็จหรือความท้าทายในการทำงาน ซึ่งผู้ปฏิบัติที่กำลังปฏิบัติในแนวเดียวกันสามารถนำบทเรียนที่ได้ไปใช้ในการทำงานหรือต่อยอดให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อถอดบทเรียนโครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการตามปัญหาและความต้องการของชุมชนเขาดิน อำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ในระหว่างวันที่ 6-25 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

ผู้ให้ข้อมูล

ประชากรในโครงการมีจำนวนทั้งสิ้น 40 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินโครงการมหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ จำนวน 5 คน 2) ผู้ถูกจ้างงานในโครงการ ประกอบด้วย บัณฑิตจบใหม่ 10 คน นักศึกษาที่กำลังเรียน 5 คน และประชาชนในชุมชน 5 คน รวมจำนวน 20 คน และ 3) ประชาชนในชุมชนเข้าร่วมโครงการ 15 คน

ผู้ให้ข้อมูลหลักคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงมาจากประชากรทั้ง 3 กลุ่มๆ ละ 5 คน รวมจำนวน 15 คน โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) ผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินโครงการ มีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการ 2) ผู้ถูกจ้างงาน ประกอบด้วย บัณฑิตจบใหม่ 2 คน นักศึกษา 1 คน และประชาชนในชุมชน 2 คน รวม 5 คน ทั้งเพศชายและเพศหญิง เข้าร่วมโครงการ

ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการ 3) ประชาชนที่เป็นเจ้าของกิจการ Homestay หรือผลิตภัณฑ์ที่เข้าร่วมโครงการ ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการ 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 5) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลัก ผู้วิจัยมีประสบการณ์ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ การเก็บรวบรวมข้อมูล การบันทึกข้อมูลภาคสนาม การวิเคราะห์ข้อมูล การสรุปอภิปรายผล รวมถึงการตีพิมพ์ผลงานวิจัยเชิงคุณภาพทั้งในระดับชาติและนานาชาติ

2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดและเลือกตอบ

3. แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด มีเนื้อหาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในโครงการ เป้าหมายความสำเร็จของโครงการ กระบวนการดำเนินโครงการ ปัจจัยหรือเงื่อนไขที่ทำให้โครงการบรรลุเป้าหมาย ความผิดพลาด ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินโครงการ ข้อเสนอแนะในการดำเนินโครงการต่อไป และผลกระทบที่เกิดขึ้น

4. แบบสังเกต ประกอบด้วย การสังเกตสถานที่และตำแหน่งที่นั่งในการสัมภาษณ์ สีหน้า อารมณ์ ลักษณะท่าทางที่แสดงออกของผู้ให้ข้อมูลหลักขณะตอบคำถาม การสนทนากลุ่ม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ให้ข้อมูลหลัก 3 รายจาก 3 กลุ่มประชากรในชุมชนอื่นที่เข้าร่วมโครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการ เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในข้อคำถามก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจริง หลังทดลองใช้มีการเพิ่มหัวข้อผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโครงการเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนมากขึ้น

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่อนุมัติ COA No. 208/2022 IRB No. P2-0038/2565 ลงวันที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 การเข้าร่วมวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย แจ้งให้ทราบว่ามีสิทธิ์ในการปฏิเสธไม่ตอบคำถาม โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ มีการทำลายข้อมูลและเสียงสัมภาษณ์หลังเสร็จสิ้นโครงการวิจัย การรายงานผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม ไม่บ่งชี้ถึงตัวบุคคล สามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรแล้วจึงทำการเก็บข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ลงพื้นที่เก็บข้อมูลภาคสนาม โดยมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 วิธี คือ 1) การวิเคราะห์เอกสาร (Documentary analysis) เป็นเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการ ได้แก่ เอกสารเสนอโครงการ เอกสารสรุปผลการดำเนินโครงการ และ 2) การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) มีการสนทนา 3 กลุ่ม คือ 1) ผู้รับผิดชอบดำเนินโครงการ 2) ผู้ถูกจ้างงาน และ 3) ประชาชนในชุมชนที่ร่วมโครงการ โดยกลุ่มแรกและกลุ่มที่ 2 เก็บข้อมูลที่มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ กลุ่มที่ 3 เก็บข้อมูลที่ศาลากลางบ้านชุมชนเขาดิน อำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์

ผู้วิจัยติดต่อผู้ประสานงานของพื้นที่ชุมชนเขาดิน เพื่อบริหารวันและเวลาในการเก็บข้อมูล จัดเตรียมสถานที่สัมภาษณ์เป็นห้องส่วนตัว ใช้เวลาสัมภาษณ์เฉลี่ยกลุ่มละ 50-60 นาที สัมภาษณ์กลุ่มละ 2 ครั้งจึงพบว่า ข้อมูลอิ่มตัว (Saturation of data) ในขณะสัมภาษณ์มีการบันทึกเทปและจดบันทึกข้อมูลสำคัญ กลุ่มตัวอย่างที่สัมภาษณ์จะได้รับค่าชดเชย คนละ 300 บาท

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาที่มีการตั้งวัตถุประสงค์แบบเฉพาะ หรือกรอบแนวคิดไว้แล้ว (Deductive content analysis) โดยการวิเคราะห์และถอดรหัสจากการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างในประเด็นกระบวนการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค ข้อเสนอแนะในการดำเนินโครงการ และผลกระทบจากการดำเนินโครงการ นำข้อมูลที่ได้มาจัดประเภท นำส่วนที่เกี่ยวข้องมาสรุปใจความสำคัญ ตีความและแยกข้อมูลที่มีความหมายเดียวกัน แล้วจึงเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ (Elo & Kyngäs, 2008)

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของงานวิจัย

ใช้แนวคิดของกุกาและลินคอล์น (Guba & Lincoln, 1989) ในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของงานวิจัย โดยความน่าเชื่อถือ (Credibility) ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงทั้ง 3 กลุ่มตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทำการสร้างสัมพันธ์ที่ดีโดยการแนะนำตัว และบอกวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ และสร้างความ

ไว้วางใจในช่วงระยะเวลาที่ทำการสัมภาษณ์ โดยการบอกถึงระยะเวลาที่ใช้และขออนุญาตบันทึกเสียง พร้อมทั้งสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมกับจดบันทึกภาคสนาม การพึ่งพา (Dependability) ผู้วิจัยเขียนขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการใช้การสนทนากับผู้ให้ข้อมูลหลัก มีโครงสร้างข้อคำถามเหมือนกัน ขณะที่สัมภาษณ์ มีการจดบันทึกข้อมูลและบันทึกเทปทุกครั้ง ซึ่งผู้วิจัยได้ตีความหลังวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการวิจัยอย่างละเอียด อย่างเป็นระบบตามประเด็นที่กำหนดไว้ สามารถตรวจสอบได้และการยืนยันผล (Conformability) ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาปรึกษากับผู้ให้ข้อมูล จนสรุปเป็นความเห็น การตีความเป็นไปในทางเดียวกัน รวมทั้งเป็นการยืนยันผลการวิจัยว่าเป็นความจริงตามที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยข้อมูลที่ได้นั้นไม่ได้วิเคราะห์และตีความจากผู้วิจัยเพียงฝ่ายเดียว

ผลการวิจัย

จากการถอดบทเรียนโครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการ มหาวิทยาลัยสู่ตำบลเขาหิน อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครสวรรค์ ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย มีการดำเนินการดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลัก

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลักงานวิจัยการถอดบทเรียนโครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการ (n = 15)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20-30	4	26.7
31-40	8	53.3
41-50	3	20.0
เพศ		
ชาย	8	53.3
หญิง	7	46.7
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	1	6.7
ประถมศึกษา	1	6.7
มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช.	1	6.7
ปริญญาตรี	8	53.3
ปริญญาโท	2	13.3
ปริญญาเอก	2	13.3

จากตาราง 1 พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 31-40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.3 ซึ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 53.3 และระดับการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 53.3

2. กระบวนการดำเนินงานโครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการ

คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ ได้จัดกิจกรรมในส่วนของตำบลเขาดิน อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครสวรรค์ โดยจัดให้มีกิจกรรมการส่งเสริมการท่องเที่ยวและผลิตภัณฑ์ในชุมชนเพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมโดยดำเนินโครงการตามเอกสารคู่มือ เรื่องแนวทางการดำเนินงานโครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการ 1 ตำบล 1 มหาวิทยาลัย ผ่านกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรการท่องเที่ยวของชุมชน ในระหว่างปี พ.ศ. 2564 โดยจากโครงการดังกล่าว สามารถถอดบทเรียนการดำเนินงานโครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการที่ตำบลเขาดิน ได้ดังนี้

(Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation, 2021)

2.1 กระบวนการดำเนินงานประกอบไปด้วย

ด้านคน การคัดเลือกผู้ถูกจ้างงาน โดยทางมหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ได้ปฏิบัติตามแนวทางการดำเนินงานของโครงการ ได้แก่ การจ้างงาน ประชาชนในพื้นที่ที่ยังไม่มีงานทำ นักศึกษาในมหาวิทยาลัย นักศึกษาต่างมหาวิทยาลัย ผู้มีรายได้น้อยต้องพึ่งพิงผู้ปกครอง ผู้ที่ต้องการหางานทำ บัณฑิตจบใหม่ที่ยังไม่มีงานทำ ซึ่งสำเร็จการศึกษาไม่เกิน 3 ปี และไม่ได้รับค่าตอบแทนค่าจ้างจากหน่วยงานอื่นของภาครัฐและเอกชน และไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือในการจ้างงานจากภาครัฐที่ให้การช่วยเหลืออยู่ ซึ่งจะต้องเป็นบุคคลสัญชาติไทย ผู้เลือกใส่ในการปกครองระบบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข

ด้านพื้นที่ มีปัจจัยความสำเร็จ ประกอบด้วย ความพร้อมและศักยภาพของพื้นที่ ที่ได้รับความร่วมมือการสนับสนุนระหว่างมหาวิทยาลัย หน่วยงานและชุมชน

มีการออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ตำบลเขาหิน ในส่วนของด้านงบประมาณ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ได้รับการสนับสนุนเงินจากโครงการซึ่งเป็นงบเงินอุดหนุนสำหรับสถาบันอุดมศึกษาเพื่อการพัฒนายกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบล (ตำบลเขาหิน อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครสวรรค์)

สำหรับด้านการบริหารจัดการได้มีการบริหารจัดการในหลายๆ ด้านการประชาสัมพันธ์ติดประกาศให้มีการจ้างงานประชาชนในพื้นที่ นักศึกษา และบัณฑิตจบใหม่ที่ยังไม่มีงานทำ มีการพัฒนาองค์ความรู้แก่ผู้ถูกจ้างงานซึ่งเป็นหลักสูตรที่ระบุไว้ในเรื่องแนวทางการดำเนินงาน โครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการ 1 ตำบล 1 มหาวิทยาลัย สำหรับผู้ถูกจ้างงาน 3 กลุ่มได้แก่ ผู้ถูกจ้างงานที่เป็นประชาชนทั่วไป ผู้ถูกจ้างงานที่เป็นบัณฑิตจบใหม่ ผู้ถูกจ้างงานที่เป็นนักศึกษา เป็นหลักสูตรพัฒนาทักษะ 4 Modules ประกอบด้วย ด้านดิจิทัล (Digital literacy) ภาษาอังกฤษ (English competency) การเงิน (Financial literacy) และสังคม (Social literacy) มีการพัฒนาการตลาดและอำนวยความสะดวกเพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยวชุมชน พัฒนาบุคลากรทางการท่องเที่ยวของชุมชน ส่งเสริมและพัฒนาฝีมือแรงงานในชุมชน พัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์เพื่อส่งเสริมการตลาดของชุมชน ลงพื้นที่เพื่อให้ความรู้แก่ชุมชน โดยคณะวิทยาการจัดการเข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาส่งเสริมทักษะต่างๆ เช่น การออกแบบบรรจุภัณฑ์ตัวใหม่ จัดการอบรมออกแบบบรรจุภัณฑ์ของผลิตภัณฑ์ การอบรมเทคนิคการถ่ายภาพให้ผู้ประกอบการ เพื่อเพิ่มความสามารถให้ผู้ประกอบการได้รู้เกี่ยวกับมุมหรือแสงในการถ่ายภาพสินค้าเพื่อนำไปขาย มีการสนับสนุนให้ชุมชนนำผลิตภัณฑ์และโครงการกิจกรรมที่ได้รับการพัฒนาออกสู่ท้องตลาดและสรุปผลการดำเนินงาน

2.2 ผลการดำเนินงาน

การดำเนินโครงการ พบว่า มีการยกระดับสินค้าชุมชน เพื่อการฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมในชุมชนและการยกระดับการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม เช่น ผลิตภัณฑ์ดิน ผลิตภัณฑ์ปูนเผา แหล่งท่องเที่ยวชุมชน เรือนแรม (Homestay) และการท่องเที่ยว ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า

"เคยตากดินขายเป็นถุงที่ไม่ได้มาตรฐานเหมือนวางขายกันปกติ อย่างพอเข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาก็คือ ออกแบบ Package ใหม่เป็นมาตรฐานระบุปริมาณ ระบุขนาด ระบุวิธีการใช้งาน มีโลโก้เป็นของตัวเอง มีการสร้างแบรนด์เป็นของตัวเองให้มันโดดเด่น อันนี้เป็นแบรนด์ของเขานะ คือ สร้างแบรนด์แล้วก็เพิ่มช่องทางการตลาด..." (FC2-1)

"ปูนาเขาเอามาเพาะพันธุ์ ขยายพันธุ์อย่างเดียวก็ช่วยเขาคิดผลิตภัณฑ์ใหม่ แปรรูปเป็นปูนาสามรส แล้วก็มีการห่อหุ้มปูนา แล้วก็มีการนำพริกจากหมู่บ้าน ก็คือมันจะช่วยให้เขาเป็นการเพิ่มมูลค่า เพิ่มรายได้ด้วย..." (FC2-3)

"แปรรูปเป็นฝรั่ง 3 รส ฝรั่ง 3 รส จะเป็นเหมือนคลุกพริก มีคลุกกล้วย..." (FC3-2)

"มาพัฒนาในด้านของบรรจุภัณฑ์ แล้วก็พัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ตัวใหม่ ก็คือมีทำเป็นกล่องฉาบรสจืด..." (FC3-3)

"ทำโบรชัวร์ จำลองสถานที่ท่องเที่ยวเหมือนแบบถ้านักท่องเที่ยวสนใจมาที่ตำบลนี้ ก็คือ เอาเอกลักษณ์และความโดดเด่นของตำบล มาเชิดชู เหมือนแบบลองจัดทริปให้ สมมติว่า ถ้าคุณมาเขาหิน 2 วัน 1 คืน คุณมีกิจกรรมอะไรบ้างที่คุณจะได้รับจากตำบลเรากลับไป สมมติวันแรกมานูป เราก็บอก สถานที่ท่องเที่ยวก็คือโฮมสเตย์แจ่มไทย เข้ามาพาไปทำบุญแล้วก็ออกกำลังกาย ตรงนี้ พอเลิกอันนี้เราก็จะพามาชมสวนบัว มาชมวัดตะตือว่าวัดตะตือของเรามีจุดเด่นอะไรบ้าง คือ แบบพาไปเที่ยวสถานที่ท่องเที่ยวของเขาหิน ที่ขึ้นชื่อ เรามีการจัดโปรโมชั่นแล้วทำโบรชัวร์แล้วก็พาเขาไปท่องเที่ยว..." (FC2-2)

"มาพักแล้วเราสามารถต่อยอดไปเที่ยววัด และมีตลาดเจ้าคะที่มันขึ้นชื่อ ตอนเย็นก็เป็นโฮเทลที่จะพาเขาไปเดินเที่ยวตลาดเจ้าคะ แล้วก็กินอาหารพื้นเมือง..." (FC2-3)

2.3 ปัจจัยความสำเร็จ

สิ่งสำคัญที่ทำให้โครงการประสบความสำเร็จ มีปัจจัยที่ส่งเสริม ได้แก่ การออกแบบกิจกรรมให้เหมาะสมกับพื้นที่ ศักยภาพของผู้รับผิดชอบโครงการ

การสนับสนุนของผู้รับผิดชอบโครงการ ความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัยและชุมชน มีการยืดหยุ่นเรื่องขั้นตอนของกิจกรรมในโครงการ ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า

"มีกิจกรรมย่อยที่เราเขียนไว้ในโครงการ มีตั้งแต่สำรวจใหม่เลย ถึงแม้เราจะมีทรัพยากรก่อนเดิมมีข้อมูลเดิมเป็นฐานเพื่อมาเขียนโครงการแล้ว แต่เราจะมีกิจกรรมย่อยตั้งแต่เปิดเวทีสำรวจผลิตภัณฑ์เพราะเราต้อง Action ให้เด็ก 20 คน ที่เป็นผู้จ้างงานนี้ลงไปรู้จักในพื้นที่ รวมถึงช่วยงาน อบต. หรือหน่วยงานในพื้นที่..." (FC1-4)

"มันเป็นพื้นที่ที่น่าสนใจ เรื่องศักยภาพทุนทางสังคม ทางวัฒนธรรม และที่สำคัญคือการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน..." (FC1-1)

"เป็นพื้นที่ที่มีศักยภาพแล้วเรามี Connection เราสามารถเข้าถึงการดำเนินงานได้ แล้วผู้ประกอบการเขาให้ความร่วมมือแล้วยินยอม..." (FC1-1)

"เรื่องของความร่วมมือ ความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัย เอาหน่วยงานไหน ก็มหาวิทยาลัยแล้วก็หน่วยงานในพื้นที่ หรือเขาเรียกว่าชุมชน อันที่ 2 อาจจะเป็นในเรื่องของความพร้อม ความรู้ ความเข้าใจของผู้ที่จะเป็นเหมือนพวกเรา พี่เลี้ยง..." (FC1-1)

"อย่างเครื่องปั่น อย่างอุปกรณ์ในการทำงาน อย่างอาจารย์จะขามาให้เราหมดเลย มาใช้ที่ห้องนี้..." (FC2-2)

"อาจารย์เขาดี เขาไม่ได้กดดันอะไรขนาดนั้น อาจารย์เขาเหมือนชีวิต เหมือนเพื่อน บางทีงานช้าก็มีการกดดันบ้าง แต่คือมันมีความสุขในการทำงาน ทั้งเพื่อนร่วมงาน ทั้งอาจารย์ที่เขาดูแลโครงการ..." (FC2-2)

"คุยกับอาจารย์แล้วแบบวันไหน งานเราช้าจริงๆ หรือเราไม่เข้าใจจริงๆ อาจารย์เขาก็จะส่งทีมงานมาช่วย มาให้เราปรึกษา..." (FC2-2)

"สำเร็จได้ เพราะว่าความร่วมมือของคณะอาจารย์ นักศึกษา แล้วก็ผู้ประกอบการ...มีการคุยกันอะไรแบบนี้ วางแผน หาปัญหา แล้วก็มาคุยแล้วก็หาบทสรุปว่าเราจะทำยังไง อย่างสมมติว่าผลิตภัณฑ์กล้วย หาทางว่าจะหา Package ตัวไหนที่เหมาะสมกับกล้วย..." (FC3-3)

"ทั้งอาจารย์ นักศึกษาด้วย มาช่วยกันต่อยอด แล้วก็มาดูในเรื่องผลิตภัณฑ์แปรรูป มาทำให้มันเข้ากัน มาดูที่แรกก็รสชาติยังไม่ได้ ทำอย่างงี้ มาช่วยกันทำเลย ต่อยอดเลย พอเสร็จแล้วก็โพสต์ ช่วยกันทอด ช่วยกันอบ ดูว่าอบ อบกี่ชั่วโมง ดูย่นเสร็จ 9 ชั่วโมง ก็อยู่ย่นครบ 9 ชั่วโมงเลย มาดูกันเสร็จแล้วก็มา Pack ใส่ถุง..." (FC3-2)

2.4 ปัญหาอุปสรรค

การดำเนินโครงการยังไม่มีกรอบเวลาการดำเนินโครงการที่ชัดเจน ทำให้ต้องทำงานซ้ำซ้อนหลายรอบ ในด้านงบประมาณ มีระบบการเบิกจ่ายงบประมาณที่มีความล่าช้าในการนำเงินมาดำเนินกิจกรรมต่างๆ ซึ่งแต่ละมหาวิทยาลัยจะมีวิธีการเบิกจ่ายที่ไม่เหมือนกันเอกสารการเบิกจ่ายที่มีหลายรายการ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้ต้องงดการประชุมทำให้การดำเนินโครงการล่าช้าและระยะเวลาในการดำเนินโครงการสั้นเกินไป ในส่วนของผู้ถูกจ้างงานมีอัตราการเข้าออกงานสูง ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินโครงการ และยังพบว่าระบบของโปรแกรมการลงข้อมูลมีการทำงานที่ไม่เสถียรทำให้ต้องแก้ไขข้อมูลในระบบหลายรอบ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า

"เอาตั้งแต่แรกโครงการ สมมติว่าโครงการเราเขียนไปแบบฟอร์มนี้ มีการปรับเปลี่ยนแบบฟอร์มใหม่เป็นการทำงานซ้ำซ้อนอีก 3 รอบ เราทำไปปุ๊บมีปรับเปลี่ยน คนทำนี่ตายเลย คุณก็ต้องมีแผนของคุณด้วยมา ชัฟพอร์ตเรา อยู่ดีๆ คุณจะปรับ คุณจะเปลี่ยน..." (FC1-1)

"มาแบบด่วนบ้าง เอววันนี้ พรุ่งนี้..." (FC1-2)

"คือจะเอววันนี้ ส่งพรุ่งนี้ คือ มันมีงานระหว่างทาง ในคู่มือเขาจะเขียนกว้างมาก..." (FC1-4)

"คือการวางแผนจากกระทรวงที่มา เขาไม่มีแผนงานที่ชัดเจนว่า เราต้องทำอะไรก่อน เพราะว่าอย่างมกรา กุมภาพันธ์ เราประมาณครึ่งเดือนกว่าจะรู้แผนงานชัดเจนว่า พอจะให้เราทำอะไรบ้าง..." (FC2-1)

"เอกสารเบิกจ่ายเยอะมาก สมมติว่าเด็กมี 20 คน 1 วันมันต้องมีอย่างน้อย 1 ชุด ก็ 20 ชุด ในหนึ่งเดือนแค่ชุดที่จะต้องเช็คการทำงาน ยังมีตัวแบบอื่นๆ อีกแล้วอาจารย์ที่เบิกต้องแสดมปีทุกอัน ต้องรับรอง..." (FC1-1)

"เงินมาเดือนต่อเดือนไม่ได้มาก่อน สมมติเดือนนี้ก็มาครั้งเดือนถัดไป..." (FC1-3)

"บางที่ที่หนูเบิกได้ ของเราเบิกไม่ได้..." (FC1-2)

"กฎของเขาห้ามซื้อครุภัณฑ์ แต่เขาไม่ได้ดูว่าอย่างงี้ซื้อไม่ได้ แต่ผลิตภัณฑ์ต้องใช้แบบนี้..." (FC3-1)

"เงินเดือน ก็คือ ซ้ำมาก เป็นอุปสรรคมาก เพราะว่าเราลงพื้นที่ทุกวัน อย่างสมมติเดือนแรกเราทำงานกุมภา กว่าเงินจะออกปลายมีนา..." (FC2-2)

"เรื่องเวลาที่มันได้ยาวกว่านี้ ผมว่ามันจะมีข้อมูลที่เข้มข้นมากกว่านี้..." (FC3-4)

"ใช้ ระยะเวลาหน่อย..." (FC3-2)

"ช่วงโควิดรอบแรกมันทำอะไรไม่ได้ เพราะว่าประกาศไม่ให้อบรม ไม่ให้เข้าพื้นที่ด้วย..." (FC1-4)

"โควิดมันทำให้โครงการมันล่าช้า เนื่องจากมันมีข้อห้าม ห้ามไปประชุม ห้ามชุมนุม..." (FC1-1)

"มีการเข้าออก เมื่อได้งานก็ออกกลางคัน กำลังทำอยู่ดีๆ ก็ออกแล้ว คือ มันมาชะลอ เกิดความไม่ต่อเนื่อง บางคนก็ออก เราต้องรับใหม่..." (FC1-1)

"ประชาชน บางที่เขาอายุ เขาต้องเลี้ยงลูก มาถึงมาเจองาน ต้องอบรมในระบบ e-learning เพื่อได้วุฒิบัตร ต้องอยู่กับ อบต. คนที่ไม่ได้เข้าใจบริบทพอมาเจองาน ก็ออกกลางคัน..." (FC1-2)

"อย่างนักเรียนมือออกไป ก็อย่างเช่น ออกไปฝึกงานด้วย แล้วก็ใช้เวลาเรียนที่อาจจะค้อมแล้วก็ไม่ตรง..." (FC1-5)

"ระบบการลงข้อมูลมันช้า มันไม่อัปเดตตามที่ เราต้องการ ต้องกลับมาแก้ข้อมูล โปรแกรมที่เราทำในระบบโทรศัพท์ของกระทรวง อว. ที่ให้ลงข้อมูลเกี่ยวกับพืช สัตว์ อย่างงี้ เพราะว่าบางที่ GPS ก็ไม่ตรงกับข้อมูลที่เราอัปไป เราก็ต้องกลับมา Reset แก้ไขข้อมูล..." (FC2-1)

2.5 ข้อเสนอแนะในการดำเนินโครงการ

จัดให้มีการดำเนินแนวทางการทำงานที่ชัดเจน เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน ด้านระยะเวลาในการดำเนินโครงการไม่ควรสั้นเกินไป ควรมีการเตรียมความพร้อมก่อนการดำเนินโครงการ เพื่อสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานของโครงการให้ตรงกันและควรมีการบูรณาการศาสตร์แต่ละสาขาเข้าด้วยกัน

โดยการนำความรู้ ทักษะจากหลายๆ ศาสตร์มาช่วยในการแก้ไขปัญหา นอกจากนี้ ยังมีในด้านงบประมาณ ควรมีการสนับสนุนในเรื่องค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานในการลงพื้นที่ เช่น ค่าน้ำมันรถ ในส่วนของภาคประชาชนนั้น ควรให้มีการเพิ่มของเงินเดือน เนื่องจากหน้าที่ความรับผิดชอบใกล้เคียงกับบัณฑิตจบใหม่ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า

"ความชัดเจนในขอบเขตการดำเนินงานในระดับของนโยบาย ในระดับของหน่วยงาน ก็คือ มหาวิทยาลัย กับ สป.ลว. ควรชัดเจนในเรื่องของข้อมูล ข้อมูลเชิงนโยบาย แล้วก็ด้านการปฏิบัติงาน..." (FC1-5)

"U2T ให้เล่มมาเล่มหนึ่ง แล้วก็ประชุมออนไลน์ Zoom แล้วก็คิดว่า เราจะเข้าใจพร้อมกันทั่วประเทศ คิดว่าทุกคนต้องเข้าใจกัน แล้วก็คิดว่าทุกมหาวิทยาลัย เบิกจ่ายเหมือนกัน ปฏิบัติงานได้เหมือนกัน แต่ความจริงมันมีบริบท ก็เลยบอกว่า เป็นความชัดเจนด้านระดับนโยบายของ สป.ลว. แล้วก็ของระดับมหาวิทยาลัย..." (FC1-5)

"ต้องมีช่วงเวลาก่อนดำเนินการ สร้างความรู้ ความเข้าใจ หรือมีระยะเวลาที่การปรับตัวเกี่ยวกับผู้ทำ เราจะได้รู้ว่าต้องทำอะไร มาฟอร์มทีม มาติดต่ออะไร เตรียมพร้อมไว้..." (FC1-1)

"ขอเขาชี้แจงรายละเอียดล่วงหน้าให้เสร็จ ก่อนที่เขาจะทำสักหน่อยหนึ่งอาทิตย์ก็เพียงพอ..." (FC1-3)

"แนะนำว่าถ้าอยากให้สำเร็จ ให้มันเป็นลักษณะของการบูรณาการศาสตร์ จะทำให้เห็นภาพชัดเจน ต้องลักษณะของการเชื่อมศาสตร์ แต่เราทำนะ ไม่งั้นเราก็ไม่รอด บางที่มันเป็นเรื่องหนอไม่ต้อง อย่างสมมติ เฟสใหม่ เราไม่รู้เรื่องหนอไม่ เราก็ต้องไปหา Food science (วิทยาศาสตร์การอาหาร) มาให้ความรู้เกี่ยวกับการทำหนอไม่ต้อง ทำให้มันแปรรูป..." (FC1-1)

"พวกหนูลงพื้นที่ทุกวัน มันต้องมีค่าน้ำมัน ค่ากิน ค่าใช้จ่าย เพราะว่าอย่างบางที่ 11 หมู่บ้าน แล้วแบบ ทีมนี้ 5 คน ก็จะใช้รถยนต์ เราก็ต้องหารกัน..." (FC2-2)

"เหมือนเราทำงานกลุ่มเดียวกัน เสร็จแล้วลงมือด้วยกัน แต่คนนั้นได้ 9,000 คนนี้ได้ 15,000 รู้สึกว่า คนนี้ทำงานน้อย ทำไม่ได้มาก..." (FC1-1)

"บางที่ก็งานใกล้เคียงกัน มันไม่ได้ต่างกันเยอะ แต่เงินต่างกันตั้ง 6,000 บาท..." (FC2-4)

"อยากให้มีการต่อยอด อยากให้มีใบประกาศ เหมือน OTOP เหมือนต่อยอด มันกำลังจะไปถึงฝันแล้ว แล้วเขาเห็นว่าเป้าหมายเรา คือ ต้องได้ ออ. เพราะถ้ามี ออ. มีเลขที่จดทะเบียน เวลาเราขายอย่างนี้...สำคัญก็เราก็อยากรวย กลุ่มพวกเรา ก็อยากมีกินมีใช้ แต่จะให้เราไปเป็นลูกจ้างในระบบอุตสาหกรรม เราคงไม่เอา เรามีชีวิตที่เป็นอิสระแบบบ้านนอกอย่างนี้ แต่เราจะทำอย่างไรให้บ้านนอกเรามั่งคั่ง มองในภาพรวมนะ..." (FC3-1)

2.6 ผลกระทบจากโครงการ

โครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการ ช่วยแก้ปัญหาการว่างงาน และสร้างรายได้แก่คนในพื้นที่ ผู้ว่างงานและชุมชนมีรายได้ได้รับความรู้จากการอบรม มีทักษะเพิ่มในการทำงาน ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า

"ได้ความรู้ในการอบรมพวก Marketing แบบเทคนิคการถ่ายรูป การตลาด การโปรโมทสินค้าแบบช่องทางออนไลน์ต่างๆ ที่ทางวิทยากรเขาได้มาให้ข้อมูลกับเรา ก่อนที่จะไปเผยแพร่ให้กับชาวบ้านในชุมชน..." (FC2-2)

"อาจารย์เขาก็แบ่งอันที่เราอบรมที่สามารถรวมกันได้ ก็จะใช้บ้านในหมู่บ้าน อย่างเช่น เรื่องของเทคนิคการถ่ายรูป ทำอย่างไรให้เอากล่อง แอ่งกล่องใบเดียวแต่ถ่ายออกมาเหมือนอยู่ในสตูดิโออย่างนี้ แล้วก็เทคนิคการวางตารางกล้อง เอียงซ้าย เอียงขวา หาดร็อพเข้ามาจัดมัน อันนั้นที่เราอบรม แล้วก็อบรมเรื่องของบรรจุภัณฑ์..." (FC3-1)

"ในเรื่องของประสบการณ์ชีวิตในการทำงาน ที่ทุกคนต้องเจอ ทั้งแรงกดดัน ทั้งเพื่อนร่วมงาน ทั้งลักษณะนิสัยของคนทั่วไปที่เรารับมือ แล้วต้องปรับตัวเพื่อให้เข้ากับเขา..." (FC2-1)

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการถอดบทเรียนที่นำเสนอกระบวนการดำเนินโครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการ (มหาวิทยาลัยสู่ตำบล สร้างรากแก้วให้ประเทศ) โดยนำเสนอการอภิปรายผลตามประเด็น

ที่ค้นพบ 6 ข้อ คือ กระบวนการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ ในการดำเนินโครงการและผลกระทบจากโครงการ

กระบวนการดำเนินงาน จากโครงการดังกล่าวพบว่า วิธีในการดำเนินงานของโครงการให้มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล โดยการใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดนั้นได้ใช้หลักการบริหาร ซึ่งคล้ายคลึงกับทฤษฎีการบริหารด้วยหลักการบริหาร 4M ซึ่งประกอบด้วย คน (Man) เงิน (Money) วัสดุอุปกรณ์ (Materials) และวิธีการปฏิบัติงาน (Management and method) ที่มีความสำคัญในการปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง (Leong et al., 2019) ประกอบไปด้วย คน (Man) มีการบริหารทรัพยากรคน หรือบุคลากรที่จำเป็นในการดำเนินโครงการที่มีคุณภาพเหมาะสมทั้งในด้านความรู้ ความสามารถ โดยมีการจัดสรรให้บุคลากรใช้ทักษะการทำงานให้ได้มากที่สุด ดังตัวอย่าง เช่น การพัฒนาทักษะ 4 Modules (Digital literacy, English competency, Financial literacy, Social literacy) เงิน (Money) มีการได้รับจัดสรรงบประมาณสำหรับการบริหารโครงการ โดยได้รับเงินสนับสนุนโครงการซึ่งเป็นเงินอุดหนุนสำหรับสถาบันอุดมศึกษาเพื่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมรายตำบล วัสดุอุปกรณ์ (Materials) จัดหาวัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆ ในการสนับสนุนการปฏิบัติงาน รวมถึงการจัดการให้มีอาคารและสถานที่ปฏิบัติงานที่เอื้อต่อการทำงาน ที่สอดคล้องกับการเตรียมความพร้อมและการมีศักยภาพของพื้นที่ การได้รับความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัย หน่วยงาน และชุมชน ให้มีการออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมและวิธีการปฏิบัติงาน (Management and method) มีวิธีการปฏิบัติงานที่ดี มีการวางแผน การติดตาม การตรวจสอบ เพื่อช่วยให้ประหยัดเวลาในการทำงาน (Sriyannalak, 2009)

ผลการดำเนินงาน จะเห็นได้ว่า จากการดำเนินโครงการโดยมหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์พบว่า มีการพัฒนาต่อยอดผลิตภัณฑ์ การปรับปรุงคุณภาพผลิตภัณฑ์เพื่อเพิ่มมูลค่าและการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวชุมชน ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ดิน ผลิตภัณฑ์ปูน ไร่สวน (Homestay) และการท่องเที่ยว ทำให้เกิดการจ้างงาน

ประชาชนทั่วไป บัณฑิตจบใหม่และนักศึกษาให้มีความรู้และฟื้นฟูเศรษฐกิจชุมชน ช่วยยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการ ซึ่งสอดคล้องกับการถอดบทเรียนโครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการ: มหาวิทยาลัยสู่ตำบล ตำบลดอนทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งเป็นพื้นที่ความรับผิดชอบในเครือข่ายของมหาวิทยาลัยนเรศวรที่ได้มีการต่อยอดผลิตภัณฑ์และการปรับปรุงผลิตภัณฑ์เพื่อเพิ่มมูลค่า ได้แก่ ไข่เค็มฮอกไกโด ปุ๋ยอินทรีย์อัดเม็ดจากมูลแพะ (Rueangram, Piyasiripan, & Mangkornpradi, 2023)

ปัจจัยความสำเร็จของโครงการ ยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการ โดยมีการออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับพื้นที่ ซึ่งพื้นที่มีความพร้อมในด้านทุนทางสังคม ทางวัฒนธรรม และที่สำคัญ คือ การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการวางแผนดำเนินโครงการ การได้รับการสนับสนุนของผู้รับผิดชอบโครงการ ทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัยและชุมชน มีการเตรียมความพร้อมโดยการพัฒนาความรู้และทักษะให้แก่ผู้ถูกจ้างงานเพื่อนำไปถ่ายทอดลงชุมชน คณะวิทยาการจัดการได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาส่งเสริมทักษะร่วมกับกลุ่มวิสาหกิจในรูปแบบต่างๆ การลงมือปฏิบัติงาน เพื่อเป็นตัวอย่างให้แก่ผู้ถูกจ้างงานและชุมชน มีการติดตามการปฏิบัติงานเป็นระยะ เพื่อควบคุมมาตรฐานเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ของชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการบริหารแบบ POSDC ดังนี้ 1) การวางแผน (Planning) โดยการรวมของปรัชญาเป้าหมาย จุดประสงค์ วิธีการและกฎระเบียบเพื่อนำมาวางแผนงานในการปฏิบัติงาน 2) การจัดการ (Organizing) การพัฒนาโครงสร้างเพื่อนำแผนไปดำเนินงาน เช่น การจัดระบบการทำงาน โดยการแบ่งงานตามกลุ่มงานหรือตามหน้าที่ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของงาน 3) การจัดการบุคลากร (Staffing) โดยการสรรหา การสัมภาษณ์ การจ้างงาน การปฐมนิเทศบุคลากร การจัดตารางการทำงาน การพัฒนาบุคลากร 4) การสั่งการ (Directing) เป็นการบอกทิศทางงานซึ่งเน้นในการทำงานส่วนมากเป็นการพัฒนาบุคลากร เช่น การให้แรงจูงใจ

การนิเทศ การจัดการกับความขัดแย้ง การมอบอำนาจหน้าที่ การสื่อสาร การประสานงาน ความร่วมมือด้านความสะอาดต่างๆ 5) การควบคุม (Controlling) การประเมินการปฏิบัติงาน การประเมินบัญชีการเงิน การเลื่อนขั้นเงินเดือน การควบคุมคุณภาพ การควบคุมให้ถูกกฎหมายและจริยธรรม การปฏิบัติงานตามมาตรฐาน (Chaiphibalsarisdi, 2008)

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินโครงการ เนื่องจากไม่มีกรอบการดำเนินโครงการที่ชัดเจน ทำให้ขาดการวางแผนการดำเนินโครงการ ทำให้ไม่ตรงกำหนดส่งงาน ซึ่งสอดคล้องกับการถอดบทเรียนโครงการขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคมฐานรากหลังโควิด-19 ด้วยเศรษฐกิจ BCG Model เป็นการพัฒนาเศรษฐกิจแบบองค์รวมที่มุ่งเน้นการพัฒนา 3 เศรษฐกิจไปพร้อมกันได้แก่ เศรษฐกิจชีวภาพ (Bioeconomy) มุ่งสร้างมูลค่าเพิ่มของทรัพยากรชีวภาพ เชื่อมโยงกับเศรษฐกิจหมุนเวียน (Circular economy) ที่คำนึงถึงการใช้ทรัพยากรให้เกิดความคุ้มค่าหรือยาวนานที่สุด และเศรษฐกิจสีเขียว (Green economy) ซึ่ง (U2T for BCG) พบการขาดระบบจัดการที่ดี เนื่องจากความใหม่ของโครงการทำให้คณะทำงานรวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความเข้าใจในการดำเนินงานน้อยมาก หรือไม่เข้าใจแนวทางและการปฏิบัติงานได้อย่างแท้จริง (Tanterdtid & Yensumran, 2023) ระบบการเบิกจ่ายงบประมาณล่าช้าสำหรับการนำเงินออกมาดำเนินกิจกรรมต่างๆ และข้อจำกัดในการเบิกจ่าย การงดการประชุม การอบรมจากสถานการณ์โควิด-19 ระยะเวลาในการดำเนินโครงการสั้นเกินไป อัตราการเข้าออกผู้ถูกจ้างงานสูง ทำให้ขาดความต่อเนื่องและระบบการลงข้อมูลที่ไม่เสถียร ซึ่งสอดคล้องกับการถอดบทเรียนโครงการ ยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการ: มหาวิทยาลัยสู่ตำบล ตำบลดอนทอง อำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก ซึ่งเป็นพื้นที่ความรับผิดชอบในเครือข่ายของมหาวิทยาลัยนเรศวร ในเรื่องข้อจำกัดของหลักเกณฑ์การใช้และเบิกจ่ายงบประมาณ ระยะเวลาการดำเนินโครงการระยะสั้นขาดความต่อเนื่อง (Rueangram, Piyasiripan, & Mangkornpradi, 2023)

ผลกระทบจากโครงการ ผู้ว่างงานมีรายได้จากโครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการได้ช่วยแก้ปัญหาการว่างงานและสร้างรายได้แก่คนในพื้นที่ นอกจากนี้ ยังได้รับความรู้จากการอบรมในโครงการนำไปต่อยอดพัฒนาผลิตภัณฑ์เพื่อเพิ่มรายได้ และยังเพิ่มทักษะการทำงานในด้านต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับการถอดบทเรียนโครงการขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคมฐานรากหลังโควิดด้วยเศรษฐกิจ BCG Model (U2T for BCG) ในด้านการนำศักยภาพของมหาวิทยาลัยและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม มาพัฒนาศักยภาพของบัณฑิต และประชาชนในพื้นที่ครอบคลุมทุกตำบลในประเทศไทย (Tanterdtid & Yensumran, 2023)

ข้อเสนอแนะในการดำเนินโครงการ ควรมีการจัดทำขอบเขตดำเนินงานที่ชัดเจน ระยะเวลาในการดำเนินโครงการ ควรมีการเขียนรายละเอียดของหัวข้อสำคัญที่แตกต่างกันไปตามลักษณะของโครงการ ซึ่งองค์ประกอบของโครงการ มีดังนี้ 1) ชื่อโครงการที่จะสื่อว่าเป็นโครงการประเภทใด ทำอะไร มีใครเกี่ยวข้องกับการทำงาน 2) ผู้รับผิดชอบโครงการ ซึ่งเป็นการระบุผู้ที่เป็นเจ้าของโครงการ กรณีที่ผู้เสนอโครงการไม่ใช่บุคคลที่รับผิดชอบโครงการ ให้ระบุผู้เสนอโครงการไว้ด้วย 3) หลักการและเหตุผล หรือความเป็นมาความสำคัญของโครงการ 4) วัตถุประสงค์และเป้าหมายของโครงการ จะต้องระบุแบบเฉพาะเจาะจง 5) วิธีการดำเนินโครงการ ที่บอกรายละเอียดขั้นตอน แนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ 6) ขอบเขตของโครงการ เป็นการระบุ 3 ส่วน ได้แก่ ขอบเขตระยะเวลาในการดำเนินโครงการ ขอบเขตทางภูมิศาสตร์ เป็นการกำหนดสถานที่ในการทำกิจกรรม ขอบเขตเนื้อหาซึ่งเกี่ยวกับเนื้อหาสาระที่โครงการต้องดำเนินการให้บรรลุวัตถุประสงค์ 7) ระยะเวลาในการดำเนินโครงการ ต้องระบุระยะเวลาในการดำเนินงานตั้งแต่เริ่มต้นโครงการจนสิ้นสุดโครงการ

8) สถานที่ดำเนินการ เช่น อาคารอเนกประสงค์ของหมู่บ้าน 9) งบประมาณและทรัพยากร ต้องแสดงรายละเอียดของงบประมาณที่ใช้ทั้งหมด การเขียนงบประมาณให้ประมาณการค่าใช้จ่ายให้ละเอียดชัดเจนใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด 10) การติดตามและประเมินโครงการ และ 11) ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการ (Danyuthasilpe, 2017) นอกจากนี้ ควรมีการบูรณาการศาสตร์แต่ละสาขาเข้าด้วยกัน และควรมีการต่อยอดผลิตภัณฑ์สินค้าจนสามารถได้รับ อย. เพื่อให้ผู้บริโภคได้มั่นใจในการซื้อสินค้าซึ่งสอดคล้องกับการถอดบทเรียนโครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการ: มหาวิทยาลัยสู่ตำบล ตำบลดอนทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งเป็นพื้นที่ความรับผิดชอบในเครือข่ายของมหาวิทยาลัยนเรศวร ได้ให้ข้อเสนอแนะ ด้านปรับกระบวนการดำเนินงาน เพื่อให้ประชาชนปรับกระบวนการคิด ลดการพึ่งพาบริการของรัฐ และให้โครงการจ้างงานต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมชุมชนจนเกิดความมั่นคงและยั่งยืน (Rueangram, Piyasiripan, & Mangkornpradi, 2023)

ผลกระทบจากโครงการ ผู้ว่างงานมีรายได้จากโครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการได้ช่วยแก้ปัญหาการว่างงานและสร้างรายได้แก่คนในพื้นที่ นอกจากนี้ ยังได้รับความรู้จากการอบรมในโครงการ นำไปต่อยอดพัฒนาผลิตภัณฑ์เพื่อเพิ่มรายได้ และยังเพิ่มทักษะการทำงานในด้านต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับการถอดบทเรียนโครงการขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคมฐานรากหลังโควิด-19 ด้วยเศรษฐกิจ BCG Model (U2T for BCG) ในด้านการนำศักยภาพของมหาวิทยาลัยและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม มาพัฒนาศักยภาพของบัณฑิตและประชาชนในพื้นที่ครอบคลุมทุกตำบลในประเทศไทย (Tanterdtid & Yensumran, 2023)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการศึกษาวิจัยและติดตามประเมินความคงอยู่และการต่อยอดโครงการที่เป็นผลิตภัณฑ์ ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ดิน ผลิตภัณฑ์ปุ๋ย แหล่งท่องเที่ยวชุมชนเรือนแรม (Homestay) การท่องเที่ยว และใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงการดำเนินโครงการครั้งถัดไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

มีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อให้เกิดรูปแบบการดำเนินการที่ดี (Best practice) ในการดำเนินโครงการ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันก่อนตัดสินใจพัฒนาผลิตภัณฑ์ นอกจากนี้ ควรจัดให้มีการดำเนินการอบรมเกี่ยวกับสิทธิบัตร อนุสิทธิบัตรของผลิตภัณฑ์ต่างๆ แก่ผู้ประกอบการและกลุ่มวิสาหกิจชุมชนที่เข้าร่วมโครงการ เพื่อเป็นการพัฒนาต่อยอด ยกระดับเศรษฐกิจและสังคมให้ชุมชนมีความเข้มแข็งและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัย ขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ได้สนับสนุนทุนวิจัยในการดำเนินโครงการ ขอขอบพระคุณคณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ และผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือจนงานถอดบทเรียนครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Chaiphibalsarisdi, P. (2008). *Quality of nursing administration*. Bangkok: V Print. (in Thai)
- Community Development Office Kao Liao District Nakhon Sawan Province. (2018) *Sub-district information model for quality of life development, Khao Din Subdistrict, Kao Liao District Nakhon Sawan Province*. Retrieved December 12, 2023, from <https://www.kaodin.go.th/condition.php> (in Thai)
- Danyuthasilpe, C. (2017). *Community health nursing process: Concept and nursing practice*. Phitsanulok: Trakoonthai printing house limited partnership. (in Thai)
- Elo, S. & Kyngas, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.
- Health System Information and Knowledge Archive, Health Systems Research Institute. (2022). *Social returns on investment from employment innovation initiatives to enhance community capacity to provide well-being support amidst emerging health-related incidences*. Retrieved August 12, 2023, from <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5776?locale-attribute=th> (in Thai)

- Kao Liao Agricultural Extension office. (2023). General information about Kao Liao District. Retrieved December 12, 2023, from <http://kaoliao.nakhonsawan.doe.go.th/kaoliao/> (in Thai)
- Leong, W., Teng, S., How, B., Ngan, S., Lam, H., Tan, C., (2019). Adaptive Analytical Adaptive analytical approach to learn and green operations. *Journal of Cleaner Production*. 235. (in Thai)
- Nantabut, K. (1999). *A framework for study and lessons learned from community practice*. Nonthaburi: TQP. (in Thai)
- Office of the National Higher Education, Science Research and Innovation Policy Council. (2022). *Get to know the U2T project, University to the sub-district, creating jobs and generating income for the community*. Retrieved August 12, 2023, from <https://www.nxpo.or.th/th/8089/> (in Thai)
- Porter, M. E., & Advantage, C. (1985). Creating and sustaining superior performance. *Competitive advantage*, 167, 167-206.
- Rueangram, S., Piyasiripan, N., & Mangkornpradi, K. (2023). Lessons learned of integrated Sub-district economic and social upgrading project: University to local area, Don Thong Sub-district, Muang District, Phitsanulok Province. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 17(1), 1-17. (in Thai)
- Sriyannalak, N. (2009). *Nursing administration*. Bangkok: Thana Press. (in Thai)
- Tanterdtid, D. & Yensumran, S. (2023). Lesson learned on base economy and society driving project after the COVID-19 pandemic with BCG economy in Thailand (U2T FOR BCG). *NRRU Community Research Journal*, 17(1), 26-39. (in Thai)

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพด้านโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

มัชฌิมา คงโอ¹ ส.บ., สวรรัตน์ สมหมาย¹ ส.บ., ราตรี ชูสิงห์² พย.บ., สุธี หนูเกตุ³ ส.บ.,
บุญญพัฒน์ ไชยเมล์⁴ Ph.D., สมเกียรติยศ วรเดช⁴* Ph.D.

Received: May 8, 2023

Revised: October 16, 2023

Accepted: November 1, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาคครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพด้านโรคความดันโลหิตสูง โดยเก็บข้อมูลในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 100 คน อาศัยอยู่ในพื้นที่ปากพนังฝั่งตะวันออก อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วย คุณลักษณะทางประชากร และความฉลาดทางสุขภาพ ด้านโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึง มกราคม พ.ศ. 2566 ซึ่งได้รับการตรวจสอบคุณภาพเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหา มากกว่า 0.80 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถาม ความฉลาดทางสุขภาพด้านโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ความฉลาดทางสุขภาพด้านโรคความดันโลหิตสูง โดยสถิติการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณด้วยวิธีการนำออกทีละตัว

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 31.0, Mean $\pm$ S.D. = 114.83 $\pm$ 21.68) และเมื่อควบคุมปัจจัยเพศ และการมีบทบาทในชุมชน พบว่า อายุ และสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิจัยครั้งนี้ บุคลากรสาธารณสุขควรดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่ย้ายอยู่คนเดียว เพื่อพัฒนาพฤติกรรมและความฉลาดทางสุขภาพด้านโรคความดันโลหิตสูง

คำสำคัญ: ความฉลาดทางสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพด้านโรคความดันโลหิตสูง โรคความดันโลหิตสูง

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

³ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

⁴ รองศาสตราจารย์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

* ผู้รับผิดชอบบทความ: somkiattiyos@tsu.ac.th

Factors related to health literacy in hypertension among hypertensive patients

Matchima Khongao¹ B.P.H., Sauwarat Sommay¹ B.P.H., Ratree Chusing² B.N.S.,
Suthee Hnuket³ B.P.H., Bhunyabhadh Chaimay⁴ Ph.D., Somkiattiyos Woradet^{4,*} Ph.D.

ABSTRACT

The purpose of this descriptive study was to investigate the level of health literacy and factors related to health literacy in hypertension among hypertensive patients. Of this, 100 hypertensive patients were conducted in residing at the Eastern area of Pak Phanang District, Nakhon Si Thammarat. The data were collected using questionnaires including demographic factors and health literacy in hypertension between December 2022 and January 2023. The questionnaires were validated by three experts. The content validity of the questionnaires more than 0.80. The Cronbach's alpha coefficient of health literacy in hypertension was 0.97. The data were analyzed using descriptive statistics. Factors related to health literacy in hypertension were analyzed using multiple linear regression analysis with a backward elimination method.

The results found that the patients had a good level of health literacy in hypertension (31.0 percent, Mean $\pm$ S.D. = 114.83 ± 21.68). Age and marital status were significantly related to health literacy in hypertension among hypertensive patients after accounting for sex and role in the community. The results suggested that health professionals should focus on health care among hypertensive patients who are older and alone to develop their behavior and health literacy in hypertension.

Keywords: Health literacy, Health literacy in hypertension, Hypertension

¹ Bachelor of Public Health Student, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University

² Registered Nurse, Professional Level, Pak Phanang Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

³ Public Health Technical Officer, Professional Level, Pak Phanang Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

⁴ Associate Professor, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University

* Corresponding author: somkiattiyos@tsu.ac.th

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และเป็นปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศเศรษฐกิจเกิดใหม่ (Thonglad, 2021) สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสมหรือมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การรับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของเกลือและไขมันสูง และขาดการออกกำลังกาย มีภาวะทางอารมณ์หรือความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา (World Health Organization, 2023) สำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานและไม่ได้รับการรักษาจะมีความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นและอาจแสดงอาการต่างๆ เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว วิงเวียน อ่อนเพลีย สับสน หายใจลำบาก ใจสั่น หัวใจเต้นผิดปกติ (Division of Non Communicable Diseases, 2022) ซึ่งไม่มีสัญญาณเตือนหรืออาการแสดงให้เห็นชัดเจน จึงมักจะถูกเรียกว่าเป็น "ฆาตกรเงียบ (Silent killer)" นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะไม่รู้ตัวมาก่อนว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง ในผู้ที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจตายประมาณ 2 เท่า และเพิ่มความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 4 เท่า (Puengsema, 2022) ในประชากรไทยโรคความดันโลหิตสูงจะพบมากในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ซึ่งการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงอาจส่งผลต่อการเกิดภาวะหัวใจวายหรือหลอดเลือดในสมองกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ อัมพฤกษ์/อัมพาต และอาจทำให้เสียชีวิตได้ (Thai Hypertension Society, 2019)

จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกได้รายงานไว้ว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตซึ่งสูงถึง 7.5 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด และมีจำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูง เกือบถึง 1,000 ล้านคน ซึ่งประมาณ 2 ใน 3 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน (World Health Organization, 2013) จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี พ.ศ. 2562-2563

พบว่า ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 13 ล้านคน และพบว่าประมาณ 7 ล้านคน ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Division of Non Communicable Diseases, 2022) จากรายงานกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า จังหวัดนครศรีธรรมราชมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงติดอันดับ 1 ใน 5 ของประเทศไทย (Pradubpoth, Noonil, Aekwarangkoon, & Phonphet, 2019) และมีอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2561 สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (9,091.13 8,619.74 และ 9,341.92 อัตราต่อแสนประชากร ตามลำดับ) ส่วนอัตราผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปในปี พ.ศ. 2561-2565 ของโรงพยาบาลปากพนังอำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีแนวโน้มไม่คงที่และสูงเป็นอันดับต้นของจังหวัด (14,364.22 10,743.80 12,622.66 15,480.72 12,654.67 อัตราต่อแสนประชากร ตามลำดับ) (Health Data Center, 2023)

ความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy) เป็นความรู้ ความเข้าใจ ทักษะทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ หรือการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และเป็นความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึงบริบททางสุขภาพ ซึ่งก่อให้เกิดการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Nutbeam, 2000) ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ เพื่อใช้ในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม (World Health Organization, 2009) ดังนั้น การพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีความฉลาดทางสุขภาพจะช่วยพัฒนาความสามารถในระดับบุคคล เพื่อการดูแลสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน และเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติที่ส่งผลต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinants of health) ที่เกี่ยวข้อง (Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, 2011) ดังนั้น การศึกษารุ่นนี้ จึงเป็นการศึกษาระดับความฉลาด

ทางสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพด้านโรคความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นการศึกษาครั้งแรกในพื้นที่ปากพ่องฝั่งตะวันออก อำเภอปากพ่อง จังหวัดนครศรีธรรมราช นอกจากนี้ พื้นที่ดังกล่าวเป็นพื้นที่ลักษณะพิเศษที่เป็นพื้นที่ชุ่มน้ำ ดิตชายทะเลอ่าวไทยของประเทศไทย และมีบริบทการอยู่อาศัยที่แตกต่างจากพื้นที่อื่นๆ ที่ได้มีการศึกษามาก่อน โดยการศึกษาครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ในการสนับสนุนในการทำงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพด้านโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ปากพ่องฝั่งตะวันออก อำเภอปากพ่อง จังหวัดนครศรีธรรมราช

2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพด้านโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พื้นที่ปากพ่องฝั่งตะวันออก อำเภอปากพ่อง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึง 31 มกราคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยทักษิณ เลขที่ COA No. TSU 2022_230, REC No. 0505 ลงวันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ คือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลปากพ่อง มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในหมู่ที่ 2 บ้านฉนาก และหมู่ 7 บ้านเกาะไชย ตำบลปากพ่อง ฝั่งตะวันออก อำเภอปากพ่อง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 100 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิด ทฤษฎี และประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความฉลาดทางสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, 2016; Ploysuwan, Pantaewan, Puengching, & Rattanakamonkam, 2020) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร เป็นแบบสอบถามประเภทเลือกตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต แหล่งข้อมูลทางด้านสุขภาพ การมีบทบาทในชุมชนโรคประจำตัว ระยะเวลาการเป็นโรค การใช้โทรศัพท์มือถือ และการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความฉลาดทางสุขภาพด้านโรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบสอบถามที่ใช้กรอบแนวคิดของ (Nutbeam, 2000) ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, 2016) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Access skill) (จำนวน 10 ข้อ 40 คะแนน) 2) ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ (Cognitive skill) (จำนวน 10 ข้อ 10 คะแนน) 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) (จำนวน 10 ข้อ 40 คะแนน) 4) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) (จำนวน 10 ข้อ 40 คะแนน) 5) การจัดการตนเอง (Self-management skill) (จำนวน 5 ข้อ 20 คะแนน) และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) (จำนวน 5 ข้อ 20 คะแนน) รวมทั้งหมดจำนวน 50 ข้อ คะแนนเต็ม 170 คะแนน โดยแบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพด้านโรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบสอบถามด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อเป็นแบบสอบถามชนิดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ และแบบสอบถามด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ

เป็นแบบสอบถามชนิดถูกผิด ตอบถูกให้ 1 คะแนน
ตอบผิดและไม่ทราบให้ 0 คะแนน

การแปลผลคะแนนภาพรวมของความฉลาดทางสุขภาพด้านโรคความดันโลหิตสูง (Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, 2016) จำแนกออกเป็น 4 ระดับ คือ ระดับไม่ดี พอใช้ ดี และดีมาก โดยที่ระดับไม่ดี หมายถึง เป็นผู้ที่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพไม่เพียงพอ (< 102.00 คะแนน หรือ $< 60.0\%$ ของคะแนนเต็ม) ระดับพอใช้ หมายถึง เป็นผู้ที่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพที่เพียงพอ ($102.00-118.99$ คะแนน หรือ $60.0-69.9\%$) ระดับดี หมายถึง เป็นผู้ที่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพดีเพียงพอ และมีการปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ($119.00-135.99$ คะแนน หรือ $70.0-79.9\%$) และระดับดีมาก หมายถึง เป็นผู้ที่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพที่มากเพียงพอ (≥ 136 คะแนน หรือ $\geq 80.0\%$)

การแปลผลคะแนนรายด้านของความฉลาดทางสุขภาพด้านโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร และทักษะการตัดสินใจ (คะแนนเต็ม 40 คะแนน) จัดกลุ่มเป็นไม่เพียงพอ (< 24.00 คะแนน หรือ $< 60.0\%$) พอใช้ ($24.00-27.99$ คะแนน หรือ $60.0-69.9\%$) ระดับดี ($28.00-31.99$ คะแนน หรือ $70.0-79.9\%$) และระดับดีมาก (≥ 32.00 คะแนน หรือ $\geq 80.0\%$)

ด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) จัดกลุ่มเป็นไม่เพียงพอ (< 6.00 คะแนน หรือ $< 60.0\%$) พอใช้ ($6.00-6.99$ คะแนน หรือ $60.0-69.9\%$) ระดับดี ($7.00-7.99$ คะแนน หรือ $70.0-79.9\%$) และระดับดีมาก (≥ 8.00 คะแนน หรือ $\geq 80.0\%$)

และด้านการจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ จัดกลุ่มเป็นไม่เพียงพอ (< 12.00 คะแนน หรือ $< 60.0\%$) พอใช้ ($12.00-13.99$ คะแนน หรือ $60.0-69.9\%$) ระดับดี ($14.00-15.99$ คะแนน หรือ $70.0-79.9\%$) และระดับดีมาก (≥ 16.00 คะแนน หรือ $\geq 80.0\%$)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ คือ แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ด้านความรู้ความเข้าใจ

ทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อมากกว่า 0.80 ในส่วนของแบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อเท่ากับ 0.85 0.84 0.89 0.71 และ 0.90 ตามลำดับ และความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านความรู้ความเข้าใจมีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20: KR-20) เท่ากับ 0.73 (Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, 2016; Ploysuwan et al., 2020)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากที่ได้โครงการวิจัยได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากพ่อง อำเภopakพ่อง (ฝั่งตะวันออก) จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อขอความอนุเคราะห์เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการพบกลุ่มตัวอย่างตามเวลานัดหมาย ผู้วิจัยได้ชี้แจงและอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยอธิบายวิธีการทำ การตอบข้อคำถามในส่วนที่ผู้เข้าร่วมวิจัยสงสัยเกี่ยวกับเนื้อหาของแบบสอบถาม และตรวจสอบข้อมูลก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ทำการอธิบายคุณลักษณะทางประชากร และระดับความฉลาดทางสุขภาพด้านโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) นำเสนอด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพด้านโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยสถิติการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple linear regression analysis) ด้วยวิธีการนำออกทีละตัว ตัวแปรตาม คือ คะแนนความฉลาดทางสุขภาพด้านโรคความดันโลหิตสูง เป็นข้อมูลตัวแปรตามชนิดต่อเนื่อง (Continuous outcome) จากการทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ค่าคะแนนความฉลาดทางสุขภาพด้านโรคความดันโลหิตสูงมีการกระจายแบบโค้งปกติ ($p\text{-value} = 0.445$) ตัวแปรต้นมีทั้งหมด 14 ตัว เป็นตัวแปรชนิดต่อเนื่อง จำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่ อายุ และดัชนีมวลกาย และเป็นตัวแปรแจกแจง (Categorical variable) จำนวน 12 ตัวแปร ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ การมีบทบาทในชุมชน ระยะเวลาการเป็นโรคโรคประจำตัว สถานบริการที่เข้ารับบริการ การใช้โทรศัพท์มือถือ และการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต ในกรณีที่ตัวแปรต้นเป็นตัวแปรแจกแจงชนิดหลายตัวแปร (Polytomous variables) ทำการสร้างตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ก่อนทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยเชิงเส้น เริ่มต้นทำการวิเคราะห์อย่างหยาบด้วยสถิติถดถอยเส้นตรงอย่างง่าย (Simple linear regression analysis) เพื่อพิจารณาตัวแปรที่มีค่า $p\text{-value}$ ของ Wald's test น้อยกว่าและเท่ากับ 0.05 เข้าสมการพหุตัวแปร (Multivariate analysis) และนำตัวแปรออกจากสมการด้วยวิธีการ Backward elimination โดยนำตัวแปรออกทีละตัวและคงตัวแปรที่มีค่า $p\text{-value}$ น้อยกว่า 0.10 ไว้ในสมการสุดท้าย (Final model) นำเสนอผลการศึกษาค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Mean difference) และค่าช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95.0 (95% CI) โดยที่ปัจจัยที่มีค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยมากกว่า 0 เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวก และปัจจัยใดที่มีค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้อยกว่า 0 เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบ

ผลการวิจัย

คุณลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.0) มีอายุมากกว่า 61 ปี (ร้อยละ 60.0) อายุเฉลี่ย 67.53 (S.D. = 12.28) ปี มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 25.00-29.99 กิโลกรัม/เมตร² (ร้อยละ 31.0) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.0) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 68.0) ระดับการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 75.0) เกินครึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน (ร้อยละ 57.0) มีรายได้ 1,001-3,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 46.0) รายได้เฉลี่ย 3,550.00 (S.D. = 3,174.85) บาท/เดือน ประมาณครึ่งมีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 50.0) ส่วนใหญ่ไม่มีบทบาทในชุมชน (ร้อยละ 87.0) มีระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 7.42 (S.D. = 5.09) ปี ประมาณ 2 ใน 3 มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 65.0) ได้แก่ โรคเบาหวานสูงสุด (ร้อยละ 32.0) และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 12.0) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ได้รับแหล่งข้อมูลทางสุขภาพจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (ร้อยละ 76.0) ประมาณ 1 ใน 3 ใช้โทรศัพท์มือถือจอสัมผัส (ร้อยละ 39.0) และ 2 ใน 3 ไม่มีการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 66.0)

ความฉลาดทางสุขภาพด้านโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สำหรับระดับความฉลาดทางสุขภาพด้านโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 3 มีระดับความฉลาดทางสุขภาพด้านโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 31.0 (Mean = 114.83, S.D. = 21.68) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 39.0 (Mean = 25.38, S.D. = 6.29) ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 76.0 (Mean = 8.14, S.D. = 1.11) ทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ

35.0 (Mean = 25.52, S.D. = 5.75) ทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 33.0 (Mean = 29.00, S.D. = 6.18) การจัดการตนเองอยู่ในระดับดีมาก

ร้อยละ 35.0 (Mean = 14.49, S.D. = 2.91) และการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 41.0 (Mean = 12.30, S.D. = 3.89) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ระดับความความฉลาดทางสุขภาพด้านโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n = 100)

ความฉลาดทางสุขภาพ ด้านโรคความดันโลหิตสูง	ระดับ, n (%)				Mean (S.D.)
	ไม่ดี ($< 60\%$)	พอใช้ (60-69%)	ดี (70-79%)	ดีมาก ($\geq 80\%$)	
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (40 คะแนน)	39 (39.0)	22 (22.0)	21 (21.0)	18 (18.0)	25.38 (6.29)
ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ (10 คะแนน)	1 (1.0)	7 (7.0)	16 (16.0)	76 (76.0)	8.14 (1.11)
ทักษะการสื่อสาร (40 คะแนน)	30 (30.0)	35 (35.0)	22 (22.0)	18 (18.0)	25.52 (5.75)
ทักษะการตัดสินใจ (40 คะแนน)	16 (16.0)	24 (24.0)	27 (27.0)	33 (33.0)	29.00 (6.18)
การจัดการตนเอง (20 คะแนน)	15 (15.0)	23 (23.0)	27 (27.0)	35 (35.0)	14.49 (2.91)
การรู้เท่าทันสื่อ (20 คะแนน)	41 (41.0)	21 (21.0)	16 (16.0)	22 (22.0)	12.30 (3.89)
รวม (170 คะแนน)	27 (27.0)	27 (27.0)	31 (31.0)	15 (15.0)	114.83 (21.68)

การวิเคราะห์พหุตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพด้านโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพด้านโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยก่อนการวิเคราะห์ได้คัดเลือกตัวแปรด้วยสถิติถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย พบว่า ปัจจัยด้านเพศ (p-value = 0.013) อายุ (p-value < 0.001) สถานภาพสมรส (p-value = 0.012) การไม่ประกอบอาชีพ (p-value = 0.042) การมีรายได้เพียงพอเหลือเก็บ (p-value = 0.010) การมีรายได้ไม่เพียงพอ (p-value = 0.003) การไม่มีบทบาทในชุมชน (p-value = 0.016) การใช้โทรศัพท์มือถือจอสัมผัส (p-value = 0.008) และการไม่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ต (p-value = 0.047) มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ หลังจากนั้นนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ

ด้านโรคความดันโลหิตสูงดังกล่าว มาวิเคราะห์ต่อด้วยสถิติการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณด้วยวิธีการนำออกทีละตัว พบว่า ปัจจัยด้านอายุ และสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพด้านโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุเพิ่มขึ้น 1 หน่วยปี จะมีค่าคะแนนความฉลาดทางสุขภาพลดลง 0.46 คะแนน (Mean difference = -0.46, 95% CI: -0.82, -0.09) และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่คนเดียว (หย่า/แยก/หม้าย/โสด) มีค่าคะแนนความฉลาดทางสุขภาพลดลง 9.57 คะแนน (Mean difference = -9.57, 95% CI: -18.73, -0.38) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่แต่งงาน/มีคู่ โดยตัวแปรทั้ง 4 ตัวแปร ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส และการมีบทบาทในชุมชน ซึ่งสามารถทำนายได้ร้อยละ 24.9 ($R^2 = 0.249$) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณด้วยวิธีการนำออกทีละตัวแปร เพื่อหาความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพด้านโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัย	b	Beta	t	p-value
หญิง (อ้างอิง: ชาย)	8.658	0.194	1.951	0.054
อายุ	-0.463	-0.262	-2.525	0.013*
สถานภาพสมรสแต่งงาน/มีคู่ (อ้างอิง: ไม่มีคู่)	9.555	0.207	2.068	0.041*
การมีบทบาทในชุมชน (อ้างอิง: ไม่มี)	10.488	0.164	1.797	0.076

Constant (a) = 132.760, R = 0.499, R² = 0.249, Adjusted R² = 0.217, F = 7.862

*Significance at p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าความฉลาดทางสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 39.0 (Mean = 25.38, S.D. = 6.29) ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 76.0 (Mean = 8.14, S.D. = 1.11) ทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 35.0 (Mean = 25.52, S.D. = 5.75) ทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 33.0 (Mean = 29.00, S.D. = 6.18) ทักษะการจัดการตนเองอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 35.0 (Mean = 14.49, S.D. = 2.91) และทักษะการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 41.0 (Mean = 12.30, S.D. = 3.89) และพบว่า ปัจจัยด้านอายุและสถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพด้านโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จากการศึกษา พบว่า ระดับความฉลาดทางสุขภาพด้านโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยรวมอยู่ในระดับดี โดยเป็นผู้มีระดับความฉลาดทางสุขภาพดีเพียงพอ และมีการปฏิบัติตนได้ถูกต้อง จากการศึกษพบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1-10 ปี (ร้อยละ 72.0) ระยะเวลาการป่วยเฉลี่ยเท่ากับ 7.42 (S.D. = 5.09) ปี ซึ่งเป็นไปได้ว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีประสบการณ์ของการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีประสบการณ์ของการเข้ารับ

การบริการทางสุขภาพ ซึ่งมีการให้ศึกษาอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ และได้รับข้อมูลข่าวสารจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ร้อยละ 76.0) ซึ่งจากแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในปัจจุบัน ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และมีการให้ศึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มจากบุคลากรสาธารณสุขในสถานบริการ นอกจากนี้ ยังมีกระบวนการติดตามโดยทีมสหวิชาชีพ และมีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความฉลาดทางสุขภาพด้านโรคความดันโลหิตสูงโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chotchai, Seedaket, Taearak, Panyasong, & Buajun (2019) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสำราญ อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น โดยรวมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 43.5) อย่างไรก็ตาม การศึกษครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ Mongkolmoo (2021) ที่พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดปราจีนบุรี มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงภาพรวมอยู่ในระดับไม่ดี (Mean = 87.23, S.D. = 21.92) จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพด้านโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่ม

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ปัจจัยด้านอายุและสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพด้านโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมปัจจัยด้านเพศและการมีบทบาทในชุมชน โดยที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุมากขึ้นมีความฉลาดทางสุขภาพลดลง ($\beta = -0.262$) จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 61 ปี (ร้อยละ 60.0) และมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 67.53 ปี ($S.D. = 12.28$) ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า ผู้สูงอายุดังกล่าวเป็นกลุ่มวัยที่มีการรับรู้หรือการเรียนรู้ช้าลง มีความบกพร่องในการสื่อสาร เช่น พูดซ้ำ ได้ยินไม่ชัดเจน และอื่นๆ ทำให้การทำการกิจกรรมลดลง ดังนั้น การที่มีอายุเพิ่มขึ้นของกลุ่มผู้สูงอายุอาจส่งผลต่อความเข้าใจ การเข้าถึงหรือการค้นหาข้อมูลทางสุขภาพ รวมถึงการสื่อสารกับบุคคลอื่นได้น้อยกว่ากลุ่มผู้ที่มีอายุน้อยกว่า (Srithanee, 2017) อย่างไรก็ตาม การมีอายุที่เพิ่มขึ้นส่งเสริมให้มีประสบการณ์ในดำเนินใช้ชีวิตเพิ่มขึ้น ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Suramitmitri (2013) ที่พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลเชิงลบต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถในการรับรู้และการเรียนรู้ ดังนั้น จึงเป็นเหตุผลที่ว่าอายุเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพด้านโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Tanak, Koshakri, & Jewpattanukul (2020) ซึ่งศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กรุงเทพมหานคร พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Wannapake & Phatisena (2018) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ และปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอายุ 15-59 ปี จังหวัดนครราชสีมา พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากทั้ง 2 การศึกษาดังกล่าว เป็นการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และอยู่ในช่วงอายุ 20-60 ปี

จึงอาจทำให้ความสามารถในการรับรู้ไม่แตกต่างกัน จึงทำให้ความรู้ด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน

นอกจากนี้ จากผลการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีสถานภาพแต่งงานหรือมีคู่ มีความฉลาดทางสุขภาพเพิ่มขึ้น ($\beta = 0.207$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Reisi, Javadzade, Heydarabadi, Mostafavi, Tavassoli, & Sharifirad (2014) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐานกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพบว่า ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ โดยผู้ที่มีสถานภาพสมรสจะมีความฉลาดทางสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก ซึ่งการมีสถานภาพสมรส เป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคมภายในครอบครัว โดยการพูดคุยข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ และคู่สมรสช่วยตัดสินใจในข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ดังนั้น จึงเป็นผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อความฉลาดทางสุขภาพด้านโรคความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ginggeaw & Prasertsri (2016) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Saeloo, Samdaengsam, & Kaewkrachok (2021) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการรู้เท่าทันสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตรหลาน หรือบุคคลอื่นมีบทบาทเกื้อหนุน และสนับสนุนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพซึ่งกันและกัน โดยนำข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ หรือผู้เชี่ยวชาญมา

ถ่ายทอด ทำให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาในประชากรผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะเฉพาะตามบริบทของพื้นที่อาจส่งผลต่อการเกิดอคติในการวิจัยประเภทการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Selection bias) อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มีขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มากเพียงพอที่สามารถตอบคำถามวิจัยได้ และจากการทดสอบการกระจายตัวของตัวแปรตาม คือ ความฉลาดทางสุขภาพด้านโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มีการกระจายแบบโค้งปกติ ดังนั้น จึงได้ทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ ทั้งนี้ ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถนำไปอ้างอิงสู่ประชากร (Generalization) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะเฉพาะหรือใกล้เคียงกับประชากรที่ศึกษาในการศึกษานี้เท่านั้น และควรนำไปประยุกต์กับกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวอย่างระมัดระวัง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรมีการจัดอบรมหรือกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีสถานภาพการสมรสหย่า/แยก/หม้าย/โสด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำผลการศึกษานี้มาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อยกระดับความฉลาดทางสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพในการดูแลการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Chotchai, T., Seedaket, S., Taearak, K., Panyasong, S., & Buajun., A. (2019). Factors related to health literacy in prevention of hypertension among group at risk in Samran Sub-District, Muaeng District, KhonKaen Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 7(1), 45-56. (in Thai)
- Division of Non-Communicable Diseases. (2022, May 17). *World hypertension day*. Retrieved August 16, 2022, from http://www.thaincd.com/document/hot%20news/ประเด็นสารวันความดันโลหิตสูง_62.pdf (in Thai)
- Ginggeaw, S., & Prasertsri, N. (2016). The relationship between health literacy and health behaviors among older adults who have multi-morbidity. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 25(3), 43-54. (in Thai)
- Health Data Center (HDC). (2023, January 15). *Rate of morbidity with hypertension per population*. Retrieved January 15, 2023, From https://nrt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11/. (in Thai)
- Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2011). *Health literacy*. Retrieved July 15, 2022, from <http://www.hed.go.th/>. (in Thai)
- Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2016). *Promoting health literacy and health behavior among school-age children and working age group*. Bangkok: Newthammada Printing (Thailand) Limited. (in Thai)

- Mongkolmoo, S. (2021). *Factors related to health literacy for hypertension prevention among at risk group in Nadee District, Prachinburi Province*. Thesis of Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner, Burapha University, Chonburi. (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.
- Ploysuwan, C., Wongkpratoom, S., Rattanakamonkarn, C., Pantaewan, P., & Puengching, T. (2021). Factors affecting the health literacy of older adults with hypertension in Nong Prue Community, Samut Prakan Province. *Journal of Nursing and Education*, 14(2), 52-64. (in Thai)
- Pradubpoth, K., Noonil, N., Aekwarangkoon, S., & Phonphet, C. (2019). Older adults with metabolic syndrome: The effects of swing arms walking exercise on blood sugar level, blood pressure, and waist circumference. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 6(1), 3-13. (in Thai)
- Puengsema, R. (2022). Hypertension: The important role of nurses. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 15(1), 41-49. (in Thai)
- Reisi, M., Javadzade, S. H., Heydarabadi, A. B., Mostafavi, F., Tavassoli, E., & Sharifirad, G. (2014). The relationship between functional health literacy and health promoting behaviors among older adults. *Journal of Education and Health Promotion*, 3(1), 1-5.
- Saeloo, J., Samdaengsarn, D., & Kaewkrachok, T. (2021). Relationships between selected factors and health literacy among elderly, Mueang District, Nakhon Si Thammarat Province. *Journal of Social Science and Buddhist Anthropology*, 6(12), 2-14. (in Thai)
- Srithanee, K. (2017). Relationship between health literacy and quality of the elderly's life at the central part of the North-East Thailand. *Journal of Health Systems Research*, 11(1), 26-36. (in Thai)
- Suramitmitree, B. (2013). *A study of health literacy and situation of health literacy promotion among Thai people for support ASEAN*. Bangkok: Devawongse Varopakarn Institute of Foreign Affair. (in Thai)
- Tanak, L., Koshakri, R., & Jewpattanakul, Y. (2020). Factors related to health literacy among high-risk hypertension population in Bangkok. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 21(3), 140-150. (in Thai)
- Thai Hypertension Society. (2019). *Thai guidelines on the treatment of hypertension*. Chiang Mai: Trickthink. (in Thai)
- Thonglad, J. (2021). Factors relationship between health literacy and personal factors with health behavior among risk group with hypertension in Talad Sub-district, Muang District, Nakhon Ratchasima Province. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 36(2), 82-90. (in Thai)

- Wannapake, C., & Phatisena, T. (2018). Relationship between health literacy and personal factors with health behavior among risk group with hypertension in Thailand Sub-district, Muang District, Nakhon Ratchasima Province. *Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology (Humanities and Social Sciences)*, 4(Special), 176-185. (in Thai)
- World Health Organization. (2009). Health literacy and health promotion, definitions, concepts and examples in the Eastern Mediterranean Region. 7th Globalconference on health promotion promoting health and development. Nairobi, Kenya.
- World Health Organization (WHO). (2013, June 25). A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis: world health day 2013. Retrieved August 15, 2022, From <https://www.who.int/publications/i/item/a-global-brief-on-hypertension-silent-killer-global-public-health-crisis-world-health-day-2013>.
- World Health Organization (WHO). (2023, March 16). Hypertension. Retrieved April 14, 2023, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.

บทความวิจัย

ปัญหา ผลกระทบ และการปรับตัวของชาวชุมชนในเขตเมือง
ต่อสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19กิตติยา โต๊ะทอง^{1,*} วท.ม.

Received: November 10, 2023

Revised: January 5, 2024

Accepted: January 5, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหา ผลกระทบ และการปรับตัวของชาวชุมชนในเขตเมืองต่อสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมวิธีในการเก็บข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 จำนวน 118 คน และกลุ่มที่ 2 จำนวน 21 คน แต่ละกลุ่มคัดเลือกโดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ การสังเกต แบบสอบถาม แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มย่อย วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามด้วยความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยเทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ในภาพรวมกลุ่มผู้ให้ข้อมูลประสบปัญหาและได้รับผลกระทบทุกด้านในระดับที่แตกต่างกัน โดยปัญหาและผลกระทบที่ชาวชุมชนได้รับมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) รายได้ลดลง 2) มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น 3) อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค 4) ไม่มีเงินออม และ 5) ไม่สามารถเข้าถึงระบบการสาธารณสุขของรัฐได้ คิดเป็นร้อยละ 93.2 84.7 75.4 74.6 และ 67.8 ตามลำดับ ชาวชุมชนสามารถรับมือและปรับตัวต่อสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ได้ในระดับปานกลางถึงมาก โดยแนวทางการปรับตัว 5 ลำดับแรก ที่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลนำมาปฏิบัติ ได้แก่ 1) การเว้นระยะห่างทางสังคม 2) การสวมหน้ากากอนามัย 3) การล้างมือบ่อยๆ 4) งดการเดินทางไปยังสถานที่เสี่ยง และ 5) งดกิจกรรมการรวมกลุ่มทางสังคม ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ชาวชุมชนสามารถรับมือและจัดการปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ได้ดี 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของชาวชุมชน 2) กลุ่มผู้นำชุมชนเข้มแข็ง และ 3) วิธีการสื่อสารที่เข้าถึงและเท่าทันสถานการณ์

คำสำคัญ: การปรับตัว ชุมชนเขตเมือง ปัญหา ผลกระทบ โรคโควิด-19

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี

* ผู้รับผิดชอบบทความ: Kitiya.t@dru.ac.th

Problems, impacts and adaptation of members in urban community to COVID-19 outbreak situation

Kitiya Totong^{1,*} M.Sc.

ABSTRACT

This research aims to study the problems, impacts, and adaptations of members in urban community to the COVID-19 outbreak situation. Mixed methods research was used for data collection. The key informants were divided into 2 groups: Group 1 consisted of 118 people, and Group 2 consisted of 21 people. Each group was selected using selection criteria. Research tools included observation, questionnaires, in-depth interview questions, and small group discussions. Data from the questionnaire were analyzed using frequencies, and percentages, while qualitative data were analyzed using content analysis techniques.

The results of the study found that, overall, the groups of key informants encountered problems and were affected in all aspects at different levels. The top 5 problems and impacts that community members faced were: 1) decreased income, 2) increased expenses, 3) living in an environment at risk of disease, 4) lack of savings, and 5) inability to access the healthcare system, representing 93.2%, 84.7%, 75.4%, 74.6%, and 67.8% respectively. Community members have demonstrated moderate to high levels of coping and adaptation to the COVID-19 outbreak situation. The top 5 adaptation guidelines practiced by the key informants were: 1) social distancing, 2) wearing masks, 3) frequent handwashing, 4) avoiding travel to high-risk places, and 5) refraining from social gatherings. Additionally, the first three important factors that enabled community members to cope and manage various problems during the COVID-19 outbreak were: 1) the active participation of community members, 2) a strong group of community leaders, and 3) accessible and up-to-date communication methods.

Keywords: Adaptation, Urban community, Problem, Impact, COVID-19

¹ Assistant Professor, Faculty of Science and Technology, Dhonburi Rajabhat University

* Corresponding author: kitiya.t@dru.ac.th

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่ถูกจัดว่าเป็นภัยพิบัติประเภทหนึ่งที่เกิดจากคนสู่คน โดยสันนิษฐานว่ามีจุดเริ่มต้นมาจากเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 และเกิดการระบาดลุกลามไปทั่วโลก ทำให้มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก เนื่องจากโรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีลักษณะของโรคและการแพร่กระจายโรคแตกต่างจากโรคอุบัติใหม่ชนิดอื่นๆ ที่ผ่านมานี้ในอดีต ผู้ป่วยอาจมีอาการของโรคแสดงออกมาหรือไม่แสดงอาการก็ได้ แต่สามารถแพร่เชื้อโรคได้โดยไม่แสดงอาการ อาการที่สำคัญของโรคโควิด-19 มักเกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ และกลุ่มเสี่ยงของโรคนี้ ได้แก่ เด็กและกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง และโรคทางเดินหายใจ หากมีการติดเชื้อโรคโควิด-19 จะมีความเสี่ยงต่อการป่วยรุนแรงมากกว่าคนทั่วไป (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2020; Tuicharoen, Wongprakhob, Munsraket, & Nimkratoke, 2020) นอกจากนี้ ไวรัสโควิด-19 มีการกลายพันธุ์อยู่ตลอดเวลา และอาการแสดงของโรคมักเปลี่ยนแปลงไปจากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น จึงทำให้ในช่วงแรกของการระบาด รัฐบาลจำเป็นต้องออกมาตรการต่างๆ เพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อาทิ การปิดสถานที่/สถานประกอบการต่างๆ ที่เป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรค ซึ่งส่งผลกระทบต่อทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน สถานประกอบการ ตลอดจนการดำเนินชีวิตของประชาชน ทั้งทางด้านคุณภาพชีวิต วิถีความเป็นอยู่ วิถีชุมชน เศรษฐกิจ ดงงาน ขาดรายได้ สถานศึกษาถูกปิด นักเรียนนักศึกษาไม่สามารถมาเรียนในชั้นเรียนได้ตามปกติ สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยภายในชุมชนไม่เอื้ออำนวยต่อการป้องกันโรค เช่น การเว้นระยะห่างทางสังคม ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจและความตระหนักต่อสถานการณ์ของโรคที่แตกต่างกัน รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีเพื่อลดความเสี่ยง การเข้าถึงมาตรการในการเยียวยาช่วยเหลือจากภาครัฐ วัฒนธรรมประเพณี หรือกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการแพร่กระจายของโรคโควิด-19 ทั้งสิ้น

แม้ว่ารัฐบาลได้ออกมาตรการต่างๆ มาเพื่อเยียวยาช่วยเหลือและลดผลกระทบให้กับประชาชนกลุ่มต่างๆ ด้วยมาตรการที่หลากหลาย อาทิ การลดค่าไฟฟ้าและน้ำประปา การลดราคาก๊าซหุงต้ม การลดหย่อนเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม โครงการคนละครึ่ง โครงการเราชนะ โครงการสินเชื่อดอกเบียดำ โครงการพักชำระหนี้ โครงการสินเชื่อเพื่อช่วยเหลือผู้ประกอบการ เป็นต้น แต่ทางสถาบันวิจัยและพัฒนาประเทศได้วิเคราะห์มาตรการเหล่านี้ว่า การแก้ไขปัญหาและเยียวยาให้ความช่วยเหลือประชาชนยังไม่ตรงจุด ยังไม่ครอบคลุมทั่วถึง เพียงพอและเหมาะสม โดยเฉพาะการช่วยเหลือประชาชนที่ยากจนและเป็นกลุ่มเปราะบาง เนื่องจากกระบวนการขั้นตอนในการเข้าถึงสิทธิ์ต่างๆ ยังมีความยุ่งยากซับซ้อน (Lertnitat, Hiranyatrakul, Noijin, & Jitsuchon, 2020; Pinyosinwat, 2020) นอกจากนี้ ข้อมูลจากการรายงานและวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วงปี พ.ศ. 2563-2564 แสดงให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมกันทางสังคมและเศรษฐกิจในเขตเมืองเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะการอยู่อาศัยในชุมชนแออัดของประชากรเมืองซึ่งทำให้มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมของภาครัฐไม่ได้ผล และความไม่เท่าเทียมเหล่านี้ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพและชีวิตประชากรเมือง (Punpueng, 2021) อีกทั้งยังได้สะท้อนให้เห็นถึงความเปราะบางของระบบสาธารณสุขในพื้นที่เขตเมืองอย่างกรุงเทพมหานครที่ชัดเจน เนื่องจากพื้นที่เขตเมืองมีความหลากหลายของประชากรและมีความซับซ้อนทางสังคมสูง และภาวะสุขภาพของประชาชนนั้นมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับทุกมิติของประชากร อาทิ พฤติกรรม คุณภาพชีวิต ช่องว่างทางฐานะ ทางเศรษฐกิจ โอกาสทางสังคม การเข้าถึงระบบบริการของรัฐ ฯลฯ (National Health Commission Office, 2021)

ชุมชนกรณีศึกษาในครั้งนี้ เป็นชุมชนในเขตเมืองแห่งหนึ่ง ที่มีลักษณะสภาพค่อนข้างแออัด ตั้งอยู่ในเขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร มีจำนวนผู้สูงอายุค่อนข้างมาก จึงเป็นชุมชนหนึ่งที่มีความเปราะบางทางสังคมต่อสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 เนื่องจากในชุมชนมีผู้เสียชีวิตและผู้ติดเชื้อเป็นจำนวนมาก จากสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้

ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาสภาพปัญหา ผลกระทบในด้านต่างๆ รวมทั้ง การปรับตัวและการเตรียมความพร้อมรับมือของชาวชุมชนในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการรับมือภัยพิบัติต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพปัญหา ผลกระทบ และแนวทางการปรับตัวของชาวชุมชนต่อสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม ถึงธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี เลขที่ REC048/2563 เมื่อวันที่ 21 ธันวาคม พ.ศ. 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีจำนวนรวมทั้งสิ้น 139 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 จำนวน 118 คน และกลุ่มที่ 2 จำนวน 21 คน ทำการคัดเลือกแต่ละกลุ่มโดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกดังต่อไปนี้ กลุ่มที่ 1 เป็นตัวแทนชาวชุมชน ทั้งชายและหญิง มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดระดับการศึกษา แต่สามารถอ่านออกหรือเขียนได้ สามารถสื่อสารได้ เป็นชาวชุมชนตามทะเบียนราษฎรและอาศัยอยู่ในชุมชนแห่งนี้ มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย และกลุ่มที่ 2 ประกอบด้วย ตัวแทนชาวชุมชนกลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มผู้นำศาสนา (คณะกรรมการมัสยิด) ครูและบุคลากรทางการศึกษา ผู้ปกครองเด็กเล็กและนักเรียน นักเรียน หรือนักศึกษา ผู้ที่มีประสบการณ์ในการเป็นผู้ป่วยโรคโควิด-19 และกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด-19 กลุ่มจิตอาสา ทั้งชายและหญิง ไม่จำกัดระดับการศึกษา แต่สามารถอ่านออกหรือเขียนได้ สามารถสื่อสาร ได้มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ 1. แบบสอบถาม โดยนำ Thailand Community Network Appraisal Program (TCNAP) ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (Nuntaboot, Boonsawasdgulchai, Lekchareon,

Inthonglang, Wongsachan, Bookmak et al., 2019) มาประยุกต์ใช้ เพื่อเก็บข้อมูลโดยภาพรวมในเบื้องต้นของชุมชนกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล กลุ่มที่ 1 จำนวน 118 คน โดยแบบสอบถาม TCNAP (ระดับครัวเรือน) มีทั้งหมด 6 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลสมาชิกครัวเรือน (จำนวน 2 ข้อ) ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ (จำนวน 7 ข้อ) ส่วนที่ 3 ข้อมูลเศรษฐกิจครัวเรือน (จำนวน 4 ข้อ) ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมครัวเรือน (จำนวน 11 ข้อ) ส่วนที่ 5 ข้อมูลด้านการเมืองการปกครอง (จำนวน 2 ข้อ) และส่วนที่ 6 ข้อมูลด้านการสื่อสารครัวเรือน (จำนวน 1 ข้อ) และ 2. แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกและประเด็นการสนทนากลุ่มย่อย ซึ่งสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการสังเกตและสำรวจบริบทชุมชน ใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล กลุ่มที่ 2 จำนวน 21 คน สำหรับแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกและประเด็นการอภิปรายกลุ่มย่อย ประกอบด้วย สภาพการณ์ก่อนระหว่างและหลังการระบาดของโรคโควิด-19 ด้านวิถีชุมชน เศรษฐกิจ ครัวเรือนและชุมชน สังคม ศาสนา วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม สาธารณสุข การสื่อสาร การใช้เทคโนโลยี การจัดการศึกษา ทั้งในระบบสามัญศึกษาและการจัดการศึกษาทางด้านศาสนา การปฏิบัติศาสนกิจประจำวันที่มีสยิด และกิจกรรมทางศาสนา

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นด้วยการสำรวจบริบททั่วไปของชุมชน เก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูล กลุ่มที่ 1 จำนวน 118 คน ซึ่งเป็นตัวแทนหลังคาเรือนละ 1 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือก มีความสนใจและยินดีให้ข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามร่วมกับการสังเกตพฤติกรรม และเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล กลุ่มที่ 2 จำนวน 21 คน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มย่อย ซึ่งผู้วิจัยติดต่อและประสานไปยังผู้นำชุมชนเพื่อหาอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้นำชุมชนตอบรับและอาสาสมัครยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล ประสานงานไปยังอาสาสมัครที่เข้าร่วมวิจัยทั้ง 2 กลุ่ม และทำการนัดหมายวัน เวลา ในการเก็บข้อมูล ทั้งนี้ การเก็บข้อมูลการสนทนากลุ่มย่อยจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูล จำนวน 21 คน ดำเนินการครั้งละ 3-5 คน คนละ 1-2 ครั้ง ตามประเภทของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลและความสนใจ เช่น กลุ่มผู้ปกครองนักเรียน

และนักเรียน กลุ่มคณะกรรมการมัสยิด กลุ่มผู้ที่มีประสบการณ์การเป็นผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยง

ในการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล กลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการศึกษาวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ เมื่อกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสมัครใจและยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยให้เอกสารชี้แจงโครงการวิจัยแก่ผู้ให้ข้อมูล 1 ชุด และให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลลงนามในใบยินยอม ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ทั้งนี้ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีอิสระในการเลือกตอบหรือไม่ตอบคำถามบางข้อ บางประเด็น หรือขอหยุดการตอบแบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มย่อยเมื่อใดก็ได้โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจะไม่ได้รับผลกระทบต่อดำเนินงานหน้าที่การงานหรือสูญเสียสิทธิที่ประชาชนไทยพึงมีหรือพึงได้รับใดๆ ทั้งสิ้น หากปฏิเสธการให้ข้อมูลแก่การศึกษาวิจัย สำหรับผู้ให้ข้อมูลที่มีอายุ 15-18 ปี ได้ทำการขออนุญาตและได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองและผู้ให้ข้อมูลในช่วงอายุดังกล่าวด้วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถาม โดยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่สัมภาษณ์แล้ว คัดเลือกแบบสอบถามที่มีคำตอบสมบูรณ์ นำมาประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ และบรรยายข้อมูลในรูปแบบความถี่และร้อยละ เพื่ออธิบายข้อมูลเบื้องต้นของชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มย่อย โดยนำข้อมูลมาทำการตรวจสอบข้อมูลด้วยเทคนิคสามเส้า จากนั้นทำการวิเคราะห์เนื้อหาและนำเสนอข้อค้นพบ

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ สามารถแบ่งผลการศึกษานี้ได้เป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. สภาพสังคมและบริบททั่วไปของชุมชน

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลสมาชิกในครัวเรือนทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพ ข้อมูลด้านเศรษฐกิจครัวเรือน และข้อมูลด้านการสื่อสารในครัวเรือนและชุมชนของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม (n = 139) พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.9) มีอายุมากกว่า 50 ปี (ร้อยละ 53.2) เป็นคนดั้งเดิมในชุมชน (ร้อยละ 76.3) และมีบ้านที่อยู่อาศัยเป็น

ของตนเอง (ร้อยละ 59.7) มีจำนวนสมาชิกในแต่ละหลังคาเรือนมากกว่า 3 คน (ร้อยละ 84.2) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย (ขายอาหาร) ภายในชุมชนเป็นหลัก รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป (ขับวินมอเตอร์ไซด์และรับจ้างทั่วไป) คิดเป็นร้อยละ 41.0 และ 30.9 ตามลำดับ มีรายได้เฉลี่ยครัวเรือนต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-15,000 บาท (ร้อยละ 59.0) และบางส่วนไม่มีรายได้ เนื่องจากไม่มีงานทำ/ว่างงาน (ร้อยละ 24.5)

ข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า ชาวชุมชนเพศชายมักมีพฤติกรรมเสี่ยงอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ อีกส่วนหนึ่งชอบรับประทานอาหารที่มีรสจัด (หวาน มัน เค็ม) และมักไม่ค่อยออกกำลังกาย ผู้ที่ต้องการได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในครัวเรือน คือ กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง เมื่อเกิดการเจ็บป่วยหากมีอาการเพียงเล็กน้อยจะดูแลรักษาตนเอง โดยการรับประทานยาและเฝ้าระวังสังเกตอาการความผิดปกติของสุขภาพ แต่หากมีอาการที่รุนแรงขึ้น จะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทองซึ่งเป็นสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐและอีกส่วนหนึ่งจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง

ข้อมูลด้านเศรษฐกิจครัวเรือน พบว่า ส่วนใหญ่ชาวชุมชนมีรายจ่ายเฉลี่ยของครัวเรือนต่อเดือนสูงกว่ารายได้เฉลี่ย ไม่มีเงินออม บางรายมีหนี้สิน ต้องกู้ยืมเพื่อนำมาใช้ในการศึกษาเล่าเรียนของบุตรหลาน และเป็นค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิต โดยเลือกกู้ยืมเงินบางส่วนจากญาติพี่น้อง บางรายกู้ยืมจากธนาคาร หรือกู้ธนาคาร

ข้อมูลด้านการสื่อสารในครัวเรือนและชุมชน พบว่า ทุกบ้านมีการใช้โทรศัพท์มือถือและสื่อสารระหว่างกัน โดยใช้โทรศัพท์มือถือผ่านแอปพลิเคชันต่างๆ ส่วนการสื่อสารภายในชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่มีการสื่อสารข้อมูลข่าวสารด้านต่างๆ เช่น ข่าวสารด้านกิจกรรม งานบุญ ประเพณีต่างๆ การประชาสัมพันธ์ข้อมูลด้านสุขภาพ การเจ็บป่วย สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 การแจ้งข่าวเมื่อมีผู้เสียชีวิต การเปิด-ปิดการเรียนการสอนศาสนา การปิดมัสยิดตามมาตรการการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ผ่านทางเพจเฟซบุ๊กของชุมชนและเสียงตามสายเป็นหลัก รองลงมา คือ การบอกต่อปากต่อปาก แบบเคาะประตูบ้าน หรือบอกเล่าต่อกันตามร้านค้า ร้านกาแฟภายในชุมชน ซึ่งทำให้ชาวชุมชนได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร

โดยทั่วถึงกัน แต่หากเป็นการขอความช่วยเหลือ/ร้องทุกข์ ส่วนใหญ่จะใช้โทรศัพท์มือถือเป็นหลัก

2. สภาพปัญหาและผลกระทบ

สภาพปัญหาที่ชาวชุมชนแห่งนี้ต้องเผชิญในช่วงก่อนเกิดการระบาดของโรคโควิด-19 ที่อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงและความเปราะบางที่เกี่ยวข้องกับการระบาดของโรคโควิด-19 ได้แก่ 1) รายได้ต่อครัวเรือนไม่เพียงพอต่อรายจ่าย 2) ส่วนใหญ่ไม่มีเงินออม บางส่วนมีหนี้สิน 3) มีจำนวนสัดส่วนผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก 4) มีประชากรกลุ่มเปราะบางซึ่งต้องการความช่วยเหลือหรือผู้ดูแล เช่น ผู้สูงอายุ เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ด้อยโอกาส เป็นต้น 5) สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยค่อนข้างแออัด เนื่องจากเป็นชุมชนเขตเมือง แต่ละบ้านมีสมาชิกในครัวเรือนมากกว่า 3 คน เพราะเป็นครอบครัวขยาย และ 6) มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น มีการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ การชอบรับประทานอาหารสดจัด (หวาน มัน เค็ม)

จากการสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่มย่อยกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล (n = 21) และจากการสอบถามโดยใช้แบบสอบถามกลุ่มผู้ให้ข้อมูล (n = 118) ในประเด็นปัญหาและผลกระทบที่ครอบคลุมทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม สาธารณสุข สิ่งแวดล้อม และการศึกษา พบว่าสภาพปัญหาและผลกระทบสำคัญที่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลต้องเผชิญในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 5 อันดับแรก ได้แก่

1) รายได้ลดลง ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย (ร้อยละ 93.2) เนื่องจากบางคนตกงาน ถูกเลิกจ้าง ถูกลดเงินเดือน ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ ซึ่งปัญหาด้านเศรษฐกิจ เป็นปัญหาที่สำคัญลำดับแรกในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

"...พี่ชายยังทำงานปกติ แต่ถูกลดค่าจ้าง... ส่วนตนเองไม่มีรายได้..." (KI01, สัมภาษณ์เชิงลึก)

"...ก่อนโควิด งานมีเยอะ พอโควิดมา ไม่มีงานทำ ขาดรายได้..." (KI07, สัมภาษณ์เชิงลึก)

"ช่วงการระบาดของโควิด ปัญหาคือ ตกงาน... ปกติ ก็ทำงานคนเดียว ภาระค่าใช้จ่ายก็ใช้แบบเดือนชนเดือน...ช่วงโควิด ลูกต้องเรียนออนไลน์ ก็มีค่าใช้จ่ายเพิ่มก็ต้องช่วยกันประหยัด" (KI14, สนทนากลุ่มย่อย)

"...ค้าขายลำบาก ไม่มีเงินใช้ รายได้ลดลง..." (ข้อมูลจากแบบสอบถาม)

2) มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการซื้ออุปกรณ์ป้องกันโรคยาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ (ร้อยละ 84.8) นอกจากชาวชุมชนมีรายได้ไม่เพียงพอต่อรายจ่ายแล้ว ยังมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากการที่ต้องซื้ออุปกรณ์ป้องกันโรค ยาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีความจำเป็นต้องใช้เพื่อปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและเฝ้าระวังของรัฐ (เช่น หน้ากากอนามัย เจลแอลกอฮอล์ ฯลฯ) รวมทั้งเพื่อใช้ในการรักษาโรคและเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค (ยารักษาโรค เช่น ยาสามัญประจำบ้าน ฟ้าทะลายโจร ยาลดไข้ แก้ปวด วิตามินอาหารเสริม ฯลฯ) และอุปกรณ์เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ต่างๆ (เช่น เครื่องตรวจวัดออกซิเจนปลายนิ้วมือ ปอดวัดไข้ ฯลฯ) ประกอบกับสถานการณ์ระบาดในช่วงระลอกแรก ราคาสินค้าและอุปกรณ์เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ต่างๆ มีราคาที่สูงมาก ในขณะที่ รายได้ของชาวชุมชนลดลง

"ช่วงระหว่างรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล รายได้หายไป 2 เดือน ...แต่มีค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเพิ่มขึ้นอย่างหน้ากากอนามัย พวกยาสมุนไพร วิตามินอาหารเสริม แอลกอฮอล์ ฯลฯ ซื้อหามาใช้เพื่อดูแลรักษาตัวเองและคนในครอบครัว" (KI02, สัมภาษณ์เชิงลึก)

3) อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 (ร้อยละ 75.4) เนื่องจากบ้านเรือนปลูกอาศัยอยู่ติดกัน บริเวณบ้านมีพื้นที่จำกัด และมีจำนวนสมาชิกในบ้านมากกว่า 3 คน เมื่อมีสมาชิกคนใดคนหนึ่งในบ้านติดเชื้อโรคโควิด-19 ก็ทำให้สมาชิกคนอื่นๆ ในบ้านกลายเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง บางครั้งก็ติดเชื้อไปด้วย เนื่องจากไม่สามารถเว้นระยะห่างทางสังคมตามมาตรการป้องกันและเฝ้าระวังของกระทรวงสาธารณสุขได้ เพราะสภาพแวดล้อมทางกายภาพไม่เอื้อต่อการปฏิบัติตามมาตรการของรัฐ

"ครอบครัวมี 11 คน ในบ้าน...เป็นเด็ก 4 คน...ช่วงระบาดหนัก (เดือนเมษายน)...คือ เป็นแบบไม่รู้ตัวเลย ที่รู้เพราะไปตรวจคัดกรอง...พอผลออก คือ ติดกันทั้งบ้าน ซ็อกเลยนะ ไม่อยากเชื่อเลยว่าจะเป็น..." (KI03, สัมภาษณ์เชิงลึก)

"...ระลอกเดือนกรกฎาคม ติดโควิดทั้งบ้าน (5 คน) มาจากตัวเอง...ก่อนหน้านั้นเคยไปตรวจที่หน่วยตรวจเคลื่อนที่มาแล้วรอบหนึ่ง แต่ผลเป็นลบ เลยมั่นใจว่าไม่เป็น...ต่อมามีอาการปวดเมื่อยมีไข้เหมือนไข้หวัดใหญ่ ซ้อมยามาทานแต่ไม่ดีขึ้น ไปหาหมอก็กไม่ดีขึ้น เลยไปตรวจโควิดที่จุดตรวจอีกครั้ง...ได้ผลตรวจเป็นบวกทุกคน..." (KI02, สัมภาษณ์เชิงลึก)

"ในชุมชนมีผู้ติดเชื้อจำนวนมาก เนื่องจากบ้านเรือนอยู่ติดกัน อยู่กันเป็นครอบครัวใหญ่" (KI01, สัมภาษณ์เชิงลึก)

4) ไม่มีเงินออมเก็บไว้ใช้ในกรณีจำเป็นหรือฉุกเฉินจึงทำให้ต้องกู้ยืมและมีหนี้สิน (ร้อยละ 74.6)

"...มีปัญหาเรื่องการเงิน ป่วย ตนเองทำงานไม่ได้...แฟนทำงานไม่ได้ ไม่มีรายได้ แต่มีค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ ต้องโทรไปผ่อนผันกับเจ้าหนี้..." (KI04, สัมภาษณ์เชิงลึก)

"ก่อนโควิด งานมีเยอะ พอโควิดมา ไม่มีงานทำ ขาดรายได้...ก็ต้องไปกู้มา เป็นหนี้ในระบบ..." (KI07, สัมภาษณ์เชิงลึก)

5) ไม่สามารถเข้าถึงสวัสดิการการตรวจคัดกรองโรค และการรักษาพยาบาลของรัฐได้ (ร้อยละ 67.8) ผู้ติดเชื้อหลายราย ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขในช่วงที่ป่วยติดเชื้อ และบางรายมีอาการป่วยหนักขึ้นจนถึงขั้นเสียชีวิต บางรายต้องรักษาอาการของตนเองและสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยด้วยตนเองที่บ้าน ซึ่งก็ทำให้เกิดความเครียดต่อสมาชิกคนอื่นๆ ภายในบ้านด้วย

"...พอเป็นโควิด...จ่ายค่ายา ค่ารักษาพยาบาลเอง เคยโทรไปติดต่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล แต่ติดต่อไม่ได้...คือรักษาเองมา 10 วัน จนอาการดีขึ้นแล้ว ทางโรงพยาบาลค่อยโทรมาถาม..." (KI03, สัมภาษณ์เชิงลึก)

"...จากประสบการณ์ที่ตนเองเป็นผู้ติดเชื้อและมีอาการ...อยากได้สถานที่ตรวจโควิดที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย สะดวก ไม่ต้องไปรอนานๆ อยากได้รับการรักษาที่เร็วกว่านี้..." (ข้อมูลจากแบบสอบถาม)

นอกจากปัญหาและผลกระทบทั้ง 5 ประเด็นแล้วยังพบปัญหาด้านการศึกษา คือ โรงเรียนหรือสถานศึกษาไม่สามารถจัดการเรียนการสอนแบบปกติในชั้นเรียนได้ เด็กเล็ก/นักเรียน และนักศึกษาส่วนใหญ่ขาดความพร้อมในการเรียนแบบออนไลน์หรือแบบ

ผสมผสาน รวมทั้งปัญหาที่เกี่ยวกับวิถีชุมชน วัฒนธรรม ประเพณี ศาสนา เช่น ไม่สามารถมาปฏิบัติศาสนกิจร่วมกันที่มีสยิดได้ ไม่สามารถทำกิจกรรมร่วมกันในช่วงเทศกาลหรือวันสำคัญทางศาสนาได้ ไม่สามารถไปเยี่ยมเยียนญาติพี่น้องที่เจ็บป่วยหรือเสียชีวิตได้

โดยสรุป จากการประเมินผลกระทบโดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ได้รับผลกระทบอันเนื่องมาจากการระบาดของโรคโควิด-19 แตกต่างกันไปตามสภาพบริบททางเศรษฐกิจ สุขภาพ สังคม และวิถีชีวิต

"...ถ้าประเมินโดยภาพรวมระดับชุมชน คิดว่าได้รับผลกระทบ 8 จาก 10 คะแนน เนื่องจากมีผู้ติดเชื้อในชุมชนเป็นจำนวนมาก และคนที่ป่วยเป็นโควิดส่วนใหญ่ขาดรายได้ในช่วงที่ป่วย..." (KI01, สัมภาษณ์เชิงลึก)

"...ผลกระทบในภาพรวม ให้ 10 คะแนนเต็ม เนื่องจากได้รับผลกระทบทุกด้านทั้งสุขภาพ สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในครอบครัว ขาดรายได้ ป่วยเป็นผู้ติดเชื้อโควิดด้วย เหนื่อยง่าย เหมือนปอดทำงานได้แค่ 70% มีอาการผอมร่างเป็นกระจุกในช่วง 2 เดือนหลังจากกลับมาจากโรงพยาบาล (หมอบอกว่าเป็นผลจากการใช้ยา...ไม่ได้เกิดขึ้นในช่วงที่รักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล แต่เกิดหลังจากมาพักรักษาฟื้นฟูสุขภาพที่บ้าน...)..." (KI02, สัมภาษณ์เชิงลึก)

"...พอเป็นโควิดก็ต้องจ่ายค่ายา ค่ารักษาพยาบาลเอง ผลกระทบต่อครอบครัว ให้ 8 เต็ม 10 คะแนน" (KI03, สัมภาษณ์เชิงลึก)

"...การระบาดส่งผลกระทบต่อครอบครัวในระดับ 5 จากคะแนนเต็ม 10...ผลกระทบโดยภาพรวมระดับชุมชนให้คะแนน 7 จาก 10..." (KI08, สัมภาษณ์เชิงลึก)

"...ที่บ้านไม่มีใครเป็นโควิด... ผลกระทบจากโควิดมีบ้าง แต่ไม่ได้รับผลกระทบมากนัก...อยู่บ้าน ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย..." (KI09, KI10, สนทนากลุ่มย่อย 4)

"...ผลกระทบระดับครอบครัวให้คะแนน 5 5 6 7 จาก 10 คะแนน...ส่วนผลกระทบระดับชุมชนให้ 8 8 10 7 จาก 10 คะแนน...ให้เยอะ เพราะเป็นโควิดเยอะ เป็นกันทั้งบ้านเลย..." (KI13, KI14, KI15, KI16, สนทนากลุ่มย่อย)

"...ผลกระทบจากการรักษาโควิด เสี่ยงแหบหาย เพราะตอนรักษาใส่ท่อ แต่ไม่ได้เจาะคอ...ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกาย ปอด การเดินจะเหนื่อยง่าย มีผอมลง หอบนิดไปตรวจติดตามเป็นระยะๆ...ประเมินผลกระทบ

โควิด ให้คะแนน 10 เต็ม เพราะกระทบหลายด้าน..." (KI04, สัมภาษณ์เชิงลึก)

3. แนวทางการปรับตัวต่อสถานการณ์ของโรคโควิด-19

ช่วงระลอกแรกที่เกิดการระบาดของโรคโควิด-19 ชาวชุมชนบางส่วนยังไม่มีความตื่นกลัว เนื่องจากยังไม่มีกรณีผู้ติดเชื้อในชุมชน จึงไม่วิตกกังวลมาก ในขณะที่ชาวชุมชนอีกส่วนหนึ่งมีความรู้สึกตื่นกลัวเกี่ยวกับการระบาดของโรคโควิด-19ค่อนข้างมาก เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ ซึ่งยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของโรค รวมทั้งวิธีการรักษาที่ชัดเจน แต่ทั้ง 2 กลุ่มมีการติดตามรับฟังข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 เป็นระยะๆ ผ่านสื่อต่างๆ ตลอดเวลา เช่น จากโทรทัศน์ สื่อโซเชียลมีเดีย กลุ่มไลน์ เฟสบุ๊ก รวมทั้ง การพูดคุยกันตามร้านค้า ร้านกาแฟภายในชุมชน โดยภาพรวมถือว่าชาวชุมชนยังไม่มีความตื่นกลัวมากนัก เพราะในระลอกแรก ชาวชุมชนปลอดภัยดี ติดตามข้อมูลข่าวสารตลอดเวลา สามารถเรียนรู้และปรับตัวต่อสถานการณ์ได้ ต่อมาในช่วงการระบาดระลอกเดือนเมษายนถึงสิงหาคม พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 สายพันธุ์เดลต้า เกิดการระบาดเป็นวงกว้าง ชาวชุมชนมีผู้ป่วยโรคโควิด-19 เป็นจำนวนมาก เนื่องจากบ้านเรือนอยู่ติดกัน และแต่ละบ้านอยู่กันเป็นครอบครัวขยาย มีสมาชิกในบ้านมากกว่า 3 คน เมื่อมีคนใดคนหนึ่งในบ้านติดเชื้อ ก็ทำให้คนอื่นๆ ในบ้านติดเชื้อไปด้วย และการระบาดในระลอกนี้ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อประมาณเกือบ 200 ราย และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 20 ราย จุดเริ่มต้นมาจากคนวัยทำงาน ซึ่งปฏิบัติงานนอกพื้นที่ชุมชน รับเชื้อมาโดยไม่รู้ตัว แล้วเกิดการแพร่มาสู่สมาชิกในครอบครัวและชาวชุมชน

"...โควิดรอบแรก ไม่กังวล มีการป้องกัน ล้างมือ ใส่แมสก์ ฉีดแอลกอฮอล์ รับฟังข้อมูลข่าวสารจากการประชาสัมพันธ์ ประกาศจากชุมชน สื่อโซเชียลมีเดีย..." (KI02, สัมภาษณ์เชิงลึก)

"...รอบแรกปกติ ไม่คิดอะไรมาก แต่มาตกใจรอบช่วงสิงหาคม 2564..." (KI08, สัมภาษณ์เชิงลึก)

"...รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จากทีวี สื่อโซเชียลมีเดีย เฟสบุ๊ก ไลน์...ช่วงเริ่มแรกยังไม่กลัว ยังออกไปใช้ชีวิตปกติ เดินห้างสรรพสินค้า ซื้ของ แต่สวม

ใส่แมสก์...พอรอบหลังช่วงเมษายน-พฤษภาคม พ.ศ. 2564 คนในชุมชนเริ่มเป็นกันมากขึ้น ก็เริ่มกลัว และเครียด...และรอบหลังนี้ ตนเองก็ติดเชื้อโควิดด้วย..." (KI09, สนทนากลุ่มย่อย)

"...ช่วงแรกของการระบาด...รู้สึกกลัวมาก เพราะไม่เคยเจอมาก่อน มีอะไรป้องกันได้ เตรียมพร้อมไว้ก่อนที่กลัวเพราะได้ข้อมูลมาจากทีวี สื่อโซเชียลมีเดีย ตรวจเช็คสุขภาพของตนเองทุกวัน...มีกังวลบ้าง ว่าใช้หรือเปล่านั้นหรือเปล่า หลังจากนั้นเริ่มปรับตัว..." (KI14, สนทนากลุ่มย่อย)

"...ช่วงแรก กลัวจะเป็นกลุ่มเสี่ยง เพราะเป็นจิตอาสาช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ถูกกักตัว เลยรู้ข้อมูลจากส่วนนี้เยอะ พอรู้ก็ป้องกันตัวเอง...แต่ช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 เอาไม่อยู่...ติดเชื้อโควิดไปด้วย..." (KI05, สนทนากลุ่มย่อย)

จากการสอบถามกลุ่มผู้ให้ข้อมูล (n = 118) โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับแนวทางการปรับตัวในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีแนวทางการปรับตัวด้วยวิธีการที่หลากหลายและสอดคล้องเป็นไปตามมาตรการป้องกันและเฝ้าระวังของกระทรวงสาธารณสุข โดยแนวทางการปรับตัว 5 ลำดับแรกที่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลนำมาปฏิบัติ ได้แก่ 1) การเว้นระยะห่างทางสังคม 2) สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งที่ออกจากบ้าน 3) ล้างมือด้วยสบู่/เจลแอลกอฮอล์/สเปรย์แอลกอฮอล์บ่อยๆ 4) งดการเดินทางไปยังสถานที่เสี่ยง และ 5) งดกิจกรรมการรวมกลุ่มทางสังคม คิดเป็นร้อยละ 88.1 86.4 80.5 77.1 และ 71.2 ตามลำดับ ชาวชุมชนสามารถจัดการรับมือและปรับตัวต่อสถานการณ์ดังกล่าวได้ดีในระดับปานกลางถึงระดับดี ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้ชาวชุมชนสามารถรับมือและจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ได้ดีใน 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) ชาวชุมชนให้ความร่วมมือ มีส่วนร่วม ช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นอย่างดี (ร้อยละ 73.7) 2) กลุ่มผู้นำชุมชนเข้มแข็ง (ร้อยละ 50.8) และ 3) วิธีการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ด้านความรู้และสถานการณ์ของโรคโควิด-19 ให้ชาวชุมชนได้รับรู้เท่าทันเหตุการณ์ (ร้อยละ 44.1)

ส่วนข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มย่อย รวมทั้งการสังเกตแบบมีส่วนร่วมของผู้วิจัย

เกี่ยวกับแนวทางการปรับตัว พบว่า กลุ่มผู้ให้ข้อมูลและชาวชุมชนมีการปรับตัวตามสถานการณ์และปฏิบัติตามมาตรการในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคของกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐ และองค์กรศาสนา (เช่น สำนักจุฬาราชมนตรี) เป็นอย่างดี เช่น

การให้ความช่วยเหลือและตั้งศูนย์พักคอยในชุมชน: เมื่อเกิดการระบาดโดยเฉพาะในระลอกเดือนเมษายนถึงสิงหาคม พ.ศ. 2564 พบว่า ภายในชุมชนมีผู้ติดเชื้อต้องเข้ารับการรักษาและต้องกักตัวเป็นจำนวนมาก มีผู้เสียชีวิตซึ่งเป็นผู้สูงอายุบางส่วน บางรายได้รับเชื้อมาจากลูกหลาน บุคคลในครอบครัว แต่บางรายสันนิษฐานว่า ได้รับเชื้อมาจากการไปรอฉีดวัคซีนหรือรอรับการตรวจคัดกรองเบื้องต้นที่หน่วยตรวจคัดกรองเชิงรุก เมื่อชุมชนกลายเป็นคลัสเตอร์ มีผู้ติดเชื้อและผู้กักตัวเป็นจำนวนมาก ชาวชุมชนมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในเบื้องต้น โดยทางคณะกรรมการมัสยิดได้นำเงินงบประมาณส่วนหนึ่งของมัสยิด และอีกส่วนหนึ่งมาจากการช่วยกันบริจาค ทั้งเงิน สิ่งของ ข้าวสาร อาหารแห้ง ปลากระป๋อง อุปกรณ์ป้องกันโรค เช่น หน้ากากอนามัย เจลแอลกอฮอล์ น้ำดื่ม มาบริจาคให้ที่จุดรับบริจาคภายในชุมชน และประธานชุมชนกลุ่มจิตอาสาอาสาสมัครสาธารณสุขของชุมชนได้ช่วยกันนำไปแจกจ่ายให้ผู้ป่วยและผู้กักตัวภายในชุมชน เช่น การนำข้าวสาร อาหารแห้งไปให้ความช่วยเหลือ หรือการนำอาหารกล่องที่ปรุงสุกสำเร็จแล้วไปแจกจ่ายให้กับผู้ติดเชื้อที่รอรับการรักษาที่บ้าน กลุ่มเสี่ยง และผู้ที่กักตัวอยู่ภายในบ้าน ในช่วงระยะเวลาการกักตัว 14 วัน วันละ 2 มื้อ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงออกมาแพร่เชื้อภายนอก รวมทั้งมีการเข้าไปให้ความช่วยเหลือในการประสานงานติดต่อหน่วยงานภาครัฐ เพื่อมารับผู้ป่วยและส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาล/สถานที่รักษาหรือกักตัว

ต่อมาเมื่อมีผู้ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น จึงมีแนวคิดการจัดตั้งศูนย์พักคอยขึ้นภายในชุมชน โดยใช้อาคารอเนกประสงค์ที่ตั้งอยู่ใกล้กับมัสยิดและโรงเรียน ซึ่งเดิมเป็นสถานที่เรียนศาสนาภาคค่ำ ปรับเปลี่ยนให้เป็นศูนย์พักคอยสำหรับผู้ป่วยสีเขียว (Home Isolation: HI) เนื่องจากที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงมีสภาพแวดล้อมที่แออัด ไม่เหมาะสมที่จะเป็น HI ทางชุมชนจึงได้จัดทำประชาพิจารณ์ให้ชาวชุมชนได้แสดงความคิดเห็นก่อนจัดตั้งศูนย์พักคอย ซึ่งชาวชุมชน

ส่วนใหญ่เห็นด้วยและเข้าใจสถานการณ์เป็นอย่างดี การจัดตั้งศูนย์พักคอยภายในชุมชนครั้งนี้ มีหน่วยงานภาครัฐ องค์กร สมาคมต่างๆ เข้ามาให้การสนับสนุนช่วยเหลืออยู่เป็นประจำต่อเนื่อง มีเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์พักคอยอยู่ประจำบริเวณหน้าสุสาน คอยประสานงานและให้ข้อมูลต่างๆ แก่ผู้มาติดต่อ

กรณีร้านค้า: ร้านค้าและชาวชุมชนมีการปรับตัวต่อสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ก่อนช่วงที่ด้วยวิธีการที่หลากหลายและสอดคล้องกับบริบททางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมของชุมชน อาทิ ทุกร้านมีการตั้งเจลแอลกอฮอล์ล้างมือที่บริเวณหน้าร้าน มีการนำพลาสติกใสมาปิดกั้นบริเวณที่วางขายอาหาร เพื่อลดการสัมผัส ป้องกันการแพร่เชื้อ กลายเป็นนวัตกรรมใหม่ๆ ที่หลากหลายรูปแบบ มีการกั้นบริเวณไม่ให้ลูกค้าเข้ามาภายในร้าน มีการรับเงินโดยให้ลูกค้าจ่ายเงินผ่านการใช้แอปพลิเคชัน รายที่จ่ายเป็นเงินสด ก็ให้ลูกค้าจ่ายเงินโดยใส่ไว้ในตะกร้า และทอนเงินใส่ในตะกร้าแทนการสัมผัสมือโดยตรงระหว่างลูกค้าและผู้ขาย แม่ค้าบางรายสวมถุงมือและใช้อุปกรณ์ต่างๆ หยิบจับสัมผัสอาหารแทน บางร้านมีการรับออเดอร์ลูกค้าโดยให้ลูกค้าสั่งผ่านทางโทรศัพท์ก่อนเดินทางมาซื้ออาหาร เพื่อลดการรอคอยและหลีกเลี่ยงความแออัดของลูกค้า การรอซื้อหรือรับอาหารมีการเว้นระยะห่างทางสังคม เป็นต้น

ด้านการศึกษา: บริเวณชุมชนมีโรงเรียนเอกชน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนวัยเรียน รวมทั้งการจัดการเรียนการสอนศาสนาในช่วงค่ำ เมื่อเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลให้สถานศึกษาทุกระดับไม่สามารถจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนตามปกติหรือแบบออนไลน์ได้ ต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอนมาเป็นแบบออนไลน์ หรือแบบผสมผสานทั้ง On hand, On demand ดังนั้น ทั้งบุคลากรทางการศึกษา ครู อาจารย์ เด็ก นักเรียน นักศึกษา รวมทั้งผู้ปกครองก็ต้องปรับตัวสำหรับการเรียนการสอนไปพร้อมๆ กัน แม้ว่าการเรียนการสอนในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 จะมีประสิทธิภาพไม่เทียบเท่าการเรียนตามปกติตามเสียงสะท้อนจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

โรงเรียนเอกชนสอนศาสนาสามัญตั้งแต่ชั้นอนุบาล 1-3 และชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ต้องปิดสถานศึกษาตามมาตรการป้องกันและเฝ้าระวังโรค นักเรียนและคุณครู

ต้องปรับเปลี่ยนวิถีกระบวนการเรียนการสอนมาเป็นแบบออนไลน์แทน ซึ่งในภาวะปกตินั้น ผู้ปกครองจะมานั่งนักเรียนที่โรงเรียนในช่วงเช้าและมารับนักเรียนกลับช่วงเย็น หลังเลิกเรียนที่โรงเรียนเป็นประจำทุกวัน เมื่อเกิดการระบาดของโรคโควิด-19 ต้องปรับกระบวนการเรียนการสอนมาเป็นแบบออนไลน์ ทำให้เกิดภาวะเครียดทั้งฝ่ายผู้ปกครองและนักเรียน คุณครูต้องคอยติดตามให้ความช่วยเหลือถึงบ้านของนักเรียน บ้างก็ติดต่อสอบถามผ่านทางผู้ปกครองนักเรียน หรือไปเยี่ยมเยียนนักเรียนและนำไปงานไปให้ถึงที่บ้านของนักเรียน เป็นต้น

ส่วนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนวัยเรียนซึ่งอยู่ติดกับมัสยิดและโรงเรียนก็ได้รับผลกระทบเช่นกัน คุณครูพี่เลี้ยงเด็กต้องปรับตัวตามมาตรการป้องกันและเฝ้าระวังที่เข้มงวดขึ้น เช่น การมาส่งและรับเด็ก มีเส้นทางเข้าออกเฉพาะและพยายามลดความแออัดในช่วงที่ผู้ปกครองมารับส่งเด็ก มีการตรวจวัดอุณหภูมิ ให้เด็กล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ก่อนเข้าศูนย์ ฯลฯ เป็นต้น คุณครูพี่เลี้ยงต้องปรับระบบการเรียนการสอน เพื่อกระตุ้นให้เด็ก ๆ ยังคงได้เรียนรู้และมีพัฒนาการตามช่วงวัย คุณครูต้องใช้เวลาในการเตรียมการเรียนการสอนมากขึ้น ผู้ปกครองก็ได้รับผลกระทบเช่นกัน ในช่วงแรกของการระบาดอาจยังไม่ได้รับผลกระทบที่ชัดเจน แต่เมื่อเกิดการระบาดในระลอกถัดมาซึ่งรุนแรงขึ้นและยืดเยื้อยาวนาน ทำให้แต่ละครอบครัวได้รับผลกระทบที่แตกต่างกันไปตามสภาพพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ปกครองและเด็ก

กรณีกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงฝ่าฝืนไม่กักตัวที่บ้าน: กรณีที่กลุ่มเสี่ยงฝ่าฝืนไม่ยอมกักตัวอยู่ภายในบริเวณบ้าน แต่ออกไปเดินซื้อของปะปนกับคนอื่น ๆ ชาวชุมชนที่พบเห็นจะบอกผู้นำชุมชนหรือบุคคลที่ผู้ฝ่าฝืนให้ความเคารพนับถือ ไปตักเตือนเป็นการส่วนตัว บางครั้งหากมีหลายรายก็ประกาศขอความร่วมมือผ่านเสียงตามสายโดยไม่ระบุตัวผู้ฝ่าฝืน แต่ถ้าหากกลุ่มผู้ฝ่าฝืนยังไม่ให้ความร่วมมืออีกจะใช้มาตรการทางสังคมที่หนักขึ้น เช่น การตัดความช่วยเหลือเรื่องการส่งอาหารไปให้ในช่วงการกักตัว เป็นต้น

กรณีการปฏิบัติศาสนกิจที่มัสยิด: พบว่า คณะกรรมการมัสยิดและชาวชุมชน มีการปรับตัวต่อสถานการณ์อย่างเคร่งครัดตามมาตรการต่างๆ ที่หน่วยงานภาครัฐและองค์กรศาสนากำหนดในแต่ละช่วงเวลาของการระบาด กล่าวคือ

ในช่วงแรกของการระบาด ชาวชุมชนยังสามารถมามัสยิดเพื่อปฏิบัติศาสนกิจได้ แต่จำกัดผู้เข้าร่วมและกิจกรรม และต้องปฏิบัติตามมาตรการการเฝ้าระวังและป้องกันอย่างเคร่งครัด ต่อมาในช่วงที่สถานการณ์การระบาดรุนแรงมากขึ้น การปฏิบัติศาสนกิจที่มัสยิดไม่สามารถทำได้ มัสยิดถูกปิด มีคณะกรรมการมัสยิดเฝ้าระวัง ไม่ให้บุคคลภายนอกเข้ามาภายในมัสยิด ประตุมัสยิดถูกปิดล็อกใส่กุญแจ ชาวชุมชนไม่สามารถใช้เส้นทางเดินขำมัสยิดได้ ต้องเลี่ยงไปใช้เส้นทางอื่นๆ ข้างเคียง

ช่วงสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ทางมัสยิดมีมาตรการสำหรับผู้มาปฏิบัติศาสนกิจที่มัสยิด คือ ให้สวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่อยู่ในมัสยิด มีการตรวจวัดอุณหภูมิก่อนเข้ามัสยิด มีเจลแอลกอฮอล์ไว้บริการ ซึ่งแนวทางการปฏิบัติเพื่อปรับตัวต่อสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 จะแบ่งออกเป็น 2 กรณี ได้แก่ 1) กรณีที่เป็นคนในชุมชนมาละหมาดประจำวัน 5 เวลา จะไม่ค่อยเคร่งครัดในมาตรการมาก เพราะผู้มาปฏิบัติศาสนกิจส่วนใหญ่เป็นคนในชุมชนที่มาละหมาดเป็นประจำอยู่แล้ว ซึ่งคณะกรรมการมัสยิดและคนในชุมชนจะรู้จักและทราบข้อมูลความเสี่ยงเป็นอย่างดี 2) กรณีที่เป็นมุสลิมชาวต่างชาติ เข้ามาปฏิบัติศาสนกิจร่วมด้วย เช่น ละหมาดทางคณะกรรมการมัสยิดจะมีมาตรการที่เคร่งครัดเพิ่มเติมมากขึ้น เช่น มีการลงทะเบียน วัดอุณหภูมิโดยให้มีเจ้าหน้าที่ทำการตรวจวัด เพราะการให้ผู้มาปฏิบัติศาสนกิจเอามือไปแตะเครื่องตรวจวัดอุณหภูมิด้วยตนเองทางคณะกรรมการมัสยิดพิจารณาเห็นว่าไม่มีประโยชน์ เพราะหากผู้มาปฏิบัติศาสนกิจมีอุณหภูมิสูงเกินค่าที่กำหนดเครื่องตรวจวัดอุณหภูมิ ก็จะส่งเสียงร้องตามปกติทั่วไป แต่ไม่มีผู้ใดมาควบคุมดูแล สำหรับวันศุกร์ที่มีการละหมาดร่วมกันนั้น จะมีการลงทะเบียน บันทึกชื่อ นามสกุล เบอร์โทรศัพท์ไว้ การเข้าไปในแถวละหมาด จะเว้นช่วงประมาณ 1.0-1.5 เมตรต่อคน ไม่ใช้เครื่องปรับอากาศแต่ใช้พัดลมแทน เพื่อให้มีการถ่ายเทอากาศในบริเวณมัสยิด

ในกรณีมีผู้เสียชีวิต เนื่องจากชุมชนนี้เป็นชุมชนมุสลิมในเขตเมืองที่มีสุสาน (กุโบร์) อยู่ภายในบริเวณชุมชน คืออยู่ติดกับมัสยิด เมื่อมีผู้เสียชีวิตจะนำศพไปจัดการและฝังด้วยวิธีการฝังปกติทั่วไป กล่าวคือ นำศพบรรจุลงในโลงศพที่ทำมาจากไม้ มีช่างไม้ซึ่งเป็นคนในชุมชนเป็น

ผู้ทำโศกศพ ญาติพี่น้องที่ใกล้ชิด หรือเจ้าหน้าที่ประจำสุสาน ช่วยกันนำศพลงหลุม โดยใช้เชือกสอดประคองใต้โศกศพ แล้วหย่อนลงหลุม แต่เมื่อเกิดสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 และมีกรณีผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 ทำให้คณะกรรมการมัสยิดและชาวชุมชน ต้องปรับเปลี่ยนและปรับตัวต่อสถานการณ์ดังกล่าว โดยในสถานการณ์การระบาดช่วงแรก เจ้าหน้าที่บุคลากรทางการแพทย์/รณูสนธิที่นำศพมาส่งให้ครอบครัวจะช่วยในการจัดการนำศพลงหลุมด้วย คือ เป็นผู้แบกนำศพและหย่อนลงหลุม เพราะเจ้าหน้าที่ประจำสุสานไม่มีอุปกรณ์ป้องกันตนเอง (ชุดพีพีอี) ต่อมาเจ้าหน้าที่ประจำสุสานซื้อชุดกันฝนมาใช้แทนชุดพีพีอี เพราะจำเป็นต้องใช้ เนื่องจากมีกรณีผู้เสียชีวิตจากโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น ซึ่งต่อมาองค์กรหน่วยงานรัฐต่างๆ ได้ให้ความอนุเคราะห์สนับสนุนชุดพีพีอีนำมาบริจาคมอบให้เจ้าหน้าที่ประจำสุสานและชาวชุมชนได้ใช้ในการปฏิบัติงานและจัดการศพ

ในกรณีที่มีผู้เสียชีวิต ทั้งกรณีเสียชีวิตทั่วไปและเสียชีวิตจากโรคโควิด-19 ชาวชุมชนมีแนวทางในการปรับตัวเพื่อปฏิบัติตามมาตรการ/คำสั่งของหน่วยงานราชการและองค์กรศาสนา ดังนี้

กรณีปกติทั่วไป เมื่อมีผู้เสียชีวิต จะต้องการจัดศพตามหลักการศาสนาใน 4 ขั้นตอนที่สำคัญ ได้แก่ การอาบน้ำศพ การห่อศพ การละหมาดขอพรให้แก่ศพ และการฝังศพ ซึ่งโดยปกติทั่วไป เมื่อมีผู้เสียชีวิต ทางชุมชนจะแจ้งข่าวการเสียชีวิต (แจ้งข่าวญาติและหะยี) ให้คนในชุมชนรับรู้ผ่านทางเสียงตามสาย และเชิญชวนให้ชาวชุมชน ญาติพี่น้อง คนรู้จัก มาร่วมกันละหมาดขอพรให้แก่ศพ และฝังศพ ส่วนใหญ่เจ้าภาพมักนำศพมาไว้ที่มัสยิด เพื่ออำนวยความสะดวกในการมาเยี่ยมเยียนศพและจัดการศพ เพราะสังคมในเขตเมือง ลักษณะที่อยู่อาศัยมีความแออัดไม่สะดวกต่อการให้การต้อนรับญาติพี่น้อง คนรู้จักที่มานำศพ วิธีการจัดการศพเป็นไปตามลำดับขั้นตอนจนกระทั่งฝังศพเสร็จเรียบร้อย

สำหรับในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในระลอกต่างๆ โดยเฉพาะระลอกช่วงเดือนเมษายนถึงสิงหาคม พ.ศ.2564 ซึ่งมีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิต ทางมัสยิดมีการปรับตัวในเรื่องการดำเนินการจัดการศพ โดยแยกเป็น 2 กรณี คือ

1. กรณีเมื่อมีผู้เสียชีวิตทั่วไป จะอาบน้ำศพ ห่อศพ โดยนำศพไปวางที่บริเวณห้องโถงด้านนอกของมัสยิด ซึ่งเป็นพื้นที่โล่ง และทำการละหมาดขอพรให้แก่ศพ โดยจำกัดจำนวนผู้เข้าร่วมพิธีละหมาด และฝังศพ รวมทั้งรักษามาตรการการป้องกันและเฝ้าระวังตามคำสั่งของหน่วยงานภาครัฐและสำนักจุฬาราชมนตรี

2. กรณีเมื่อมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 การจัดการศพที่เสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 จะมีการจัดการที่แตกต่างจากในสภาวะการปกติทั่วไป กล่าวคือ จะไม่มีการเปิดศพผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 (งดการอาบน้ำศพ และห่อศพเอง) เพราะทางการแพทย์ได้จัดการและห่อศพตามหลักการทางการแพทย์มาแล้ว เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค ดังนั้น เมื่อรถโรงพยาบาล หรือรถกัญนำศพผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 มาส่ง ศพจะถูกนำมาวางลงบริเวณหน้าสุสาน (กุโบร์) หรือบางครั้งยังคงวางศพไว้บนรถที่มาส่งศพ และทำการละหมาดขอพรให้แก่ศพ ณ บริเวณนั้น แล้วจึงนำศพใส่โลงและฝัง ซึ่งเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่นำศพลงหลุมจะต้องสวมใส่ชุดพีพีอีและอุปกรณ์ป้องกันตนเอง อีกทั้งการทำพิธีศพต้องปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันและเฝ้าระวังตามคำสั่งของหน่วยงานภาครัฐและสำนักจุฬาราชมนตรีอย่างเคร่งครัดด้วย

สรุปและอภิปรายผล

ชาวชุมชนต้องเผชิญปัญหาและได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในทุกด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ และการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข ด้านการศึกษา ด้านสังคม คุณภาพชีวิต และการปรับตัว วิถีชุมชน วัฒนธรรม ประเพณี ศาสนา รวมทั้งด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งระดับของปัญหาและผลกระทบที่แต่ละครอบครัวได้รับจะแตกต่างกันไปตามสภาพบริบททางเศรษฐกิจ สุขภาพ และพื้นฐานวิถีชีวิตเดิมก่อนเกิดการระบาดของโรคโควิด-19 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lertnait & Jitsuchan (2020) ที่พบว่า ผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ได้แพร่กระจายเป็นวงกว้างกับคนทุกกลุ่ม ทุกเพศ และทุกช่วงวัย ไม่เลือกอายุ อาชีพ ระดับการศึกษาฐานะเศรษฐกิจและสังคม แต่ผลกระทบเหล่านี้มีความรุนแรงไม่เท่ากัน คือ กลุ่มคนที่มีความรู้ทางเศรษฐกิจและสังคมมากมักได้รับผลกระทบ

กระทบที่รุนแรงน้อยกว่าคนที่มียึดทุนทางเศรษฐกิจและสังคมที่ต่ำกว่า เนื่องจากมีข้อจำกัดในการป้องกันและปรับตัวที่มีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มเปราะบางมักได้รับผลกระทบมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่กล่าวไว้ว่า วิกฤติสถานการณ์โรคโควิด-19 ได้ทำให้เกิดปัญหาเรื่องสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจไปพร้อมๆ กัน โดยไม่สามารถแยกส่วนปัญหาออกจากกันได้ โดยเฉพาะประเด็นปัญหาด้านเศรษฐกิจ นับว่าเป็นปัญหาลำดับแรกที่มีความสำคัญต่อความอยู่รอดของชีวิตและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งครัวเรือนส่วนใหญ่มีรายได้ลดลง ภาระรายจ่ายและหนี้สิน ทั้งหนี้ในระบบและหนี้นอกระบบเพิ่มขึ้น เพราะตกงานและถูกเลิกจ้าง โดยผู้ทำงานส่วนหนึ่งถูกพักงานหรือเลิกจ้างโดยไม่ได้รับเงินชดเชย และกลุ่มอาชีพที่มีการตกงานและมีรายได้ลดลงมากที่สุด ได้แก่ ลูกจ้างรายวันทั่วไป ผู้ค้าขายรายย่อย หาบเร่แผงลอย และวินมอเตอร์ไซด์รับจ้าง (Chantapong, Thonghuy, & Sukruang, 2020; National Health Commission Office, 2020; National Statistical Office Thailand, Thailand Development Research Institute, & United Nations Children's Fund Organization, 2020; Kittiprapat, Terdudomtham, Pakthanapakorn, & Sokchabok, 2020; Marangsee, Prachanant, Bunjong, Hormnaim, Chodnock, Tangarn et al., 2021)

นอกจากนี้ สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพและการบริการสาธารณสุขอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สอดคล้องกับ National Health Commission Office (2020) กล่าวว่า วิกฤติโรคโควิด-19 ทำให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพ ได้แก่ ประชาชนเจ็บป่วยและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก บุคลากรทางการแพทย์ต้องทำงานหนักมากขึ้น และผลกระทบด้านสังคมทำให้เกิดความตระหนัก ตื่นกลัว อันนำมาสู่ความแตกแยก เกิดการกีดกันสินค้าอุปโภคบริโภค ด้านยาและเวชภัณฑ์ ในช่วงแรกของการระบาด

ส่วนปัญหาและผลกระทบด้านการศึกษา ได้แก่ เด็กเล็ก/นักเรียน และนักศึกษาต้องปรับเปลี่ยนมาเรียนแบบออนไลน์ หรือผสมผสานแทน ครูและบุคลากรทางการศึกษา ต้องปรับเปลี่ยนกระบวนการสอนมาเป็นแบบออนไลน์ หรือแบบผสมผสาน ผู้ปกครองมีภาระต้องดูแล

และติดตามการเรียนการสอนของบุตรหลานมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า นักเรียน/นักศึกษาต้องเรียนออนไลน์มากขึ้น และผู้ปกครองมีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการศึกษาเพิ่มขึ้น เช่น ค่าอินเทอร์เน็ตรายเดือน ค่าอุปกรณ์เทคโนโลยี นักเรียนส่วนใหญ่เสียโอกาสในการเรียนรู้ นักเรียนบางกลุ่มอาจหลุดออกจากระบบการศึกษา โดยเฉพาะนักเรียนที่มีฐานะยากจน เนื่องจากไม่มีรายได้เพียงพอที่จะนำมาใช้ในการสนับสนุนการเรียน ซึ่งทำให้เด็กในครอบครัวที่ยากจนขาดความพร้อมในด้านอุปกรณ์ดิจิทัล อีกทั้งหากเป็นเด็กเล็กในระดับชั้นอนุบาลหรือประถมศึกษา เด็กไม่สามารถเข้าถึงการเรียนในลักษณะนี้ได้ด้วยตนเอง จำเป็นต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่จากผู้ปกครองหรือผู้ดูแล ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระให้แก่ผู้ปกครองเด็ก และอาจทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางการศึกษาเพิ่มมากขึ้น หากผู้ปกครองไม่มีความพร้อมในการช่วยเหลือบุตรหลานของตนในการเรียน (Manlae, Prathum, Kaew-On, & Chamnian, 2021; Vanichanan, 2020; National Statistical Office Thailand, Thailand Development Research Institute, & United Nations Children's Fund Organization, 2020) นอกจากนี้ การที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของรัฐต้องปิดตามมาตรการควบคุมการระบาดของรัฐ ทำให้เด็กไม่ได้รับสิทธิประโยชน์จากอาหารกลางวันและนมที่ทางศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดเตรียมให้ และสอดคล้องกับ Tongkeo (2020) และ Kirdmanee, Tumtavitikul, Wachirasurong, Sukbot, & Teekasap (2020) กล่าวว่า การให้มีการจัดการเรียนการสอนในระบบ E-learning อาจารย์และนักศึกษาอาจพบปัญหาในการถ่ายทอดองค์ความรู้ เนื่องจากไม่คุ้นชินกับระบบนี้ และอาจทำให้เกิดปัญหาต่อผลสัมฤทธิ์ของการเรียนการสอนได้ รวมทั้งส่งผลกระทบต่อคุณภาพของทรัพยากรมนุษย์ในอนาคตได้

ปัญหาและผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม เนื่องจากส่วนใหญ่ชาวชุมชนลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยาย คือ มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมากกว่า 3 คน เมื่อมีสมาชิกคนใดคนหนึ่งติดเชื้อ ส่งผลให้สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวกลายเป็นกลุ่มเสี่ยง เพราะไม่สามารถเว้นระยะห่างทางสังคมภายในบ้านได้ สอดคล้องกับข้อมูลของ Punpueng (2021) ที่พบว่า มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมของภาครัฐใช้ไม่ได้ผลกับประชากรในเขตเมืองที่อาศัย

อยู่ในชุมชนแออัดที่มีความแออัด ความไม่เท่าเทียม และสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันกับข้อมูลของ Department of Mental Health (2021) ที่กล่าวว่า การรักษาตัวที่บ้านไม่ใช่เรื่องง่าย หากระบบกักตัว หรือ รักษาตัวที่บ้านไม่ดีพอ อาจทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อ ไปสู่คนอื่นได้เช่นกัน โดยเฉพาะชุมชนแออัดในเขตเมือง ประชากรมักอยู่ห้องเช่าแคบๆ รวมกัน และหลายกรณี พบการติดเชือกันทั้งครอบครัว อีกทั้งบางรายไม่สามารถ เข้าถึงสิทธิการรักษาในระบบสาธารณสุขได้ ทำให้ขาด โอกาสในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมและไม่ทันต่อสถานการณ์

สำหรับแนวทางการปรับตัวต่อสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 โดยภาพรวม การระบาดระลอกแรก ชาวชุมชนยังไม่มีกรณีผู้ติดเชื้อโควิด-19 จึงอาจทำให้ ยังไม่เกิดความตระหนักในภาพรวมที่ชัดเจน แต่ในช่วง การระบาดระลอกเดือนเมษายน ถึงสิงหาคม พ.ศ. 2564 ซึ่งชาวชุมชนมีกรณีผู้ติดเชื้อและเป็นกลุ่มเสี่ยงจำนวนมาก รวมทั้ง มีผู้เสียชีวิตจากสถานการณ์ในช่วงนี้ จึงทำให้ชาวชุมชน เห็นความสำคัญและมีความตระหนักต่อสถานการณ์ ความรุนแรงของการระบาดมากขึ้น จึงพยายามปรับตัว และปฏิบัติตามมาตรการต่างๆ ของรัฐ รวมทั้งกักตุนชุมชน อย่างเคร่งครัด ด้วยวิธีการที่หลากหลายและสอดคล้อง ตามมาตรการป้องกันและเฝ้าระวังของกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรศาสนา เช่น การเว้นระยะห่างทางสังคม การสวม หน้ากากอนามัยทุกครั้งที่ออกจากบ้าน การล้างมือด้วยสบู่/ เจลแอลกอฮอล์/สเปรย์แอลกอฮอล์บ่อยๆ การงดการเดินทาง ไปยังสถานที่เสี่ยง และงดกิจกรรมการรวมกลุ่มทางสังคม ถือว่าชุมชนสามารถจัดการรับมือและปรับตัวต่อสถานการณ์ ดังกล่าวได้ดีในระดับปานกลางถึงระดับดี สอดคล้องกับ การศึกษาของ Kirdmanee et al. (2020) และ Chobpradit (2020) พบว่า วิกฤติการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ เกิดปัญหาต่อการดำเนินชีวิตของประชาชน ทำให้เกิด ผลกระทบและการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก ทั้งในระยะสั้น และระยะยาว ประชาชนต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต แบบวิถีใหม่ หรือ New normal ที่สอดคล้องภายใต้มาตรการ การป้องกันและเฝ้าระวังโรคของรัฐ เช่น ต้องสวมใส่หน้ากาก อนามัย ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ให้ถูกต้อง

ถูกวิธี ต้องเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) ไม่เข้าไปในสถานที่เสี่ยง หรือสถานที่แออัด เป็นต้น

โดยสรุป ชาวชุมชนแต่ละครัวเรือนต้องเผชิญปัญหา และได้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในทุกมิติ ทั้งด้าน เศรษฐกิจ ด้านสุขภาพและการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข ด้านการศึกษา ด้านสังคม คุณภาพชีวิตและการปรับตัว วิถีชุมชน วัฒนธรรม ประเพณี ศาสนา รวมทั้งด้านสิ่งแวดล้อม แตกต่างกันไปตามสภาพบริบททางเศรษฐกิจ สุขภาพ และ วิถีชีวิต กล่าวคือ ชาวชุมชนที่ต้องเผชิญกับปัญหาเดิม ก่อนสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 เช่น การมี รายได้ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย ไม่มีเงินออม ผู้สูงอายุที่มี โรคเรื้อรัง การไม่สามารถเข้าถึงระบบสวัสดิการและสิทธิ พื้นฐานของรัฐ มักได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม มากกว่าประชาชนทั่วไป ซึ่งปัญหาเดิมเหล่านี้ ถือว่าเป็น ปัจจัยเสี่ยงที่มีความเปราะบางเป็นทุนเดิมและสะท้อน ให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ สังคม และระบบ บริการสุขภาพ โดยเฉพาะประชาชนในชุมชนเขตเมือง อย่างกรุงเทพมหานครที่มีความหลากหลายทางประชากร ระดับฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม ความเชื่อ ความศรัทธา ประเพณี วัฒนธรรม เมื่อเกิดสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 จึงเป็นการตอกย้ำและซ้ำเติมปัญหาเดิม ให้มีความหนักหน่วงรุนแรงมากยิ่งขึ้น อาทิ การเป็นผู้มี รายได้น้อย เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาแต่เดิม และติดเชื้อโรค โควิด-19 ด้วย ส่งผลต่อความรุนแรงและอาการแสดงของโรค รวมทั้งการเฝ้าระวังรักษาฟื้นฟูสุขภาพ กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นผู้ติดเชื้อโควิด-19 บางรายยังมีการและได้รับ ผลกระทบในระยะยาว เช่น มีอาการผอมร่างต้องเข้ารับ การติดตามรักษาเป็นระยะๆ บางรายระบบการทำงานของ ร่างกายไม่สามารถ ทำงานได้ตามปกติ การเรียนออนไลน์ ขาดประสิทธิภาพ เด็กบางรายไม่สามารถเข้าถึงระบบ การศึกษาแบบออนไลน์ได้ ส่งผลต่อพื้นฐานการเรียนรู้ หรือ การนำไปต่อยอดในอนาคต จากสภาพปัญหาผลกระทบ และ ปัจจัยองค์ประกอบต่างๆ ที่เชื่อมโยงเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน อย่างเป็นองค์ภาพย่อมสะท้อนให้เห็นว่า ปัญหาความ เหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ สังคม การเข้าถึงบริการ และ สวัสดิการพื้นฐานต่างๆ ของรัฐ ยังเป็นปัญหาสำคัญที่ต้อง

แก้ไขไปพร้อมๆ กัน นอกจากนี้ ชาวชุมชนบางส่วนได้สะท้อนให้เห็นปัญหา ผลกระทบ และสะท้อนแนวทางในการรับมือกับสถานการณ์ของภาครัฐว่า การช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐมีความล่าช้า ขั้นตอนในการเข้ารับบริการทางการแพทย์และการเข้ารับสวัสดิการการเยียวยาต่างๆ จากภาครัฐ ยังมีความซับซ้อน เข้าถึงได้ยาก บางส่วนแสดงความคิดเห็นว่า การบริหารจัดการของรัฐล้มเหลว ชาวชุมชนเห็นว่า การรอความช่วยเหลือจากภาครัฐเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ ดังนั้น ชุมชนจึงต้องช่วยเหลือกันเองตามสภาพและศักยภาพของชุมชน เช่น ร่วมกันบริจาคให้ความร่วมมือกับมาตรการต่างๆ ของชุมชน มีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะของโรค การป้องกันการติดต่อของโรค การแจ้งการปฏิบัติตนของผู้ติดเชื้อ กลุ่มเสี่ยงต่างๆ รวมถึงการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความรุนแรงของสถานการณ์โรคโควิด-19 ให้กับชาวชุมชนได้รับรู้รับทราบและเป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกันผ่านทางเสียงตามสายเป็นระยะๆ ช่วยกันสอดส่องเป็นหูเป็นตาไม่ให้กลุ่มเสี่ยงออกมาเดินปะปนนอกสถานที่กักตัว เป็นต้น

ข้อมูลที่ได้จากชุมชนกรณีศึกษาซึ่งเป็นชุมชนในเขตเมือง กรุงเทพมหานคร ของงานวิจัยครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมของคนในชุมชน (ทั้งกลุ่มผู้นำชุมชนและชาวชุมชน) การสื่อสารข้อมูลสถานการณ์ของโรคโควิด-19 ที่ถูกต้อง รวดเร็ว และสามารถเข้าถึงประชาชน ด้วยช่องทางที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน การให้ความช่วยเหลือกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบ หรือกลุ่มเปราะบางอย่างทันที่ทั่วถึงและครอบคลุมอย่างทั่วถึงด้วยวิธีการที่เหมาะสมสอดคล้องกับวิถีชุมชน ทรัพยากร และศักยภาพของชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ ประเมินความเสี่ยง เพื่อหาแนวทางในการรับมือกับวิกฤตปัญหาที่เผชิญอยู่ได้อย่างเหมาะสม สามารถลดผลกระทบ ลดความขัดแย้ง และบรรเทาความรุนแรงของปัญหาได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ในส่วนของความเหลื่อมล้ำและความแตกต่างทางบริบทชุมชน ศักยภาพและข้อจำกัดของทรัพยากรที่มีในชุมชน การมีส่วนร่วมของคนในชุมชน การสื่อสารข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง รวดเร็ว และสามารถเข้าถึงประชาชนด้วยช่องทางที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ความเข้มแข็งของกลุ่มผู้นำชุมชน หรือจิตอาสา นำไปถอดบทเรียนเรื่องการมีส่วนร่วมและความเข้มแข็งของชุมชนในการบริหารจัดการกับสถานการณ์โรคโควิด-19 ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการเตรียมความพร้อมและรับมือภัยพิบัติต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้

2. ข้อมูลจากการวิจัย พบว่า การที่คนในชุมชนมีกลุ่มผู้สูงอายุค่อนข้างมาก มีผู้ว่างงานขาดรายได้ ทำให้ค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอต่อรายได้ จึงควรมีการส่งเสริมการสร้างอาชีพ หรือรายได้เสริมให้ผู้ว่างงานขาดรายได้ การดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ความเข้มแข็งของกลุ่มผู้นำชุมชน หรือจิตอาสาเข้าไปพัฒนาหรือเสริมพลังความเข้มแข็งให้กับชุมชนด้วยวิธีการที่สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทและวิถีของชาวชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเชิงลึกกับกลุ่มเปราะบางทางสังคมของชุมชน ว่าได้รับผลกระทบและได้รับการเยียวยาช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐหรือไม่ อย่างไร

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบกับชุมชนเขตเมืองอื่นๆ ที่ไม่ใช่ชุมชนมุสลิม หรืออาจศึกษาเปรียบเทียบกับชุมชนในเขตชนบท

เอกสารอ้างอิง

- Chantapong, S., Thonghuy, T., & Sukruang, K. (2020). *The COVID-19 crisis and a health economics perspective*. Retrieved February 1, 2021, from https://www.bot.or.th/th/research-and-publications/articles-and-publications/articles/Article_07Jul2020.html (in Thai)
- Chobpradit, S. (2020). COVID-19 crisis affect social change. *Journal of Chaiphaphum Review*, 3(2), 1-14. (in Thai)
- Department of Mental Health. (2021). *News from newspapers related to mental health: Treat COVID at home and survival crisis*. Retrieved February 1, 2021, from <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31028> (in Thai)
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2020). *Lecture documents Coronavirus disease 2019 (COVID-19)*. Retrieved May 16, 2021, from https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_km/handout001_12032020.pdf (in Thai)
- Kirdmanee, B., Tumtavitikul, S., Wachirasurong, Y., Sukbot, B., & Teekasap, S. (2020). Concepts and guidelines for solving COVID-19. *Advanced Science Journal*, 20(1), 1-12. (in Thai)
- Kittiprapat, S., Terdudomtham, T., Pakthanapakorn, P., & Sokchabok, P. (2020). *Social impacts of the coronavirus outbreak 2019 (COVID-19) and the economic crisis*. Bangkok: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Social Development and Human Security. (in Thai)
- Lertnitat, C., Hiranyatrakul, P., Noijin, S., & Jitsuchon, S. (2020). *Foreign experience of the epidemic and measures to control the spread of the COVID-19 virus: 5 observations, 4 lessons, 3 successes, 2 turning points, 1 opening the city*. Retrieved February 1, 2021, from <https://tdri.or.th/2020/04/how-countries-worldwide-are-fighting-covid-19/> (in Thai)
- Lertnitat, C., & Jitsuchan, S. (2020). *Vulnerability of vulnerable groups of people under COVID-19*. Bangkok: Thailand Development Research Institute (TDRI). Thailand Development Research Institute (TDRI). (in Thai)
- Manlae, W., Prathum, B., Kaew-On, S., & Chamnian, K. (2021). Effects and adjustment of people during COVID-19 pandemic in Nakhon Sri Thammarat. *Journal of MCU Nakhondhat*, 8(11), 327-340. (in Thai)
- Marangsee, S., Prachanant, P., Bunjong, Y., Hornnaim, N., Chodnock, K., Tangarn, S. et al. (2021). Research project: *The project of new way community adaptation during COVID-19 epidemic situation, Buriram Province*. Retrieved May 30, 2021, from <http://dspace.bru.ac.th/xmlui/handle/123456789/7720> (in Thai)
- National Health Commission Office. (2020). *Looking at Thai society after COVID-19, emphasizing the importance of decentralization, paving the way for national reform*. Social Communication Group, National Health Commission Office (NHCO). Retrieved February 1, 2021, from <https://www.nationalhealth.or.th/en/node/2242> (in Thai)

- National Health Commission Office. (2021). *COVID-19: Reflection of fragility urban health system (Bangkok)*. Retrieved December 15, 2023, from <https://www.nationalhealth.or.th/th/node/3179> (in Thai)
- National Statistical Office Thailand, Thailand Development Research Institute (TDRI), and United Nations Children's Fund Organization (UNICEF Organization). (2020). *Surveying the impact on economic and social conditions from the COVID-19 outbreak situation during 27 April to 18 May 2020*. Retrieved February 1, 2021, from <http://ittdashboard.nso.go.th/covid19survey.php> (in Thai)
- Nuntaboot, K., Boonsawasdgulchai, P., Lekchareon, N., Inthonglang, K., Wongsachan, D., Boonmak, N. et al. (2019). *A guidebook for Thailand community network appraisal program*. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation, Healthy Community Strengthening Section. (in Thai)
- Pinyosinwat, P. (2020). *How to organize teaching and learning in the COVID-19 situation: The lesson learned from abroad to Thai learning management*. Retrieved February 1, 2021, from <https://tdri.or.th/2020/05/examples-of-teaching-and-learning-in-covid-19-pandemic/> (in Thai)
- Punpueng, S. (2021). COVID-19 crisis with urbanity. *Population and Development Newsletter*, 42(1), 1-2. (in Thai)
- Tongkeo, T. (2020). New normal based design in education: Impact of COVID-19. *Journal of Teacher Professional Development*, 1(2), 1-10. (in Thai)
- Tuicharoen, J., Wongprakhob, N., Munsraket, K., & Nimkratoke, T. (2020). Management of the COVID-19 in primary health care settings. *Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong*, 4(3), 1-20. (in Thai)
- Vanichanan, P. (2020). *Basic education in the COVID-19 era: How to open and close schools?*. Bangkok: Thailand Development Research Institute (TDRI). (in Thai)

บทความวิจัย

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

วรรณิสา สำราญเนตร^{1*} พย.ม., สุพรรณษา จิตรสม² ปร.ด. ปญญิตา วัฒนละอพันธ์³ พย.ม.

Received: July 7, 2023

Revised: July 31, 2023

Accepted: August 17, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายร่วมกันของ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วย โรคไตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 120 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามเกี่ยวกับ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน 3) แรงสนับสนุน ทางสังคม และ 4) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณแบบเชิงเส้น

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 93.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.34$, $r = 0.47$ ตามลำดับ) และ แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้ ร้อยละ 22.2 ส่วนการรับรู้ สมรรถนะแห่งตน ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้ ดังนั้น ผลการศึกษาแนะนำว่า บุคลากรทางสุขภาพและครอบครัว ควรให้การสนับสนุนทางสังคมทุกๆ ด้าน ได้แก่ ข้อมูลข่าวสาร อารมณ์ การประเมินค่า และทรัพยากร เพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสม จะสามารถช่วยชะลอ ไตเสื่อมให้ช้าลง

คำสำคัญ: การดูแลตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม โรคไตเรื้อรัง

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จังหวัดมหาสารคาม

² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตตัวซัพพล จังหวัดปทุมธานี

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

* ผู้รับผิดชอบบทความ: wanwisa@smnc.ac.th

Self-efficacy, social support, and self-care behavior in delaying the progression of kidney disease among chronic kidney patients

Wanwisa Samrannet^{1,*} M.N.S., Supansa Jitsom² Ph.D. Poonsiya Wajcharaanunt³ M.N.S.

ABSTRACT

This predictive correlational research was to identify predictors of self-efficacy, social support, and self-care behaviors in delaying the progression of kidney disease among chronic kidney patients. A sample of 120 patients with chronic kidney disease, who received health care services at the non-communicable disease clinic of Non-Sung Hospital, Nakhon Ratchasima Province, was recruited using simple sampling. Data were collected using a questionnaire, which obtained 1) demographic characteristics, 2) self-efficacy, 3) social support, and 4) self-care behavior in delaying the progression of kidney disease among chronic kidney patients. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product-moment correlation, and multiple regression.

The results showed that 93.3% of the sample had overall self-care behavior scores at moderate levels. Self-efficacy and social support were positively correlated with self-care behaviors in delaying the progression of kidney disease among chronic kidney patients, statistically significant at 0.05 ($r = 0.34$, $r = 0.47$, respectively), and social support could predict self-care behaviors by 22.2%. Self-efficacy was unable to predict self-care behaviors in delaying the progression of kidney disease among chronic kidney patients. Therefore, the result suggests that healthcare providers and families should provide support for all aspects of information, emotional, appraisal, and instrumental for patients to be able to make appropriate self-care behavioral changes, which can delay the progression of chronic kidney disease.

Keywords: Self-care behavior, Self-efficacy, Social support, Chronic kidney disease

¹ Lecturer, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, MahaSarakhm Province

² Lecturer, Faculty of Nursing, Western University Watcharapol Campus, Pathum Thani Province

³ Registered Nurse, Non-sung Hospital, Nakhon Ratchasima Province

* Corresponding author: wanwisa@smnc.ac.th

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2560 พบอัตราการชุกอยู่ที่ร้อยละ 9.1 หรือประมาณ 697.5 ล้านคนทั่วโลก (Lai, Wu, Alizargar, Pranata, Tsai, & Hsieh, 2021) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังประมาณ 859,333 ราย (Doommai, Ponpinij, Muangkum, & Masingboon, 2022) สำหรับข้อมูลที่สามารถได้ในโรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้น สาเหตุหลักจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จนเกิดเป็นโรคไตเรื้อรัง จากสถิติข้อมูลการรายงานของระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560-2561 พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่มีค่าไตวายระยะที่ 3-4 ค่าอัตราการกรองที่ไต หรือ GFR (Glomerular Filtration Rate) ลดลง น้อยกว่าร้อยละ 4.0 ผลการรักษาร้อยละ 52.8 ยังมีผู้ป่วยเปลี่ยนระดับจากระยะที่ 3 ไประยะที่ 4 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2564 อยู่ที่ร้อยละ 57.2 71.6 67.5 และ 60.2 ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุที่พบส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ พฤติกรรมการควบคุมโรคประจำตัวไม่เพียงพอ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มหรือมีโซเดียมเป็นส่วนประกอบ เป็นต้น ขาดความรู้ในการป้องกันหรือชะลอความเสื่อมของไตและรักษาโรคไต การได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับยาที่มีผลต่อไต นอกจากนี้พบว่า การติดตามดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมเป็นรายกลุ่ม ยังไม่มีการประเมินปัญหาเป็นรายบุคคล รวมทั้งผู้ป่วยได้รับการคัดกรองและรักษาโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะแรกช้า มีการเสื่อมของไตลดลงอย่างช้าๆ (Janthaporn, Soivong, & Phomphibul, 2019) ทำให้สูญเสียหน้าที่ในการควบคุมสมดุลน้ำ อิเล็กโทรไลต์และกรด-ด่างของร่างกาย จนกระทั่งเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (Jirubapa, 2014)

การชะลอไตเสื่อมเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เป็นการรักษาที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการใช้ยา ด้านการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการจัดการความเครียด เป็นต้น (Thungtong, 2017; Jirubapa, 2014) ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง อาการแสดง และภาวะแทรกซ้อนให้มากขึ้น เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองและสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด และมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม โดยมีบุคลากรทางสุขภาพ หรือครอบครัวเป็นผู้ที่ส่งเสริม สนับสนุนและให้คำแนะนำ หากผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเคร่งครัด จะสามารถชะลอไตเสื่อมได้ดีที่สุด (Pochai, Kingkeaw, & Yomsriken, 2022; Paypat, Pakdevong, & Binhosen, 2021) และคงไว้ซึ่งหน้าที่ของไตที่เหลืออยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ชะลอไม่ให้ดำเนินโรคเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ช่วยยืดระยะเวลาบำบัดทดแทนไต ลดอัตราการตายจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน (Juntachat, Meepan, & Jabprapai, 2018)

การจัดการตนเองเป็นกระบวนการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงมุมมองเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเอง ทำให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีทักษะในการแก้ปัญหา เกิดความมั่นใจที่จะลงมือทำ (Juntachat et al., 2018) เป็นความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค (Lai et al., 2021; Pochai et al., 2022) โดยใช้การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) เป็นการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการจัดการและกระทำกิจกรรมให้สำเร็จตามที่เป้าหมายที่มุ่งหวังไว้ (Bandura, 1997) และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลที่ก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน การได้รับ

การดูแลเอาใจใส่ ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้ได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร (House, 1981) โดยบุคลากรทางสุขภาพและครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือ สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง (Chinnor, Deepanya, & Phunsanawun, 2021) โดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มโรคไตเรื้อรัง ที่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพิ่มยิ่งขึ้น (Jirubapa, 2014)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ (Paypat et al., 2021; Hanpaiboon, & Pratoomsot, 2019; Lai et al., 2021; Mousa, Ataba, Al-ali, Alkaiyat, & Zyound, 2018) ผู้ป่วยที่มีความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนสูง จะรับรู้อุปสรรคลดลงเนื่องจากมีความเข้าใจและตระหนักในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะรักษาและจัดการโรคของตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรด้านสุขภาพ ครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิดในการให้คำแนะนำ วัตถุประสงค์ของเงินร่วมกับการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้ได้รับความสะดวก มีผลต่อการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามกิจกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้น ทีมสุขภาพจึงควรเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยและส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไตให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถดำเนินชีวิตใกล้เคียงกับข้อจำกัดที่มีอยู่อย่างเหมาะสม (Janthaporn et al., 2019)

จากความสำคัญของพฤติกรรมในการดูแลตนเองและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมและปัญหาการดำเนินงานในแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม

การดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ดีขึ้น อันจะช่วยส่งเสริมการชะลอไตเสื่อมไม่ให้ดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นระยะที่มีอาการของโรครุนแรงและจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายร่วมกันของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

สมมติฐานการวิจัย

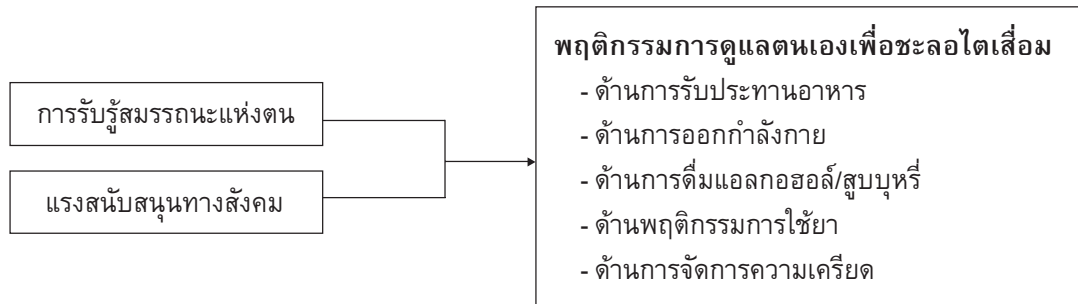
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีมาเป็นกรอบในการศึกษาโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการตนเอง (Self-efficacy) ของแบนดูรา (Bandura, 1998) ซึ่งเป็นการรับรู้ความสามารถของตนที่จะจัดการและกระทำกิจกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมายที่มุ่งหวังไว้ และแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลที่ก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (House, 1981) โดยพฤติกรรมในการดูแลตนเองเป็นการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อให้สามารถควบคุมอาการและปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง ดังนั้น

หากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี เป็นปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมและถือเป็นแรงจูงใจที่สำคัญในการ

ดูแลตนเอง สามารถชะลอไตเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังกรอบแนวคิดของการวิจัย (ภาพ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่ยังไม่ได้ได้รับการบำบัดทดแทนไต และมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power version 3.1.9.2 กำหนดขนาดอิทธิพล อยู่ในระดับปานกลาง (Moderate effect size) เท่ากับ 0.15 สำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 กำหนดระดับความเชื่อมั่น (α) เท่ากับ 0.05 ดังนั้น ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้จำนวน 107 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มอีกร้อยละ 10.0 เพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 คน

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการอย่างง่าย (Simple random sampling method) จากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มีชื่ออยู่ในข้อมูล

ประวัติทะเบียน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มีอัตราการกรองไตอยู่ระหว่าง 15-59 ml/min/1.73 m² 2) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 3) มีการรับรู้สถิติสุขภาพดี สามารถตอบคำถามได้ด้วยตนเอง และ 4) มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ มีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการกำเริบจากโรค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเลือกตอบ (Checklist) จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษา ระยะเวลาของการเป็นโรคไตเรื้อรัง โรคร่วมและปัจจัยส่งเสริมความเสี่ยงของไต (การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การกลืนปัสสาวะ การดื่มน้ำ การรับประทานยาแก้ปวด (NSAIDs) ยาสมุนไพร และอาหารเสริม)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เป็นแบบประเมินที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Bandura (1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถ

ของตนเองที่จะจัดการหรือดำเนินการกระทำพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อม เป็นข้อคำถาม จำนวน 8 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ มั่นใจมาก มั่นใจปานกลาง มั่นใจน้อย และไม่มั่นใจเลย นำมาจำแนกระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การให้คะแนนของ Best (1977) คือ ระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00) และระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เป็นแบบสอบถามที่พัฒนามาจากแนวคิดของ House (1981) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง หมายถึง แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว คนใกล้ชิด บุคลากรทางสุขภาพ ในการสนับสนุนและดูแลให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม เป็นข้อคำถาม จำนวน 8 ข้อ ครอบคลุมด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ เป็นจริงมาก เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงน้อย และไม่เป็นจริงเลย นำมาจำแนกระดับคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม เป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การให้คะแนนของ Best (1977) คือ ระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00) และระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์ข้อคำถามจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 20 ข้อ ทั้งทางบวกและทางลบ ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คะแนน 1-4 โดย 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย 2 หมายถึง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง 3 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง และ 4 หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง ตามความถี่ของการปฏิบัติตัวในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 4 ข้อ 3) ด้านการใช้ยา จำนวน 4 ข้อ 4) ด้านการดื่มแอลกอฮอล์/สูบบุหรี่ จำนวน 4 ข้อ

และ 5) ด้านการจัดการความเครียด จำนวน 3 ข้อ นำมาจำแนกระดับคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม เป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การให้คะแนนของ Best (1977) คือ ระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00) และระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาหัวข้อ (Content validity index for items: I-CVI) จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับไต จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคไต จำนวน 1 ท่าน ได้ค่าเท่ากับ 0.85 ซึ่งมีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ดี และผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนที่ 2-4 เท่ากับ 0.70 0.71 และ 0.75 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองตามแนวทางการพิทักษ์สิทธิจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ NRPH 089 ให้ไว้ ณ วันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2565 เมื่อผ่านการพิจารณาแล้วผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ ในระหว่างเก็บข้อมูลสามารถยุติการให้ความร่วมมือได้ตลอดเวลาและไม่มีผลกระทบต่อการบริการและรักษาพยาบาลที่พึงได้รับ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยใช้รหัสและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้อนุมัติการพิจารณาจริยธรรมแล้ว ประสานงานเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อนัดหมายกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์และการเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งอธิบายถึงสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย จากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามจำนวนที่กำหนดไว้ โดยแจกแบบสอบถามให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสอบถาม และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างก่อนนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีขั้นตอนในการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง วิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficients) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3. อำนาจการทำนายร่วมกันของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง วิเคราะห์โดยใช้สถิติทดสอบความพหุคูณ (Multiple regression analysis) คัดเลือกตัวแปรด้วยวิธี Enter กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.8 มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 89.2 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 62.5 จบชั้นระดับประถมศึกษา ร้อยละ 90.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 64.2 รายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 84.2 ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 80.0 ระยะเวลาของการเป็นโรคไตเรื้อรัง 1-5 ปี ร้อยละ 59.2 มีโรคร่วม 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 87.5 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 68.2 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 28.2 และปัจจัยส่งเสริมความเสี่ยงของไต 3 อันดับแรก ได้แก่ การดื่มน้ำน้อย ร้อยละ 15.0 การรับประทานยาแก้ปวด (NSAIDs) ร้อยละ 10.0 และการใช้ยาสมุนไพร ร้อยละ 7.5

2. พฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม พบว่า พฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 93.3 (Mean = 2.28, S.D. = 0.21) และจำแนกตามรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คือ ด้านการดื่มแอลกอฮอล์/การสูบบุหรี่ ร้อยละ 95.0 (Mean = 1.36, S.D. = 0.32) ด้านพฤติกรรม การใช้ยา ร้อยละ 84.2 (Mean = 1.83, S.D. = 0.33) ระดับปานกลาง คือ ด้านการรับประทานอาหาร ร้อยละ 34.2 (Mean = 2.28 S.D. = 0.34) และด้านการจัดการความเครียด ร้อยละ 72.5 (Mean = 3.04, S.D. = 0.42) และอยู่ในระดับต่ำ คือ ด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 53.3 (Mean = 3.05, S.D. = 0.58) ดังตาราง 1

ตาราง 1 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำแนกโดยรวมและรายด้าน (n = 120)

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	Mean $\pm$ S.D.	ดี	ปานกลาง	ต่ำ
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านการรับประทานอาหาร	2.28 $\pm$ 0.34	0 (0.0)	41 (34.2)	39 (32.5)
ด้านการออกกำลังกาย	3.05 $\pm$ 0.58	6 (5.0)	50 (41.7)	64 (53.3)
ด้านการดื่มแอลกอฮอล์/การสูบบุหรี่	1.36 $\pm$ 0.32	114 (95.0)	6 (5.0)	0 (0.0)
ด้านพฤติกรรมการใช้ยา	1.83 $\pm$ 0.33	101 (84.2)	19 (15.8)	0 (0.0)
ด้านการจัดการความเครียด	3.04 $\pm$ 0.42	31 (25.8)	87 (72.5)	2 (1.7)
โดยรวม	2.28 $\pm$ 0.21	0 (0.0)	112 (93.3)	8 (6.7)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคมพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.34$, $p\text{-value} < 0.001$) และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง ($r = 0.47$, $p\text{-value} < 0.001$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (n = 120)

ตัวแปร	พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	0.34	< 0.001*	ต่ำ
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	0.47	< 0.001*	ปานกลาง

*p-value < 0.05

4. อำนาจทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม จากการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้น เพื่อหาอำนาจทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแรง

สนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง มี 1 ตัวแปร คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.431$, $p\text{-value} < 0.001$) ดังตาราง 3

ตาราง 3 อำนาจการทำนายร่วมกันของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (n = 120)

ตัวแปร	B	SE	Beta	t	p-value	95% CI of B	
						Lower	Upper
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.880	0.226	0.431	3.893	< 0.001	0.432	1.328
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	0.122	0.235	0.057	0.518	0.605	-0.343	0.587

Constant = 20.240, $R^2 = 0.222$, Adjusted $R^2 = 0.209$, $F = 16.730$, $p\text{-value} < 0.001$

สรุปและอภิปรายผล

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม
 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 93.3 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุสภาพร่างกายมีการเสื่อมถอยไปตามกาลเวลา ทำให้มีข้อจำกัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมและถูกต้อง จำเป็นต้องพึ่งพาบุตรหลานในการดูแลสุขภาพ และส่วนใหญ่ จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ซึ่งพออ่านออก เขียนได้ การเรียนรู้หรือหาข้อมูลการดูแลสุขภาพ อาจจะได้ไม่เพียงพอและอาจเกิดจากความเคยชิน ทำให้ผู้ป่วยยังคงปฏิบัติเช่นเดิม เพราะคิดว่าเป็นเรื่อง ยุ่งยาก ไม่มีความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิต ถึงแม้ จะได้รับความรู้ คำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพ การปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองยังไม่ต่อเนื่อง ไม่สม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Unaphak, & Rattanamanee (2015) พบว่า ระดับพฤติกรรม การปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.7 ซึ่งมีผู้ป่วยบางส่วนไม่ทราบว่าต้องปฏิบัติตัว เช่นใด จึงจะสามารถชะลอไตเสื่อมได้และไม่ทราบว่า ตนเองเป็นโรคไตเรื้อรังระยะใด ทำให้ขาดความตระหนัก ในการดูแลตนเอง และ Doonmai et al. (2022) พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมอยู่ในระดับ ปานกลาง (Mean = 41.29) ซึ่งวัฒนธรรมการรับประทาน อาหารของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการ บริโภคอาหารทอดและปรุงอาหารด้วยน้ำมันที่มี ไขมันอิ่มตัวอยู่ในระดับค่อนข้างสูง มากกว่า 1 วันสัปดาห์ และนิยมบริโภคปลาร้าที่มีโซเดียมสูง นอกจากนี้

Janthapuek & Chopsiang (2020) พบว่า พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการชะลอไตเสื่อม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 56.53, S.D. = 8.22) เนื่องจากยังไม่มีอาการแสดงของโรคหรือมีอาการ เพียงเล็กน้อย การดำเนินของโรคยังไม่ส่งผลกระทบ ต่อวิถีการดำเนินชีวิต จะเห็นได้ว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ เกี่ยวกับโรคของตนเอง การปฏิบัติตัวหรือการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนอยู่บ้าง แต่แนวทางปฏิบัติในการจัดการ ตนเองยังไม่เพียงพอ ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพควร ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้ ความเข้าใจ ให้มีความมั่นใจและตระหนักถึงความสำคัญในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ต่อไป

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแล ตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม
 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อชะลอไตเสื่อม ($r = 0.34$) อธิบายได้ว่า การรับรู้ สมรรถนะแห่งตน เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของ ตนเองที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะอดทนต่อ ความยากลำบากและอุปสรรค จนสามารถเกิดพฤติกรรม ที่ดีในการป้องกันโรคได้ (Jannoom, Rattanagreetakul, & Lawang, 2021) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะได้รับความรู้เกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อม เช่น การรับประทาน อาหารที่เหมาะสม การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น จากบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งทำให้ผู้ป่วย

มีความรู้ ความมั่นใจในการดูแลตนเองอยู่บ้าง มีการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง และไปพบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Paypat et al. (2021) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการชะลอไตเสื่อม ($r = 0.665$) เนื่องจากผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะสามารถไปตรวจรักษาตามแพทย์นัดและแสวงหาวิธีการต่างๆ ที่ใช้จัดการกับอาการหรือผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้ และปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต เพื่อจัดการกับสภาวะโรคได้ด้วยตนเอง และ Moktan, Leelacharas, & Prapaipanich (2019); Unaphak, & Rattanamanee (2015) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนฟอกเลือด ($r = 0.39$ และ 0.22 ตามลำดับ) นอกจากนี้ Wu, Hsieh, Lin, & Tsai (2016) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ($r = 0.44$) จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมเพิ่มขึ้น ดังนั้น การเสริมสร้างพลังการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้เพิ่มมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตนเองและมีความมั่นใจในตนเองในการดูแลและป้องกันโรค เช่น การควบคุมอาหารที่เหมาะสมกับโรค การรับประทานยาตรงตามเวลา การจัดการความเครียด การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น ซึ่งความสามารถของตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถบรรลุในพฤติกรรมที่คาดหวังได้ ผ่านแรงจูงใจการรับรู้และกระบวนการตัดสินใจ จะมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ก็จะสามารถชะลอไตเสื่อมได้

แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง ($r = 0.47$) อธิบายได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ถึงการได้รับการช่วยเหลือการสนับสนุนจากบุคคลต่างๆ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ตลอดจนบุคลากรสุขภาพ ซึ่งให้การสนับสนุนเกี่ยวกับความรัก ความห่วงใย ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร เพื่อการเรียนรู้ และการประเมินตนเอง (House, 1981)

ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุและอาศัยอยู่ในเขตชนบท ผู้ดูแลมักจะให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ แทน ร่วมกับการที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับกำลังใจ การดูแลเอาใจใส่ คำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเอง การส่งเสริมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Vorapo (2020) พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากไต ($r = 0.24$) และ Chen, Chang, Liu, Ho, Weng, & Tsai (2018) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง นอกจากนี้ Krajachan, Duangpaeng, & Masingboon (2018) พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ($r = 0.50$) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับครอบครัว ได้แก่ สามี ภรรยา หรือบุตร จึงมีผู้ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง รวมทั้ง ยังมีบุคลากรทางสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักโภชนาการ ในการให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษา นอกจากนี้ ยังพบว่าการได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองจากสังคมรอบข้างและครอบครัว และหน่วยงานสาธารณสุขในการควบคุมกำกับดูแลตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะสามารถช่วยชะลอไตเสื่อมให้ช้าลง (Thungtong, 2017) ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพควรมีการประเมินปัญหาของผู้ป่วยให้ได้ตรงตามความต้องการ ค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสื่อมของไต พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด การช้ยา การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงยาหรือสารพิษที่ทำลายไต เช่น ยาแก้ปวดยา แก๊อิกเสบ (NSAIDs) ยาชุด ยาต้ม ยาหม้อ และสมุนไพร เป็นต้น เพื่อสามารถให้การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม ร่วมกับการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย

3. อำนาจทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง แรงสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถ

ร่วมทำนายนพคุณกรรมคุณดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ได้ร้อยละ 22.2 โดยแรงสนับสนุนทางสังคมทำนายนพคุณกรรมคุณดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย อาศัยอยู่กับสามี ภรรยา หรือบุตรหลาน ผู้ดูแลมักจะให้การช่วยเหลือ สนับสนุนในการทำกิจกรรมต่างๆ แทนผู้ป่วย อาทิ การประกอบอาหาร การรับประทานยา ช่วยอำนวยความสะดวกในการไปตรวจรักษา อีกทั้ง การได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวจากบุคลากรสุขภาพ และมักเป็นการดูแลในลักษณะแบบปกป้อง ช่วยเหลือเกือบทั้งหมด ทำให้รู้สึกว่าคุณได้รับการดูแลเอาใจใส่ห่วงใย มีสัมพันธภาพที่ดี ซึ่งจะมีผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความรุนแรงของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ชะลอการเสื่อมของไต ไม่ให้การดำเนินชีวิตของโรคเป็นไปในระดับที่รุนแรงมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Yoomuang & Suphannakul (2023), Maneesri, Masingboon, & Chaimongkol (2023) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายนพคุณกรรมการจัดการตนเองที่สำคัญในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โดยผู้ดูแลในครอบครัวได้เรียนรู้วิธีช่วยเหลือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ดีขึ้น รวมถึง พยาธิสภาพ อาหาร การออกกำลังกาย การบรรเทาความเครียดและยา มีความมั่นใจมากขึ้นในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นโรคไตเรื้อรัง และมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน ดำเนินการ ติดตามตนเอง และประเมินผล การปฏิบัติงาน บุคลากรทางสุขภาพให้คำแนะนำเพิ่มเติม และให้การสนับสนุนผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ Suwanpukdee & Wangwonsin (2021) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายนพคุณกรรมคุณดูแลตนเองซึ่งการที่บุคคลได้รับคำแนะนำ ได้รับกำลังใจจากบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว และบุคคลที่เป็นโรคเดียวกันนั้น มีผลให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้ ตลอดจนเป็นการเสริมพลังให้กับผู้ป่วยในการชะลอไตเสื่อมได้ ส่วนปัจจัยที่ทำนายนพคุณกรรมคุณดูแลตนเองได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา อธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มากกว่า 60 ปี อาจมีการเปลี่ยนแปลง

ตามกระบวนการความชราหลายประการ เช่น การมองเห็นลดลง การเคลื่อนไหว หรือทำกิจกรรมได้ลดลง ร่วมกับมีข้อจำกัดในทักษะการอ่าน การทำความเข้าใจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีผลให้กระบวนการคิดและการตัดสินใจที่นำไปสู่การปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพตนเองได้ไม่ดีเท่าที่ควร ประกอบกับระยะเวลาการเป็นโรคไตเรื้อรัง 1-5 ปี ยังไม่มีอาการทางคลินิก นอกจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการเท่านั้น ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้ถึงความคิดปกติ ยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต อาจทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองในการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมไม่ดีพอ

ดังนั้น การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่สามารถทำนายนพคุณกรรมคุณดูแลสุขภาพตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมโดยบุคลากรทางสุขภาพ ควรมีส่วนร่วมในการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อพัฒนาความรู้ให้กับผู้ป่วยปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อโรคให้ดีขึ้น รวมถึงการดึงครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การช่วยกระตุ้นผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเอง และให้การสนับสนุนด้านต่างๆ เช่น การติดต่อประสานงาน การแสวงหาค่าใช้จ่าย การสนับสนุนทางจิตสังคม รวมทั้งการให้การดูแลตามแผนการรักษา เช่น การให้รับประทานยาเฉพาะโรค การให้ยาตามเวลา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมโดยอาศัยความรู้และทักษะต่างๆ ซึ่งอาจได้มาจากการเรียนรู้ของตัวบุคคลเอง หรือได้รับจากบุคคลอื่นในการควบคุมตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตประจำวันอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย โดยเฉพาะครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วย จัดกิจกรรมให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลสุขภาพ วิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยเฉพาะรายและหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกคน เพื่อให้ผู้ป่วย

สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษารูปแบบหรือโปรแกรมในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม เพิ่มระดับความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ และตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Best.(1977). *Research in education*. New Jersey: Prentice Hall.
- Chen, Y. C., Chang, L. C., Liu, C. Y., Ho, Y. F., Weng, S. C., & Tsai, T. I. (2018). The roles of social support and health literacy in self-management among patients with chronic kidney disease. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(3), 265-275.
- Chinnoros, S., Deepanya, C., & Phunsanawun, S. (2021). Social support and quality of life among end-stage renal disease hemodialysis patients. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 31(1), 43-50. (in Thai)
- Doommai, N., Ponpinij, P., Muangkum, S., & Masingboon, K. (2022). Factors influencing behavior for delaying progression of kidney impairment among patients with chronic kidney disease stage 1-3. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 17(4), 378-386. (in Thai)
- Hanpaiboon, K., & Pratoomsoot, C. (2019). Factors influencing patients health behavior for delaying the progress in stage 3-4 chronic kidney disease patients at Khlongkhlong, Kampanghet Province. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 14(2), 53-61. (in Thai)
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. New Jersey: Prentice Hall.
- Jannoom, W., Rattanaagreehakul, S., & Lawang, W., (2021). Factors influencing behaviors for delaying the progression of chronic kidney disease among diabetes persons, Chonburi Province. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 9(1), 44-55. (in Thai)
- Janthaporn, J., Soivong, P., & Phornphibul, P. (2019). Effect of a self-efficacy enhancement program on fluid overload management behavior and decreased glomerular filtration rate among persons with chronic kidney disease receiving non-renal replacement therapy. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 29(3), 66-79. (in Thai)
- Janthapuek, J., & Chopsiang, L. (2020). Relationships between health literacy and self-care behavior to delay the progression of chronic kidney disease among patients with chronic kidney disease stages 1 and 2. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 14(34), 243-158. (in Thai)

- Jirubapa, M. (2014). The slowly progressive chronic kidney disease from adult to elder persons. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 20(2), 5-16. (in Thai)
- Juntachat, A., Meepan, M., & Jabprapai, P. (2018). The development of the self-management program for diabetes mellitus patients with third stage chronic kidney disease. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*, 7(3), 280-291. (in Thai)
- Krajachan, S., Duangpaeng, S., & Masingboon, K. (2018). Factors associates with self-management behaviors among patients with chronic kidney disease stage 1-3 in Trat Province. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 34(1), 14-22. (in Thai)
- Lai, P. C., Wu, S. F. V., Alizargar, J., Pranata, S., Tsai, J. M., & Hsieh, N. C. (2021). Factors influencing self-efficacy and self-management among patients with pre-end-stage renal disease (Pre-ESRD). *Healthcare*, 9(3), 266.
- Maneesri, S., Masingboon, K., & Chaimongkol, N. (2023). Effectiveness of individual and family self-management combined health program for people with stage 3 chronic kidney disease: A randomized controlled trial. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 27(1), 169-184.
- Moktan, S., Leelacharas, S., & Prapaipanich, W. (2019) Knowledge, self-efficacy, self-management behavior of the patients with pre-dialysis chronic kidney disease. *Ramathibodi Medical Journal*, 42(2), 38-48. (in Thai)
- Mousa, I., Ataba, R., Al-ali, K., Alkaiyat, A., & Zyoud, S. H. (2018). Dialysis-related factors are affecting self-efficacy and quality of life in patients on hemodialysis: A cross-sectional study from Palestine. *Renal Replacement Therapy*, 4(21), 1-12.
- Paypat, S., Pakdevong, N., & Binhosen, V. (2021). The association among knowledge, self-efficacy and self-management behavior in patients with chronic kidney disease. *APHEIT Journal of Nursing and Health*, 3(2), 22-36. (in Thai)
- Pochai, S., Kingkeaw, J., & Yomsriken, N. (2022). Self-management behavior of chronic kidney disease patients without dialysis treatment level 1-4 in Pho, Nongkaew and Phonkhwo Sub-District, Mueng District, Sisaket Province. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*, 25(3), 48-57. (in Thai)
- Suwanpukdee, P., & Wangwonsin, A. (2021). Factor affecting self-care behavior for delaying the deterioration of chronic kidney disease among type 2 diabetic patients, Plakraet Sub-District, Bang rakam District, Phitsanulok Province. *Disease Control Journal*, 47(1), 665-663. (in Thai)
- Thungtong, S. (2017). Delayed progression diabetic nephropathy in patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 18 (supplement), 17-24. (in Thai)

- Unaphak, P. & Rattanamanee, K. (2015). The correlation factors of self-care behaviors to prevent complications among patients with chronic kidney disease at Somdet phraphutthalertla Hospital in Samut Songkhram Province, *The Public Health Journal of Burapha University*, 10(2), 44-54. (in Thai)
- Vorapo, N. (2020). *Factors affecting preventive behaviors in preventing diabetic kidney disease of diabetic patients in Thapthan district, Uthaitani Province*. Thesis of Master of Public Health, Naresuan University, Phitsanulok. (in Thai)
- Wu, S. F. V., Hsieh, N. C., Lin, L. J., & Tsai, J. M. (2016). Prediction of self care behavior on the basis of knowledge about chronic kidney disease using self efficacy as a mediator. *Journal of clinical nursing*, 25(17-18), 2609-2618.
- Yoomuang, P., & Suphannakul, P. (2023). Factors predicting self-management behavior among patients with chronic kidney disease stage 3 in Suphanburi Province, Thailand, *Malaysian Journal of Public Health Medicine*, 23(1), 272-278.

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง: การศึกษาแบบเนสต์เทตเคสคอนโทรลของโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร

เจษฎา ชั่งฮัก^{1*} วท.ม., มรุส ทิพยมงคลกุล² Ph.D., ทรงพล ต่อนี้³ Ph.D., วรางคณา พิชัยวงศ์⁴ พ.บ.

Received: May 16, 2023

Revised: July 11, 2023

Accepted: July 28, 2023

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง รูปแบบการศึกษา Matched nested case-control เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 8 แห่ง จากทะเบียนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอายุ 18 ปีขึ้นไป และไม่ได้เป็นวัณโรค โดยกลุ่มโรคที่เป็นกลุ่มศึกษา จำนวน 171 คน คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคหลังจากขึ้นทะเบียนรักษา ไตเรื้อรัง และกลุ่มควบคุมคัดเลือกจาก Risk-set ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีเดียวกับกลุ่มศึกษาและมารับ การตรวจรักษาในวันที่กลุ่มศึกษาได้รับการวินิจฉัย จับคู่ระหว่างคนที่เป็วัณโรคและกลุ่มควบคุมด้วยอายุและเพศ อัตราส่วน 1 ต่อ 1 เคส และคอนโทรล จำนวน 171 คู่ การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาด้วยความถี่ ร้อยละ Chi-square และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยด้วย Conditional logistic regression นำเสนอด้วยค่า Adjusted Odds Ratio (OR_{adj}) และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95.0

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 (OR_{adj} = 8.40, 95% CI = 3.32-21.23) ระยะเวลาการป่วยโรคไตเรื้อรังจนถึง การวินิจฉัยวัณโรค 2-24 เดือน (OR_{adj} = 7.99, 95% CI = 3.85-16.61) และการฟอกไต (OR_{adj} = 5.08, 95% CI = 1.42-18.21) ดังนั้น ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับการตรวจคัดกรองวัณโรคอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะผู้ป่วย ฟอกไตและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนรักษาในระยะ 1 ปี 6 เดือน เพื่อป้องกันการระบาดของวัณโรคในคลินิก โรคไตเรื้อรัง

คำสำคัญ: การฟอกไต โรคไตเรื้อรัง วัณโรค

¹ นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโรคติดเชื้อและวิทยาการระบาดทางสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

⁴ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

* ผู้รับผิดชอบบทความ: chetsada.hue@gmail.com

Risk factors associated with tuberculosis among patients with chronic kidney diseases: A hospital-based nested case-control study Bangkok Metropolitan, Thailand

Chetsada Huenghok^{1,*} M.Sc., Mathuros Tipayamongkhogul² Ph.D., Songpol Tornee³ Ph.D., Warangkana Pichaiwong⁴ M.D.

ABSTRACT

The study aimed to study tuberculosis-related factors among patients with chronic kidney disease (CKD). The matched nested case-control study was conducted in the cohort of chronic kidney disease patients from eight hospitals under the jurisdiction of the Medical Service Department, Bangkok. The CKD comprised CKD patients aged 18 and above, and free from tuberculosis. From the pool of CKD patients, 171 cases who developed tuberculosis after registration were selected. Controls were chosen from a risk-set of CKD patients who remained tuberculosis-free, registered in the same year, and visited the same hospital when a case was diagnosed. The 171 controls were matched one-to-one by sex and age. Descriptive statistics, namely frequency, percentage, and chi-square, were calculated. Conditional logistic regression was used to identify associated factors, and the results were presented in terms of adjusted odds ratio (OR_{adj}) and a 95% confidence interval (95% CI).

The study found that related factors for developing tuberculosis were CKD patients at stages 3-5 of severity ($OR_{adj} = 8.40$, 95% CI = 3.32-21.23) and the duration of CKD until tuberculosis diagnosis of 2-24 months ($OR_{adj} = 7.99$, 95% CI = 3.85-16.61), kidney dialysis ($OR_{adj} = 5.08$, 95% CI = 1.42-18.21). Patients with CKD should undergo regular screening for tuberculosis, especially those undergoing dialysis and patients who were registered not longer than 1 year and 6 months, to prevent the spread of tuberculosis in the kidney disease clinic.

Keywords: Dialysis, Chronic kidney disease, Tuberculosis

¹ Student in Master of Science Program in Public Health Infectious Diseases and Epidemiology, Faculty of Public Health, Mahidol University

² Associate professor, Faculty of Public Health, Mahidol University

³ Assistant professor, Faculty of Physical Education, Srinakharinwirot University

⁴ Assistant professor, Faculty of Medicine, Rangsit University

* Corresponding author: chetsada.hue@gmail.com

Introduction

Chronic Kidney Disease (CKD) has become a major public health problem worldwide (Al-Efraij, Mota, Lunny, Schachter, Cook, & Johnston, 2015; Lv, & Zhang, 2019). In 2017, 697.5 million cases of all stages of CKD and 1.2 million deaths from CKD were reported globally that increased by 29.3% and 41.5% since 1990, respectively (Bikbov, Purcell, Levey, Smith, Abdoli, Abebe et al., 2020). The Thai Screening and Early Evaluation of Kidney Disease (SEEK) reported the prevalence of CKD in Thailand at 17.5% and the highest prevalence was in Bangkok (23.9%). Every year, 20,000 end-stage renal disease (ESRD) cases in Thailand require dialysis treatment. The incidence rate of hemodialysis was 187 permillion population/year and peritoneal dialysis was 159 per million population/year (Kanjanaabuch & Takkavatakarn, 2020). It has widely known that CKD associated with human immunodeficiency frequently occurs among ESRD patients than in the general population (Pahl & Vaziri, 2015). Consequently, infections contribute significantly to co-morbidity and mortality in ESRD patients. Moreover, kidney dialysis induces inflammation and contributes to an altered immune system (Lamarche, Iliuta, & Kitzler, 2019). Tuberculosis is a common opportunistic disease among human immunodeficiency people in particular the high endemic area of tuberculosis (Castro, 1995; Ruangkanchanasetr et al., 2008)

In 2021, World Health Organization (WHO) reported 105,000 new tuberculosis cases and relapsed tuberculosis cases in Thailand (Ministry of Public Health, 2018). Several studies have confirmed that kidney dialysis is associated with an increased risk of tuberculosis and reported a greater risk than the general population (Al-Efraij et al., 2015; Min, Kwon, Jeong, Han, Kim et al.,

2018; Yan, Puyat, Shulha, Clark, Levin, & Johnston, 2021). In United Kingdom study the overall incidence rate of tuberculosis in those without CKD and in those with CKD was 9.89 (7.96-2.30) and 14.63 (12.28-17.42) per 100,000-person-years, respectively (Ruzangi, Iwagami, Smeeth, Mangtani, & Nitsch, 2020). The factors related to tuberculosis in patients with CKD have been studied, but the findings have remained unclear (Cheng, Liao, Lin, Liu, & Lai, 2018). The treatment outcome of tuberculosis in CKD was poor in patients with a low estimated glomerular filtration rate (eGFR) of < 30 ml/min/1.73 m², as successful treatment was 20.0% and death was 50.0%. The treatment outcomes of CKD stages 4 and 5 were poor, with lower successful treatment and higher death rates (Igari, Imasawa, Noguchi, Nagayoshi, Mizuno, Ishikawa et al., 2015). In the country with high double burden of chronic diseases as CKD and infectious diseases as tuberculosis as Thailand, understanding the situation and related factors of tuberculosis would likely provide a crucial information for preventing and controlling tuberculosis among this immunity compromised CKD patients.

Although the association of risk factors in patients with CKD leading to tuberculosis had been studied, the findings remained unclear. Understanding the risk of infectious diseases such as tuberculosis among non-communicable chronic diseases such as CKD would have provided essential information for public health policy makers in the syndemic era. The results of this study provide valuable insights into the risk factors associated with tuberculosis development in patients with CKD. This information can be utilized to implement preventive measures and enhance

tuberculosis screening protocols specifically tailored for CKD patients. By identifying these risk factors, healthcare systems can expedite the process of admitting CKD patients into appropriate healthcare programs.

Objectives

To identify factors associated with tuberculosis among CKD patients in hospitals affiliated of Bangkok Metropolitan Administration.

Methods

This study applied a matched nested case-control design among the cohort of CKD patients aged 18 years old and above who were diagnosed with CKD stage 1-5 by physicians and registered in the hospital database of eight hospitals under jurisdiction of the Medical Service Department, Bangkok Metropolitan Administration from 1 January 2017 to 31 December 2021.

This research protocol was approved by the Ethical Review Committee for Human Research Faculty of Public Health, Mahidol University (Protocol no. MUPH 56/2022) and the Bangkok Metropolitan Administration Ethic Committee (Protocol no. U007h/65_EXP).

Population and sample

Cases were the CKD patients who were diagnosed with tuberculosis after the date of CKD diagnosis. Inclusion criteria of case were the CKD patients who diagnosed of tuberculosis either pulmonary or extrapulmonary tuberculosis from the eight study sites after date of CKD diagnosis and date of diagnosed of tuberculosis was available. Exclusion criteria were transferred-in and out tuberculosis cases were excluded. CKD-related variables are not recorded i.e. CKD treatment, stage of CKD. and the cases did not have matched controls.

Risk-set was the CKD patients registered in the same month, year, and hospital with the case and visited the clinic on the same date that the case was diagnosed with tuberculosis.

The inclusion criteria for controls were CKD patients in the same risk-set as the cases, who were not diagnosed with tuberculosis, and had the same age and sex as the corresponding case. The exclusion criteria included cases where CKD-related variables such as CKD treatment and stage of CKD were not recorded. One control was randomly selected from the risk-set and matched age and sex with cases in ratio of 1:1. In cases where more than one control was matched with a case, simple random sampling was used for control selection. Total of 171 case-control pairs were included and further analyzed. Sample Size (Fleiss, Levin, & Paik, 2013)

$$N = \frac{(M + 1) \left[\frac{Z_{1-\alpha/2}(1 + R) + 2Z_{1-\beta}\sqrt{R}}{R - 1} \right]^2}{2Mk(R + 1)P(1 - P)}$$

R = 2.47 (Odds ratio of dialysis exposure in cases relative to controls) (Shu, Hsu, Lee, Wang, Wu, Yang et al., 2015)

P = 0.10 (Probability of tuberculosis among non-dialysis patients)

M = 1 (Number of matched controls per case)

$Z_{\alpha} = 1.96$ (Significance level 0.05)

$Z_{\beta} = 1.28$ (Power of test 0.80)

$k = 1/[1+(R-1)P]$

N = 152 + 10.0% of compensation for missing data

N case = 168 persons, N control = 168 person

The study included 171 participants per group as this was the number of cases that met the inclusion criteria when the data was exported. Therefore, the researcher selected all 171 cases to form the sample size.

Tools

Data of the patients who visited 8 selected hospitals during the study period were retrieved from the hospital information system called "E-PHIS" identified by ICD10. Case record forms were used to collect data of cases and controls from the E-PHIS. The data from the E-PHIS contained of personal characteristics, risk factors of CKD i.e. stage of CKD, comorbidity, and CKD treatment.

Data collection

The matched nested case-control study was conducted from July to December 2022. Data of cases and controls were recorded in the Hospital Information System called E-PHIS of all study sites. CKD cases by indicating ICD10 (N180-N184), pulmonary tuberculosis, ICD-10 (A15-A16), extrapulmonary tuberculosis ICD-10 (A17-A19), comorbidities i.e. diabetes ICD-10 (E10-E14), COPD, ICD-10 (J44-J449), HIV, ICD-10 (B20-B24), and types of CKD treatment were retrieved from the hospital information system. To retrieved data, we firstly selected tuberculosis cases among CKD cohort and then selected one CKD patient from risk-set with same age and sex with a case. Then we used the code of hospital number to retrieve study variables i.e. occupation, duration of CKD, stage of CKD, type of CKD treatment, and comorbidities.

Data analysis

Characteristics of cases and controls were described i.e. frequency, percentage, and mean (S.D.) The univariate analysis used for the differences of categorical data between case and control using Chi-square and 95% confidence interval were calculated using conditional logistic regression. p-value at < 0.05 considered statistically significant. The multiple conditional logistic regression was used to control other confounding factors as

following steps: first step, only CKD-related factors were in the model. In the second step, we added personal characteristics, and in the final step added comorbidities. A p-value < 0.05 was considered statistically significant.

Comorbidities was categorized into 4 categories including: Tuberculosis-related disease means the CKD patients have a condition/preexisting disease related to tuberculosis, i.e. diabetes mellites (DM), chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and human immunodeficiency virus. Non-tuberculosis-related disease means the CKD patients have the condition that is not related to tuberculosis, i.e. cardiovascular disease (CVD), hypertension (HT), and stroke. Combination group means the CKD patients have co-condition of illness related to Tuberculosis, i.e. DM, COPD. and HIV and not related to TB such as CVD, HT. and Stroke and no comorbidity means the CKD patients who did not have other preexisting diseases. Correlation matrix was used to check collinearity among independent factors, and found that strong correlation between "Stage of CKD" and "Dialysis" (Correlation = 0.587, $p < 0.001$). Then "Dialysis" was selected to add into the multiple conditional logistic regression.

Results

There were 7,058 CKD patient in the cohort met eligible criteria. Among this 7,058, 171 of cases and controls were selected matched by sex and age. Of 171 pair, 108 were males and mean age was 66.68 (S.D. = 13.56). Distribution of occupation between cases and control do not differ (p-value = 0.533). The findings revealed a higher percentage of CKD stages 3-5 among cases than controls (94.7% vs. 73.1%). (p-value < 0.001), a higher percentage of dialysis among cases than controls (24.6% vs. 12.3%). The difference was statistically

significant (p-value = 0.002). Higher percentage of cases among group of CKD duration 2-24 months than controls (69.0% vs. 26.9%). The difference was statistically significant (p-value < 0.001). The study results revealed a higher percentage of

cases in the combination group compared to controls (46.1% vs. 36.4%) followed by not TB-related 46 cases and 56 controls (26.9% vs 32.6%, respectively) (p-value = 0.291) (Table 1).

Table1 Personal characteristics and CKD-related factors in case and control groups

Variable	Case (n = 171)		Control (n = 171)		p-value [†]
	n	%	n	%	
Sex					
Male	108	63.2	108	63.2	
Female	63	36.8	63	36.8	
Age (years)					
25-44	16	9.4	16	9.4	
45-64	52	30.4	52	30.4	
65 above	103	60.2	103	60.2	
Min-Max	28-93		28-93		
Mean $\pm$ S.D.	66.68 $\pm$ 13.56		66.68 $\pm$ 13.56		
Occupation					0.533
Housewives	33	19.3	39	22.8	
Government officer	11	6.5	11	6.5	
Merchant	13	7.6	12	7.1	
Employee	76	44.4	74	43.3	
No data	38	22.2	35	20.3	
Stage of CKD					< 0.001
Stage 1-2	9	5.3	46	26.9	
Stage 3-5	162	94.7	125	73.1	
Type of CKD treatment					0.002
Dialysis	42	24.6	21	12.3	
No dialysis	129	75.4	150	87.7	
Duration of CKD (month)					< 0.001
2-24 months	118	69.0	46	26.9	
25-60 months	53	30.1	125	73.1	
Min-Max	2-55		12-59		
Mean $\pm$ S.D.	18.35 $\pm$ 13.9		37.27 $\pm$ 14.6		

Table1 Personal characteristics and CKD-related factors in case and control groups (Continued)

Variable	Case (n = 171)		Control (n = 171)		p-value [†]
	n	%	n	%	
Comorbidity					0.291
No comorbidity	23	13.5	24	14.0	
No TB related	46	26.9	56	32.6	
TB related	23	13.5	29	17.0	
Combination	79	46.1	62	36.4	

Footnote: [†]p-value is calculated by Chi-square test and p-value < 0.05 is considered statistically significant.

The univariate analysis

There was a statistically significant association between the duration of CKD and tuberculosis (p-value < 0.001). Duration of CKD illness for 2-24 months has greater odds of tuberculosis (OR = 5.00, 95% CI = 3.01-8.29, p-value < 0.001). Similarly, CKD stage 3-5 has significantly greater odds of tuberculosis (OR = 8.40, 95% CI = 3.32-21.23, p-value < 0.001) than stage 1-2. CKD patients who under dialysis has greater odds of tuberculosis than non-dialysis patients (OR = 2.91, 95% CI = 1.47-5.78, p-value = 0.002). The association between occupation, comorbidity and tuberculosis was not statistically significant.

The multivariate analysis

In model 1, there was no statistically significant association observed between occupation and tuberculosis. In model 2, which added duration of 2-24 months and dialysis to the model, there was no statistically significant association observed between occupation and tuberculosis. In contrast, a significant association was observed for duration of 2-24 months (OR_{adj} = 7.45, 95% CI = 3.70-15.01, p-value < 0.001) and dialysis (OR_{adj} = 6.30, 95% CI = 1.81-21.92, p-value = 0.004). In model 3, which added comorbidity to the model, the final model showed that duration of 2-24 months (OR_{adj} = 7.99, 95% CI = 3.85-16.61, p-value < 0.001) and dialysis (OR_{adj} = 5.08, 95% CI = 1.42-18.21, p-value = 0.013) were significant risk factors for tuberculosis. The combination group appeared to be not statistically significant (OR_{adj} = 1.98, 95% CI = 0.64-6.11, p-value = 0.236) (Table 2).

Table 2 The multivariate analysis for the association between risk factors and tuberculosis by controlling potential confounding factors

Variables	Model 1			Model 2			Model 3		
	OR _{adj}	95% CI	p-value	OR _{adj}	95% CI	p-value	OR _{adj}	95% CI	p-value
Occupation									
Housewives	1			1			1		
Government officer	1.32	0.39-4.48	0.651	1.31	0.26-6.62	0.746	1.39	0.26-7.42	0.698
Merchant	1.27	0.42-3.81	0.675	1.20	0.29-5.03	0.801	1.31	0.29-5.83	0.724
Employee	1.17	0.57-2.41	0.671	1.02	0.38-2.73	0.969	1.16	0.41-3.27	0.780
Duration of CKD									
2-24 months				7.45	3.70-15.01	< 0.001	7.99	3.85-16.61	< 0.001
Dialysis				6.30	1.81-21.92	0.004	5.08	1.42-18.21	0.013
Comorbidity									
No comorbidity							1		
No TB related							1.080	0.34-3.45	0.896
TB related							1.00	0.23-4.42	0.999
Combination							1.98	0.64-6.11	0.236

Footnote: Matched by age, sex, and time at risk. Occupation compared with housewives. Duration compared with 25-60 months. Dialysis compared with no dialysis. Comorbidity compared with no comorbidity.

[†]Model 1 contained of occupation.
[‡]Model 2 contained of occupation, duration of CKD, and dialysis.
^{††}Model 3 contained of occupation, duration of CKD, dialysis, and comorbidity.

Discussion and Conclusion

Tuberculosis risk among CKD patients is more significant than normal kidney function. The coexistence of systemic inflammation and immunocompromised are the common implication of the uremic state (Bandiara, Indrasari, Dewi Rengganis, Sukes, Afiatin, et al., 2022). Our study included housewives, government officers, merchants, and employees in both the case and control groups. We found no statistically significant difference in the incidence of tuberculosis between CKD patients (p -value = 0.533). In a study examining risk factors for tuberculosis infection among household contacts in Bangkok, occupation (unemployed, officer, laborer, and merchant) was not significantly associated with the presence of tuberculosis symptoms (Tornee, Kaewkungwal, Fungladda, Silachamroon, Akarasevi, & Sunakorn, 2004). However, a study in Saudi Arabia found that the incidence rate was highest among workers in basic engineering, followed by the agriculture, animal husbandry, fishing, and services. Certain occupations may be associated with exposure to silica dust, which can lead to the development of silicosis and silico-tuberculosis (Semilan, Abugad, Mashat, & Abdel Wahab, 2021). The findings of this study suggested that occupational exposure may not have been a significant risk factor for tuberculosis infection in CKD patients. However, the results of studies conducted in different regions and populations may have varied. Comorbidity was not associated with tuberculosis. In contrast, a previous study showed that diabetes is a common risk factor for acquiring LTBI or developing active tuberculosis (Moran, Baharani, Dedicoat, Robinson, Smith, Bhomra et al., 2018) COPD and HIV were found to have risk factor for developing tuberculosis (Park, Lee, Kim, Lee, Kang, Cho et al., 2019;

Romanowski, Clark, Levin, Cook, & Johnston, 2016). DM is also an independent risk factor for lower respiratory tract infections and predisposes individuals to a higher risk of severe complications. Increased levels of pro-inflammatory cytokines are correlated with increased blood glucose levels, and a delayed adaptive immune response (Cheng, Wang, & Gong, 2022). Multiple diseases and frequent use of medication among patients with chronic diseases can result in lowered immunity and increased susceptibility to tuberculosis infection.

The average duration of tuberculosis development was 18.35 months after CKD diagnosed. In the previous study in England, the median time from diagnosis was 12 months (range 0-192 months) (Ostermann, Palchaudhuri, Riding, Begum, & Milburn, 2016). Most patients who contracted tuberculosis did so within the first year of dialysis initiation (Ali, Dosani, Corbett, Johansson, Charif, Kon et al., 2022).

Stage CKD which had stage 3-5, had the highest risk compared to stage 1-2. It also reported that the risk of tuberculosis increased in patients with CKD stage 3 or above (Shu et al., 2015). Similarly, in the study in Taiwan. The incidence of tuberculosis development tends to increase in patients with a decline in kidney function of CKD stage 3 and beyond, possibly due to the impact on immune function, oxidative stress, and inflammation resulting from reduced renal clearance of toxins. Additionally, Vitamin D insufficiency, which is prevalent among CKD and dialysis patients, may lead to immune dysfunction. The attenuation of immune cells like T cells, B cells, and natural killer cells typically starts in stage 3 CKD, along with a significant buildup of waste products (Shu et al., 2015). Patients with stage 3 or above and dialysis are likely to

develop tuberculosis, mainly because of the impaired cellular immunity characteristic of this condition. Multiple diseases and the often-used drug among patients were the reason for low immunity, and they became susceptible to tuberculosis infection.

This study found higher risk of tuberculosis among dialysis CKD patients. From previous studies, dialysis has a high risk of increased rate ratio of 7.7 compared with the general population (Romanowski et al., 2016). South Africa showed a high incidence of 4.1 times that of the local population (Ndamase, Okpechi, Carrara, Black, Calligaro, & Freercks, 2020). Going in London, it was also found that the risk increased 85-fold in hemodialysis patients and 26-fold in peritoneal dialysis patients (Ostermann, Palchaudhuri, Riding, Begum, & Milburn, 2016). In our study, dialysis had the highest risk compared to no dialysis ($OR_{adj} = 6.30$, 95% CI = 1.81-21.92). The finding can likely be explained by the condition of impaired cellular immunity suppresses the mitogenic response of lymphocytes among the patients with ESRD. Protein malnutrition, zinc, and pyridoxine deficiency, and defects in leukocyte function following exposure to dialysis membranes increase the susceptibility of dialysis patients to tuberculosis (Vikrant, 2019).

Suggestions

Suggestions for applying the research results

The more effective surveillance system to have routine screening in the study suggested the need for aggressive and routine diagnostic measures, including Xpert MTB/RIF tests, among early CKD and those under dialysis. It was essential to make

an early diagnosis for instituting timely and appropriate therapy and preventing TB transmission among this vulnerable group. The factors found to be associated with the occurrence of tuberculosis in patients with CKD can be utilized to develop guidelines for prevention and screening of tuberculosis in CKD patients. Additionally, these findings can be incorporated into collaborative programs with the results of other research studies to prevent tuberculosis infection in CKD patients.

Suggestions for future research

The future studies could be designed to include variables such as salary and living with tuberculosis patients to gain a more complete picture of the factors associated with the disease.

Acknowledgement

We would like to express our gratitude to the director of 8 affiliated hospitals of the Medical Service Department, BMA for providing the data used in this research, and to the staff who facilitated the extraction of the data from the hospital information system.

References

- Al-Efraji, K., Mota, L., Lunny, C., Schachter, M., Cook, V., & Johnston, J. (2015). Risk of active tuberculosis in chronic kidney disease: Asystematic review and meta-analysis. *International Journal of Tuberculosis Lung Disease*, 19(12), 1493-1499. doi:10.5588/ijtld.15.0081
- Ali, M., Dosani, D., Corbett, R., Johansson, L., Charif, R., Kon, O. M., et al. (2022). Diagnosis of tuberculosis in dialysis and kidney transplant patients. *Hemodialysis International*, 26(3), 361-368. doi:10.1111/hdi.13010

- Bandiara, R., Indrasari, A., Dewi Rengganis, A., Sukes, L., Afiatin, A., & Santoso, P. (2022). Risk factors of latent tuberculosis among chronic kidney disease with routine haemodialysis patients. *Journal of Clinical Tuberculosis and Other Mycobacterial Diseases*, 27, 100302. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jctube.2022.100302>
- Bikbov, B., Purcell, C., Levey, A., Smith, M., Abdoli, A., Abebe, M., et al. (2020). Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 395, 709-733. doi:[10.1016/S0140-6736\(20\)30045-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30045-3)
- Castro, K. G. (1995). Tuberculosis as an opportunistic disease in persons infected with human immunodeficiency virus. *Clinical Infectious Disease*, 21 (Supplement_1), S66-S71. doi:[10.1093/clinids/21.Supplement_1.S66](https://doi.org/10.1093/clinids/21.Supplement_1.S66)
- Cheng, K. C., Liao, K. F., Lin, C. L., Liu, C. S., & Lai, S. W. (2018). Chronic kidney disease correlates with increased risk of pulmonary tuberculosis before initiating renal replacement therapy: A cohort study in Taiwan. *Medicine*, 97(39), e12550-e12550. doi:[10.1097/MD.00000000000012550](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000012550)
- Cheng, P., Wang, L., & Gong, W. (2022). Cellular immunity of patients with tuberculosis combined with diabetes. *Journal of Immunology Research*, 2022, 6837745. doi:[10.1155/2022/6837745](https://doi.org/10.1155/2022/6837745)
- Fleiss, J., Levin, B., & Paik, M. C. (2013). Statistical methods for rates and proportions (3rd ed.). Wiley. Retrieved from <https://www.perlego.com/book/1010158/statistical-methods-for-rates-and-proportions-pdf> (Original work published 2013)
- Igari, H., Imasawa, T., Noguchi, N., Nagayoshi, M., Mizuno, S., Ishikawa, S., et al. (2015). Advanced stage of chronic kidney disease is risk of poor treatment outcome for smear-positive pulmonary tuberculosis. *Journal of Infectious and Chemotherapy*, 21(8), 559-563. doi:[10.1016/j.jiac.2015.04.008](https://doi.org/10.1016/j.jiac.2015.04.008)
- Kanjanabuch, T., & Takkavatakarn, K. (2020). Global dialysis perspective: Thailand. *Kidney* 360, 1(7), 671. doi:[10.34067/KID.0000762020](https://doi.org/10.34067/KID.0000762020)
- Lamarche, C., Iliuta, I. A., & Kitzler, T. (2019). Infectious disease risk in dialysis patients: A transdisciplinary approach. *Canadian Journal of Kidney Health and Disease*, 6, 2054358119839080. doi:[10.1177/2054358119839080](https://doi.org/10.1177/2054358119839080)
- Lv, J. C., & Zhang, L. X. (2019). Prevalence and disease burden of chronic kidney disease. *Advances in experimental medicine and biology*, 1165, 3-15. doi:[10.1007/978-981-13-8871-2_1](https://doi.org/10.1007/978-981-13-8871-2_1)
- Min, J., Kwon, S. K., Jeong, H. W., Han, J. H., Kim, Y. J., Kang, M., et al. (2018). End-stage renal disease and risk of active tuberculosis: Anationwide population-based cohort study. *Journal of Korean medical science*, 33(53), e341. doi:[10.3346/jkms.2018.33.e341](https://doi.org/10.3346/jkms.2018.33.e341)
- Ministry of Public Health (2018). *National tuberculosis control programme guidelines*, Thailand, 2018. Nonthaburi.
- Moran, E., Baharani, J., Dedicoat, M., Robinson, E., Smith, G., Bhomra, P., et al. (2018). Risk factors associated with the development of active tuberculosis among patients with advanced chronic kidney disease. *The Journal of infection*, 77(4), 291-295. doi:[10.1016/j.jinf.2018.06.003](https://doi.org/10.1016/j.jinf.2018.06.003)

- Ndamase, S., Okpechi, I., Carrara, H., Black, J., Calligaro, G., & Freercks, R. (2020). Tuberculosis burden in stage 5 chronic kidney disease patients undergoing dialysis therapy at Livingstone Hospital, Port Elizabeth, South Africa. *South Africa. South African medical journal*, 110(5), 422-426. doi:10.7196/SAMJ.2020.v110i5.14035
- Ostermann, M., Palchadhuri, P., Riding, A., Begum, P., & Milburn, H. J. (2016). Incidence of tuberculosis is high in chronic kidney disease patients in South East England and drug resistance common. *Renal Failure*, 38(2), 256-261. doi:10.3109/0886022x.2015.1128290
- Pahl, M. V., & Vaziri, N. D. (2015). Chapter 24-immune function in chronic kidney disease. In P. L. Kimmel & M. E. Rosenberg (Eds.), *Chronic Kidney Disease* (pp. 285-297). San Diego: Academic Press.
- Park, S., Lee, S., Kim, Y., Lee, Y., Kang, M. W., Cho, S., et al. (2019). Association of CKD with incident tuberculosis. *Clinical journal of the American Society of Nephrology: Clinical journal of the American Society of Nephrology*, 14(7), 1002-1010. doi:10.2215/cjn.14471218
- Romanowski, K., Clark, E. G., Levin, A., Cook, V. J., & Johnston, J. C. (2016). Tuberculosis and chronic kidney disease: An emerging global syndemic. *Kidney International*, 90(1), 34-40. doi:https://doi.org/10.1016/j.kint.2016.01.034
- Ruangkanchanasetr, P., Natejumnong, C., Kitpanich, S., Chaiprasert, A., Luesutthiviboon, L., & Supaporn, T. (2008). Prevalence and manifestations of tuberculosis in renal transplant recipients: A single-center experience in Thailand. *Transplantation proceedings*, 40(7), 2380-2381. doi:10.1016/j.transproceed.2008.06.020
- Ruzangi, J., Iwagami, M., Smeeth, L., Mangtani, P., & Nitsch, D. (2020). The association between chronic kidney disease and tuberculosis; A comparative cohort study in England. *BMC Nephrology*, 21(1), 420. doi:10.1186/s12882-020-02065-4
- Semilan, H. M., Abugad, H. A., Mashat, H. M., & Abdel Wahab, M. M. (2021). Epidemiology of tuberculosis among different occupational groups in Makkah region, Saudi Arabia. *Scientific Reports*, 11(1), 12764. doi:10.1038/s41598-021-91879-9
- Shu, C. C., Hsu, C. L., Lee, C. Y., Wang, J. Y., Wu, V. C., Yang, F. J., et al. (2015). Comparison of the prevalence of latent tuberculosis infection among non-dialysis patients with severe chronic kidney disease, patients receiving dialysis, and the dialysis-unit staff: A cross-sectional study. *PLoS One*, 10(4), e0124104. doi:10.1371/journal.pone.0124104
- Tornee, S., Kaewkungwal, J., Fungladda, W., Silachamroon, U., Akarasewi, P., & Sunakorn, P. (2004). Risk factors for tuberculosis infection among household contacts in Bangkok, Thailand. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 35(2), 375-383.
- Vikrant, S. (2019). Tuberculosis in dialysis: Clinical spectrum and outcome from an endemic region. *Hemodialysis International*, 23(1), 88-92. doi:10.1111/hdi.12693
- Yan, M., Puyat, J. H., Shulha, H. P., Clark, E. G., Levin, A., & Johnston, J. C. (2022). Risk of tuberculosis associated with chronic kidney disease: A population-based analysis. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 37(1), 197-198. doi:10.1093/ndt/gfab222

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีงานทำและคุณภาพชีวิตของคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง

นพพร จิตงาม^{1,*} ส.ม., พรเพ็ญ ศิริสัตยะวงศ์² ป.ร.ด., วราภรณ์ บุญเชียง³ ส.ด.

Received: May 22, 2023

Revised: July 12, 2023

Accepted: August 17, 2023

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยแบบผสมผสานเพื่อศึกษาอัตราการมีงานทำและปัจจัยที่มีผลต่อการมีงานทำ และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของคนพิการบาดเจ็บไขสันหลังที่มีงานทำและไม่มีงานทำ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 71 คน เป็นผู้เข้ารับบริการที่ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสภาพการทำงาน แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และแบบประเมินคุณภาพชีวิตชุดข้อมูลสากลคุณภาพชีวิตพื้นฐาน กรณีบาดเจ็บไขสันหลัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์ แมน-วิตนีย์ยู ฟิชเชอร์ และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 73.2) มีอายุเฉลี่ย 41.70 ± 10.76 ปี ประกอบอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 67.6) ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 33.3) รองลงมา คือ รับราชการ พนักงานราชการ และรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 25.0) ปัจจัยที่มีผลต่อการมีงานทำ ได้แก่ ความสามารถในการขับเคลื่อนพาหนะ ทำให้คนพิการบาดเจ็บไขสันหลังมีโอกาสมีงานทำเพิ่มขึ้น 8.17 เท่า ($p\text{-value} = 0.002$; 95% CI = 2.19-30.42) และการได้รับเงินช่วยเหลือ จะทำให้โอกาสมีงานทำลดลง 0.19 เท่า ($p\text{-value} = 0.007$; 95% CI = 0.06-0.63) นอกจากนี้ ยังพบว่า คุณภาพชีวิตของคนพิการบาดเจ็บไขสันหลังที่มีงานทำและไม่มีงานทำมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่ามัธยฐานของคะแนนกลุ่มที่มีงานทำสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีงานทำ ซึ่งให้เห็นว่ากลุ่มที่มีงานทำมีระดับความพึงพอใจในชีวิตที่มากกว่า

คำสำคัญ: การบาดเจ็บไขสันหลัง การมีงานทำ คุณภาพชีวิต

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

³ รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* ผู้รับผิดชอบบทความ: nawaporn2612@gmail.com

Factors influencing employment and quality of life in individuals with spinal cord injury

Nawaporn Jitngam^{1,*} M.P.H., Pornpen Sirisatayawong² Ph.D., Waraporn Boonchieng³ Dr.P.H.

ABSTRACT

This mixed-methods research aimed at studying employment rates and factors affecting employment among individuals with spinal cord injuries, as well as comparing the quality of life between employed and unemployed individuals with spinal cord injuries. The study was conducted on 71 individuals who received services at the Department of Rehabilitation Medicine, Faculty of Medicine, Chiang Mai University from January 2021 to March 2022. Data were collected using personal questionnaires, work status information, the Spinal Cord Independence Measure Version III (SCIM III), and the Quality of Life Basic Data Set (QoL-BDS) questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics, including the Chi-square test, Mann-Whitney U test, Fisher's exact test, as well as inferential statistics such as logistic regression analysis.

The result found that the majority of participants were male (73.2%), with an average age of 41.70 ± 10.76 years. Of these, 67.6% were employed, with the majority working as merchant and business owners (33.3%), followed by government employees (25.0%). The study identified that factors influencing employment included the ability to drive, which increased the chance of employment by 8.17 times ($p\text{-value} = 0.002$; 95% CI = 2.19-30.42), and receiving financial support, which reduced the chance of employment by 0.19 times ($p\text{-value} = 0.007$; 95% CI = 0.06-0.63). Furthermore, the study found a statistically significant difference in quality of life between employed and unemployed individuals, with the median scores of the employed group being higher than the unemployed group, indicating that the employed group had a higher level of life satisfaction.

Keywords: Spinal cord injury, Return to work, Quality of life

¹ Student in Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Chiang Mai University

² Assistant Professor, Department of Occupational Therapy, Faculty of Associated Medical Sciences, Chiang Mai University

³ Associate Professor, Faculty of Public Health, Chiang Mai University

* Corresponding author: nawaporn2612@gmail.com

บทนำ

ในปัจจุบันมีคนพิการบาดเจ็บไขสันหลังทั่วโลกราว 320,000 ถึง 640,000 ราย สำหรับประเทศไทยยังไม่มีรายงานอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บไขสันหลังในระดับประเทศ โดยมีการศึกษาที่เป็นรายงานอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บไขสันหลังเฉพาะพื้นที่ ได้แก่ การศึกษาของ Kovindha (1993) cited in Kovindha (2017) ที่พบความชุกของคนพิการบาดเจ็บไขสันหลังที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ในช่วงปี พ.ศ. 2528-2534 เท่ากับ 23 รายต่อประชากรหนึ่งล้านคนต่อปี คนพิการบาดเจ็บไขสันหลังเป็นผู้ที่มีความบกพร่องของสุขภาพที่เกิดภายหลังได้รับอันตรายโดยสาเหตุหลักมากกว่าร้อยละ 90.0 เกิดจากอุบัติเหตุโดยตรง และร้อยละ 10.0 เกิดจากการมีรอยโรคที่ไขสันหลังซึ่งมักส่งผลให้เกิดความบกพร่องของการทำงานของร่างกาย ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น กรณีที่มีความบกพร่องของความสามารถในการเคลื่อนไหวของขา ย่อมทำให้เกิดข้อจำกัดในการเปลี่ยนอิริยาบถ การเคลื่อนย้ายตนเอง การเดิน การขับชี่ยานพาหนะ และการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน (Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute, 2013) รวมทั้ง อาจต้องเปลี่ยนอาชีพ เปลี่ยนลักษณะงาน หรือบางรายอาจต้องลาออกจากงาน ซึ่งส่งผลต่อรายได้ทั้งของตนเอง ครอบครัว หรือแม้แต่สังคมโดยรวม ทำให้เกิดอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในชุมชนและสังคม เป้าหมายในการบำบัดฟื้นฟูคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง คือ การช่วยให้คนพิการสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด สามารถกลับไปดำเนินชีวิตและมีส่วนร่วมทางสังคมได้

การมีงานทำ หรือการกลับเข้าสู่ตลาดแรงงานเป็นการสะท้อนถึงการมีส่วนร่วมและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่ช่วยให้คนพิการเห็นคุณค่าในตนเอง มีศักดิ์ศรีเช่นเดียวกับบุคคลอื่น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือมีความสุขในการดำเนินชีวิตระยะยาว (Choochart, Vichiansiri, Arayawichanon, & Manimmanakorn, 2015) ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับอัตราการมีงานทำและปัจจัยที่มีผลต่อการมีงานทำของคนพิการบาดเจ็บไขสันหลังในประเทศไทยมีจำนวนจำกัด ส่วนใหญ่เป็นการศึกษา

เฉพาะพื้นที่ เช่น Vongpakorn & Kovindha (2014) ที่ศึกษาปัจจัยปัจจัยและอัตราการมีงานทำของคนพิการบาดเจ็บไขสันหลังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า คนพิการบาดเจ็บไขสันหลังมีอัตราการมีงานทำ ร้อยละ 47.0 โดยมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีงานทำ คือ ความสามารถในการขับชี่ยานพาหนะ โดยผู้ที่มีความสามารถขับชี่ยานพาหนะจะมีโอกาสมีงานทำเพิ่มขึ้น 5.05 เท่า และระยะเวลาหลังได้รับบาดเจ็บไขสันหลังที่เพิ่มขึ้นหนึ่งปี จะเพิ่มโอกาสการมีงานทำ 1.11 เท่า นอกจากนี้ การศึกษาของ Chaisena & Kharmwan (2022) ที่ศึกษาอัตราการมีงานทำของคนพิการบาดเจ็บไขสันหลังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น คิดเป็นร้อยละ 52.2 โดยมีการประกอบอาชีพออนไลน์ ร้อยละ 20.0 ส่วนมากเป็นการทำอาชีพขายของออนไลน์ รองลงมา คือ ขายสินค้าในเกมออนไลน์ รับจ้างเขียนแบบออนไลน์ และเล่นหุ้น ทั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงานที่เกี่ยวข้องกับสื่อออนไลน์ คือ การมีคอมพิวเตอร์ส่วนบุคคลใช้ จะทำให้มีโอกาสมีงานทำเพิ่มขึ้น 6.23 เท่า

ด้วยสังคมปัจจุบันเป็นยุคดิจิทัล ภายใต้ต้นนโยบายไทยแลนด์ 4.0 ที่อินเทอร์เน็ตและสมาร์ตโฟนเข้ามามีอิทธิพลต่อการใช้ชีวิตของมนุษย์ในรูปแบบใหม่ ทำให้ข้อจำกัดด้านเวลาและสถานที่หายไป ส่งผลให้การติดต่อสื่อสาร การเผยแพร่ การจับจ่ายใช้สอย รวมถึงการทำงานหรือการประกอบอาชีพ สามารถทำได้ในทุกที่ทุกเวลา โดยไม่มีความจำเป็นจะต้องเดินทางไปทำงานนอกบ้านเหมือนในอดีต อีกทั้ง พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 (Empowerment of Persons with Disabilities Act, 2007a; Empowerment of Persons with Disabilities Act, 2013b) เพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพคนพิการเพื่อแก้ไขปัญหาในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ จะทำให้คนพิการได้รับสิทธิประโยชน์และการอำนวยความสะดวกเพิ่มขึ้น ด้วยบริบททางสังคมที่เปลี่ยนไปและนโยบายของรัฐที่เอื้อให้คนพิการเข้าทำงาน จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่

จะศึกษาถึงอัตราการมีงานทำ และปัจจัยที่มีผลต่อการมีงานทำ รวมถึงคุณภาพชีวิตของคนพิการบาดเจ็บไขสันหลังที่เข้ารับบริการที่ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นแนวทางในการวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับเข้าสู่ชุมชน และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราการมีงานทำและลักษณะการทำงานของคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีงานทำของคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง
3. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของคนพิการบาดเจ็บไขสันหลังที่มีงานทำและไม่มีงานทำ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยแบบผสมผสาน แบ่งเป็น การวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และแบบประเมินคุณภาพชีวิต ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยใช้กรอบแนวคิด ICF บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการ และสุขภาพ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีงานทำและคุณภาพชีวิตของคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง โดยได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 023/2564

ประชากร คือ คนพิการบาดเจ็บไขสันหลังที่เข้ารับบริการที่ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2563 จำนวน 265 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตร (Wayne, 1995)

$$n = \frac{Np(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + p(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

โดยกำหนด

$Z_{\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น

95% = 1.96

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้ 0.1

p = ค่าสัดส่วนของการมีงานทำ = 0.47 (Vongpakorn & Kovindha (2014)

α = 0.05

N = จำนวนประชากร (265 คน)

ได้กลุ่มตัวอย่าง n = 71 คน

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) บาดเจ็บไขสันหลัง/โรคไขสันหลัง ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 3) สามารถพูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่อง อ่านภาษาไทยได้ 4) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาโดยสมัครใจ 5) ไม่มีภาวะหรือโรคทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยมาก่อน ได้แก่ กลุ่มโรคจิตเภท วิตกกังวล และอารมณ์แปรปรวน และ 6) ไม่มีประวัติได้รับบาดเจ็บทางสมอง

เกณฑ์การถอดถอน คือ ไม่สามารถให้สัมภาษณ์ ได้จนสิ้นสุดการสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ ส่วนที่ 1-3 และการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ ส่วนที่ 4

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วย จำนวน 22 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ฉบับภาษาไทย (Th-SCIM III) เป็นแบบประเมินที่ Wannapakhe, Saenook, Keawjoho, & Amatachaya (2016) แปลจากฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยและพบค่าความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับดี (Cronbach's alpha = 0.88) และค่าความเชื่อมั่น อยู่ในระดับดีเยี่ยม (Intraclass correlation coefficient (ICC) = 0.90) แบบประเมินนี้ใช้ประเมินความสามารถในการทำ

กิจวัตรประจำวัน การหายใจ การขยับถ่าย และการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน ประกอบด้วย 3 หมวด ได้แก่ การดูแลตนเอง มีคะแนนตั้งแต่ 0-20 คะแนน การจัดการการหายใจและการขยับถ่าย มีคะแนนตั้งแต่ 0-40 คะแนน และความสามารถในการเคลื่อนไหวที่มีคะแนนตั้งแต่ 0-40 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ชุดข้อมูลสากล คุณภาพชีวิตพื้นฐานกรณีบาดเจ็บไขสันหลัง ฉบับภาษาไทย Quality of Life Basic Data Set (QoL-BDS) เป็นแบบประเมินที่ Pattanakuhar, Suttinoon, Wongpakaran, & Tongprasert (2020) แปลจากฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และศึกษา พบค่าความสอดคล้องภายใน อยู่ในระดับดี (Cronbach's $\alpha = 0.89$) ความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) อยู่ในระดับปานกลางถึงดี (Spearman's rank correlation coefficient of 0.43-0.57, $p\text{-value} < 0.01$) และค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดีเยี่ยม ($ICC = 0.73-0.86$) แบบประเมินนี้ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 3 ข้อ คำตอบแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0-10 โดยคะแนน 0 คือ ไม่พอใจทั้งหมด และ 10 คือ พอใจทั้งหมด

ส่วนที่ 4 โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยพิจารณาแนวคิดให้ครอบคลุมถึงวัตถุประสงค์ เป็นคำถามปลายเปิด ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีงานทำ หรือไม่มีงานทำ แล้วนำแบบสอบถามที่ได้ไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์ข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยด้านความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำส่วนที่ 1 ของเครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณและส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ของการวิจัยเชิงคุณภาพ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญในการบำบัดฟื้นฟูทางด้านการทำงานของคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง

จำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาเครื่องมือวิจัยจำนวน 1 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องของเนื้อหากับวัตถุประสงค์ ซึ่งได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหากับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ซึ่งหมายความว่า ส่วนที่ 1 ของเครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ และส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ของการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการวิจัย (Rovinelli & Hambleton, 1977)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) หลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คิดเข้า ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้น จึงสอบถามตามแบบสอบถามส่วนที่ 1 ประเมินความสามารถตามเครื่องมือในส่วนที่ 2 จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างอ่านแล้วตอบเครื่องมือในส่วนที่ 3 ด้วยตนเอง และทำการสัมภาษณ์ตามเครื่องมือในส่วนที่ 4 โดยทุกคนที่เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการเก็บข้อมูลทั้งวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพ

2) ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลหลังจากสัมภาษณ์เรียบร้อยแล้ว มาวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัชยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test, Mann-Whitney U test หรือ Fisher's exact test และ Logistic regression analysis เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีงานทำของคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง

3) ใช้ Mann Whitney U test เพื่อวิเคราะห์การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของคนพิการบาดเจ็บไขสันหลังที่มีงานทำและไม่มีการมีงานทำ

4) นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยการจัดกลุ่มข้อมูล (Categories) เนื้อหาที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ ทำการเชื่อมโยงเนื้อหาแต่ละส่วนเข้าด้วยกัน เพื่อหาข้อสรุปและนำไปวิเคราะห์ อภิปรายผลการศึกษา

ผลการวิจัย**ผลการวิจัยเชิงปริมาณ**

คนพิการขาดโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น จำนวน 71 คน มีงานทำ 48 คน คิดเป็นร้อยละ 67.6 จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ พบว่า ระดับการศึกษาหลังได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง (p-value = 0.031) การได้รับ

เงินช่วยเหลือ (p-value = 0.008) การขับขี่ยานพาหนะหลังได้รับบาดเจ็บ (p-value = 0.002) และการใช้อุปกรณ์ช่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน (p-value = 0.015) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 71)

ข้อมูลทั่วไป	ทั้งหมด (n = 71)		มีงานทำ (n = 48)		ไม่มีงานทำ (n = 23)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ							0.441
ชาย	52	73.2	37	77.1	15	65.2	
หญิง	19	26.8	11	22.9	8	34.8	
อายุ (ปี)							0.740
20-29	12	16.9	8	16.7	4	17.4	
30-39	17	23.9	11	22.9	6	26.1	
40-49	23	32.4	15	31.2	8	34.8	
50 ปีขึ้นไป	19	26.8	14	29.2	5	21.7	
Mean $\pm$ S.D.	41.70 $\pm$ 10.76		41.88 $\pm$ 10.67		41.35 $\pm$ 11.17		
Min-Max	22-62		22-58		25-62		
สถานภาพสมรส							1.000
โสด/หย่าร้าง/หม้าย	47	66.2	32	66.7	15	65.2	
คู่	24	33.8	16	33.3	8	34.8	
ระดับการศึกษา							0.388
ก่อนได้รับบาดเจ็บ							
ประถมศึกษา/ต่ำกว่า	16	22.5	9	18.8	7	30.4	
มัธยมศึกษา	33	46.5	22	45.8	11	47.8	
สูงกว่ามัธยมศึกษา	22	31.0	17	35.5	5	21.7	
ระดับการศึกษา							0.031*
หลังได้รับบาดเจ็บ							
ประถมศึกษา/ต่ำกว่า	11	15.5	4	8.3	7	30.4	
มัธยมศึกษา	34	47.9	23	47.9	11	47.8	
สูงกว่ามัธยมศึกษา	26	36.6	21	43.8	5	21.7	
เงินช่วยเหลือ							0.008*
ไม่ได้รับ	42	59.2	34	70.8	8	34.8	
ได้รับ	29	40.8	14	29.2	15	65.2	

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 71) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ทั้งหมด (n = 71)		มีงานทำ (n = 48)		ไม่มีงานทำ (n = 23)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การฝึกอาชีพหลัง ได้รับบาดเจ็บ							0.438
ไม่เคยได้รับการฝึก	53	74.6	34	70.8	19	82.6	
เคยฝึกอาชีพ/กำลังฝึก	18	25.4	14	29.2	4	17.4	
การขับขี่ยานพาหนะ ก่อนได้รับบาดเจ็บ							1.000
ไม่ได้ขับขี่ยานพาหนะ	5	7.0	4	8.3	1	4.3	
ขับขี่ยานพาหนะ	66	93.0	44	91.7	22	95.7	
การขับขี่ยานพาหนะ หลังได้รับบาดเจ็บ							0.002*
ไม่ได้ใช้/ใช้ไม่เป็น	38	53.5	19	39.6	19	82.6	
ได้ใช้/ใช้เป็น	33	46.5	29	60.4	4	17.4	
อุปกรณ์ช่วย							0.015*
ไม่ใช้	56	78.9	42	87.5	14	60.9	
ใช้	15	21.1	6	12.5	9	39.1	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของลักษณะการได้รับบาดเจ็บไขสันหลังของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ระดับไขสันหลังที่ได้รับการบาดเจ็บ (p-value = 0.046) ระยะเวลาที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง (p-value = 0.018) อายุเฉลี่ยขณะได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง (p-value = 0.018)

และคะแนนมาตรฐานของความสามารถในการจัดการด้านการหายใจและระบบขับถ่าย การเคลื่อนไหว และคะแนนรวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงดังตาราง 2

ตาราง 2 ลักษณะการได้รับบาดเจ็บไขสันหลังของกลุ่มตัวอย่าง (n = 71)

ลักษณะการได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง	ทั้งหมด (n = 71)		มีงานทำ (n = 48)		ไม่มีงานทำ (n = 23)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับไขสันหลังที่ได้รับบาดเจ็บ							0.046*
อัมพาตแขนขาสองข้าง	24	33.8	12	25.0	12	52.2	
อัมพาตครึ่งล่าง	47	66.2	36	75.0	11	47.8	
ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บไขสันหลัง							0.508
ระดับ A (พยาธิสภาพชนิดสมบูรณ์)	42	59.2	30	62.5	12	52.2	
ระดับ B (อัมพาตแบบสมบูรณ์)	16	22.5	11	22.9	5	21.7	
ระดับ C (กล้ามเนื้อหลักส่วนใหญ่มีกำลังน้อยกว่าระดับ 3)	7	9.8	3	6.3	4	17.4	
ระดับ D (กล้ามเนื้อหลักส่วนใหญ่มีกำลังตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป)	6	8.5	4	8.3	2	8.7	
สาเหตุการเกิดการบาดเจ็บไขสันหลัง							0.739
อุบัติเหตุ	60	84.5	41	85.4	19	82.6	
โรคของไขสันหลัง	11	15.5	7	14.6	4	17.4	
ระยะเวลาที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง (ปี)							0.018*
1-4	20	28.2	9	18.8	11	47.9	
5-9	16	22.5	10	20.8	6	26.1	
10-14	9	12.7	6	12.5	3	13.0	
≥ 15	26	36.6	23	47.9	3	13.0	
อายุเฉลี่ยขณะได้รับบาดเจ็บ (ปี)	29.56 ± 10.71		27.50 ± 10.70		33.87 ± 9.59		0.018*
คะแนนมัธยฐาน Th-SCIM III							
การดูแลตนเอง	14		16		14		0.059
การจัดการด้านการหายใจและระบบขับถ่าย	28		30		19		0.001*
การเคลื่อนไหว	17		17		15		0.001*
คะแนนรวม	61		62.5		49		0.004*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ในด้านการทำงานของคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง พบว่า ก่อนได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง ส่วนใหญ่มีงานทำ 60 คน (ร้อยละ 84.5) ประกอบอาชีพรับจ้าง 24 คน (ร้อยละ 40.0) รองลงมาคืออาชีพรับราชการ 13 คน (ร้อยละ 21.7) แต่หลังจากได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง

มีอัตราการทำงานลดลง เหลือเพียง 48 คน (ร้อยละ 67.6) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว 16 คน (ร้อยละ 33.3) รองลงมา คือ รับราชการ 12 คน (ร้อยละ 25.0) แสดงดังตาราง 3

ตาราง 3 ลักษณะการทำงานของคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง (n = 71)

ลักษณะการทำงาน	ก่อนได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง		หลังได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ว่างงาน/ไม่มีงานทำ	11	15.5	23	32.4
มีงานทำ	60	84.5	48	67.6
รับราชการ	13	21.7	12	25.0
ลูกจ้างเอกชน	10	16.7	10	20.8
รับจ้าง	24	40.0	6	12.5
เกษตรกรรม	6	10.0	1	2.1
ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว	7	11.7	16	33.3
ทำงานออนไลน์ที่บ้าน	0	0.0	3	6.3

เมื่อนำปัจจัยที่แตกต่างระหว่างกลุ่มที่มีงานทำ และไม่มีงานทำ มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วย Forward stepwise logistic regression เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการมีงานทำ พบว่า ผู้ที่มีความสามารถในการขับเคลื่อนพาหนะมีโอกาสมีงานทำมากกว่าผู้ที่ขับเคลื่อนไม่ได้ 8.17 เท่า (p-value = 0.002; 95% CI = 2.19-30.41)

และการได้รับเงินช่วยเหลือจะทำให้โอกาสมีงานทำ ลดลง 0.19 เท่า (p-value = 0.007; 95% CI = 0.06-0.63) โดยปัจจัยความสามารถในการขับเคลื่อนพาหนะและการได้รับเงินช่วยเหลือ สามารถทำนายการมีงานทำร่วมกัน ร้อยละ 25.1 แสดงดังตาราง 4

ตาราง 4 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีงานทำของคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง (n = 71)

ปัจจัย	β	p-value	Odd ratio	95% CI for odd ratio	
				Lower	Upper
ความสามารถในการขับเคลื่อนพาหนะ	2.10	0.002	8.17	2.19	30.41
การได้รับเงินช่วยเหลือ	-1.65	0.007	0.19	0.06	0.63

$R^2 = 0.251$

จากการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของคนพิการ ภาวะบาดเจ็บไขสันหลังที่มีงานทำและไม่มีการทำงาน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตชุดข้อมูลสากลคุณภาพชีวิตพื้นฐานกรณีบาดเจ็บไขสันหลัง Quality of Life Basic Data Set (QoL- BDS) ฉบับภาษาไทย พบว่า คุณภาพชีวิต

ระหว่างคนพิการบาดเจ็บไขสันหลังทั้งสองกลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านความพอใจกับชีวิตโดยรวม ($p\text{-value} = 0.004$) พอดีกับสุขภาพกาย ($p\text{-value} = 0.004$) และพอดีกับสุขภาพจิต ($p\text{-value} < 0.001$) แสดงดังตาราง 5

ตาราง 5 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของคนพิการบาดเจ็บไขสันหลังที่มีงานทำและไม่มีการทำงาน ($n = 71$)

ค่ามัธยฐานของคะแนน	มีงานทำ ($n = 48$)	ไม่มีงานทำ ($n = 23$)	p- value
ด้านความพอใจกับชีวิตโดยรวม	8.0	5.0	0.004*
ด้านความพอใจกับสุขภาพกาย	7.0	5.0	0.004*
ด้านความพอใจกับสุขภาพจิต	8.0	5.0	< 0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

1. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีงานทำ

1.1 ทศนคติ หรือมุมมองต่อความสามารถของตนเอง โดยคนพิการที่มีงานทำจะมีมุมมองว่าตนเองยังมีความสามารถ เช่น "เมื่อเราก็กังพอยหีบจับได้ เขียนได้บ้าง ก็น่าจะกลับไปทำงานได้ แต่อาจจะได้ไม่คล่องเหมือนเดิม" (นายเอ) "เริ่มยอมรับสภาพตัวเองได้มากขึ้น ต้องออกไปใช้ชีวิตให้เหมือนคนปกติ อยากกลับไปใช้ชีวิตในสังคมเหมือนคนอื่นบ้าง" (นายบี) "แค่ร่างกายเราพิการ แต่สมองเรายังดีอยู่ก็ทำงานได้" (นายซี) ในขณะเดียวกัน คนพิการที่ไม่มีงานทำมีมุมมองว่าตนเองไม่มีความสามารถ เช่น "เคยคิดอยากฆ่าตัวตาย ไม่มีกำลังใจ ท้อแท้ ไม่ได้ทำงาน เพราะลูกชายไม่ให้ไปทำงาน อายุมากแล้ว ทำอะไรก็ลำบาก" (นายดี) "ไม่อยากทำงานเพราะทำอะไรไม่ได้ ไม่มีแรง แม้แต่จะช่วยเหลือตัวเอง สภาพร่างกายไม่พร้อม" (นางอี)

1.2 การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน หรือชุมชนเป็นปัจจัยสิ่งแวดล้อม โดยอาจเป็นการได้รับคำปรึกษา แนะนำวัสดุสิ่งของ หรือด้านจิตใจ โดยคนพิการที่มีงานทำส่วนใหญ่จะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ เช่น "พี่เขยแนะนำว่าที่ทำงานเค้ารับคนพิการ เข้าทำงานเป็นโครงการมูลนิธินวัตกรรมทางสังคม ก็เลยลองไปสมัครงาน" (นางสาวเอฟ) "ตอนอยู่มูลนิธิ

ก็พอเริ่มขี่มอเตอร์ไซด์พ่วงข้างเป็นแล้ว แต่ว่าใช้รถของคนอื่น (เพื่อนในมูลนิธิ) ยังไม่มีรถเป็นของตัวเอง พอเริ่มมีโครงการจ้างงานคนพิการ ก็ทำรถมอเตอร์ไซด์พ่วงข้างของตัวเองจึงได้ออกไปทำงานที่บริษัท" (นางสาวจี) "ไปทำงานทุกวันนี้ได้ก็เพราะพ่อคอยขับรถไปรับส่งให้ ไม่อย่างนั้นก็คงอยู่แต่บ้าน ไม่ได้ไปไหน" (นางสาวเอฟ) ในขณะเดียวกัน คนพิการที่ไม่มีงานทำบางคนมีมุมมองว่า "อยากมีงานทำ แต่พี่สาวไม่สนับสนุน เพราะไม่ชอบให้ใครเข้ามาที่บ้าน เลยไม่ได้เรียนหรือฝึกอะไรเพิ่มเติม ตอนนั้นก็พอมีเพื่อนที่พิการในระดับใกล้เคียงกันสอนใช้ Google home ก็กำลังศึกษาอยู่ เพราะอยู่บ้านกับพี่สาวที่ไม่ค่อยมีเวลามาดูแล ตัวเองก็ช่วยเหลือตัวเองได้ไม่มาก ก็เลยไม่ได้ทำงาน" (นายเอช)

1.3 การมีโอกาสได้รับการฝึกอบรมหรือพัฒนาทักษะฝีมือจะส่งผลต่อการมีงานทำ เช่น คนพิการที่มีงานทำจะมีมุมมองว่า "หลังจากรับการฟื้นฟูที่โรงพยาบาลแล้ว ก็ไปฝึกอาชีพที่ศูนย์ฝึกอาชีพคนพิการอีก 3 ปี พอเรียนจบทางศูนย์ก็มีการประกาศรับสมัครงานของคนพิการ ก็เลยลองไปสมัครดู" (นายไอ) ส่วนคนพิการที่ไม่มีงานทำมีมุมมองว่า "ถ้าไปอยู่ศูนย์ฝึกอาชีพ ต้องช่วยเหลือตัวเองได้ แต่เรายังช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เลยไม่ได้ไปฝึกอาชีพ" (นายเจ)

2. ผลที่เกิดขึ้นจากการมีงานทำหรือไม่มีงานทำของคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง

2.1. การเห็นคุณค่าและมีศักดิ์ศรีในตนเอง ดังที่คนพิการบาดเจ็บไขสันหลังที่มีงานทำ กล่าวว่า "เป็นงานที่รู้สึกภาคภูมิใจในตัวเอง ไม่ต้องพึ่งพาใคร มีชีวิตเป็นอิสระ" (นางสาวเค) "ทำให้เห็นคุณค่าในตัวเองเพราะทุกวันนี้ได้เป็นคนต้นแบบให้คนพิการหลายคนว่าต้องกลับไปใช้ชีวิตในสังคมให้ได้" (นางแอล) ในขณะที่คนพิการที่ไม่มีมีงานทำ กล่าวว่า "งานไม่สำคัญกับตัวผม เพราะว่าทำอะไรก็ได้ ไม่อยากทำอะไร ถ้าทำได้ค่อยว่ากัน" (นายเอ็ม) "เคยมีรายได้เยอะๆ หาเงินเลี้ยงตัวเองได้ แต่ตอนนี้ต้องเป็นภาระของพี่สาว รู้สึกไม่มีคุณค่า" (นายเอช)

2.2. การมีอิสระในการดำเนินชีวิต ดังที่คนพิการบาดเจ็บไขสันหลังที่มีงานทำ กล่าวว่า "ถ้าเราทำงานหาเงินเลี้ยงตัวเองได้ ก็จะได้ไม่ต้องพึ่งพาพ่อแม่ อยากได้ของอะไรเราก็ซื้อเองได้ โดยไม่ต้องไปขอเงินจากเขา" (นายโอ) ส่วนคนพิการที่ไม่มีมีงานทำ กล่าวว่า "สภาพร่างกายยังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ยังต้องมีคนคอยดูแลตลอด" (นายพี)

2.3. สุขภาพจิตกลุ่มมีงานทำส่วนใหญ่จะมีสุขภาพจิตที่ดี ดังที่คนพิการที่มีงานทำ กล่าวว่า "เวลาออกไปทำงาน รู้สึกสนุก เพราะได้พบปะลูกค้าได้เจอเพื่อนร่วมงาน สนุก ไม่เหงา ทำให้ผลิตเฟลินดี" (นายคิว) ส่วนกลุ่มที่ไม่มีมีงานทำมักจะมีสุขภาพจิตที่ไม่ดี ดังคำกล่าวว่า "รู้สึกเครียด ทำอะไรก็ได้ อยู่แต่บ้านก็เบื่อ ไม่รู้จะทำอะไร" (นายอา)

2.4. การยอมรับคนพิการเป็นส่วนหนึ่งในสังคม เป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งในการสร้างสังคมที่เท่าเทียมกัน ซึ่งคนพิการควรได้รับการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมเช่นกัน และสามารถมีส่วนร่วมและมีส่วนช่วยเหลือในการพัฒนาสังคมได้เช่นกัน ดังที่คนพิการบาดเจ็บไขสันหลังที่มีงานทำ กล่าวว่า "เราทำงานก็ได้พูดคุยกับเพื่อนร่วมงาน ตอนเที่ยงเขาก็ชวนเราออกไปทานข้าวข้างนอกด้วยกัน มีอะไรก็คอยช่วยเหลือเห็นอกเห็นใจเรา ทำให้เรารู้สึกไม่โดดเดี่ยว" (นางสาวเอฟ) ในขณะที่ คนพิการที่ไม่มีมีงานทำ กล่าวว่า "สภาพเราพิการแบบนี้ ใครจะไปรับเราเข้าทำงาน ไปก็ทำอะไร

ไม่ได้ ไปเป็นภาระเขาเสียเปล่า" (นายเอส) "หางานยากสมัครงานก็ไม่มีคนจ้างงาน อายุเยอะแล้ว" (นายที)

2.5 ความผาสุกในชีวิต (Well-being) ทั้งสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิต ดังที่คนพิการบาดเจ็บไขสันหลังที่มีงานทำ กล่าวว่า "เวลาเราทำงานร่างกายเราก็อึดว่าได้ขยับ หรือออกกำลังกายไปด้วย ได้ทำงานที่เราถนัดพองานสำเร็จ ก็รู้สึกภูมิใจในตัวเอง และมีความสุข" (นายยู) ในขณะที่ คนพิการที่ไม่มีมีงานทำ กล่าวว่า "ตอนนี้ไม่มีมีงานทำ เครียด ภาระก็หย่าร้าง แม่ก็ต้องมาคอยดูแลอีก" (นายวี) "รู้สึกหดหู่ หดหู่กำลังใจ ปัญหาชีวิตเยอะ" (นายเอ็กซ์)

สรุปและอภิปรายผล

1) อัตราการมีงานทำ

การศึกษาในครั้งนี้ พบว่า อัตราการมีงานทำของคนพิการบาดเจ็บไขสันหลังที่มารับบริการที่ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 48 ราย (ร้อยละ 67.6) ซึ่งเป็นอัตราที่ค่อนข้างสูง เมื่อเทียบกับอัตราการทำงานของคนพิการบาดเจ็บไขสันหลังในประเทศเกาหลี (Kang, Shin, & Kim, 2014) ไต้หวัน (Huang, 2017) และมาเลเซีย (Ramakrishnan, Chung, Hasnan, & Abdullah, 2011) ที่พบอัตราการทำงานเพียงร้อยละ 27.5 30.3 และ 57.1 ตามลำดับ ซึ่งอาจเนื่องจากความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ศึกษาในคนพิการบาดเจ็บไขสันหลังที่มารับบริการในแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีความพร้อมทั้งในส่วนของอุปกรณ์ เครื่องมือและบุคลากร ในขณะที่ การศึกษาอื่น ศึกษาในผู้บาดเจ็บไขสันหลังในระดับประเทศ (Huang, 2017; Kang et al, 2014; Ramakrishnan et al, 2011) นอกจากนี้ ยังอาจเกิดจากความต่างของการให้คำจำกัดความของการมีงานทำที่แตกต่างกันออกไป เช่น การมีงานทำ คืองานที่ก่อให้เกิดรายได้ อาจจะเป็นงานประจำหรืองานไม่ประจำ แต่งานที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ เช่น อาสาสมัครหรือแม่บ้านไม่ถือว่าเป็นงานทำ (Huang, 2017)

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในประเทศไทย ก่อนหน้านี้ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่ และศึกษาในกลุ่มที่มารับบริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีอัตราการจ้างงานทำค่อนข้างสูง คือ ร้อยละ 47.0-52.2 (Chaisena & Kharmwan, 2022; Panharaj, Manimnakorn, & Kharmwan, 2006; Vongpakorn & Kovindha, 2014) นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Vongpakorn & Kovindha (2014) ที่ศึกษาในพื้นที่เดียวกัน และพบอัตราการจ้างงานทำเพียงร้อยละ 47.0 ในขณะที่ การศึกษานี้พบมีอัตราการจ้างงาน ร้อยละ 67.6 ซึ่งส่วนหนึ่งน่าจะเป็นผลจากการมีกฎหมายที่สนับสนุนให้เกิดการจ้างงานคนพิการที่ออกตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 (Empowerment of Persons with Disabilities Act, 2007a; Empowerment of Persons with Disabilities Act, 2013b) โดยมีมาตราที่เกี่ยวข้องกับการจ้างงานคนพิการ คือ มาตรา 33 ที่ว่าด้วยเรื่องของการจ้างงานคนพิการ และตามกฎหมายกระทรวงแรงงานกำหนดให้นายจ้าง และหรือสถานประกอบการและหน่วยงานภาครัฐที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 100 คน ขึ้นไปรับคนพิการเข้าทำงานในอัตราส่วน 100 : 1 คน เศษของ 100 คน ถ้าเกิน 50 คน ต้องรับคนพิการเพิ่มอีก 1 คน แต่หากกรณีนี้ที่หน่วยงานของรัฐไม่ประสงค์จะรับคนพิการเข้าทำงานตามมาตรา 33 และไม่ประสงค์จะส่งเงินเข้ากองทุนตามมาตรา 34 หน่วยงานของรัฐ นายจ้าง หรือเจ้าของสถานประกอบการนั้น อาจให้สัมปทานจัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ จัดจ้างเหมาช่วงงาน หรือจ้างเหมาบริการโดยวิธีกรณีพิเศษฝึกงาน หรือจัดให้มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวก หรือให้ความช่วยเหลืออื่นใดแก่คนพิการ หรือผู้ดูแลคนพิการก็ได้ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ ตามมาตรา 35

2) ปัจจัยที่มีผลต่อการมีงานทำ

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่มีงานทำและไม่มีงานทำ ด้วยสถิติ Forward stepwise logistic regression เพื่อหาปัจจัย

ที่มีผลต่อการมีงานทำ พบว่า ความสามารถในการขยับเขยื้อนพาหนะมีโอกาสให้มีงานทำได้ถึง 8.17 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Vongpakorn & Kovindha (2014) ที่พบว่า ผู้ที่สามารถขยับเขยื้อนพาหนะโอกาสมีงานมากกว่าผู้ที่ขยับเขยื้อนไม่ได้ 5.05 เท่า ผลจากการศึกษานี้ยืนยันได้ว่า ความสามารถในการคมนาคมขนส่ง เช่น ความสามารถในการขยับเขยื้อนพาหนะเป็นความสามารถที่สำคัญ ที่ช่วยสร้างโอกาสให้กับคนพิการสามารถกลับเข้าไปยังตลาดแรงงานได้อีกครั้ง อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่สามารถสนับสนุนความสามารถในการคมนาคมขนส่ง คือ การมีรถดัดแปลง เช่น รถมอเตอร์ไซด์ดัดแปลง ดังที่ผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่ไม่ได้มีงานทำ กล่าวว่า "อยากทำงาน แต่ไม่มีรถ ไม่มีเงินที่จะดัดแปลงรถเพื่อไปประกอบอาชีพ" (นายอา) โดยการได้รับเงินช่วยเหลือ จะมีโอกาสทำงานลดลง 0.19 เท่า หรือกล่าวได้ว่า การได้รับเงินช่วยเหลือเป็นปัจจัยทางลบหรือเป็นอุปสรรคต่อการกลับไปทำงานของคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sturm, Bokel, Korallus, Geng, Kalke, Abel, et al. (2020) ที่พบว่า มากกว่าร้อยละ 22.0 ของกลุ่มที่ไม่ได้มีงานทำที่กังวลว่าจะไม่ได้รับเงินช่วยเหลือหากกลับไปทำงาน รวมทั้งการศึกษาของ Kang, Shin, & Kim (2014) ที่พบว่า การได้รับเงินชดเชยในลักษณะของเงินบำนาญไปตลอดช่วงอายุขัย ทำให้คนพิการไม่อยากไปทำงาน และจากการศึกษาค้างนี้ พบว่า คนพิการที่ไม่ได้มีงานทำเนื่องจากได้รับเงินสนับสนุนช่วยเหลือเพิ่มดังคำกล่าวของคนพิการที่ไม่ได้มีงานทำว่า "ทุกวันนี้ก็รอรับเบี้ยคนพิการเดือนละ 800 เพียงอย่างเดียว อาศัยว่าไม่ต้องใช้เงินซื้ออาหาร เครื่องใช้อะไรมาก ก็เพียงพอแล้ว" (นายทอง) "เลิกทำงานไปแล้วเพราะบริษัทเลิกทำกิจการ แต่ถ้ามีงานก็อยากทำอยู่ จะได้มีรายได้เพิ่มขึ้น ทุกวันนี้ได้แค่เงินจากกองทุนประกันสังคมเดือนละ 2,400 เบี้ยคนพิการอีก 800 และพอมีเงินเก็บอยู่บ้างเล็กน้อย ก็พอกิน พอใช้" (นายเงิน)

แม้ว่าผลการศึกษาในครั้งนี้ การใช้คอมพิวเตอร์หรือสมาร์ตโฟนจะไม่ใช่อุปกรณ์ที่มีผลต่อการมีงานทำก็ตาม แต่คนพิการที่ถูกจ้างงานตามมาตรา 33 และมาตรา 35

ที่มีลักษณะการทำงานออนไลน์ รวมทั้งคนพิการบาดเจ็บไขสันหลังบางคนประกอบอาชีพรับจ้าง ต้องอาศัยทักษะการใช้คอมพิวเตอร์ในการทำงานแทบทั้งสิ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaisena & Kharmwan (2022) ที่พบว่า ความสุขของการทำงานที่เกี่ยวข้องกับสื่อออนไลน์ในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังถึงร้อยละ 52.2 โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงานออนไลน์ คือ การมีอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ส่วนบุคคลใช้ จะมีโอกาสที่จะมีงานทำ 6.23 เท่า อีกทั้ง ผลจากการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง พบว่า ลักษณะงานที่คนพิการอยากทำ คือ "ควรฝึกใช้พวกเทคโนโลยี เพราะเดี๋ยวนี้งานออนไลน์เยอะ" (นายเขียว) "ควรฝึกใช้คอมพิวเตอร์ เพราะ ไม่ต้องใช้ร่างกายเยอะ (นางสาวแดง) และทักษะการสื่อสาร เช่น youtuber, live ขายของออนไลน์ ทำงานด้านการประสานงาน ติดต่อกาน" (นายฟ้า)

3) คุณภาพชีวิต

การศึกษาในครั้งนี้ พบว่า คนพิการบาดเจ็บไขสันหลังที่มีงานทำ มีคุณภาพชีวิตแตกต่างจากพิการบาดเจ็บไขสันหลังที่ไม่มีงานทำ ทั้งในด้านความพอใจกับชีวิตโดยรวม ($p\text{-value} = 0.004$) ด้านความพอใจกับสุขภาพกาย ($p\text{-value} = 0.004$) และด้านความพอใจกับสุขภาพจิต ($p\text{-value} < 0.001$) โดยคะแนนค่ามัธยฐานของกลุ่มที่มีงานทำสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีงานทำในทั้งสามด้าน อาจจะกล่าวได้อีกนัยหนึ่งก็คือ กลุ่มที่มีงานทำนั้นมีระดับความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดขึ้นทั้งทางกายจิตใจ และโดยรวมมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีงานทำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nongthong & Kachondham (2017) และการศึกษาของ Choochart et al. (2016) ที่พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไขสันหลังบาดเจ็บมากที่สุด คือ การมีอาชีพและรายได้

กล่าวโดยสรุป ความสามารถในการขับเคลื่อนพาหนะเป็นปัจจัยสนับสนุนต่อการมีงานทำ ในขณะที่ การได้รับเงินช่วยเหลือเป็นอุปสรรคที่ขัดขวางการมีงานทำ และการมีงานทำเป็นปัจจัยที่เสริมสร้างการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง โดยการมีงานทำเป็นการสร้างรายได้เพิ่มความมั่นคงในการดำเนินชีวิตของคนพิการ ช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง และช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นในสังคม ดังนั้น

การสนับสนุนส่งเสริมให้คนพิการบาดเจ็บไขสันหลังมีงานทำ จะเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยเพิ่มการมีคุณค่าในตนเอง สนับสนุนให้เกิดการเข้าร่วมในสังคมและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งจะมีผลดีต่อสังคมทั้งโดยตรงและโดยอ้อมในระยะยาว โดยบุคลากรทีมฟื้นฟูสมรรถภาพ ควรพัฒนาแนวปฏิบัติในการบำบัดฟื้นฟู เพื่อให้คนพิการทุกรายได้รับการประเมินความต้องการมีงานทำ การบำบัดฟื้นฟูความสามารถที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน และการได้รับการส่งเสริมสนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ทั้งด้านการศึกษา การฝึกอบรมพัฒนาทักษะทางอาชีพเพื่อเปิดโอกาสให้กับคนพิการบาดเจ็บในการเข้าสู่ตลาดแรงงานและภาครัฐ ควรมีนโยบายที่ช่วยเพิ่มโอกาสในการได้งานทำและเพิ่มคุณภาพชีวิตของคนพิการ ซึ่งหากที่ทำงานมีสภาพแวดล้อมและลักษณะงานที่เหมาะสมกับความพิการ ก็จะทำให้คนพิการสามารถปรับตัวได้ตามความสามารถที่มีอยู่ และจะช่วยเพิ่มรายได้ของคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง ให้พวกเขามีความเป็นอยู่ได้สบายขึ้นและสามารถจัดการค่าใช้จ่ายในการดูแลตัวเองได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาในครั้งนี้ ยืนยันได้ว่าความสามารถในการขับเคลื่อนพาหนะเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมีงานทำของคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง ซึ่งยานพาหนะที่คนพิการจะสามารถเข้าถึงได้ง่าย คือ การนำรถมอเตอร์ไซด์ส่วนบุคคลไปดัดแปลง และขอขึ้นทะเบียนเป็นรถยนต์สามล้อส่วนบุคคลสำหรับคนพิการ ภาครัฐควรส่งเสริมให้คนพิการกู้ยืมเงินเพื่อการดัดแปลงยานพาหนะ นอกจากนี้ ควรมีระบบการดำเนินกู้ยืมหรือติดต่อกับทางราชการนั้นแบบออนไลน์ เพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการที่ภาครัฐจัดให้ เนื่องจากคนพิการเดินทางลำบาก รวมทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู ควรได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการดัดแปลงรถมอเตอร์ไซด์ที่ถูกต้องสำหรับคนพิการ เพื่อให้ได้รับความคุ้มครองทางกฎหมายเมื่อเกิดอุบัติเหตุ เพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่คนพิการ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในคนพิการที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวในเขตภาคเหนือเท่านั้น จึงไม่สามารถสะท้อนถึงอัตราการจ้างงานทำของคนพิการบาดเจ็บไขสันหลังในระดับประเทศได้ ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่สามารถสะท้อนถึงอัตราการจ้างงานทำและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจ้างงานได้อย่างแท้จริง นอกจากนี้ การศึกษานี้เป็นการศึกษาในภาคตัดขวางเท่านั้น ควรมีการศึกษาดิตตามระยะยาวถึงอัตราการจ้างงานทำ อัตราการคงอยู่ของการทำงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและคุณภาพชีวิตของคนพิการบาดเจ็บไขสันหลังในกลุ่มนี้ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คนพิการบาดเจ็บไขสันหลังที่กรุณาใช้เวลาให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาครั้งนี้ รวมถึงขอบคุณคณาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์ที่กรุณาเสียสละในการถ่ายทอดความรู้ คำแนะนำในการแก้ไขจุดบกพร่องของการศึกษาครั้งนี้จนเสร็จสมบูรณ์ ทำให้ผู้วิจัยเกิดทักษะและกระบวนการทำงานวิจัยเพิ่มมากขึ้น อันจะเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งต่อไปในอนาคต และการทำงานในฐานะบุคลากรที่มัพื้นฟูสุขภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

Chaisena, C. & Kharmwan, S. (2022). The prevalence of social-media related working in patients with spinal cord injury. *Medical Journal*, 37(3), 234-243.

Choochart, N., Vichiansiri, R., Arayawichanon, P., & Manimmanakorn, N. (2015). Quality of life of traumatic spinal cord injured patients in North-East region of Thailand. *Journal of Thai Rehabilitation Medicine*, 25(1), 15-21. (in Thai)

Empowerment of Persons with Disabilities Act, B.E. 2550. (2007a). Retrieved January 17, 2023, from <http://web1.dep.go.th/sites/default/files/files/news/2.pdf> (in Thai)

Empowerment of persons with disabilities act, B.E. 2550. No.2 (2013b). Retrieved January 17, 2023, from <http://web1.dep.go.th/sites/default/files/files/law/191.pdf> (in Thai)

Huang I, C. (2017). Employment outcomes following spinal cord injury in Taiwan. *International Journal of Rehabilitation Research*, 40(1), 84-90.

Kang, E. N., Shin, H. I., & Kim, H. R. (2014). Factors that influence employment after spinal cord injury in South Korea. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 38(1), 38-45.

Kovindha, A. (2017). People with spinal cord injury in Thailand. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 96(2 suppl), S120-S123.

Nongthong, T. & Kachondham, P. (2017). Quality of life severe disabled severe physical disabled. *Journal of Social Development and Management Strategy*, 19(2), 113-131. (in Thai)

Panharaj, S., Manimnakorn, N., & Kharmwan, S. (2006). Factors correlated return to work ability of spinal cord injured patients after rehabilitation in Srinagarind Hospital during 1997-2001. *ASEAN Journal of Rehabilitation Medicine*, 16(1), 44-51. (in Thai)

- Pattanakuhar, S., Suttinon, L., Wongpakaran, T., & Tongprasert, S. (2020). The reliability and validity of the International Spinal Cord Injury Quality of Life Basic Data set in people with spinal cord injuries from a middle-income country: A psychometric study of the Thai version. *Spinal Cord*, 58(9), 1015-1021.
- Ramakrishnan, K., Chung, T. Y., Hasnan, N., & Abdullah, S. J. (2011). Return to work after spinal cord injury in Malaysia. *Spinal Cord*, 49(7), 812-816.
- Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute (SNMRC). (2013). *Practical guidelines for the rehabilitation of spinal cord injured people with disabilities*. (1st ed.). Nonthaburi: Sahamitr Printing and Publishing Company Limited. (in Thai)
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch Journal of Educational Research*, 1(2), 49-60.
- Sturm, C., Bokel A., Korallus, C., Geng, V., Kalke, Y., Abel, et al., (2020) Promoting factors and barriers to participation in working life for people with spinal cord injury. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 15(1), 1-12.
- Vongpakorn P. & Kovindha. A. (2014). Employment rate of Thais with spinal cord injury and predictive factors. *Journal of Thai Rehabilitation Medicine*, 24(1), 28-36. (in Thai)
- Wannapakhe, J., Saensook, W., Keawjoho, C., & Amatachaya, S. (2016). Reliability and discriminative ability of the spinal cord independence measure III (Thai version). *Spinal Cord*, 54(3), 213-220.
- Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences* (6th ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc.

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิง
ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายและประกาศนียบัตรวิชาชีพในอำเภอขามเฒ่าบุรี

จังหวัดกำแพงเพชร

อัจฉรา พันธุ์ศิลป์^{1,*} ส.ม., ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์² Ph.D.

Received: May 3, 2023

Revised: May 23, 2023

Accepted: May 23, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความตั้งใจและปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายและประกาศนียบัตรวิชาชีพอำเภอขามเฒ่าบุรี จังหวัดกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 601 คน สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ และแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์อยู่ในระดับสูง (Mean = 28.21, S.D. = 5.55) ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ปัญหาที่กระทบต่อจิตใจ เกรดเฉลี่ยอายุ และการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ร้อยละ 34.6 ดังนั้น หน่วยงานทางการศึกษานำผลการศึกษาไปใช้ในการออกแบบการจัดการเรียนการสอน โดยเน้นเนื้อหาที่สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรภายในโรงเรียน เพื่อให้เกิดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง รวมทั้ง การออกแบบกิจกรรมที่เสริมสร้างทักษะการรับรู้ความสามารถของตนเอง สร้างการมีส่วนร่วมในการป้องกันพฤติกรรมการดื่มสุราของนักเรียน เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร หน่วยงานสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ควรได้รับการสนับสนุนให้มีคลินิกสุขภาพจิต เพื่อเป็นที่ปรึกษาปัญหาให้นักเรียน และป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

คำสำคัญ: การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ความตั้งใจ นักเรียนหญิง

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

* ผู้รับผิดชอบบทความ: autcharap60@nu.ac.th

Factors affecting intention to prevent early pregnancy among female high school students and vocational certificate students in Khanuworalaksaburi District, Kamphaeng Phet Province

Autchara Phansin^{1,*} M.P.H., Sunsanee Mekrungrongwong² Ph.D.

ABSTRACT

This cross-sectional research aimed to study the intention and factors affecting the intention to early pregnancy prevention among female high school students and vocational certificate students in Khanuworalaksaburi District, Kamphaeng Phet Province. A sample of 601 students was randomly selected by stratified and systematic sampling. A questionnaire created by the researcher was used for collecting data. The data was analyzed by descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis at the statistical significance level of 0.05.

The results revealed that the samples had a mean score of the intention of premature pregnancy prevention at a high level (Mean = 28.21, S.D. = 5.55). Factors affecting the intention of early pregnancy prevention were drinking alcohol, the subjective norm of early pregnancy prevention, mental problems, grade point average, and perceived self-efficacy of early pregnancy. All of these factors together could predict the intention of premature pregnancy prevention among female high school students and vocational certificate students at 34.6%. Therefore, educational institutions should use this finding for instructional design which emphasizes a correct understanding of early pregnancy prevention within the school to be amenable to the subjective norm. In addition, design activities that enhance self-efficacy skills, and engage students in preventing their drinking behavior to prevent premature pregnancy. Public health agencies or relevant agencies in all sectors should be encouraged to have a mental clinic to provide counseling for female students to solve mental problems and prevent premature pregnancy.

Keywords: Early pregnancy, Intention, Female students

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: autcharap60@nu.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันความทันสมัยของเทคโนโลยีมีมากขึ้นและสามารถเข้าถึงได้ง่าย โดยเฉพาะด้านสื่อต่างๆ ทำให้เด็กยุคปัจจุบันมีความอยากรู้อยากลองและเสี่ยงมากขึ้นในเรื่องของเพศสัมพันธ์ รวมถึงการที่ไม่ได้รับคำแนะนำอย่างถูกต้อง จึงอาจนำไปสู่การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ซึ่งมีผลกระทบในหลายๆ ด้านด้วยกัน ประกอบด้วยด้านสุขภาพทางร่างกายของแม่วัยรุ่น เนื่องด้วยเป็นวัยที่ต้องมีการพัฒนาระบบต่างๆ ในร่างกายเพื่อให้ความพร้อมกับการตั้งครรภ์ จะเพิ่มโอกาสการคลอดก่อนกำหนด ภาวะน้ำเดินก่อนกำหนด ภาวะซีดหรือโลหิตจาง มดลูกอักเสบ (Panpetch & Wongsawat, 2020) ภาวะครรภ์เป็นพิษ หรือภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ (Rajanukul Institute, Department of Mental Health, MOPH, 2014) รวมถึงส่งผลต่อสุขภาพเด็กแรกเกิดที่เกิดจากการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health, 2020) ซึ่งมีโอกาสสูดน้ำหนักตัวน้อย พิการ หรือเสียชีวิต (Buppasiri, 2023) และในระยะยาวอาจมีโอกาสได้รับการเลี้ยงดูอย่างไม่เหมาะสม ส่งผลให้การเจริญเติบโตด้านร่างกายและพัฒนาการทางสติปัญญาและการเรียนรู้ที่ด้อยกว่าเด็กที่เกิดจากแม่วัยอื่น (Tuntivech, Pilasun, Yamaphai, Teewattananon, Yotasamut, & Matdechetal, 2014) ผลกระทบทางด้านจิตใจในหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์จะมีความรู้สึกอับอาย กังวล เศร้า กลัว เนื่องจากไม่พร้อมที่จะตั้งครรภ์ และเกิดความไม่สบายใจต่างๆ เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ในครอบครัว และความสัมพันธ์กับฝ่ายชาย (UNICEF Thailand, 2016) จึงอาจเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีผลกระทบทั้งต่อมารดาและทารก นอกจากนี้ ยังเกิดความวิตกกังวลหรือความเครียดเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหา เพราะมีความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ (Panpetch & Wongsawat, 2020) สำหรับผลกระทบต่อครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จะทำให้เด็กต้องหยุดเรียนหรือเลิกเรียน ทำให้มีโอกาสนในการทำงานที่ตึมน้อยลง อาจทำให้มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงดูบุตร มีความยากลำบากในการดำเนินชีวิตในสังคม รวมถึงการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ทำให้ครอบครัวเกิด

ความอับอาย ผิดจารีตประเพณี เสื่อมเสียชื่อเสียง บางครอบครัวฝ่ายชายอาจจะไม่ยอมรับ ทอดทิ้งให้ฝ่ายหญิงเลี้ยงตามลำพังจนเป็นเหตุให้ตัดสินใจทำแท้งหรือมีการทอดทิ้งเด็กหลังจากคลอดแล้ว จนทำให้เกิดปัญหาต่อสังคมตามมา (Nithitantiwat & Nithitantiwat, 2016)

จากสถิติองค์การอนามัยโลกได้รายงานไว้ว่า ปี พ.ศ. 2558-2563 วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี มีการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร คิดเป็นอัตราการคลอด เท่ากับ 42.5 ต่อประชากร 1,000 คน ของวัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปีทั่วโลก (WHO, 2022) สำหรับประเทศไทยอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในช่วงปี พ.ศ. 2555 คือ 1.8 ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน หลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2556-2564 อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี ต่อ 1,000 คน มีแนวโน้มที่ลดลง โดยในปี พ.ศ. 2564 ลดลงเป็น 0.9 ต่อวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี 1,000 คน สำหรับอัตราการคลอดในวัยรุ่นกลุ่มอายุ 15-19 ปี ในช่วงปี พ.ศ. 2554-2555 มีอัตราสูงถึง 53.4 ต่อประชากรหญิง 15-19 ปี 1,000 คน แต่ในช่วงปี พ.ศ. 2556-2564 มีแนวโน้มลดลงจาก 51.1 เป็น 24.4 ต่อ 1,000 คน จะเห็นได้ว่า อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี มีอัตราที่สูงกว่าวัยรุ่นที่มีอายุ 10-14 ปี (Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health, 2023) อย่างไรก็ตามปัญหาดังกล่าว ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย ในจังหวัดกำแพงเพชร พบว่า มีอัตราการคลอดต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2561-2565 เท่ากับ 26.84 31.85 29.95 28.96 และ 30.14 ตามลำดับ สำหรับพื้นที่อำเภอขาณุวรลักษบุรี พบว่า อัตราการคลอดของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี พ.ศ. 2561-2565 เท่ากับ 22.46 25.06 21.39 23.83 และ 13.06 ต่ออัตราการคลอดของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ตามลำดับ (Kamphaeng Phet Provincial Health office, 2023) ถึงแม้จะไม่เกินเกณฑ์ที่ตัวชี้วัดสำนักอนามัย การเจริญพันธุ์ กรมอนามัยกำหนดไว้ (เกณฑ์ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12) คือ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี

ไม่เกิน 42 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 ประชากร อย่างไรก็ตาม อัตราการคลอดในวัยรุ่นยังไม่คงที่และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก็ถือเป็นปัญหาในพื้นที่ที่รัฐบาลและคนในชุมชนยังให้ความสำคัญในการดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพของวัยรุ่น

จากสถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในโรงเรียนพบว่า ในปี พ.ศ. 2562 นักเรียนเคยมีเพศสัมพันธ์ เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมาลดลงในกลุ่มนักเรียนหญิง แต่เพิ่มขึ้นในกลุ่มนักเรียนชาย โดยในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 (ม.5) เคยมีเพศสัมพันธ์ เพศชายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.1 ในปี พ.ศ. 2561 เป็นร้อยละ 24.4 ในปี พ.ศ. 2562 ในนักเรียนประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ชั้นปีที่ 2 ที่เคยมีเพศสัมพันธ์ เพศชายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 39.9 ในปี พ.ศ. 2561 เป็นร้อยละ 41.6 ในปี พ.ศ. 2562 จากการสำรวจข้อมูลการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในนักเรียนเพศหญิงและเพศชาย พบว่า ในปี พ.ศ. 2562 กลุ่มนักเรียนหญิง ชั้น ม.5 และปวช. ชั้นปีที่ 2 ระบุว่าคู่นอนที่ใช้ยางอนามัย ร้อยละ 80.0 และ ร้อยละ 77.6 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าการสำรวจในกลุ่มนักเรียนชาย ชั้น ม. 5 และ ปวช. ชั้นปีที่ 2 ที่มีการใช้ยางอนามัย ร้อยละ 77.6 และ ร้อยละ 72.4 ตามลำดับ เมื่อดูข้อมูลย้อนหลัง พบว่า นักเรียนมีการใช้ยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกกลุ่มข้อมูลผลการสำรวจตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 พบว่ามีการคุมกำเนิดด้วยวิธีที่เชื่อถือได้เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับแฟนหรือคูรัก ทั้งนักเรียนชายและนักเรียนหญิง หรือคูรัก ประมาณร้อยละ 80.0 ในขณะที่อีก ร้อยละ 20.0 มีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้ (Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health, 2023) ซึ่งให้เห็ว่ายังมีวัยรุ่นบางส่วนยังไม่เห็นความสำคัญของการป้องกันตนเองในขณะมีเพศสัมพันธ์ อาจเนื่องมาจากครอบครัวไม่มีเวลาใกล้ชิดและคอยอบรมตักเตือน (Tumchuea, 2015) และการขาดโอกาสทางการศึกษา การมีเพศสัมพันธ์ จากอิทธิพลการใช้แอลกอฮอล์ การขาดความรู้ความเข้าใจในการคุมกำเนิดและการใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ไม่ถูกต้อง (Panpetch & Wongsawat, 2020) ซึ่งเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรเป็นอย่างมาก

รวมทั้ง นักเรียนทุกคนไม่ได้มีพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เนื่องจากนักเรียนบางคนไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ หรืออาจไม่ได้ใช้วิธีป้องกันการตั้งครรภ์ แต่นักเรียนทุกคนสามารถมีความตั้งใจหรือไม่ตั้งใจได้ ที่นำไปสู่พฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) ที่มีแนวคิดหลัก คือ บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้นั้น เป็นผลมาจากความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น โดยความตั้งใจเกิดจากการได้รับอิทธิพลจากทัศนคติต่อพฤติกรรม อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งถ้าบุคคลมีทัศนคติเห็นด้วยต่อพฤติกรรม ได้รับอิทธิพลจากกลุ่มอ้างอิงสนับสนุน และเชื่อว่าตนควบคุมพฤติกรรมนั้นได้มากเท่าไร บุคคลนั้นยังจะมีเจตนาที่จะทำพฤติกรรมนั้นมากขึ้นเท่านั้น

ในการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมหรือความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียน ได้แก่ ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การตั้งครรภ์ และการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (Duangchan, Wattanakom, Teanchaitut, Sriyasak, & Oumpram, 2019; Ngomsangad, Srisuriyawet, & Homsin, 2019; Sirisakulpaisal, von Bormann, Boonpleng, Kerdswan, Buapud, & Somnuekprasert, 2018) การเข้าถึงและการรู้เท่าทันสารสนเทศสุขภาพทางเพศ (Duangchan, et al., 2019) การเข้าถึงสื่อที่ปลอดภัยที่มีความเสี่ยงทางเพศ (Duangchan et al., 2019; Arundee, Natrujirote, Kayee, & Phungphak, 2016) การสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด ความสะดวกใจในการสื่อสารเรื่องเพศ (Duangchan et al., 2019; Ngomsangad et al., 2019; Rojruangnon, Nititham, & Teravecharoenchai, 2017; Seering, Chanaboon, & Khonruchinnapong, 2014; Mushwan et al., 2015) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (Ngomsangad et al., 2019) สถานภาพของครอบครัว (Sangwalee et al., 2022; Tumchuea, 2015) การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ หรือสิ่งเสพติด (Sangwalee et al., 2022; Chewaphansri, 2013; Sirirat, Pumpaibool, & Phupong, 2015)

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Rojruangnon et al., 2017; Seering et al., 2014) อายุ รายได้ของครอบครัว ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจ (Tumchuea, 2015) การศึกษา (Tumchuea, 2015; Dulitha, Nalika, Upul, Chrisanthana, Alwis, Hemantha et al., 2013) ความเข้มงวดในครอบครัว การพักอยู่อาศัย การเคยใช้วิธีคุมกำเนิด (Sirirat, Pumpaibool, & Phupong, 2015) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยต่างๆ ข้างต้น มีความเกี่ยวข้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) ส่งผลให้เกิดความตั้งใจที่จะนำไปสู่พฤติกรรมและพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจแน่วแน่และมีแนวโน้ม หรือความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ในอนาคต โดยเฉพาะในประเด็นที่ว่านักเรียนหญิงส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (Duangchan et al., 2019) และพบว่า วัยรุ่นหญิงมีความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสูงกว่าเพศชาย และวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 16-19 ปี มีความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ที่มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า โดยมีความตั้งใจมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยเมื่อแต่งงานแล้ว จะรักษาพรหมจรรย์จนถึงวัยอันควร และวางแผนป้องกันการตั้งครรภ์และป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มากกว่าร้อยละ 60.0 (Seering et al., 2014) และวัยรุ่นหญิงควรปฏิบัติเสริมการมีเพศสัมพันธ์เมื่อไม่มีการป้องกันการตั้งครรภ์ เป็นความตั้งใจสูงสุด (Tumchuea, 2015)

จากปัญหาและผลกระทบที่ได้กล่าวไปข้างต้น จะเห็นได้ว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่ไม่พร้อมในหลายๆ ด้าน ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม การศึกษา รวมไปถึงด้านเศรษฐกิจ ซึ่งสิ่งสำคัญที่จะทำให้วัยรุ่นไม่เกิดการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรนั้น คือ การป้องกันการตั้งครรภ์ถูกต้อง จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัญหาดังกล่าวเพื่อเข้าใจปัญหาถึงสาเหตุที่แท้จริงของการตั้งใจที่จะป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมกับ

ความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากศึกษามาเป็นแนวทางในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ และปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิง ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย และประกาศนียบัตรวิชาชีพ อำเภอลำดวนบุรีรัมย์ จังหวัดกำแพงเพชร

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 - มีนาคม พ.ศ. 2565 และได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขอนุมัติโครงการฯ COA No.064/2019 IRB No. 0998/61

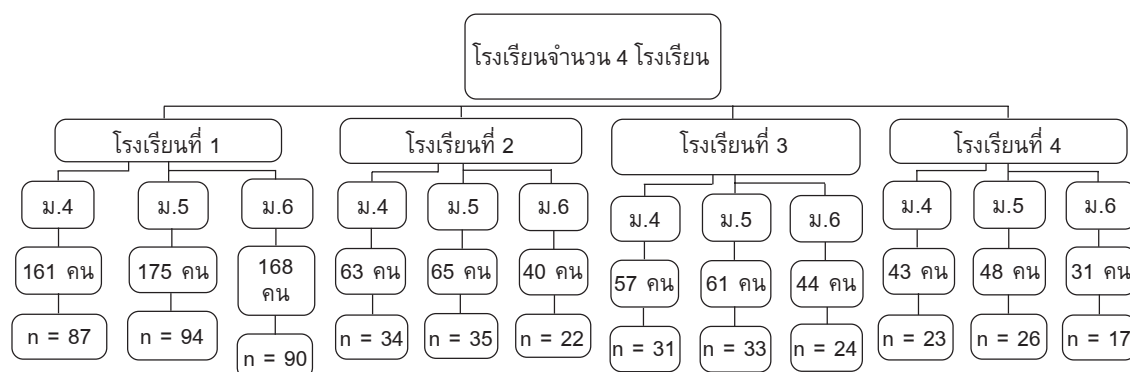
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้ คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ในอำเภอลำดวนบุรีรัมย์ จังหวัดกำแพงเพชร ประจำปีการศึกษา 2564 จำนวน 4 โรงเรียน มีนักเรียนหญิงจำนวนทั้งสิ้น 956 คน (Educational Management information System, 2021) และนักเรียนหญิงชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพหญิง ชั้นปีที่ 1-3 ในอำเภอลำดวนบุรีรัมย์ จังหวัดกำแพงเพชร ประจำปีการศึกษา 2564 จำนวน 1 สถาบัน มีนักเรียนหญิงจำนวนทั้งสิ้น 161 คน สรุปประชากรรวมทั้งสิ้นจำนวน 1,117 คน

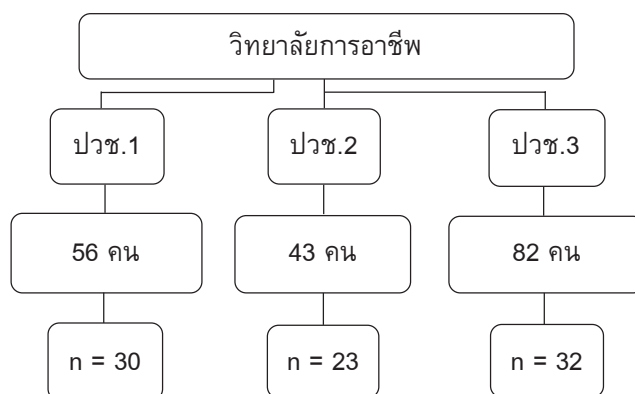
คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรที่ทราบจำนวนประชากร (Wayne, 1995; Ngamjarus & Chongsuvivatwong, 2016) กำหนดค่า N หมายถึง ขนาดของประชากร กำหนด $N = 1,117$ คน σ หมายถึง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.99 (Duangchan et al., 2019) d หมายถึง ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ กำหนดให้เท่ากับ 0.06 (ร้อยละ 6.0)

Alpha (α) = 0.05, $Z(0.975) = 1.96$ คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 546 คน ผู้วิจัยป้องกันการตอบแบบสอบถามไม่ครบและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10.0 เก็บตัวอย่างทั้งหมด 601 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ เป็นนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 และนักเรียนชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพหญิงชั้นปีที่ 1-3 กำลังศึกษาในอำเภอบางมูลนาก จังหวัดกำแพงเพชร เป็นผู้มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย และผู้ปกครองให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายหญิงและชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพที่ไม่มาโรงเรียนในวันที่ทำการวิจัย และเลือกนักเรียนลำดับถัดไปเป็นกลุ่มตัวอย่าง ทำการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) และการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายปีที่ 4-6 และนักเรียนชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพหญิงชั้นปีที่ 1-3 ชั้นภูมิที่ 1 คือ โรงเรียน และชั้นภูมิที่ 2 คือ ระดับชั้น ดำเนินการแบ่งกลุ่มตามชั้นภูมิ ได้โรงเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายจำนวน 4 โรงเรียน และโรงเรียนสังกัดอาชีวศึกษา จำนวน 1 โรงเรียน จากนั้น คำนวณหาสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละชั้นเรียน ตามสูตร $n = (N_i/N) \times \text{ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดของการวิจัย}$ n หมายถึง ขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละชั้น N_i หมายถึง ขนาดของประชากรแต่ละชั้นเรียน N หมายถึง จำนวนประชากรรวมทั้งหมด เท่ากับ 1,117 คน ดังแสดงในภาพ 1 และภาพ 2



ภาพ 1 แสดงสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละชั้นเรียนของชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย



ภาพ 2 แสดงสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละชั้นเรียนชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ

2. การสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) โดยการนำรายชื่อมาเรียงลำดับห้องเรียน และเลขที่ของนักเรียนในแต่ละชั้น หลังจากนั้นจับฉลากลำดับที่เริ่มต้น แล้วทำการสุ่มตามช่วง คือ 2 জনครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างที่กำหนดได้ในแต่ละห้องเรียนโดยใช้สูตร $I = N/n$ โดย I หมายถึง ช่วงที่จะใช้ในการสุ่มตัวอย่าง N หมายถึง จำนวนประชากรนักเรียนชั้นมัธยมปลายและชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพทั้งหมด (1,117 คน) n หมายถึง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (601 คน)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ แบ่งเป็นแบบอัตนัย จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ อายุ เกรดเฉลี่ย แบบเลือกตอบ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ ความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์ ปัญหาที่กระทบต่อจิตใจ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม จำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็นแบบอัตนัย จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน แบบเลือกตอบ จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ การพักอยู่อาศัย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลของนักเรียนในปัจจุบัน สถานะครอบครัว การศึกษาของบิดา การศึกษาของมารดา อาชีพของบิดา อาชีพของมารดา ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเข้าถึงบริการในการป้องกันการตั้งครรภ์ การเข้าถึงสื่อที่ไม่เหมาะสม และวิธีคุมกำเนิดที่รู้จัก และวิธีใช้

ส่วนที่ 3 ทศนคติต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 10 ข้อ (10-50 คะแนน) ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ตามแบบการวัดของลิเคิร์ต (Likert's scale) (Likert, 1967) มี 5 ตัวเลือก ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยคำถามทางเชิงบวก ให้คะแนนจาก 5 ถึง 1 คะแนน ตามลำดับ ส่วนคำถามเชิงลบ ให้คะแนนจาก 1 ถึง 5 คะแนน ตามลำดับ และแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) ได้แก่ มีทัศนคติในระดับสูง (3.68-5.00 คะแนน) มีทัศนคติในระดับ

ปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) และมีทัศนคติในระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 10 ข้อ (10-50 คะแนน) ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ตามแบบการวัดของลิเคิร์ต (Likert, 1967) ประกอบด้วย 5 ตัวเลือก ดังนี้ ทำได้แน่นอน ทำได้ไม่แน่ใจ ทำไม่ได้ ทำไม่ได้แน่นอน โดยให้คะแนนจาก 5 ถึง 1 คะแนน ตามลำดับ และแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) ได้แก่ มีการรับรู้ความสามารถอยู่ในระดับสูง (3.68-5.00 คะแนน) มีการรับรู้ความสามารถอยู่ในระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) และมีการรับรู้ความสามารถอยู่ในระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)

ส่วนที่ 5 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 9 ข้อ (9-45 คะแนน) ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ตามแบบการวัดของลิเคิร์ต (Likert, 1967) ประกอบด้วย 5 ตัวเลือก ดังนี้ คล้อยตามมากที่สุด คล้อยตามมาก คล้อยตามปานกลาง คล้อยตามน้อย คล้อยตามน้อยที่สุด โดยให้คะแนนจาก 5 ถึง 1 คะแนน ตามลำดับ และแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) ได้แก่ คล้อยตามกลุ่มอ้างอิงอยู่ในระดับสูง (3.68-5.00 คะแนน) คล้อยตามกลุ่มอ้างอิงอยู่ในระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) และคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงอยู่ในระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)

ส่วนที่ 6 ความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ จำนวน 7 ข้อ (7-35 คะแนน) ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ตามแบบการวัดของลิเคิร์ต (Likert, 1967) ประกอบด้วย 5 ตัวเลือก ดังนี้ ตั้งใจมากที่สุด ตั้งใจมาก ตั้งใจปานกลาง ตั้งใจน้อย ตั้งใจน้อยที่สุด โดยให้คะแนนจาก 5 ถึง 1 คะแนน ตามลำดับ แบ่งคะแนนเฉลี่ยรายข้อออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) ได้แก่ มีความตั้งใจอยู่ในระดับสูง (3.68-5.00 คะแนน) มีความตั้งใจอยู่ในระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) และมีความตั้งใจอยู่ในระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน) และแบ่งคะแนน

ภาพรวม ออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) ได้แก่ มีความตั้งใจอยู่ในระดับสูง (25.68-35 คะแนน) มีความตั้งใจอยู่ในระดับปานกลาง (16.34-25.67 คะแนน) และมีความตั้งใจอยู่ในระดับต่ำ 7.00-16.33 คะแนน)

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
ผู้วิจัยออกแบบเครื่องมือและนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรง (Content validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่าเท่ากับ 0.60-1.00 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำเครื่องมือไปทดสอบ (Try out) 40 ตัวอย่าง ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะประชากรใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ดังนี้ ทศนคติต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เท่ากับ 0.82 0.85 0.78 และ 0.91 ตามลำดับ ซึ่งถือว่าแบบสอบถามทุกชุดผ่านเกณฑ์กำหนด

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตโดยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการสถานศึกษาแต่ละแห่ง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลและชี้แจงการเก็บข้อมูลให้คุณครูที่เป็นผู้ช่วยเก็บข้อมูลงานวิจัย และทำหนังสือขออนุญาตถึงผู้ปกครองของนักเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยมีการอธิบายชี้แจงให้อาสาสมัครทราบถึงวัตถุประสงค์ ขอบเขต และรายละเอียดการศึกษาวิจัยการเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากนักเรียนไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว นักเรียนสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการให้ข้อมูลในการวิจัยของนักเรียนแต่อย่างใด โดยข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัว

นักเรียน จะได้รับการปกปิดและไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของนักเรียน จะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัย ทั้งนี้ ข้อมูลของนักเรียนที่เป็นเอกสารจะถูกจัดเก็บกับผู้ที่ทำวิจัย ซึ่งมีผู้ทำวิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงได้ ส่วนข้อมูลในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์จะถูกจัดเก็บในเครื่องคอมพิวเตอร์ของผู้ทำวิจัยซึ่งมีรหัสในการเข้าถึงข้อมูล โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี หลังการวิจัยสิ้นสุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 17 ปี ร้อยละ 39.6 และอายุ 18 ปีขึ้นไป ร้อยละ 27.3 และอายุ 17 ปี ร้อยละ 3.1 (Mean = 16.82, S.D. = 0.94, Min = 15, Max = 19) มีเกรดเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.01-4.00 ร้อยละ 73.0 อยู่ในช่วง 1.00-3.00 ร้อยละ 27.0 (Mean = 3.32, S.D. = 0.48, Min = 1.40, Max = 4.00) การดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ 6 เดือนที่ผ่านมาไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 65.6 จำนวนแก้วที่ดื่มส่วนใหญ่ 1-3 แก้วต่อครั้ง ร้อยละ 50.7 (Mean = 4.61, S.D. = 3.81, Min = 1, Max = 20) ความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ดื่มเดือนละ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 78.3 ดื่ม 2 ถึง 3 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 17.8 และดื่ม 4 ครั้งขึ้นไปต่อเดือน ร้อยละ 3.9 มีปัญหาที่กระทบต่อจิตใจ เรื่องเรียน ร้อยละ 30.2 รองลงมา เรื่องในครอบครัว ร้อยละ 16.7 และเรื่องความรัก ร้อยละ 14.8

2. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง แพทย์อยู่กับมารดา ร้อยละ 32.5 โดยผู้ที่เป็นผู้ปกครอง/ผู้ดูแลของนักเรียนส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 55.1 รองลงมา เป็นบิดา ร้อยละ 19.3 ปู่ยา/ตายาย ร้อยละ 19.3 สถานะครอบครัวส่วนใหญ่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 59.1 รองลงมาบิดามารดาหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ ร้อยละ 35.4 รายได้ต่อเดือนของผู้ปกครอง/ผู้ดูแลอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 43.4 (Mean = 12,803.99, S.D. = 10,085.66, Min = 600, Max = 80,000) การศึกษาของบิดามีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 33.4 รองลงมา ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 22.6 บิดาประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 38.4 รองลงมา อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 30.0 ระดับการศึกษาของมารดามีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 30.3 รองลงมา ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 25.1 มารดาประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 32.6 รองลงมา อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 27.3 ระดับความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนและบุคคลในครอบครัวอยู่ในระดับดี ร้อยละ 42.8 ระดับดีมาก ร้อยละ 41.1 ความสะดวกในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเกี่ยวกับการป้องกันตั้งครรภ์ มีความสะดวกในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร/ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ ร้อยละ 26.3 รองลงมา มีความสะดวกในการเข้าถึงการขอรับคำแนะนำการป้องกันการตั้งครรภ์จากบุคลากรทางการแพทย์ หรือครู ร้อยละ 25.2 ช่องทางการเข้าถึงสื่อที่ไม่เหมาะสม เคยใช้ช่องทางโทรศัพท์ ร้อยละ 35.7 รองลงมา เคยใช้ช่องทางอินเทอร์เน็ต/คอมพิวเตอร์ ร้อยละ 27.4 วิธีคุมกำเนิดที่กลุ่มตัวอย่างรู้จัก คือ รู้จักยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 18.8 รองลงมา ถุงยางอนามัยชาย ร้อยละ 18.1 วิธีคุมกำเนิดที่กลุ่มตัวอย่างรู้วิธีใช้ คือ ถุงยางอนามัยชาย ร้อยละ 25.8 รองลงมา รู้วิธีใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 18.7

3. ทักษะต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ทักษะต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (Mean = 39.59, S.D. = 4.65, Min = 20, Max = 50) โดยมีข้อที่มีคะแนนสูงสุด ได้แก่ คิดว่าการป้องกันการตั้งครรภ์ควรป้องกันทั้งผู้หญิงและผู้ชาย (Mean = 4.47, S.D. = 0.83) การมีความรู้เรื่องการ

คุมกำเนิดจะช่วยลดปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้ (Mean = 4.42, S.D. = 0.74) การใช้วิธีการคุมกำเนิดเป็นเรื่องที่น่าอับอาย (Mean = 4.33, S.D. = 0.90) และคะแนนต่ำสุด คือ การใช้วิธีคุมกำเนิดเป็นเวลานานอาจเป็นอันตรายต่อร่างกาย (Mean = 2.76, S.D. = 0.92) การคุมกำเนิดอย่างสม่ำเสมอเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก (Mean = 3.51, S.D. = 0.96)

4. การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (Mean = 40.83, S.D. = 5.94, Min = 20, Max = 50) โดยมีข้อคะแนนสูงสุด ได้แก่ นักเรียนสามารถที่จะศึกษาวิธีการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้ (Mean = 4.43, S.D. = 0.76) นักเรียนสามารถที่จะบังคับตนเองให้ใช้วิธีการคุมกำเนิดได้ เช่น ทานยาคุมกำเนิด ให้ฝ่ายชายใช้ถุงยางอนามัย (Mean = 4.35, S.D. = 0.79) นักเรียนสามารถที่จะบอปป้างเบี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับฝ่ายชายได้ หากไม่ได้ใช้วิธีคุมกำเนิด (Mean = 4.29, S.D. = 0.92) และคะแนนต่ำสุด คือ นักเรียนสามารถควบคุมตนเองไม่ให้ดูสื่อที่กระตุ้นอารมณ์ทางเพศได้ (Mean = 3.76, S.D. = 1.09) นักเรียนสามารถที่จะบังคับตนเองไม่ให้ไปเที่ยวตามสถานบันเทิงได้ (Mean = 3.78, S.D. = 0.99)

5. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (Mean = 31.36, S.D. = 6.07, Min = 13, Max = 45) โดยมีข้อมีคะแนนสูง ได้แก่ เพื่อนที่โรงเรียนมีการเชิญชวนดูสื่อที่ไม่เหมาะสมหรือไปเที่ยวในสถานที่ที่เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ หรือดื่มแอลกอฮอล์ (Mean = 3.88, S.D. = 1.26) โรงเรียน/สถาบันการศึกษาของนักเรียนมีการสอนเพศศึกษา (Mean = 3.81, S.D. = 1.05) โรงเรียน/สถาบันการศึกษาของนักเรียนมีการจัดกิจกรรมให้นักเรียนทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้หมกมุ่นเรื่องเพศมากเกินไป (Mean = 3.78, S.D. = 1.04) และคะแนนต่ำสุด คือ เพื่อนที่โรงเรียนกระตุ้นให้เห็นความสำคัญในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (Mean = 3.16, S.D. = 1.26) ครอบครัวของนักเรียน มีการพูดคุย

เข้มงวดเรื่อง อบรมเลี้ยงดู เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ ในวัยเรียน ทำให้นักเรียนไม่กล้ามีเพศสัมพันธ์ (Mean = 3.20, S.D. = 1.24)

6. ความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ในระดับสูง ร้อยละ 71.5 (Mean = 28.21, S.D. = 5.55 Min = 7, Max = 35) โดยความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่มีคะแนนสูง ได้แก่ ตั้งใจจะใช้วิธีการคุมกำเนิดไปจนกว่าจะอยู่ในวัยที่เหมาะสม

ในการตั้งครรภ์ (Mean = 4.27, S.D. = 0.91) ตั้งใจจะวางแผนการป้องกันการตั้งครรภ์หากต้องมีเพศสัมพันธ์ (Mean = 4.25, S.D. = 0.93) ตั้งใจที่จะปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่มีการป้องกันการตั้งครรภ์ (Mean = 4.19, S.D. = 1.05) และคะแนนต่ำสุด คือ ตั้งใจที่จะไม่ดื่มแอลกอฮอล์ เสพสารเสพติด เนื่องจากเมื่อมีเมามาจะทำให้ไม่สามารถควบคุมตนเอง เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์แล้วไม่ป้องกัน (Mean = 3.77, S.D. = 1.06) รายละเอียดแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ (n = 601)

ความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร	Mean	S.D.	การแปลผล
ฉันตั้งใจที่จะไม่มีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน	3.86	1.14	สูง
ฉันตั้งใจที่จะไม่ดื่มแอลกอฮอล์ เสพสารเสพติดเนื่องจากเมื่อมีเมามาจะทำให้ไม่สามารถควบคุมตนเอง เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์แล้วไม่ป้องกัน	3.77	1.06	สูง
ฉันตั้งใจที่จะหลีกเลี่ยงการอยู่สองต่อสองกับผู้ชาย และไม่ไปสถานที่เสี่ยง	3.97	1.01	สูง
ฉันตั้งใจที่จะรักษาพรหมจรรย์ จนกว่าจะอยู่ในวัยที่เหมาะสม	3.90	1.04	สูง
ฉันตั้งใจที่จะปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่มีการป้องกันการตั้งครรภ์	4.19	1.05	สูง
ฉันตั้งใจจะวางแผนการป้องกันการตั้งครรภ์หากต้องมีเพศสัมพันธ์	4.25	0.93	สูง
ฉันตั้งใจจะใช้วิธีการคุมกำเนิดไปจนกว่าจะอยู่ในวัยที่เหมาะสม	4.27	0.90	สูง

7. ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายและประกาศนียบัตรวิชาชีพ เข้าสู่สมการถดถอย โดยมีตัวแปรอิสระที่น่าเข้าสู่สมการถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) จำนวน 15 ตัวแปร ได้แก่ อายุ เกรดเฉลี่ย การดื่มแอลกอฮอล์ ปัญหาที่กระทบต่อจิตใจ การพักอยู่อาศัย สถานะครอบครัว รายได้ของผู้ปกครอง/ผู้ดูแล การศึกษาของมารดา การศึกษาของบิดา ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเข้าถึงสื่อที่ไม่เหมาะสม การเข้าถึงบริการในการป้องกันการตั้งครรภ์ ทัศนคติต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร การรับรู้ความสามารถในการ

ป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ผลการศึกษา พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ ($\beta = -0.122$) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ($\beta = 0.118$) ปัญหาที่กระทบต่อจิตใจ ($\beta = 0.111$) เกรดเฉลี่ย ($\beta = 0.086$) อายุ ($\beta = -0.074$) และการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ($\beta = 0.034$) ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย และประกาศนียบัตรวิชาชีพ ในอำเภอขามเฒ่าบุรีรัมย์ จังหวัดกำแพงเพชร ได้ร้อยละ 34.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตาราง 2) จากผลการวิเคราะห์ข้างต้น สามารถสร้างสมการถดถอยเพื่อทำนาย

ความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร
ในรูปสมการคะแนนดิบ ได้ดังนี้

ความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัย
อันควร = $7.426 - 1.424$ (การดื่มแอลกอฮอล์) + 0.108

(การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการป้องกันการตั้งครรภ์
ก่อนวัยอันควร) + 0.412 (ปัญหาที่กระทบต่อจิตใจ) +
 1.005 (เกรดเฉลี่ย) - 0.436 (อายุ) + 0.439 (การรับรู้
ความสามารถในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร)

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อสร้างสมการทำนายความตั้งใจในการ
ป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายและประกาศนียบัตร ($n = 601$)

ปัจจัยทำนาย	b	SE (b)	β	t	p-value
การดื่มแอลกอฮอล์	-1.424	0.396	-0.122	-3.592	< 0.001
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการป้องกันการตั้งครรภ์ ก่อนวัยอันควร	0.108	0.033	0.118	3.309	0.001
ปัญหาที่กระทบต่อจิตใจ	0.412	0.124	0.111	3.324	0.001
เกรดเฉลี่ย	1.005	0.406	0.086	2.473	0.014
อายุ	-0.436	0.202	-0.074	-2.155	0.032
การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการตั้งครรภ์ ก่อนวัยอันควร	0.439	0.034	0.034	12.903	< 0.001

Constant = 7.426, $R = 0.588$, $R^2 = 0.346$, Adjust $R^2 = 0.339$

สรุปและอภิปรายผล

ความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อน
วัยอันควร ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย
และประกาศนียบัตรวิชาชีพ ภาพรวมอยู่ในระดับสูง
ทั้งนี้เนื่องจากผลการศึกษา พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่
มีระดับผลการเรียนดี โดยเกรดเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง
3.01-4.00 ร้อยละ 73.0 สถานะครอบครัวส่วนใหญ่
บิดามารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 59.1 ระดับความสัมพันธ์
ระหว่างนักเรียนและบุคคลในครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ใน
ระดับดี ร้อยละ 42.8 และดีมาก ร้อยละ 41.1 และ
สามารถเข้าถึงบริการเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์
โดยส่วนใหญ่มีความสะดวกในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร/
ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ ร้อยละ
26.3 มีความสะดวกในการเข้าถึงการขอรับคำแนะนำ
การป้องกันการตั้งครรภ์จากบุคลากรทางการแพทย์
หรือครู ร้อยละ 25.2 รวมถึงวิธีใช้การคุมกำเนิด คือ
วิธีใช้ถุงยางอนามัยชาย ร้อยละ 25.8 อาจส่งผลทำให้
ความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์อยู่ในระดับสูง

ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planned
Behavior: TPB) โดยความตั้งใจเกิดจากการได้รับ
อิทธิพลจากทัศนคติต่อพฤติกรรม อิทธิพลของกลุ่ม
อ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม
ซึ่งถ้าบุคคลมีทัศนคติเห็นด้วยต่อพฤติกรรม ได้รับ
อิทธิพลจากกลุ่มอ้างอิงสนับสนุน และเชื่อว่า ตนควบคุม
พฤติกรรมนั้นได้มากเท่าไร บุคคลนั้นยิ่งจะมีเจตนา
ที่จะทำพฤติกรรมนั้นมากขึ้นเท่านั้น อาจส่งผลให้
มีระดับความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์
ก่อนวัยอันควรอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับงานวิจัย
ของ Duangchan et al. (2019) โดยพบว่า นักเรียนหญิง
ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น มีระดับของความตั้งใจ
ในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร โดยรวม
อยู่ในระดับดี (Mean = 3.56, S.D. = 0.99) ได้อธิบายว่า
กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจแน่วแน่ และมีแนวโน้ม
หรือความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมในการป้องกัน
การตั้งครรภ์ในอนาคต โดยเฉพาะในประเด็นที่ว่า

นักเรียนหญิงส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ และสอดคล้องกับงานวิจัย Seering et al. (2014) พบว่า ความตั้งใจโดยรวมที่จะป้องกันการตั้งครรภ์และมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.30, S.D. = 0.93) โดยพบว่าวัยรุ่นหญิงมีความตั้งใจจะป้องกันการตั้งครรภ์และมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยอยู่สูงกว่าวัยรุ่นชายที่มีอายุระหว่าง 16-19 ปี มีความตั้งใจจะป้องกันการตั้งครรภ์และมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยอยู่ที่มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า โดยมีความตั้งใจมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยเมื่อแต่งงานแล้ว จะรักษาพรหมจรรย์จนถึงวัยอันควร และวางแผนป้องกันการตั้งครรภ์ มากกว่าร้อยละ 60.0 และสอดคล้องกับงานวิจัย Tumchuea (2015) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์โดยรวม อยู่ในระดับดี (Mean = 3.70, S.D. = 0.52) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อแล้ว พบว่าวัยรุ่นหญิงควรปฏิเสธ การมีเพศสัมพันธ์เมื่อไม่มีการป้องกันการตั้งครรภ์ (Mean = 4.33, S.D. = 1.10) เป็นความตั้งใจสูงสุดซึ่งขัดแย้งกับผลการวิจัย Sirirat, Pumpaibool, & Phupong (2015) ที่ทำการศึกษาในระดับปริญญาตรี พบว่า ความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เป็นไปได้ว่า เมื่อมีอายุและระดับการศึกษาที่สูงขึ้น รู้สึกว่าเป็นผู้ใหญ่ ดูแลตัวเองได้และเป็นอิสระจากครอบครัว (Hoyrat & Wongsawat, 2017) อาจทำให้ความตั้งใจอยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายและประกาศนียบัตรวิชาชีพ จากการศึกษา พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ ($\beta = -0.122$) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ($\beta = 0.118$) ปัญหาที่กระทบต่อจิตใจ ($\beta = 0.111$) เกรตเฉลีย ($\beta = 0.086$) อายุ ($\beta = -0.074$) และการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ($\beta = 0.034$) ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายและประกาศนียบัตรวิชาชีพ

ในอำเภอขามเฒ่าบุรี จังหวัดกำแพงเพชร ได้ร้อยละ 34.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยอภิปรายผล ดังนี้

การดื่มแอลกอฮอล์สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า นักเรียนไม่ดื่มแอลกอฮอล์ถึง ร้อยละ 65.6 คาดว่าเกิดจากนักเรียนมีความตระหนักในการเห็นอันตรายที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งทำให้ขาดสติ และมีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จะเห็นได้จากนักเรียนมีความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในระดับสูง สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Sangwalee et al. (2022) พบว่า สิ่งเสพติดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ สอดคล้องกับ Chewaphansri (2013) ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น คือ พฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นและผู้ใกล้ชิด เช่น การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน การเที่ยวเตร่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับ Sirirat, Pumpaibool, & Phupong (2015) พบว่า ความถี่ในการดื่มบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์เชิงลบ และมีนัยสำคัญกับคะแนนความตั้งใจและเป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) เนื่องจากวัยรุ่นที่เสพสารเสพติดหรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสที่จะตั้งครรภ์ อาจเป็นเพราะอาการมึนเมาหรือขาดสติ ไม่สามารถควบคุมร่างกาย เกิดความต้องการทางเพศ ทำให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ตั้งใจ หรืออาจถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ ทำให้บุคคลมีความเชื่อว่า การกระทำพฤติกรรมทำได้ยาก และไม่สามารถควบคุมผลที่ออกมาได้อย่างที่ตั้งใจไว้ แนวโน้มที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมจะลดลง ดังนั้น หากเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมพฤติกรรมให้ป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้ง่ายอย่างที่ตั้งใจไว้ จึงทำให้ไม่สามารถควบคุมตนเองให้รับรู้ความในการใช้วิธีการคุมกำเนิดใดๆ หรือไม่สามารถป้องกันตัวเองได้ก่อให้เกิดการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร อยู่ใน

ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 62.6 (Mean = 31.36, S.D. = 6.07) โดยเฉพาะกลุ่มอ้างอิงโรงเรียน/สถาบันการศึกษา ทำให้นักเรียนได้รับอิทธิพลและการสนับสนุนจากโรงเรียนและสถาบันการศึกษาส่งผลต่อความตั้งใจในการป้องกันการจัดตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และนำไปสู่พฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ อาจอธิบายได้ว่าการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษาและทักษะชีวิตในปัจจุบัน เนื้อหาสาระนี้ได้ถูกบรรจุไว้ในกลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษาตามหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐานอยู่แล้ว Duangchan et al. (2019) และในกลุ่มอ้างอิงครอบครัวสอดคล้องกับ Seering et al. (2014) ที่พบว่า ปัจจัยที่กำหนดความตั้งใจ คือ การสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ngomsangad et al. (2019) ที่พบว่า ความสนใจในการสื่อสารเรื่องเพศกับพ่อแม่/ผู้ปกครอง มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนวัยรุ่นหญิง อธิบายว่า การสื่อสารเป็นเรื่องที่สำคัญ ซึ่งถ้าหากพ่อแม่มีทักษะในการสื่อสารเรื่องเพศที่ดีเกิดสัมพันธภาพที่ดีกันภายในครอบครัว สอดคล้องกับงานวิจัยของ Rojruangnon, Nittham, & Teravecharoenchai (2017) ที่พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน คู่รัก ระบบการศึกษาคู อาจารย์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของนักศึกษาหญิงระดับอุดมศึกษา ซึ่งการพักอาศัยอยู่กับบิดา/มารดา ทำให้ผู้ปกครองมีบทบาท เพื่อนและคู่รักเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยสนับสนุนในการป้องกันการตั้งครรภ์เนื่องจากคอยตักเตือนและแนะนำ เพราะเป็นอยู่ใกล้ชิดที่กลุ่มตัวอย่างให้ความไว้วางใจ ส่วนระบบการศึกษาคู-อาจารย์มีส่วนช่วยส่งเสริมความรู้และสนับสนุนข่าวสารการรับรู้ในด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ให้นักศึกษาเช่นกัน รวมทั้ง เป็นไปทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) (Ajzen, 2011) มีแนวคิดหลัก คือ บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้นั้น เป็นผลมาจากความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคล โดยความตั้งใจเกิดจากการได้รับอิทธิพลจากอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง (Ajzen, 2011) สนับสนุนสนับสนุน การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความต้องการหรือความคาดหวังของสังคมที่มีผลต่อบุคคล ซึ่งเป็น

ได้ทั้งกลุ่มคนใกล้ชิดที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น เช่น พ่อแม่ เป็นต้น หรือเป็นกลุ่มคนใกล้ชิดที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น เช่น เพื่อน ในการที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมใดๆ หากบุคคลมีการประเมินว่า กลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อเขาต้องการให้แสดงพฤติกรรม แนวโน้มที่พฤติกรรมจะถูกแสดงออกจะเพิ่มมากขึ้น ในทางกลับกัน บุคคลจะไม่แสดงพฤติกรรม ถ้าเกิดการรับรู้ว่า กลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลไม่ต้องการให้เขาแสดงพฤติกรรมนั้น

ปัญหาที่กระทบต่อจิตใจ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ปัญหาที่กระทบต่อจิตใจ คือ เรื่องเรียน ร้อยละ 30.2 รองลงมาเรื่องในครอบครัว ร้อยละ 16.7 เรื่องความรัก ร้อยละ 14.8 อาจเนื่องมาจากนักเรียนมีปัญหาที่กระทบจิตใจจึงต้องการคำปรึกษา ทำให้มีการรับคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรไปด้วย และจากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับมารดา ร้อยละ 32.5 โดยผู้ที่เป็นผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลของนักเรียนส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 55.1 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนหญิงจึงทำให้กล้าพูดคุยปรึกษา โดยสถาบันครอบครัว คือ สถาบันที่มีความใกล้ชิดวัยรุ่น ต้องพร้อมรับฟังปัญหา หลีกเลี่ยงการตรึงหน้าและการใช้วาจาที่ลดคุณค่าบุตรพร้อมกับให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่บุตร หากผู้ปกครองขาดการดูแลเอาใจใส่บุตรวัยรุ่น บุตรก็อาจมีเพื่อนและแฟนเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ หากพบเพื่อนและแฟนที่ไม่หวังดี เพื่อนก็อาจยุให้มีแฟนหรือแฟนก็อาจโน้มน้าวให้มีพฤติกรรมทางเพศได้ (Hoyrat & Wongsawat, 2017) จึงทำให้เกิดความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จากการได้รับอิทธิพลจากอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง (Ajzen, 2011) คือ ครอบครัวสนับสนุน จนเกิดความเชื่อว่า ตนควบคุมพฤติกรรมนั้นได้ เป็นไปทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) และสอดคล้องกับงานวิจัย Tumchuea (2015) พบว่าปัญหาที่กระทบต่อจิตใจ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

เกรตเฉลี่ย สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า เกรตเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 3.01-4.00 ร้อยละ 73.0 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ngomsangad et al. (2019)

พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนวัยรุ่นหญิง อธิบายได้ว่า นักเรียนที่มีผลการเรียนที่ดี ถือว่ามีทักษะด้านสติปัญญาสูง มีความสามารถคิดวิเคราะห์และการไตร่ตรองมากกว่า บุคคลที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ บุคคลกลุ่มนี้ มีแนวโน้มมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์สูง สามารถปฏิบัติตนในการป้องกันการตั้งครรภ์ได้ถูกต้อง เนื่องด้วยความรู้รอบด้านสุขภาพ (Health literacy) มีแนวคิดที่ว่า ทักษะทางด้านปัญญาหรือสังคมในการสร้างแรงจูงใจ หรือความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำความรู้ความเข้าใจที่ได้รับไปสู่การปฏิบัติและผลการปฏิบัตินั้นเกิดผลดีต่อสุขภาพ จึงจำเป็นต้องส่งเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคล (Health Education Division, 2018) เป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) (Ajzen, 2011) หากมีการส่งเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคลจากกลุ่มอ้างอิง เช่น โรงเรียน อาจทำให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการใช้ชีวิตในการป้องกันการตั้งครรภ์ และเกิดการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการตั้งครรภ์ส่งผลให้เกิดความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้กับนักเรียนที่มีผลการเรียนที่ดี ที่มีทักษะด้านสติปัญญาสูง มีความสามารถคิดวิเคราะห์และการไตร่ตรอง

อายุ เมื่ออายุเข้าสู่วัยในการเป็นหนุ่มสาวเร็วขึ้น นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อารมณ์ และความรู้สึกในวัยรุ่น นอกจากนี้ สื่อต่างๆ ที่เข้าถึงได้ง่าย และกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางเพศ อาจชักนำวัยรุ่นไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ได้ (Tuntivechetal., 2014) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ช่องทางการเข้าถึงสื่อที่ไม่เหมาะสม เคยใช้ช่องทางโทรศัพท์ ร้อยละ 35.7 รองลงมา เคยใช้ช่องทางอินเทอร์เน็ต/คอมพิวเตอร์ ร้อยละ 27.4 อาจส่งผลทำให้มีผลต่อความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้ เป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) (Ajzen, 2011) ถ้าหากมีการเข้าถึงสื่อที่ไม่เหมาะสม วัยรุ่นที่มีอายุน้อยอาจมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่น้อยกว่า

วัยรุ่นที่มีอายุมาก มีความอยากรู้อยากลอง ส่งผลทำให้มีความเชื่อว่า ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่มีการป้องกันการตั้งครรภ์ได้อย่างที่ตั้งใจไว้ จึงแนวโน้มที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมจะลดลง คือ พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร สอดคล้องงานวิจัยของ Tumchuea (2015) ที่พบว่า อายุ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) มีแนวคิดหลัก คือ บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้นั้น เป็นผลมาจากความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคล โดยความตั้งใจเกิดจากการได้รับอิทธิพลจากการรับรู้ความสามารถ (Ajzen, 2011) ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าสามารถกระทำพฤติกรรมได้โดยง่าย และสามารถควบคุมผลที่ออกมาอย่างที่ตั้งใจไว้บุคคลมีแนวโน้มจะแสดงพฤติกรรม แต่ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าการกระทำพฤติกรรมทำได้ยาก และไม่สามารถควบคุมผลที่ออกมาได้อย่างที่ตั้งใจไว้ แนวโน้มที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมจะลดลง ดังนั้น หากเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมพฤติกรรมให้ป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้อย่างที่ตั้งใจไว้ บุคคลมีแนวโน้มจะแสดงพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Rojruangnon et al. (2017) พบว่า การรับรู้ความสามารถในการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของนักศึกษาหญิงระดับอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง เนื่องจากการส่งเสริมการรับรู้ที่ช่วยป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์จะช่วยเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้เป็นส่วนหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและสอดคล้องกับงานวิจัย Seering et al. (2014) พบว่า ปัจจัยที่กำหนดความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของวัยรุ่นในจังหวัดขอนแก่น คือ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานทางการศึกษา สามารถนำไปใช้ในการออกแบบการจัดการเรียนการสอนในสถานศึกษา เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร โดยเน้นเนื้อหาที่เสริมสร้างทักษะการรับรู้ความสามารถของตนเอง รวมทั้งการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรภายในโรงเรียน เพื่อให้เกิดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการป้องกันโรค

2. โรงเรียนและครอบครัว ควรมีการสร้างการมีส่วนร่วมในการป้องกันพฤติกรรม การดื่มสุราของนักเรียน เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

3. หน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ควรมีการสนับสนุนให้มีคลินิกปรึกษาปัญหาที่กระทบต่อจิตใจ เพื่อเป็นที่ปรึกษาปัญหาให้นักเรียน และป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพจากผู้ที่มีการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และผู้ตั้งครรภ์ในวัยที่เหมาะสมเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกสำหรับการนำมาวางแผนจัดมาตรการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการสถานศึกษาในอำเภอลำปาง จังหวัดลำปาง เพชร ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินการครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ได้ให้ข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ล่วงด้วยดีทุกประการ

เอกสารอ้างอิง

- Ajzen, I. (2011). The theory of planned behaviour: Reactions and reflections. *Psychology & Health*, 26(6), 1113-1127.
- Arundee, S., Natrujirote, W., Kayee, P., & Phungphak, W. (2016). The needs of adolescent mothers for healing and preventing unintended adolescent pregnancy. *Journal of Social Sciences Srinakharinwirot University*, 19(16), 276-289. (in Thai)
- Best, J. (1977). *Research in education*. (3rd ed.). Englewood cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Buppasiri, P. (2023, April 1). *Preterm labor*. Retrieved April 11, 2023, from <http://haamor.com/th/คลอดก่อนกำหนด/> (in Thai)
- Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health. (2023). *Statistics on adolescent births, Thailand 2021*. Retrieved March 31, 2023, from <https://rh.anamai.moph.go.th/th/adolescent-mothers-birth-statistics/4304#wow-book/> (in Thai)
- Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health. (2020). *Lessons learned from the CDC: Reduce teenage mom*. Nontaburi: SHERMAS CO., LTD. (in Thai)
- Chewaphansri, K. (2013). Adolescent pregnancy risk factors: A case study of pregnant adolescent who applied the pregnancy checkup with public health center 34 Phosri, Department of Health, Bangkok. *Vajira Medical Journal*, 57(1), 37-43. (in Thai)

- Duangchan, C., Wattanakorn K., Teanchaithut, C., Sriyasak, A., & Oumpram, K. (2019). The factors predicting intention to prevent teenage pregnancy among female junior high school students. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 6(Special Issue), 15-28. (in Thai)
- Dulitha, F., Nalika, G., Upul, S., Chrishantha, W., Alwis, S., Hemantha, S., et al. (2013). Risk factors for teenage pregnancies in Sri Lanka: Perspective of a community based study. *Health Science Journal*, 7(3), 269-284.
- Educational Management information System. (2021, June 25). *Student information*. Retrieved July 1, 2021, from <https://sesaokpp.go.th/cms-sesaokpp/news/20> (in Thai)
- Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2018). *Health literacy and behavioral health strategies*. Bangkok: Samcharoen Panich (Bangkok) Company Limited. (in Thai)
- Hoyrat, P., & Wongsawat, P. (2017). Thai adolescent with early sexual intercourse. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 28(2), 173-182. (in Thai)
- Kamphaeng Phet Provincial Health office. (2023, April 10). *Adolescent birth rate (per 1,000 females aged 15-19 years)*. Retrieved April 21, 2023, from https://kpt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=1336d766d29c4a739ed33ff9f4e79d83 (in Thai)
- Likert, R. (1967). The method of constructing and attitude scale. In M. Fishbein (Ed.), *Attitude Theory and Measurement*. New York: Wiley & Son.
- Mushwan, L., Monareng, & L., Muller, H. (2015). Factors influencing the adolescent pregnancy rate in the Greater Giyani Municipality, Limpopo Province-South Africa. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 2, 10-18.
- Nithitantiwat, P., & Nithitantiwat, K. (2016). Unwanted pregnancy and abortion: Preventive guidelines for adolescent. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 32(2), 133-146.
- Ngamjarus, C., & Chongsuvivatwong, V. (2016). n4Studies: Sample size calculation for an epidemiological study on a smart device. *Siriraj Medical Journal*, 68(3), 160-170.
- Ngomsangad, Y., Srisuriyawet, R., & Homsin, P. (2019). Factors influencing health literacy related pregnancy prevention among female adolescent students in Si Sa Ket Province. *The Public Health Journal of Burapha University*, 14(2), 37-51. (in Thai)
- Panpetch, O., & Wongsawat, P. (2020). Unwanted pregnancy in adolescents: Guidelines for prevention and surveillance. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 31(2), 282-283. (in Thai)
- Rajanukul Institute, Department of Mental Health, MOPH. (2014). *Guidelines for taking care of teenage mom manual*. Bangkok: The agricultural co-operative federation of Thailand, Ltd. ACFT. (in Thai)
- Rojruangnon, P., Nititham, A., & Teravecharoenchai, S. (2017). Factors related to preventive behaviors of unexpected pregnancy among the female undergraduates, Bangkok Metropolitan. *Journal of Science and Technology Mahasarakham University*, 36(2), 194-202. (in Thai)

- Sangwalee, W., Norkaew, J., Photipim, M., Ketbumroong, V., Prathumyo, J., Udomporn, T., et al. (2022) Factors associate preventive behaviors of unplanned pregnancy among the female vocational students in Nakhon Ratchasima Province. *Journal of Vongchavalitkul University*, 31(1), 34-46. (in Thai)
- Seering, P., Chanaboon, S., & Khonruchinnapong, K. (2014). *Knowledge, attitudes, intention and factor effecting intention in prevention of unplanned pregnant and having safe sex between teenagers in Khon Kaen Province*. Rethink: Social Development for Sustainability in ASEAN Community, academic conference Sustainable Rural Development 4th in June 11-13, 2014 Centara Hotel & Convention Centre Khon Kaen. (in Thai)
- Sirirat, C., Pumpaibool, T., & Phupong, V. (2015). Knowledge attitude and intention of preventing unwanted pregnancy among female undergraduate students in Bangkok, Thailand. *Journal of Health Research*, 29 (Suppl.2), 193-199.
- Sirisakulpaisal, B., von Bormann, S., Boonpleng, W., Kerdsuwan, P., Buapud, S., Somnuekprasert, W. (2018). Relationship between knowledge, attitude, perception of self-protection skills and risk behavior to pregnancy of junior high school students. *Journal of Nursing Science*, 36(4), 77-86. (in Thai)
- Tumchuea, S. (2015). Sexual behaviors and factors correlated with the intention of protection in teenage pregnancy, Saraburi province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 25(1), 97- 109. (in Thai)
- Tuntivech, S., Pilasun, S., Yamaphai, I., Teewattananon, Y., Yotasamut, C., Matdech, A. et al. (2014, April 30). *Adolescent pregnancy in Thailand 2013*. Retrieved July 11, 2017, from <https://www.hitap.net/research/17738> (in Thai)
- UNICEF Thailand. (2016). *Situation analysis of adolescent pregnancy in Thailand*. Bangkok: UNICEF Thailand.
- Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences*. (6th ed.). New York: John Wiley & Son, Inc.
- World Health Organization. (2022, November 17). *Adolescent birth rate Data by WHO region*. Retrieved March 31, 2023, from <https://apps.who.int/gho/data/view.main.1610A?lang=en>

บทความวิจัย

ผลของการใช้แอปพลิเคชันไลน์ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎี
พฤติกรรมตามแผนเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่
ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนแห่งหนึ่ง
กฤษณะ ศรีปรังค์^{1*} ส.ม., จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ² ส.ด.

Received: February 2, 2024

Revised: March 27, 2024

Accepted: March 27, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดซ้ำครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ และพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ โดยเปรียบเทียบก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่ม ตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่หนึ่ง ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 59 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 กลุ่มควบคุมได้รับการเรียนการสอนตามปกติ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติทีอิสระ และสถิติความแปรปรวน วัดซ้ำ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง ความตั้งใจ พฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ หลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม หลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกัน คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ความตั้งใจ และพฤติกรรมป้องกันสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรม อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง พบว่า ไม่แตกต่างกัน ดังนั้น จึงเสนอให้ผู้สนใจนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่ หรือกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกัน เพื่อป้องกันพฤติกรรมสูบบุหรี่ต่อไป

คำสำคัญ: การป้องกันการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน นักเรียน แอปพลิเคชันไลน์

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

* ผู้รับผิดชอบบทความ: kritsanas63@nu.ac.th

The result of using application Line together with applying planned behavior theory to reinforce smoking protective behavior of grade 1 junior high school students in one school

Kritsana Sriprang^{1,*} M.P.H., Chakraphan Phetphum² Dr.P.H.

ABSTRACT

This quasi-experimental study aims to compare the mean scores of attitudes towards non-smoking behaviour, the influence of reference groups on non-smoking behaviour, perceived self-efficacy in controlling smoking behaviour, intention to not smoke, and smoking prevention behaviour, before the experiment, immediately after the experiment, and 6 weeks after the experiment. Comparisons were made both within the experimental group and between the experimental and control groups. The sample group comprised first-year high school students who were purposively selected and divided into control and experimental groups, each consisting of 59 individuals. The experimental group received the program from November 2022 to January 2023. The control group received regular teaching. Statistical analyses used included mean, percentage, standard deviation, independent t-test, and repeated measures ANOVA.

The study found that the experimental group had significantly higher mean scores for the influence of reference groups, intention, and smoking prevention behaviour immediately after the experiment and 6 weeks later compared to the control group. There was no significant difference in the mean scores for attitudes towards non-smoking behaviour and perceived self-efficacy in controlling smoking behaviour immediately after and 6 weeks after. Regarding the mean scores 6 weeks after the experiment for perceived self-efficacy in controlling behaviour, intention, and prevention behaviour were significantly higher than the pre-experiment scores. However, the attitudes towards behaviour and the influence of reference groups showed no significant differences. Therefore, it is recommended that interested individuals can apply the program with at-risk groups or similar groups to prevent smoking behaviour in the future.

Keywords: Smoking prevention, Cigarette smoking, Theory of planned behaviour, Students, Line application

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

² Associate Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University

* Corresponding author: kritsanas63@nu.ac.th

บทนำ

การแพร่ระบาดของบุหรี่เป็นภัยคุกคามที่สำคัญของโลกที่คร่าชีวิตพลเมืองโลกมากกว่า 8 ล้านคนต่อปี โดยในจำนวนนี้เป็น การเสียชีวิตที่เป็นผลมาจากการสูบบุหรี่ของตนเองมากกว่า 7 ล้านคน และอีกประมาณ 1.2 ล้านคน เป็นผลมาจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง (World Health Organization, 2020) อย่างไรก็ตามในแต่ละปีมีเด็กและเยาวชนที่เป็นนักสูบหน้าใหม่แทนประชากรที่เสียชีวิต ทั่วโลกมีเด็กและเยาวชนอายุระหว่าง 13-15 ปี ที่สูบบุหรี่อยู่ประมาณ 25 ล้านคน (The Tobacco Atlas, 2016) โดยร้อยละ 80.0 อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (World Health Organization, 2020)

สำหรับประเทศไทย จากรายงานของศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) พ.ศ. 2562 พบว่า อัตราการบริโภคยาสูบปัจจุบันของเยาวชนไทยอายุ 13-15 ปี พ.ศ. 2558 เท่ากับ ร้อยละ 15.0 (เป็นเพศชาย ร้อยละ 21.8 และเป็นเพศหญิง ร้อยละ 8.1) ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ วันละ 2-5 มวน คิดเป็น ร้อยละ 37.5 และเริ่มทดลองสูบบุหรี่ครั้งแรกในช่วงอายุ 14-15 ปี คิดเป็น ร้อยละ 24.8 (Research and Knowledge Management for Tobacco Control Center, 2017) ซึ่งเยาวชนที่ทดลองสูบบุหรี่เหล่านี้เกือบร้อยละ 80.0 จะไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้แม้จะผ่านช่วงวัยนี้ไปแล้ว นอกจากนี้เยาวชนที่สูบบุหรี่ยังมีโอกาสสูงมากที่จะพัฒนาไปใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ ที่มีความรุนแรงและอันตรายมากยิ่งขึ้น เช่น กัญชา โคเคน แอมเฟตามีน (Yuan et al., 2015) ดังนั้น ที่ผ่านมามีประเทศไทยจึงได้ให้ความสำคัญอย่างมากกับการปกป้องไม่ให้เยาวชนทดลองสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ทั้งในระดับนโยบายของประเทศด้วยการออกกฎหมายเพื่อจำกัดการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชน และระดับปฏิบัติการที่กำหนดให้หน่วยงานสาธารณสุขและสถาบันการศึกษาต้องจัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนอย่างเป็นประจำและต่อเนื่อง (Phetphum, 2021)

จากกรณีที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประเทศไทยเป็นครั้งแรก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 ส่งผลให้มีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมรวม

มากกว่า 1 แสนคน มีผู้เสียชีวิตมากกว่า 4 พันคน (Center for COVID-19 Situation Administration, 2023) และรัฐบาลโดยการนำของศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้กำหนดให้มาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม เป็นหนึ่งในมาตรการที่สำคัญสำหรับควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งแม้ว่าจะส่งผลให้การควบคุมโรคได้ผลดีแต่ผลกระทบอีกด้านของมาตรการดังกล่าว ก็ทำให้หน่วยงานสาธารณสุขและสถาบันการศึกษาในพื้นที่ไม่สามารถจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนในรูปแบบปกติที่ต้องนำคนมารวมกลุ่มทำกิจกรรมได้ (Phetphum, 2021) จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการพัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนในรูปแบบใหม่เพื่อให้สอดคล้องเหมาะสมกับสถานการณ์ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมตามที่รัฐบาลกำหนด (Phetphum, 2021)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชนที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่เป็นโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ที่เป็นกิจกรรมการรวมกลุ่ม เช่น โปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ การจัดการเรียนรู้อาสาสมัครและการเสริมสร้างอุปนิสัย การเสริมพลังแก่นำนักเรียนทางด้านสุขภาพในการรณรงค์ป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียน รูปแบบการป้องกันและลดพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของเยาวชนในโรงเรียนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และชุมชนต้นแบบลดและเลิกบุหรี่ แนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนในการลดและเลิกการบริโภคยาสูบ เป็นต้น (Nakhasombut, 2019; Klinhom, 2023; Suksukulwat, 2023; Pattharasiriboon, 2024; Ratnat, 2023) ผู้วิจัยจึงค้นหาช่องทางที่ไม่จำเป็นต้องใช้วิธีการรวมกลุ่มเพื่อสอดคล้องกับการป้องกันการระบาดของโรคเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า การนำแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือมาประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน เพื่อใช้เป็นสื่อให้ความรู้กับผู้ที่สูบบุหรี่สามารถช่วยให้บุคคลดังกล่าวสามารถลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ได้

อย่างมีประสิทธิภาพ (Zhao et al., 2016) และพบว่าแอปพลิเคชันไลน์เอื้อต่อการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบกลุ่มได้เป็นอย่างดี เพราะสามารถสร้างกลุ่มและสื่อสารเฉพาะกลุ่มได้มีความสามารถในการทำงานที่หลากหลาย เช่น การสื่อสารแบบตัวต่อตัวในแบบข้อความ เสียง รูปภาพ หรือวีดิทัศน์ การสร้างกลุ่มสนทนา และการใช้วีดิทัศน์ในกลุ่ม จึงทำให้ผู้ใช้แอปพลิเคชันไลน์ มีความสนุกและเพลิดเพลิน (Kulijaturawong, 2014) นอกจากนี้เยาวชนในประเทศไทย อายุระหว่าง 10-19 ปี ร้อยละ 97.0 มีการลงทะเบียนและพร้อมใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ (Chaisuwan, 2015)

จากรายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นแห่งหนึ่งในจังหวัดพิจิตร ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 320 คน พบว่า ปัญหาการสูบบุหรี่ของนักเรียนอายุ 13-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 18.0 สูงกว่าอัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชนอายุ 13-15 ปี ระดับประเทศที่อยู่ที่ ร้อยละ 15.0 (Research and Knowledge Management for Tobacco Control Center, 2017) และจากการสำรวจข้อมูลพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของนักเรียนโรงเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นแห่งหนึ่งในจังหวัดพิจิตร 3 ปีย้อนหลัง อายุระหว่าง 13-15 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2563 ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 ปีที่ 2 และปีที่ 3 พบว่า เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Saraluang Pittayakom School, 2021) ตามลำดับ

ในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 ทำให้หน่วยงานสาธารณสุขและโรงเรียนในพื้นที่ดังกล่าว ไม่สามารถจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนในรูปแบบปกติได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจใช้แอปพลิเคชันไลน์ เสริมสร้างพฤติกรรม การป้องกันการสูบบุหรี่ ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนในจังหวัดพิจิตรขึ้น โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planed Behavior: TPB) เป็นกรอบแนวคิด โดยเชื่อว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเป็นผลมาจากความตั้งใจที่จะกระทำของบุคคล และความตั้งใจดังกล่าวได้รับอิทธิพลมาจากทัศนคติต่อพฤติกรรม อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Ajzen, 2006) และ

สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา ที่พบว่าปัจจัยดังกล่าว มีผลต่อการสูบบุหรี่ของเยาวชน (Matragoon, 2012; Wisetsakorn, 2013; Punnakulseth, 2014; Anapinnijnan, 2019; Boonpen, 2019; Yangpaksi, 2019; Phupong, 2022) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการใช้เป็นสื่อเสริมสร้างพฤติกรรม การป้องกันการสูบบุหรี่สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษา ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 หรือโรคระบาดอื่น ที่จำเป็นต้องใช้มาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมต่อไปได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการใช้แอปพลิเคชันไลน์ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเสริมสร้างพฤติกรรม การป้องกันการสูบบุหรี่ ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนแห่งหนึ่ง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรม การไม่สูบบุหรี่ อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อพฤติกรรม การไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ และพฤติกรรม การป้องกันการสูบบุหรี่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรม การไม่สูบบุหรี่ อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อพฤติกรรม การไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ และพฤติกรรม การป้องกันการสูบบุหรี่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานของการวิจัย

1. กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรม การไม่สูบบุหรี่ อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อพฤติกรรม การไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ความตั้งใจไม่สูบบุหรี่

และพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ หลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนการทดลอง

2. กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ และพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ หลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดซ้ำ (Two group repeated measures design) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และระยะติดตามหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ ในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม โดยการวิจัยได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่อนุมัติ COA No. 080/2022 IRB No. P3-0161/2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1 โรงเรียนแห่งหนึ่ง ปีการศึกษา 2565 จำนวน 320 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Two sample independent group test) จากสูตร

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

$$r = \frac{n_2}{n_1}, \Delta = \mu_1 - \mu_2$$

μ_1 คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลอง = 5.75

σ_1 คือ ค่าความแปรปรวนคะแนนพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ในกลุ่มทดลอง 2.68

μ_2 คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ของกลุ่มควบคุม = 4.14

σ_2 คือ ค่าความแปรปรวนคะแนนพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ในกลุ่มควบคุม = 2.20

แทนค่าลงในสูตร โดยอ้างอิงผลจากการศึกษาของ (Antorabut, 2010) ได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มละ 53 ราย และปรับขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันกรณีมีผู้สูญหายจากการติดตาม (Drop out) ร้อยละ 10.0 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 59 คน รวมทั้งหมด 118 คน

กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติ ดังนี้ เป็นผู้มีสภาพร่างกายที่แข็งแรงพร้อมจะเข้าร่วมทำกิจกรรมได้ มีความเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัยกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนด และเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่ โดยประเมินจากการมีความเสี่ยง ดังนี้ มีคนในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน สูบบุหรี่ในปัจจุบัน มีเพื่อนที่มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างน้อย 1 คน สูบบุหรี่ในปัจจุบัน และเคยสูบบุหรี่แต่ไม่เกิน 4 มวนในชีวิต ซึ่งผู้เข้าร่วมต้องมี Smart phone หรือ Tablet ที่เข้าถึงอินเทอร์เน็ตและมีโปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์ที่สามารถใช้งานได้ กลุ่มตัวอย่างที่ย้ายโรงเรียน หรือไม่สามารถเข้ากิจกรรมได้ตลอดเวลาที่ทำการศึกษา ถูกถอดออกจากการศึกษา

ผู้วิจัยเป็นผู้คัดกรองความเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ด้วยตนเอง จำนวน 320 คน ภายหลังจากการคัดกรองจากเกณฑ์ทั้ง 4 ข้อแล้ว ผู้วิจัยแบ่งนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ไม่เสี่ยงที่จะสูบบุหรี่ จำนวน 180 คน และกลุ่มเสี่ยงสูบบุหรี่ จำนวน 132 คน และผู้ปกครองไม่อนุญาตให้เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 8 คน คงเหลือจำนวนผู้ที่เข้าร่วมวิจัย จำนวน 124 คน จึงได้นำมาใช้ตามสูตรการคำนวณ คือ 118 คน (สูญเสียจากการจับฉลากให้เหลือ 118 คน) ให้ทำการขอคำยินยอมก่อนการคัดกรอง และผู้วิจัยเจาะจงเลือกนักเรียนในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เรียนในห้องเดียวกันและนักเรียนจะต้องมีเครื่องมือสื่อสารที่สามารถสื่อสารออนไลน์และแอปพลิเคชันไลน์เพื่อใช้ประกอบการปฏิบัติกิจกรรม และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีจับคู่ตัวแปร (Paired Matching) เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนและควบคุมให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยพิจารณาคัดเลือกนักเรียนทั้งสองกลุ่มควบคุมให้มีเพศและค่าใช้จ่ายต่อสัปดาห์ บุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่จำนวนเพื่อนที่สูบบุหรี่ และป้องกันการปนเปื้อนโปรแกรม

จากกลุ่มทดลองไปถูกควบคุมโดยการจับอบรมโดยการมีการใช้สื่อสังคมออนไลน์แบบกลุ่มปิดและจัดการสุมกลุ่มตัวอย่างเช่น สุมห้องเว็บบอร์ดให้อยู่คนละห้องเรียนให้ได้มากที่สุด ตลอดจนการดำเนินการวิจัยมีผู้ร่วมวิจัยจำนวน 118 คน และไม่มีนักเรียนออกจากกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบคัดกรองความเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 มีจำนวน 4 คำถามตามเกณฑ์การคัดเข้า

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างเอง ได้แก่ แบบสอบถามแบบให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบคำถามด้วยตนเอง (Self-administered questionnaire) แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ได้ทดสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถามด้วยการหาค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า แบบสอบถามทัศนคติ แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง แบบสอบถามความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม แบบสอบถามความตั้งใจ และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ ได้ค่าเท่ากับ 0.76 0.86, 0.94 0.97 0.97 ตามลำดับ ดังนั้น ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล มีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ ศาสนา เกรดเฉลี่ย ค่าใช้จ่ายประจำวัน (บาท/วัน) บุคคลที่ร่วมอาศัย สมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ และจำนวนเพื่อนที่สูบบุหรี่ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อวัดทัศนคติที่ดีต่อการไม่สูบบุหรี่ เป็นคำถามตามมาตรวัดลิเคิร์ต (Likert scale) จำนวน 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 10 คำถาม โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 5 คะแนน เห็นด้วย เท่ากับ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ เท่ากับ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน และกำหนดเกณฑ์การแปลผล โดยพิจารณาคะแนนเฉลี่ยทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่จากค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 ถึง 5.00 ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเพื่อวัดอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรม การไม่สูบบุหรี่เป็นคำถามตามมาตรวัดลิเคิร์ต จำนวน 5 ระดับ คือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 10 คำถาม โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คำถามเชิงบวก เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 5 คะแนน เห็นด้วย เท่ากับ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ เท่ากับ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน คำถามเชิงลบ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน เห็นด้วย เท่ากับ 2 คะแนน ไม่แน่ใจ เท่ากับ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 4 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 5 คะแนน และกำหนดเกณฑ์การแปลผล โดยพิจารณาคะแนนเฉลี่ยโดยพิจารณาคะแนนเฉลี่ยอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่จากค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 ถึง 5.00 ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเพื่อวัดความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ เป็นคำถามตามมาตรวัดลิเคิร์ต จำนวน 5 ระดับ คือ ควบคุมได้อย่างมาก ควบคุมได้ ไม่แน่ใจ ควบคุมไม่ได้ ควบคุมไม่ได้อย่างมาก จำนวน 10 คำถาม โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ควบคุมได้อย่างมาก เท่ากับ 5 คะแนน ควบคุมได้ เท่ากับ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ เท่ากับ 3 คะแนน ควบคุมได้น้อย เท่ากับ 2 คะแนน ควบคุมไม่ได้อย่างมาก เท่ากับ 1 คะแนน และกำหนดเกณฑ์การแปลผล โดยพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่จากค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 ถึง 5.00 ส่วนที่ 5 แบบสอบถามวัดความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 5 ระดับ คือ ตั้งใจว่าจะทำได้มากที่สุด ตั้งใจว่าจะทำได้มาก ตั้งใจว่าจะทำได้ปานกลาง ตั้งใจว่าจะทำได้น้อย และตั้งใจว่าจะทำได้น้อยที่สุด จำนวน 10 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์ การให้คะแนน ดังนี้ ตั้งใจว่าจะทำได้มากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน ตั้งใจว่าจะทำได้มาก เท่ากับ 4 คะแนน ตั้งใจว่าจะทำได้ปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน ตั้งใจว่าจะทำได้น้อย เท่ากับ 2 คะแนน ตั้งใจว่าจะได้น้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน และกำหนดเกณฑ์การแปลผล โดยพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจไม่สูบบุหรี่จากค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 ถึง 5.00 ส่วนที่ 6 แบบสอบถามวัดพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ จำนวน 20 ข้อ มี 4 ด้าน คือ

1) ไม่สูบบุหรี่ 5 ข้อ 2) ด้านการไม่มั่วสุมกับเพื่อนที่สูบบุหรี่ มี 5 ข้อ 3) การปฏิเสธเมื่อเพื่อนชวน จำนวน 5 ข้อ และ 4) การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ จำนวน 5 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมดมีมาตรวัดเป็นแบบ Rating scale มี 5 ระดับ

ชุดที่ 2 ใช้แอปพลิเคชันไลน์ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนแห่งหนึ่งใน แบ่งเป็น 9 กิจกรรม สัปดาห์ละ 3 กิจกรรมผ่านกลุ่มแอปพลิเคชันไลน์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมครั้งที่ 1 วันที่ 1 เสริมสร้างทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เรื่อง บุหรี่เรารู้จักกันดีแค่ไหน ใช้เวลา 15-30 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 2 วันที่ 2 เสริมสร้างการรับรู้อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงเชิงบวกต่อพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ เรื่อง คนต้นแบบไม่ยุ่งเกี่ยวกับบุหรี่ ใช้เวลา 15-30 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 3 วันที่ 3 เสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เรื่อง ชีวิตเป็นของเรา ใช้เวลา 30-60 นาที

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมครั้งที่ 4 วันที่ 1 เสริมสร้างทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เรื่อง ผลดี ผลเสียของการสูบบุหรี่ ใช้เวลา 15-30 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 5 วันที่ 2 เสริมสร้างการรับรู้อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงเชิงบวกต่อพฤติกรรมการ ไม่สูบบุหรี่ เรื่อง Buddy เพื่อนช่วยเพื่อน ใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 6 วันที่ 3 เสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เรื่อง เรากำหนดชีวิตของตัวเองได้ ใช้เวลาประมาณ 40 นาที

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมครั้งที่ 7 วันที่ 1 เสริมสร้างทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เรื่อง ดี ไม่ดี เมื่อเราสูบบุหรี่ ใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที

กิจกรรมที่ 8 วันที่ 2 เสริมสร้างการรับรู้อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงเชิงบวกต่อพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ เรื่อง เพื่อนที่ดี แต่ละคนวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ใช้เวลาประมาณ 40 นาที

กิจกรรมที่ 9 วันที่ 3 เสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เรื่อง เราทำได้ ไม่ยุ่งเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดซ้ำ (Repeated measures design: Two group) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ ในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างด้วย ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณสมบัติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ สถิติที (Independent t-test) เพื่อหาความแตกต่างทางด้านประชากร ได้แก่ เพศ ศาสนา เกรดเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง รายได้ที่ได้รับจากผู้ปกครองเฉลี่ยต่อวัน การพักอาศัยอยู่กับผู้ปกครอง สมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ เพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ในกลุ่มทดลอง และเคยพบเห็นการโฆษณาขายบุหรี่ออนไลน์ และใช้สถิติ Repeated measure ANOVA เมื่อพบความแตกต่าง เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคู่ด้วยวิธี LSD

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้มี 118 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ 59 คน และกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ได้รับการเรียนการสอนตามปกติ 59 คน

ตาราง 1 เปรียบเทียบลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 59)	กลุ่มควบคุม (n = 59)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ			0.854
ชาย	28 (47.5)	29 (49.2)	$(\chi^2 = 0.034)$
หญิง	31 (52.5)	30 (50.8)	
ศาสนา			0.315
พุทธ	58 (98.3)	59 (100.0)	$(\chi^2 = 1.009)$
คริสต์	0 (0.0)	0 (0.0)	
อิสลาม	1 (1.7)	0 (0.0)	
เกรดเฉลี่ยสะสม	3.25	3.23	0.838
			$(t = 0.205)$
เงินที่ได้รับจากผู้ปกครอง (บาท/วัน)			0.624
Mean $\pm$ SD	68.81 $\pm$ 16.61	67.29 $\pm$ 15.51	$(t = 0.491)$
Min, Max	50, 100	50, 120	
พักอาศัยอยู่กับ			0.231
บิดาและมารดา	27 (45.8)	25 (42.4)	$(\chi^2 = 5.603)$
บิดา	8 (3.0)	2 (3.4)	
มารดา	10 (16.9)	10 (16.9)	
ญาติ	4 (6.8)	5 (8.5)	
เพื่อน	10 (16.9)	17 (28.8)	
มีเพื่อนสูบบุหรี่			0.530
ไม่มี	42 (71.2)	45 (76.3)	$(\chi^2 = 0.394)$
มี	17 (28.8)	14 (23.7)	

 χ^2 = Chi-Square, F = Fisher's Exact Test, t = Test for Independent Sample

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนการได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ก่อนการได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ และพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (ตาราง 2)

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายหลังได้รับโปรแกรมทันทีและภายหลังโปรแกรม 6 สัปดาห์ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ภายหลังได้รับโปรแกรมทันที พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.106$, $p\text{-value} < 0.001$) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.929$, $p\text{-value} < 0.001$) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.331$, $p\text{-value} = 0.022$) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจไม่สูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.133$, $p\text{-value} = < 0.001$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.911$, $p\text{-value} = 0.001$)

ภายหลังการได้รับโปรแกรม 6 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.039$, $p\text{-value} = 0.969$) อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.977$, $p\text{-value} = 0.004$) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.7625$, $p\text{-value} = 0.087$) ความตั้งใจไม่สูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.071$, $p\text{-value} = 0.041$) และพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.083$, $p\text{-value} = 0.039$) (ตาราง 2)

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมกรรมการไม่สูบบุหรี่ อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ และพฤติกรรมกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	t	df	p-value
	Mean (SD)	Mean (SD)			
คะแนนเฉลี่ยทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมกรรมการไม่สูบบุหรี่					
ก่อนทดลอง	37.78 (6.45)	37.12 (7.56)	0.511	116.00	0.611
หลังทดลองทันที	41.28 (7.15)	35.54 (8.03)	4.106	116.00	< 0.001*
หลังการทดลอง 6 สัปดาห์	39.02 (7.79)	38.96 (6.24)	0.039	116.00	0.969
อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการไม่สูบบุหรี่					
ก่อนทดลอง	39.97 (7.91)	39.83 (5.68)	0.107	105.24	0.915
หลังทดลองทันที	43.61 (5.05)	38.47 (8.67)	3.926	93.31	< 0.001*
หลังการทดลอง 6 สัปดาห์	40.66 (8.34)	36.91 (4.88)	2.977	93.51	0.004*
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่					
ก่อนทดลอง	38.64 (8.91)	40.03 (9.23)	-1.237	116.00	0.219
หลังทดลองทันที	44.15 (4.27)	40.61 (10.32)	2.331	77.33	0.022*
หลังการทดลอง 6 สัปดาห์	43.03 (7.45)	40.47 (8.63)	1.725	116.00	0.087
ความตั้งใจไม่สูบบุหรี่					
ก่อนทดลอง	40.03 (9.23)	39.75 (8.99)	0.172	116.00	0.864
หลังทดลองทันที	45.08 (4.17)	40.30 (5.81)	5.133	116.00	< 0.001*
หลังการทดลอง 6 สัปดาห์	43.03 (7.45)	39.89 (8.93)	2.071	116.00	0.041*
พฤติกรรมกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่					
ก่อนทดลอง	104.14 (26.22)	100.68 (31.48)	0.648	116.00	0.518
หลังทดลองทันที	119.42 (18.66)	104.93 (21.49)	3.911	116.00	< 0.001*
หลังการทดลอง 6 สัปดาห์	116.79 (31.39)	104.10 (32.75)	2.083	116.00	0.039*

*p-value < 0.05, df = Degree of Freedom, t = Test for Independent Sample

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบ ก่อนทดลอง หลังทดลองทันทีและหลังการได้รับโปรแกรม 6 สัปดาห์ภายในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (Repeated-measures one-way ANOVA)

ผลการวิเคราะห์ในกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมกรรมการไม่สูบบุหรี่ ($F = 2.118$, $p\text{-value} = 0.125$) อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการไม่สูบบุหรี่ ($F = 3.874$, $p\text{-value} = 0.024$) อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมกรรมการไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ($F = 0.030$, $p\text{-value} = 0.970$) ความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ ($F = 2.098$, $p\text{-value} = 0.127$) และพฤติกรรมกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ ($F = 2.118$, $p\text{-value} = 0.125$) ของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

หลังการทดลองทันที และการหลังทดลอง 6 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการไม่สูบบุหรี่ แตกต่างกันทางสถิติและมีระดับคะแนนเฉลี่ยที่ลดลง

ผลการวิเคราะห์กลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมกรรมการไม่สูบบุหรี่ ($F = 4.905$, $p\text{-value} = 0.012$) อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการไม่สูบบุหรี่ ($p\text{-value} = 0.001$) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ($F = 12.032$, $p\text{-value} < 0.001$) ความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ ($F = 10.451$, $p\text{-value} < 0.001$) และพฤติกรรมกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ ($F = 7.280$, $p\text{-value} = 0.002$) ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมกรรมการไม่สูบบุหรี่ อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ และพฤติกรรมกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ ก่อนทดลอง หลังทดลองทันทีและหลังการได้รับโปรแกรม 6 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมกรรมการไม่สูบบุหรี่					
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	373.638	1.776	210.404	4.905	0.012*
อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการไม่สูบบุหรี่					
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	441.706	1.960	225.330	7.279	0.001*
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่					
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	1,000.350	1.574	635.405	12.032	< 0.001*
ความตั้งใจไม่สูบบุหรี่					
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	761.435	1.810	420.664	10.451	< 0.001*
พฤติกรรมกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่					
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	7,737.085	1.771	4,368.692	7.280	0.002*

*p - value < 0.05, SS = Sum of Square, df = Degree of Freedom, MS = Mean Square

จากนั้น ผู้วิจัยวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ และพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองในแต่ละช่วงเวลาว่ามีคู่ใดแตกต่างกัน โดยเปรียบเทียบแบบพหุคูณ (Multiple comparison) ด้วยวิธี LSD พบว่า

คะแนนเฉลี่ยทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ หลังการทดลอง 6 สัปดาห์กับก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน (MD = -1.237, p-value = 0.232) และหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่กับหลังการทดลองทันที ไม่แตกต่างกัน (MD = -2.271, p-value = 0.091) ส่วนก่อนการทดลองกับหลังการทดลองทันที คะแนนเฉลี่ยทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (MD = -3.508, p-value = 0.001)

คะแนนเฉลี่ยอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่หลังการทดลอง 6 สัปดาห์กับก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน (MD = -0.695, p-value = 0.254) และหลังการทดลอง 6 สัปดาห์กับการทดลองทันที คะแนนเฉลี่ยอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (MD = 2.949, p-value = 0.004) ส่วนก่อนการทดลองกับหลังการทดลองทันที คะแนนเฉลี่ยอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (MD = -3.644, p-value < 0.001)

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่หลังการได้รับการทดลอง 6 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (MD = 0.004, p-value = 0.004) และหลังการทดลอง 6 สัปดาห์กับหลังการทดลองทันที คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ไม่แตกต่างกัน (MD = 1.119, p-value = 0.239) ส่วนก่อนการทดลองกับหลังการทดลองทันที คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การสูบบุหรี่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (MD = -5.508, p-value < 0.001)

คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจไม่สูบบุหรี่หลังการทดลอง 6 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (MD = -5.051, p-value < 0.001) และหลังการทดลอง 6 สัปดาห์คะแนนคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ สูงกว่าการทดลองทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (MD = 2.051, p-value = 0.035) ส่วนก่อนทดลองกับหลังการทดลองทันที คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจไม่สูบบุหรี่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (MD = 3.000, p-value = 0.021)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (MD = -15.288, p-value < 0.001) และหลังการทดลอง 6 สัปดาห์กับการทดลองทันทีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันการสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน (MD = -3.017, p-value = 0.414) ส่วนก่อนทดลองกับหลังการทดลองทันที คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (MD = -15.288 p-value < 0.001) ดังตารางที่ 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ และพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ กลุ่มทดลองในแต่ละช่วงเวลา

ช่วงเวลา	Mean _{pre}	Mean _{post}	MD	p-value
ทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่				
ก่อนการทดลอง-หลังการทดลองทันที	37.78	41.28	-3.508	0.001*
ก่อนการทดลอง-หลังการได้รับโปรแกรม 6 สัปดาห์	37.78	39.01	1.237	0.232
หลังการทดลองทันที-หลังการได้รับโปรแกรม 6 สัปดาห์	41.28	39.01	-2.271	0.091
อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่				
ก่อนการทดลอง-หลังการทดลองทันที	39.69	43.61	-3.644	< 0.001*
ก่อนการทดลอง-หลังการได้รับโปรแกรม 6 สัปดาห์	39.69	40.66	-0.695	0.524
หลังการทดลองทันที-หลังการได้รับโปรแกรม 6 สัปดาห์	43.61	40.66	-2.949	0.004*
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่				
ก่อนการทดลอง-หลังการทดลองทันที	38.64	44.15	-5.508	< 0.001*
ก่อนการทดลอง-หลังการได้รับโปรแกรม 6 สัปดาห์	38.64	43.03	-4.390	0.004*
หลังการทดลองทันที-หลังการได้รับโปรแกรม 6 สัปดาห์	44.15	43.03	1.119	0.239
ความตั้งใจไม่สูบบุหรี่				
ก่อนการทดลอง-หลังการทดลองทันที	40.03	45.08	-5.051	< 0.001*
ก่อนการทดลอง-หลังการได้รับโปรแกรม 6 สัปดาห์	40.03	43.03	-3.000	0.021*
หลังการทดลองทันที-หลังการได้รับโปรแกรม 6 สัปดาห์	45.08	43.03	2.051	0.035
พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่				
ก่อนการทดลอง-หลังการทดลองทันที	104.13	119.42	-15.288	< 0.001*
ก่อนการทดลอง-หลังการได้รับโปรแกรม 6 สัปดาห์	104.13	115.23	-11.102	0.030*
หลังการทดลองทันที-หลังการได้รับโปรแกรม 6 สัปดาห์	119.42	115.23	4.186	0.270

* p-value < 0.05, MD = Mean Difference

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลของการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน เสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ อภิปราย ผลตามสมมุติฐานการวิจัยได้ ดังนี้

สมมุติฐานข้อที่ 1 กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่ และพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ หลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนการทดลอง

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ ก่อนได้รับโปรแกรม ภายหลังได้รับโปรแกรมทันที และหลังการได้รับโปรแกรม 6 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 4.905$, $p\text{-value} = 0.012$) และเมื่อมีการวัดซ้ำ หลังได้รับโปรแกรมไปแล้ว 6 สัปดาห์เทียบกับก่อนทดลองพบว่าไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากการที่นักเรียนมีการเข้าถึงสื่อต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้หลากหลายช่องทาง ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติ

2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ ก่อนได้รับโปรแกรม ภายหลังได้รับโปรแกรมทันที และหลังการได้รับโปรแกรม 6 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 7.279$, $p\text{-value} = 0.001$) และเมื่อมีการวัดซ้ำ หลังได้รับโปรแกรมไปแล้ว 6 สัปดาห์เทียบกับก่อนทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเกิดจากนักเรียนมีกลุ่มอ้างอิงที่เป็นต้นแบบที่ดี ทำให้ไม่ให้อยู่เกี่ยวกับการสูบบุหรี่

3. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ก่อนได้รับโปรแกรม ภายหลังได้รับโปรแกรมทันที และหลังการได้รับโปรแกรม 6 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 12.032$, $p\text{-value} < 0.001$) และเมื่อมีการวัดซ้ำ หลังได้รับโปรแกรม 6 สัปดาห์เทียบกับก่อนทดลอง พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจ

เกิดจากนักเรียนมีความเชื่อมั่นในตนเองลดลงในการจัดการกับอุปสรรค หรือควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ด้วยตนเอง

4. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่ ก่อนได้รับโปรแกรม ภายหลังได้รับโปรแกรมทันที และหลังการได้รับโปรแกรม 6 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 10.451$, $p\text{-value} < 0.001$) และเมื่อมีการวัดซ้ำ หลังได้รับโปรแกรมไปแล้ว 6 สัปดาห์เทียบกับก่อนทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ก่อนได้รับโปรแกรม ภายหลังได้รับโปรแกรมทันที และหลังการได้รับโปรแกรม 6 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 7.280$, $p\text{-value} = 0.002$) และเมื่อมีการวัดซ้ำ หลังได้รับโปรแกรม 6 สัปดาห์เทียบกับก่อนทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้

ผลการศึกษาสอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนตามแนวคิดของ Ajzen (2006) ที่เชื่อว่าทัศนคติต่อพฤติกรรม อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ส่งผลให้เกิดความตั้งใจ และความตั้งใจจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในที่สุด

สมมุติฐานข้อที่ 2 กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ และพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ หลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ และพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ หลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ สูงกว่ากลุ่มควบคุม สามารถอภิปรายได้ว่า พฤติกรรม

การป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในกลุ่มทดลองที่ได้ใช้แอปพลิเคชันไลน์ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเสริมสร้างพฤติกรรม การป้องกันการสูบบุหรี่ ซึ่งผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมโดยใช้เทคนิคที่หลากหลาย ผสมผสานและครอบคลุมการส่งเสริมพฤติกรรม เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ โดยมีกิจกรรม 3 ด้านตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน คือ ทักษะคิดต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และได้จัดกิจกรรม จำนวน 9 กิจกรรม สัปดาห์ละ 3 กิจกรรม โดยจัดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 6 ในแต่ละสัปดาห์จะเป็นกิจกรรมที่จัดตามตัวแปรในทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน คือ ทักษะคิดต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม เนื่องด้วยกิจกรรมที่จัดเป็นกิจกรรมที่เป็นการจัดกระทำผ่านช่องทางแอปพลิเคชันไลน์ จึงใช้เวลาในแต่ละกิจกรรมไม่นานเกินไป แต่ใช้ความถี่ในการจัดกิจกรรม ซึ่งจะได้ประสิทธิผลมากกว่าสอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับการเรียนรู้ พบว่า ควรแบ่งช่วงเวลาให้สั้นลง เช่น 30-45 นาที แล้วพัก เพื่อให้ผู้เรียนสามารถจดจ่อได้อย่างเต็มที่เมื่อกลับเข้ามาเรียนใหม่อีกครั้ง (Widick, Parker, & Knepfelkamp, 1978) และผู้เรียนซึ่งเป็นเด็กส่วนใหญ่จะมีสมาธิประมาณ 2-5 นาที ต่ออายุ 1 ปี เช่น เด็กอายุ 4 ปี จะมีสมาธิจดจ่อได้ประมาณ 8-20 นาที แต่เด็กประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษา ไม่ควรเรียนนานเกิน 1 ชั่วโมงต่อวิชา (Cholchait, 2020)

จากผลการศึกษาของผู้วิจัย พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Antorabut (2020) ได้การศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องของผลการศึกษาที่พบ เนื่องจากโปรแกรม

ได้ประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนที่มุ่งเน้นให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการกระทำเพื่อให้เกิดผลทางบวก (Ajzen, 2006) และกลุ่มทดลองมีคะแนนความตั้งใจไม่สูบบุหรี่สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Wisetsakorn (2013) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุความตั้งใจสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ พบว่า ความตั้งใจต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่เกิดจาก 3 กลุ่มตัวแปร คือ ทักษะคิดที่ดีต่อพฤติกรรม อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Anapinnijna et al. (2019) ได้ทำการศึกษาความตั้งใจที่มีผลต่อพฤติกรรมการงดสูบบุหรี่ของนักศึกษาในระดับมหาวิทยาลัยตามแนวทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน พบว่า ผลการศึกษาในด้านทัศนคติ นักศึกษาที่มีทัศนคติที่ดีต่อการสูบบุหรี่จะมีความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงส่งผลทำให้เกิดความตั้งใจและทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการกระทำในเชิงบวก (Ajzen, 2006) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Yangpaksi (2019) ได้ทำการศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของทหารกองประจำการในกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ทหารกองประจำการมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับมาก ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ ประสพการณ์ในการเลิกสูบบุหรี่และปริมาณบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน สามารถสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 44.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สอดคล้องตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน พบว่า ความตั้งใจจะกระทำพฤติกรรมขึ้นอยู่กับทัศนคติต่อพฤติกรรม อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง และความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Ajzen, 2006) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Matragoon (2012) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ตนเองในจังหวัดเชียงราย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง

มีคะแนนความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่มีแนวโน้มอยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิเคราะห์ที่ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม การใช้วิธีการเลิกบุหรี่ โดยการเล่นกีฬา ทำสมาธิ เข้าร่วมโครงการเลิกบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และระดับการศึกษา มีความสามารถในการทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่มีแนวโน้มของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 31.7 ($p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ทศนคติต่อพฤติกรรมอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง และความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ส่งผลให้เกิดความตั้งใจ (Ajzen, 2006) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Phupong (2022) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลการวิจัยได้แสดงให้เห็นว่า ทศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมระดับนิโคติน และพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ร่วมกันทำนายความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ได้ ควบคุมพฤติกรรมการติดนิโคติน และพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ร่วมกันทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 45.0 โดยทศนคติและการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญที่ $OR = 1.02$, $p\text{-value} < 0.05$ และ $OR = 1.06$, $p\text{-value} < 0.001$ สอดคล้องกับผลการศึกษา เนื่องจากโปรแกรมได้ประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ตัวแปรด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง มุ่งเน้นให้เกิดการเสริมแรงทางบวก การสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้เกิดความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง และแรงจูงใจทำให้เกิดการคล้อยตาม (Ajzen, 2006)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรเพิ่มช่องทางการสื่อสารในรูปแบบออนไลน์ ให้มีความหลากหลายมากขึ้น และสอดคล้องกับความสนใจในแต่ละช่วงวัย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการผสมผสานกับทฤษฎีระดับบุคคลและทฤษฎีระดับกลุ่มหรือชุมชน เพื่อเปิดโอกาสให้โรงเรียนและครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วม และควรออกแบบโปรแกรมให้มีการติดตามในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- Ajzen, I. (2006). *The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes* (Vol. 50).
- Antorabut, J. (2010). *Effects of using a smoking prevention program in adolescents according to the planned behavior theory.* Mahidol University. (in Thai)
- Anapinnijnan, T., & Saengdee, Y. (2019). Communication to promote attitude, group conformity, perceived behavior control, and intention affecting the smoking cessation behavior of university students according to the theory of planned behavior. *Journal of Santpol University*, 5(1), 130-142. (in Thai)
- Boonpen, P. (2019). Smoking behavior of electronic cigarette and smoking cessation behavior of students in Bangkok. *Journal of Sri Nakarin Research and Development (Humanities and Social Sciences Branch)*, 11(22), 111-127. (in Thai)
- Center for COVID-19 Situation Administration. (2023, December 11). *COVID-19 infection situation*, Ministry of Public Health. Retrieved December 11, 2023, from <https://www.moicovid.com/>. (in Thai)
- Chaisuwan, B. (2015). New media usage behaviors of adolescents aged 10-19. *Journal of Communication and Management Nida*, 1(1), 31-57. form https://www.matichon.co.th/politics/news_1688649#google_vignette (in Thai)
- Cholchait, W. (2020, July 10). *Learning online as stress-free as possible.* Retrieved July 25, 2023, from <https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/line/เรียนออนไลน์เท่าที่ได้> (in Thai)

- Klinhom, W. (2024). Strengthening Health Promotion Activities to Prevent Smoking among High School Students: Community Nurse Role. *Christian University Nursing Journal*, 10(2), 143-154. (in Thai)
- Kuljitjaturawong, S. (2014). Line communication patterns on the creativity of Smartphone users: Advantages and limitations of the application. *Journal of Administrators*, 33(4), 42-54. (in Thai)
- Matragoon, M. (2012). Predictive factors of smoking intention among self-smokers in Chiang Rai Province. *Nursing Journal*, 61(1), 10-20. (in Thai)
- National Statistical Office. (2017). *Smoking statistics*. Retrieved September 12, 2023, from <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/News/2561/N31-08-61-1.aspx>. (in Thai)
- Nakhasombut, T. (2019). Effectiveness of Life Skills Development Program for Smoking Prevention among 5th Grade Students in Bangkok. *Journal of Health Education*, 42(2), 184-194. (in Thai)
- Pattharasiriboon, P. (2024). Patterns of prevention and reduction of smoking behaviors among adolescents in schools with community participation: Mueang District, Chanthaburi Province. *RHPC9 Journal*, 18(2), 485-497. (in Thai)
- Phetphum, C. (2019). *Health behavior: Concepts, theories, and applications*. Phitsanulok: Narasuan university publishing house. (in Thai)
- Phetphum, C., Bunphoem, S., & Thawatchaijareonying, K. (2021). *Comprehensive research report on the effects of communication patterns to enhance the perception of the risk of smoking and reduce smoking in the COVID-19 pandemic situation in Kosamphi Nakhon District, Kamphaeng Phet Province*. (in Thai)
- Phupong, S.(2022). Predictive factors for the intention to quit smoking among employees of the Bangkok Metropolitan Health Service. *Nursing Science Journal of Thailand*, 38(3), 63-77. (in Thai)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Punnakulseth, S. (2019). Factors affecting the intention to quit smoking among police officers in the Central Region, Thailand. *Journal of Public Health*, 28(6), 1029-1039. (in Thai)
- Ratnarat, N. (2023) Community involvement strategies for smoking reduction and cessation during the COVID-19 quarantine incommunities. *Journal of Arts, Rajamangala University of Technology Suvarnabhumi*, 5(1), 95-109. (in Thai)
- Research and Knowledge Management for Tobacco Control Center. (2017). *Smoking behavior of youth in Thailand*. Ministry of Public Health. (in Thai)

- Ruengrungniran. (2009). Chapter 5: *Toxins in cigarette smoke and their overall impact on health. Poison and Treatment of Smoking-Related Diseases*. September 11, 2023, from www.ptnosmoke.com/images/pdf/download/kit-01/03/007.pdf. (in Thai)
- Saraluang Pittayakom School. (2021). *Annual health behavior survey report for the year 2021*.
- Suksukulwat, N. (2023). Prototype community for smoking reduction and cessation: Tad Kan community, Mukdahan Province. *Thai Journal of Nursing*, 72(1),1-9. (in Thai)
- The Tobacco Atlas. (2016). *Youth Smoking in Each Country*. The Tobacco Atlas. Retrieved December 11, 2023, from <https://tobaccoatlas.org/topic/youth>.
- Wisetsakorn, P. (2013). *Development of a causal relationship model of smoking intention among vocational students*. Thesis of Master of Science, Burapha University, Chon Buri. (in Thai)
- Widick, C., Parker, C. A., & Knepelkamp, L. L. (1978). *Erik Erikson and psychosocial development. New Directions for Student Services*, 1978, 1-17.
- World Health Organization. (2021, September 12). *Tobacco kills up to half of its users*. World Health Organization. Retrieved September 12, 2021, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Yangpaksi, P. (2019). Predictive factors of the intention to quit smoking in non-commissioned officers in Bangkok. *Nursing Journal*, 68(2), 9-16. (in Thai)
- Yuan, M., Cross, S. J., Loughlin, S. E., & Leslie, F. M. (2015). *Nicotine and the adolescent brain. The Journal of physiology*, 593(16), 3397-3412.
- Zhao, J., Freeman, B., & Li, M. (2016). Can mobile phone apps influence people's health behavior change? An evidence review. *Journal of Medical Internet Research*, 18 (11): e287

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรมของบุคลากร วิทยาลัยเทคโนโลยีสยาม

ญาณิศา ฟิงเกตุ^{1,*} ค.ค., สุกนธ์ ขาวกริบ² ว.ศ.ม., ปัญจปีพัชรกร บุญพร้อม² ว.ศ.ม., สรินทร พัฒอำพันธ์³ วท.ม.

Received: February 13, 2023

Revised: June 15, 2023

Accepted: July 3, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรมของบุคลากรวิทยาลัยเทคโนโลยีสยาม กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรวิทยาลัยเทคโนโลยีสยาม จำนวน 115 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรมแบบสอบถามความรู้และ 2) การรับรู้เกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรมวิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบค่าที่ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า 1) โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถเพิ่มระดับความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรมของบุคลากรได้ 2) หลังการดำเนินโปรแกรมค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรมของบุคลากรหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.053) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของออฟฟิศซินโดรม การรับรู้ความรุนแรงของออฟฟิศซินโดรม การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันออฟฟิศซินโดรม การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันออฟฟิศซินโดรมของบุคลากรหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น จึงควรจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรมให้แก่บุคลากรในองค์กรเพื่อเพิ่มระดับความรู้และการรับรู้ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการป้องกัน ดูแลสุขภาพตนเองจากอาการออฟฟิศซินโดรม

คำสำคัญ: ความรู้ การรับรู้ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ออฟฟิศซินโดรม

¹ อาจารย์ สาขาวิชาสุขภาพศึกษาและพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

² อาจารย์ สาขาวิชาอนามัยและความปลอดภัย คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยเทคโนโลยีสยาม

³ อาจารย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยเทคโนโลยีสยาม

* ผู้รับผิดชอบบทความ: kunndear12@gmail.com

Effectiveness of health promotion program based on the health belief model for promoting knowledge and perception about office syndrome of Siam Technology College personnel

Yanisa Phungkat^{1,*} Ph.D., Sukon Khawgrib² M.Eng.,
Punpaphatpron Bumprom² M.Eng. Sarintorn Patampan³ M.Sc.

ABSTRACT

This study aimed to study the effects of a health promotion program based on the health belief model for promoting knowledge and perception about office syndrome of Siam technology college personnel. The sample were 115 people of Siam Technology College. The research instruments consisted of 1) the health promotion program based on the health belief model for promoting knowledge and perception about office syndrome and 2) knowledge and perception about office syndrome questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics such as means, frequency, standard deviation, and inference statistics, including t-test at the statistical significance level of 0.05.

The results were as follows; 1) The health promotion program based on the health belief model was effectively to increase knowledge and perception about office syndrome of Siam Technology College personnel. 2) The mean score of knowledge about office syndrome after receiving the health promotion program was significantly higher than before at 0.05 level. 3) The mean score of perceived susceptibility of office syndrome, perceived severity of office syndrome, perceived benefits of office syndrome and perceived barriers of office syndrome after receiving the health promotion program was significantly higher than before at 0.05 level. Therefore, it is essential to organize activities to promote knowledge and perception about office syndrome for person in the organization to increase the level of knowledge and perception, regarding in protect and health care behavior of office syndrome.

Keywords: Knowledge, Perception, Health promotion program, Office syndrome,

¹ Lecturer, Division of Physical and Health Education, Faculty of Education, Ramkhamhaeng University

² Lecturer, Division of Occupational Health and Safety, Faculty of Health Science, Siam Technology College

³ Lecturer, Division of Public Health, Faculty of Health Science, Siam Technology College

* Corresponding author: kunndear12@gmail.com

บทนำ

ในสังคมไทยก้าวเข้าสู่สังคมที่มีการใช้เทคโนโลยีในการทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นหลัก อาทิเช่น การนั่งทำงานกับคอมพิวเตอร์ การเล่นสมาร์ทโฟน แท็บเล็ต เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ ถ้ามีการปฏิบัติด้วยท่าทางเดิมๆ ต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน โดยไม่มีการเปลี่ยนอิริยาบถของร่างกาย ไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งส่งผลให้เกิดอาการผิดปกติต่อระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบการย่อยอาหารและการดูดซึม ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบฮอร์โมน รวมไปถึงสายตาและการมองเห็น เป็นอาการเกี่ยวกับกล้ามเนื้อและกระดูกสันหลัง หรือที่เรียกว่า โรคออฟฟิศซินโดรม (Office syndrome) ซึ่งโรคออฟฟิศซินโดรมส่งผลกระทบต่อผู้ปฏิบัติทั้งต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิต และประสิทธิภาพการทำงาน อาจสังเกตได้จากอัตราการขาดลางาน เกิดจากความไม่สะดวกสบายในระหว่างการปฏิบัติงาน ความผิดพลาดในการทำงานหรืออุบัติเหตุเล็กน้อย ผลผลิตตกต่ำ เมื่อผู้ปฏิบัติงานทำงานซ้ำๆ ก่อให้เกิดความเมื่อยล้าของร่างกาย (Department of Health, 2019)

จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2556-2560 พบว่า ประเทศไทยมีผู้ใช้คอมพิวเตอร์ประมาณ 30.8 ล้านคน เป็นกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 15 ขึ้นไป) ที่ใช้คอมพิวเตอร์ จำนวนถึง 28.1 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 91.3 ซึ่งปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากการทำงานในออฟฟิศมีแนวโน้มสูงขึ้น การนั่งดูจอคอมพิวเตอร์เป็นเวลานานๆ ไม่เปลี่ยนอิริยาบถ อาจส่งผลให้เกิดโรคออฟฟิศซินโดรมได้ (Department of Disease Control, 2018) ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคออฟฟิศซินโดรมของคนทำงาน ได้แก่ ท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม เช่น การจัดพื้นที่ทำงานเกินระยะเอื้อมของมือ หรือการทำงานโดยใช้คอมพิวเตอร์เป็นเวลานาน หรือทำงานท่าเดิมเป็นเวลานาน เป็นต้น ดังนั้น การปรับสมดุลของคนทำงานออฟฟิศจึงมีความจำเป็นอย่างมาก เพื่อลดอาการปวดเมื่อยและลดโรคออฟฟิศซินโดรม (Bureau of Occupational and Environmental Diseases, 2018) นอกจากนี้ การจัดการปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดออฟฟิศซินโดรมให้ถูกต้องตามหลัก

การยศาสตร์ ได้แก่ 1) ปรับสภาพแวดล้อมในการทำงานให้เหมาะสม เช่น การจัดที่นั่งทำงาน เก้าอี้ โต๊ะ อุปกรณ์สำหรับงานคอมพิวเตอร์ แสงสว่าง เสียง อุณหภูมิ 2) เปลี่ยนพฤติกรรมและท่าทางในการทำงานให้เหมาะสม เช่น ศีรษะสมดุล ลำตัวอยู่ในแนวตั้ง องศาของต้นแขนและขา ที่วางเท้า และการพักสายตาเป็นช่วงสั้นๆ ตามกฎ 20-20-20 เป็นต้น 3) บริหารร่างกายเป็นประจำ ระหว่างการทำงานหรือออกกำลังกายยืดเหยียดเพื่อบริหารกล้ามเนื้อและเส้นเอ็นเป็นประจำ จะช่วยลดอาการของโรคได้ (Department of Health, 2019) บุคคลในวัยทำงานมักจะใช้เวลาอยู่ในสถานที่ทำงานถึงวันละ 8-12 ชั่วโมงจึงถือเป็นปัจจัยที่มีผลอย่างมากต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตและภาวะสุขภาพของบุคคล สถานที่ทำงานควรมีลักษณะที่เอื้อต่อการทำงาน เช่น อุปกรณ์ สภาพแวดล้อมการทำงานย่อมจะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีสภาพจิตใจ และอารมณ์ที่ดี ซึ่งส่งผลให้ศักยภาพในการทำงานเพิ่มขึ้นตามไปด้วย อีกทั้งจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการออฟฟิศซินโดรม ได้แก่ การทำงานกับคอมพิวเตอร์เกิน 6 ชั่วโมงต่อวัน ปัจจัยทางการยศาสตร์เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมที่ทำงาน เช่น ความสูงของเก้าอี้ เบาะนั่ง ที่พัก พนักพิง หน้าจอคอมพิวเตอร์ และความเครียด (Phajan & Sooksalung, 2020) และยังพบว่าลักษณะการนั่งหลังค่อม การทำงาน จะเป็นการก้มๆ เงยๆ และนั่งทำงานนานติดต่อกันหลายชั่วโมง และต้องใช้ มือ นิ้ว แขน ติดต่อกันแบบซ้ำๆ ทำให้การเคลื่อนไหวของแขน คอ บ่า ไหล่ ถูกจำกัด ส่งผลให้ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ส่งผลต่ออาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงานด้านคอมพิวเตอร์ (Sunanta, Chantaramanee, & Srisookkum, 2022)

การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการส่งเสริมสนับสนุนด้านสุขภาพโดยให้บุคคลมีการปฏิบัติและการพัฒนาสุขภาพ ตลอดจนจัดการสิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพเพื่อให้บรรลุการมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ด้วยกระบวนการต่างๆ

ทั้งการเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมให้ตัวบุคคลดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว รวมถึงการสนับสนุนผลักดันให้สังคม สิ่งแวดล้อม อยู่ในสภาวะที่เอื้อต่อการทำให้มีสุขภาพที่ดี (Thai Health, 2022) สำหรับการส่งเสริมสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล ต้องเริ่มจากการรับรู้ แรงจูงใจของบุคคลที่ประสงค์จะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค โดยจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) (Becker, Drachman, & Kirscht, 1974) เป็นแนวคิดที่อธิบายเกี่ยวกับการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่า ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่ควรมีอุปสรรคด้านจิตวิทยา ซึ่งการที่บุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของออฟฟิซินโดรม รวมถึงการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันออฟฟิซินโดรม จะช่วยให้บุคคลมีความรู้ เกิดความตระหนัก จนเกิดการหาแนวทางปฏิบัติเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคออฟฟิซินโดรมในอนาคตได้

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การที่บุคคลมีความรู้ มีการรับรู้ความเสี่ยงต่ออันตรายของออฟฟิซินโดรม มีความตระหนักถึงวิธีป้องกันการเกิดออฟฟิซินโดรมจะส่งผลให้บุคคลนั้นๆ เกิดพฤติกรรมป้องกันการเกิดออฟฟิซินโดรม อีกทั้ง การเน้นส่งเสริมให้บุคคลมีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับออฟฟิซินโดรมจะเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้ห่างไกลจากโรคออฟฟิซินโดรมได้ (Thongmeekhaun, Sungkhachat, Kitrungruap, Juntaveemuang, Wattanasart, & Meena, 2018) จากสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของคนวัยทำงานที่มีอาการออฟฟิซินโดรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อส่งเสริมความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับออฟฟิซินโดรมของบุคลากรวิทยาลัยเทคโนโลยีสยาม

โดยนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในพัฒนารูปแบบของการอบรมเชิงปฏิบัติการผ่านการจัดกิจกรรม ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมียังความรู้ที่ถูกต้อง เกิดความตระหนัก และมีพฤติกรรมป้องกันตนเองให้ห่างไกลจากโรคออฟฟิซินโดรม อันส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับออฟฟิซินโดรมของบุคลากรวิทยาลัยเทคโนโลยีสยาม
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับออฟฟิซินโดรม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของออฟฟิซินโดรม การรับรู้ความรุนแรงของออฟฟิซินโดรม การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันออฟฟิซินโดรม การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันออฟฟิซินโดรม ทั้งก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) โดยการวิจัยได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัส SCPHYLIB-2565/154

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย คือ บุคลากรวิทยาลัยเทคโนโลยีสยาม ที่ปฏิบัติหน้าที่ในสำนักงานมีการใช้คอมพิวเตอร์ หรือนั่งทำงานต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานาน จำนวน 154 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรวิทยาลัยเทคโนโลยีสยาม จำนวน 115 คน ที่ได้จากการคำนวณโดยใช้ตารางกำหนดกลุ่มตัวอย่างของ เครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อน

ที่ยอมรับได้ที่ระดับ 0.05 และปฏิบัติหน้าที่ในสำนักงานที่มีการใช้คอมพิวเตอร์หรือนั่งทำงานต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานาน เนื่องจากในการดำเนินกิจกรรมเป็นกิจกรรมที่มีการอบรมพร้อมการลงมือปฏิบัติซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 115 คน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมกิจกรรมอย่างทั่วถึง จึงต้องมีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 รุ่น รุ่นละ 57 และ 58 คน โดยผู้วิจัยป้องกันความคลาดเคลื่อนของข้อมูล โดย

1) ในการแบ่งรุ่นของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะสร้างลำดับและปกปิดลำดับของผู้เข้าร่วมโครงการเพื่อนำเข้ากลุ่ม โดยทำการสุ่มจากรหัสบุคลากรเพื่อให้เกิดการคละของกลุ่มตัวอย่าง 2) มีเกณฑ์คัดเข้า-ออกกลุ่มตัวอย่างอย่างชัดเจนและครอบคลุมคุณลักษณะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างครบถ้วน 3) ใช้เครื่องมือในการวิจัย (โปรแกรมและแบบสอบถาม) ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือฉบับเดียวกันทั้ง 2 กลุ่ม 4) ใช้เนื้อหาและสื่อในการจัดกิจกรรมชุดเดียวกันทั้ง 2 กลุ่ม และ 5) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะใช้ลำดับเลขที่ตามใบรายชื่อแทนการระบุชื่อนามสกุล รหัสบุคลากร เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบใดๆ จากการตอบตามความเป็นจริง

เลือกการสุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบอาสาสมัคร (Voluntary selection) เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยขอความร่วมมือจากบุคลากรเข้าร่วมการวิจัย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เป็นบุคลากรที่มีลักษณะการทำงานอยู่หน้าคอมพิวเตอร์อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ 2) ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม 3) สมารถใจและให้ความร่วมมือในการวิจัย และมีเกณฑ์คัดออก คือ 1) บุคลากรเกิดความประสงค์ไม่เข้าร่วมการวิจัยต่อ 2) เกิดโรคประจำตัวหรือเจ็บป่วยในระหว่างเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยคือ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับ

ออฟฟิศซินโดรม ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 "Office syndrome คืออะไร" เป็นการส่งเสริมความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและรับรู้ความรุนแรงจากออฟฟิศซินโดรมที่มีต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ โดยผ่านกิจกรรมการบรรยายให้ความรู้ เกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการ โรคต่างๆ ที่เกิดจากออฟฟิศซินโดรม กิจกรรมที่ 2 "รับมือกับ Office syndrome" เป็นการส่งเสริมความรู้ การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบที่จะเกิดตามมาจากออฟฟิศซินโดรม โดยผ่านกิจกรรมการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรง ผลกระทบ และวิธีการปฏิบัติตนเพื่อการรู้เท่าทันออฟฟิศซินโดรม พร้อมแนะนำเทคนิคการบริหารเพื่อลดอาการปวดด้วยตนเอง เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อรอบดวงตา ขมับ ลิ้น ฝ่ามือ และการหายใจเพื่อปรับให้สมดุล กิจกรรมที่ 3 "ปรับสัณนิท พิษิต Office syndrome" เป็นการส่งเสริมความรู้ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันออฟฟิศซินโดรม โดยผ่านกิจกรรมการบรรยายให้ความรู้การปรับท่าทางการทำงานที่ถูกต้อง พร้อมการฝึกปฏิบัติและสถานการณ์จำลอง กิจกรรมที่ 4 "Easy office syndrome therapy" เป็นการส่งเสริมความรู้ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันออฟฟิศซินโดรม โดยผ่านกิจกรรม Work shop การอบรมพร้อมฝึกปฏิบัติทำทางยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การบริหารกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ฝึกการหายใจเข้า-ออกที่ถูกต้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรม แบ่งออกเป็น 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรมลักษณะข้อคำถามแบบตัวเลือก 4 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของออฟฟิศซินโดรม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันออฟฟิศซินโดรม ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ จำนวน 10 ข้อ

การให้คะแนนและเกณฑ์การแปลผล มีดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรม มีการให้คะแนนในแต่ละข้อคำถาม

ตอบถูกต้อง ได้ 1 คะแนน

ตอบไม่ถูกต้อง ได้ 0 คะแนน

ไม่ตอบ ได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของออฟฟิศซินโดรม และส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันออฟฟิศซินโดรม มีการให้คะแนนในแต่ละข้อคำถาม

เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 4 คะแนน

เห็นด้วย ได้ 3 คะแนน

ไม่เห็นด้วย ได้ 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 1 คะแนน

การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. นำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพฯ ไปตรวจพิจารณาความตรงตามจุดประสงค์ และความเหมาะสมของกิจกรรมในโปรแกรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence: IOC) โดยกำหนดค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.05 ขึ้นไป ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง อยู่ในช่วง 0.67-1.00

2. นำแบบสอบถามความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรม ไปตรวจพิจารณาความตรงตามจุดประสงค์ และความเหมาะสมของกิจกรรมในโปรแกรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence: IOC) โดยกำหนดค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.05 ขึ้นไป ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ในช่วง 0.67-1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับบุคลากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์โดยใช้สูตร KR-20 สำหรับการหาความเชื่อมั่นด้านความรู้ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73 สำหรับการหาความเชื่อมั่นด้านการรับรู้ ใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ซึ่งกำหนดค่าที่ยอมรับได้ที่ 0.70 ได้ค่า

ความเชื่อมั่น คือ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงเท่ากับ 0.86 การรับรู้ความรุนแรงเท่ากับ 0.89 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันเท่ากับ 0.76 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันเท่ากับ 0.74

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประสานงานทำบันทึกข้อความถึงอธิการบดีเพื่อขออนุมัติในการดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยจัดเตรียมแบบสอบถามและหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างลงนามแสดงความยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยอธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพฯ พร้อมทำความเข้าใจเกี่ยวกับแบบสอบถาม และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง โดยใช้เวลา 30 นาทีก่อนดำเนินการทดลอง

4. ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพฯ แก่กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 รุ่น โดยใช้ระยะเวลาในการทดลอง รุ่นละ 2 วัน วันละ 6 ชั่วโมง

5. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองหลังการทดลองเสร็จสิ้นแล้ว 1 วัน ด้วยแบบสอบถามฉบับเดียวกับก่อนการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป คะแนนความรู้และการรับรู้ ได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และการรับรู้ของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ได้แก่ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 58.3 มีอายุตั้งแต่ 31-40 ปี จำนวน 41 คน คิดเป็น

ร้อยละ 35.7 มีระดับการศึกษาปริญญาโท จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 47.0 อายุการทำงานตั้งแต่ 6-10 ปี จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 42.6 และใช้ระยะเวลา

ในการนั่งทำงาน 6-8 ชั่วโมง จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 39.1 ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 115)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	48	41.7
หญิง	67	58.3
อายุ		
ต่ำกว่า 31 ปี	5	4.3
31-40 ปี	41	35.7
41-50 ปี	36	31.3
51-60 ปี	17	14.8
61 ปีขึ้นไป	16	13.9
ระดับการศึกษา		
ปวช./ปวส.	3	2.6
ปริญญาตรี	32	27.8
ปริญญาโท	54	47.0
ปริญญาเอก	26	22.6
อายุการทำงาน		
น้อยกว่า 1 ปี	17	14.8
1-5 ปี	22	19.1
6-10 ปี	49	42.6
10 ปีขึ้นไป	27	23.5
จำนวนชั่วโมงในการนั่งทำงาน		
1-2 ชั่วโมง	2	1.7
3-4 ชั่วโมง	14	12.2
5-6 ชั่วโมง	42	36.5
7-8 ชั่วโมง	45	39.2
9 ชั่วโมงขึ้นไป	12	10.4

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของออฟฟิศซินโดรม การรับรู้ความรุนแรงของออฟฟิศซินโดรม การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันออฟฟิศซินโดรม การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันออฟฟิศซินโดรม ทั้งก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

2.1 การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรมก่อนการทดลองและหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับ

ออฟฟิศซินโดรมของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 4.53 คะแนน คือ มีความรู้เกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรมอยู่ในระดับต่ำ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 7.77 คะแนน คือ มีความรู้เกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรมอยู่ในระดับปานกลาง ดังตาราง 2

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n = 115)

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรู้เกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรม	4.53	1.47	7.77	0.88	-26.05	< 0.001*

* p-value < 0.05

2.2 การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันเกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรมก่อนการทดลองและหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันเกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรมของกลุ่มตัวอย่าง หลังได้รับการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงเท่ากับ 2.57 คะแนน การรับรู้ความรุนแรงเท่ากับ 2.42 คะแนน การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันเท่ากับ 2.46 คะแนน การรับรู้อุปสรรคในการป้องกัน

เท่ากับ 2.18 คะแนน คือ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรม การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันออฟฟิศซินโดรม และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันออฟฟิศซินโดรมอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงเท่ากับ 2.99 คะแนน การรับรู้ความรุนแรงเท่ากับ 2.97 คะแนน การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันเท่ากับ 2.97 คะแนน คือ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรม การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันออฟฟิศซินโดรม และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันออฟฟิศซินโดรมอยู่ในระดับปานกลาง ดังตาราง 3

ตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันเกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรมก่อนและหลังการทดลอง (n = 115)

ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง	2.57	0.53	2.99	0.09	8.45	< 0.001*
ด้านการรับรู้ความรุนแรง	2.42	0.66	2.97	0.18	9.01	< 0.001*
ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน	2.46	0.67	2.97	0.16	8.09	< 0.001*
ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกัน	2.18	0.70	2.97	0.18	11.81	< 0.001*

* p-value < 0.05

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันเกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองทุกรายข้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 4

ตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันเกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรมก่อนและหลังการทดลอง (n = 115)

ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง						
การมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรมสามารถป้องกันการเกิดออฟฟิศซินโดรมได้	3.14	0.88	3.60	0.54	5.11	< 0.001*
การใช้งานกล้ามเนื้อที่ไม่ถูกต้องในระยะเวลาต่อเนื่องยาวนานจะส่งผลให้เกิดออฟฟิศซินโดรมได้	3.02	0.98	3.70	0.46	6.49	< 0.001*
กลุ่มอาชีพที่ต้องนั่งทำงานกับคอมพิวเตอร์เป็นเวลานานจะมีโอกาสเกิดอาการออฟฟิศซินโดรมได้มากกว่ากลุ่มอาชีพอื่น ๆ	3.48	0.57	3.69	0.47	3.06	0.003*

ตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันเกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรมก่อนและหลังการทดลอง (n = 115) (ต่อ)

ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
การเคร่งเครียดกับการทำงาน มีโอกาทำให้ท่านเกิดอาการ ออฟฟิศซินโดรมได้	2.98	0.89	3.65	0.50	7.19	< 0.001*
การนั่งทำงานในพื้นที่คับแคบ อากาศถ่ายเทไม่สะดวก แสงสว่าง ไม่เพียงพอ อุปกรณ์ทำงานไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดอาการออฟฟิศซินโดรมได้	2.81	0.93	3.57	0.60	7.62	< 0.001*
ด้านการรับรู้ความรุนแรง						
อาการออฟฟิศซินโดรมของท่านส่งผลให้ ท่านมีอาการปวด ชาบริเวณฝ่ามือและนิ้วมือ	2.88	0.87	3.61	0.51	7.74	< 0.001*
อาการออฟฟิศซินโดรมของท่านส่งผล ให้ท่านมีอาการปวดบริเวณหัวไหล่ คอ และแขน	3.16	0.83	3.53	0.66	4.03	< 0.001*
อาการออฟฟิศซินโดรมของท่านส่งผลให้ ท่านมีอาการปวด ชา ร้าวลงขา	2.75	0.99	3.58	0.55	7.81	< 0.001*
อาการออฟฟิศซินโดรมของท่านทำให้ ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง	2.80	0.97	3.59	0.51	7.52	< 0.001*
อาการออฟฟิศซินโดรมของท่านส่งผลให้ ท่านมีโอกาสเกิดโรคอื่น ๆ ตามมาได้	2.86	0.91	3.62	0.52	8.22	< 0.001*
ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน						
การยืดกล้ามเนื้อและการออกกำลังกาย ช่วยลดโอกาสเกิดอาการออฟฟิศซินโดรมได้	3.09	0.95	3.63	0.57	6.04	< 0.001*
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงาน สามารถป้องกันอาการออฟฟิศซินโดรม ระยะยาวได้	2.96	1.05	3.65	0.50	6.50	< 0.001*
การหายใจที่ถูกวิธีช่วยลดโอกาส	3.03	0.88	3.49	0.54	5.16	< 0.001*
การบริหารกล้ามเนื้อดวงตา หรือการนวด รอบกระบอกตา คิ้ว ช่วยลดโอกาสเกิดอาการ ออฟฟิศซินโดรมได้	2.89	0.99	3.59	0.53	7.30	< 0.001*

ตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายข้อของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันเกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรมก่อนและหลังการทดลอง (n = 115) (ต่อ)

ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
การจัดสถานที่ทำงานที่ถูกต้องช่วยลดโอกาสเกิดอาการออฟฟิศซินโดรมได้	2.90	0.96	3.57	0.58	6.59	< 0.001*
ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกัน						
ท่านไม่มีความรู้เกี่ยวกับอาการและวิธีการป้องกันออฟฟิศซินโดรม	2.63	0.95	3.51	0.54	9.71	< 0.001*
ท่านไม่ทราบว่าตนเองมีสัญญาณเตือนของการเจ็บ ปวดที่เข้าข่ายอาการออฟฟิศซินโดรม	2.67	0.87	3.49	0.58	1.011	< 0.001*
ท่านไม่สามารถปฏิบัติวิธีการป้องกันอาการออฟฟิศซินโดรมที่ถูกต้องได้	2.45	0.95	3.47	0.63	8.14	< 0.001*
ท่านต้องนั่งทำงานเป็นระยะเวลานาน ๆ ต่อเนื่องกัน เนื่องจากการมีปริมาณงานที่ค่อนข้างมาก	2.79	0.92	3.55	0.52	9.81	< 0.001*
ท่านไม่ทราบว่าอาการออฟฟิศส่งผลกระทบต่อสุขภาพจึงไม่เล็งเห็นถึงความสำคัญของการป้องกัน	2.45	1.00	3.49	0.60	11.81	< 0.001*

* p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จะส่งผลให้ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรมของบุคลากรวิทยาลัยเทคโนโลยีสยามสูงขึ้น

จากการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรมของบุคลากรพบว่า บุคลากรมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง คือ ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 4.53 คะแนน อยู่ในระดับต่ำ ส่วนหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 7.77 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรม บุคลากรมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ดังนี้ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 2.57 คะแนน ส่วนหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 2.99 คะแนน ด้านการรับรู้ความรุนแรง ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 2.42 คะแนน ส่วนหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 2.97 คะแนน ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 2.46 คะแนน ส่วนหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 2.97 คะแนน ด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 2.18 คะแนน ส่วนหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 2.97 คะแนน แสดงให้เห็นว่าผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มระดับความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรมได้ สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

บุคลากรได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จะส่งผลให้ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรม ซึ่งประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังต่อไปนี้ กิจกรรมที่ 1 "Office syndrome คืออะไร" กิจกรรมที่ 2 "รับมือกับ Office syndrome" กิจกรรมที่ 3 "ปรับสัณนิท พิษิต Office syndrome" กิจกรรมที่ 4 "Easy office syndrome therapy" โดยทั้ง 4 กิจกรรมนี้ส่งผลให้บุคลากรเกิดความรู้

ความตระหนัก เมื่อเกิดความตระหนักต่อสุขภาพที่ดีแล้วจะส่งผลให้บุคลากรทุกท่านให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ อย่างเต็มที่ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Photihung, Damnong, & Tassanatanachai (2021) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม ($r = 0.455$, $p\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้ เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพ กล่าวคือ หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี พฤติกรรมสุขภาพจะดีตามไปด้วย และทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ เนื่องจากความสามารถด้านการคิดและการตัดสินใจอย่างมีเหตุเป็น การเชื่อมโยงของความรู้ทักษะ ทศนคติและค่านิยม ทำให้เกิดพฤติกรรมไปในทางบวก มีพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้อง ซึ่งนำไปสู่การป้องกันปัญหาด้านสุขภาพได้ อีกทั้งจากการศึกษาของ Klaoekla (2018) พบว่า องค์การควรให้ความสำคัญต่อสุขภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่องในการตรวจสุขภาพและการดำเนินกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง สร้างความตระหนักให้แก่บุคลากรเห็นความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพให้มากขึ้น และมีการจัดการอบรมเพื่อให้ความรู้เรื่องภาวะกลุ่มออฟฟิศซินโดรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความตระหนักในการป้องกันและการดูแลตนเองให้มากยิ่งขึ้น ตลอดจน ส่งเสริมให้บุคลากรมีสุขภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับ Bloom (1964) ที่กล่าวว่า ความรู้เป็นกระบวนการที่มีขั้นตอนเป็น ตัวเชื่อมโยงบุคคลเกิดการรับรู้ ทศนคติ ที่มีผลต่อการปฏิบัติ

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรม การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันออฟฟิศซินโดรม ก่อนและหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1) ด้านความรู้เกี่ยวกับออฟฟิซินโดรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับ ออฟฟิซินโดรมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 4.53 คะแนน อยู่ในระดับต่ำ ส่วนหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 7.77 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า จากการเข้าร่วมกิจกรรมบุคลากรได้เรียนรู้เกี่ยวกับความหมาย สาเหตุที่มา อาการและโรคที่เกิดจากออฟฟิซินโดรม ว่ามีอะไรบ้าง ระดับความรุนแรงของอาการออฟฟิซินโดรม ส่งผลให้บุคลากรเกิดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับ ออฟฟิซินโดรม อีกทั้ง ส่งผลให้บุคลากรบางคน เกิดความตระหนักต่อปัญหาสุขภาพของตนเองเพิ่มมากขึ้น จนเกิดความต้องการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพของตนเอง เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการ ออฟฟิซินโดรม และโรคอื่นๆ ตามมา นอกจากนี้ บุคลากรได้รับความรู้เกี่ยวกับท่าทางการบริหารร่างกาย เพื่อลดอาการออฟฟิซินโดรมอย่างง่ายด้วยตนเอง เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่างๆ เทคนิคการฝึกหายใจเพื่อปรับสมดุลให้แก่ร่างกาย และเทคนิค การปรับสัณฐานีสำหรับการทำงานเพื่อลดโอกาสเสี่ยง และป้องกันการเกิดอาการออฟฟิซินโดรมสอดคล้องกับ Saewong, Srikrhuedong, & Thitishotirattana (2022) ที่ศึกษาเรื่องโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตามแนว พุทธจิตวิทยาเพื่อบรรเทาอาการออฟฟิซินโดรมของ บุคลากรสายเทคโนโลยีสารสนเทศ พบว่า 1) ค่าเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพกลุ่ม ทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 2) ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังทดลองสูงกว่า ก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกัน ออฟฟิซินโดรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของ คะแนนเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ดังนี้ ด้านการรับรู้ โอกาสเสี่ยง ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนน เท่ากับ 2.57 คะแนน ส่วนหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของ คะแนนเท่ากับ 2.99 คะแนน ด้านการรับรู้ความรุนแรง

ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 2.42 คะแนน ส่วนหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนน เท่ากับ 2.97 คะแนน ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการ ป้องกัน ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 2.46 คะแนน ส่วนหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนน เท่ากับ 2.97 คะแนน ด้านการรับรู้อุปสรรคของการ ป้องกัน ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 2.18 คะแนน ส่วนหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนน เท่ากับ 2.97 คะแนน อธิบายได้ว่า เมื่อบุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับออฟฟิซินโดรม เทคนิค ต่างๆ ที่สามารถลดโอกาสและป้องกันการเกิดออฟฟิซินโดรมได้นั้น ส่งผลให้บุคลากรเกิดความตระหนัก เกิดการรับรู้ว่าอาการที่ตนเองพบเจออยู่นั้นเป็นอาการ ของโรคออฟฟิซินโดรมหรือไม่ และตนเองนั้นมีโอกาส เสี่ยงต่ออาการออฟฟิซินโดรมมากน้อยแค่ไหน รวมไปถึงถึงบุคลากรบางคนที่ทราบของตนเองเข้าข่ายอาการ ออฟฟิซินโดรมจะสามารถรับรู้ได้ว่าตนเองนั้น มีความ รุนแรงของอาการอยู่ในระดับใด เพื่อที่จะหาแนวทาง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ป้องกันสุขภาพ ของตนเองได้ถูกต้องเหมาะสมและทันทั่วทั้ง สอดคล้อง กับ Rosenstock (1996) ที่กล่าวว่า การพัฒนาระดับ การรับรู้ความรุนแรง การพัฒนาระดับการรับรู้โอกาส เสี่ยงนั้นสามารถทำได้โดยวิธีการเรียนรู้และวิธีการ ปรับพฤติกรรม ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงระดับ การเรียนรู้ด้วยวิธีต่างๆ เช่น การใช้สื่อเป็นตัวกระตุ้น เป็นต้น และยังคงสอดคล้องตามแนวคิดของ Rosenstock (1974) ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตน ทำให้มีการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อีกทั้งจากการเข้าร่วมกิจกรรม บุคลากรยังเกิดการเล็งเห็นถึงความสำคัญ ประโยชน์ ของการบริหารร่างกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน การทำงานเพื่อป้องกันการเกิดโรคออฟฟิซินโดรม นอกจากนี้ จากกิจกรรมส่งผลให้บุคลากรได้รับรู้ อุปสรรคในการป้องกันออฟฟิซินโดรม โดยบุคลากร ได้ประเมินตนเองในการค้นหาเหตุผลของการไม่ป้องกัน สุขภาพจากออฟฟิซินโดรมว่าเพราะสาเหตุอะไร และ เมื่อบุคลากรส่วนใหญ่ทราบถึงผลกระทบของอาการ

ออฟฟิศซินโดรม แต่ยังไม่เกิดความตระหนักต่อการป้องกันสุขภาพนั้นเป็นเพราะอะไร สอดคล้องกับ Becker and Maiman (1975) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลนั้นจะแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคนั้น บุคคลต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีและมีประโยชน์ อีกทั้งยังสอดคล้องกับ Saetiauw, Thongmeekhaun, & Juntaveemuang (2019) ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมให้ความรู้ต่อการรับรู้ความเสี่ยงอันตรายและพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์ซินโดรมของผู้ใช้คอมพิวเตอร์ในการทำงาน: หน่วยงานราชการพื้นที่เขตเมืองสงขลา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยโดยรวมของการรับรู้ความเสี่ยงอันตรายกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์ซินโดรมภายหลังร่วมโปรแกรมให้ความรู้ ($Mean = 3.26$, $S.D. = 0.36$) สูงกว่าก่อนร่วมโปรแกรมให้ความรู้ ($Mean = 2.44$, $S.D. = 0.36$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และยังสอดคล้องกับ Thongmeekhaun & Saetiauw (2018) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการป้องกันและการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์ซินโดรมของบุคลากรสายสนับสนุน พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์ซินโดรมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($Mean = 3.11$, $S.D. = 0.26$) และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์ซินโดรม โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($Mean = 3.14$, $S.D. = 0.40$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสรุปได้ว่าการส่งเสริมระดับความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรมด้วยโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นสิ่งแรกที่สำคัญจะช่วยทำให้บุคลากรในหน่วยงาน หรือองค์กรมีความรู้ที่ถูกต้อง มีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรง โอกาสเสี่ยงต่ออาการออฟฟิศซินโดรมที่ส่งผลต่อสุขภาพของตนเอง รวมถึงมีการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์และอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง จากอาการออฟฟิศซินโดรมเพิ่มมากขึ้น จะส่งผลทำให้บุคลากรเกิดความตระหนัก และใส่ใจต่อการดูแลสุขภาพ

ของตนเองจากการทำงาน เพื่อไม่ให้ส่งผลเสียต่อสุขภาพในอนาคต อีกทั้งหน่วยงาน หรือองค์กรอื่นๆ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรได้กับทุกเพศ ทุกวัย เนื่องจากโปรแกรมนี้มีลักษณะของกิจกรรมที่มีความเหมาะสมกับทุกกลุ่มบุคคล แต่ควรมีการเพิ่มระยะเวลาในการจัดโปรแกรมเพื่อให้ผลเกิดประสิทธิภาพมากขึ้น

จากการวิจัยครั้งนี้ พบข้อจำกัดของการวิจัย คือ ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมให้แก่กลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดกิจกรรมแก่บุคลากรในช่วงวันและเวลาการทำงานเพื่อไม่ก่อให้เกิดการรบกวนวันและเวลาในการทำงานของบุคลากรมากเกินไป ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการทำงาน และภาระงานของบุคลากรทั้งสายวิชาการ สายสนับสนุน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงจัดกิจกรรมโดยใช้ระยะเวลาเพียง 1 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 วัน วันละ 6 ชั่วโมง ผู้ที่จะนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ต้องคำนึงถึงข้อจำกัดดังกล่าว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีผลในการเพิ่มระดับความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรมในกลุ่มคนวัยทำงาน ดังนั้น สามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มคนวัยทำงาน หรือหน่วยงานต่างๆ ที่มีบุคลากรทำงานในลักษณะของการนั่งทำงานเป็นระยะเวลานานหรือกลุ่มวัยอื่นๆ ซึ่งมีบริบทใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับออฟฟิศซินโดรม โดยเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม และติดตามประเมินผลหลังการทดลองอย่างน้อย 1 เดือน เพื่อให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพอย่างชัดเจนมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Becker, M. H., Drachman, R. H., & Kirscht, J. P. (1974). A new approach to explaining sick-role behavior in low-income populations. *American Journal of Public Health*, 64(3), 205-216.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical care*, 13(1), 10-24.
- Bloom, B.S. (1964). *Taxonomy of education objective: The classification of educational goals: Handbook II: Affective domain*. New York: David McKay.
- Bureau of Occupational and Environmental Diseases. (2018, July 20). *The Department of Disease Control invites office workers to adjust 3 P. to reduce pain and reduce the risk of office syndrome*. Retrieved October 17, 2022, from <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/113832/>
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). *Determining sample size for research activities*. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610
- Department of Disease Control. (2018). *The Department of Disease Control invites office workers to adjust 3 P. to reduce pain and reduce the risk of office syndrome*. Retrieved October 17, 2022, from <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/113832/>.
- Department of Health. (2019). *Guidelines for promoting health and environmental hygiene in the workplace package 6 Conquering Office Syndrome Office Syndrome Management*. (1st ed). Nonthaburi: MD All Graphic Company Limited.
- Klaeokla, S. (2018). *Risk management from routine work in office syndrome with physical activities (Individual Study)*. Bangkok Institute of Civil Service Development. (in Thai)
- Photihung, P., Damnong, N., & Tassanatanachai, A. (2021). Relationship between health literacy related to office syndromes and office syndrome prevention behavior among supportive personnel at a university. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 14(2), 235-250. (in Thai)
- Phajan, T & Sooksalung, P. (2020). Prevalence and factors associated with low back pain among health personnel in Khon Kaen Provincial Health Office. *Academic Journal of Community Public Health*, 6(3), 196-205. (in Thai)
- Rosenstock M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education, Monographs*, 2, 328-335.
- Rosenstock, I. M. (1996). Why people use health services. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 94-127.
- Saetiaiw, S., Thongmeekhaun, T., & Juntaveemuang, V. (2019). Effects of an education-based program on hazard perception and preventive behaviors of computer syndrome among working computer users: Public offices in Songkhla Town's area. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 29(1), 48-59. (in Thai)
- Saewong, S., Srikrhuedong, S., & Thitishotirattana, W. (2022). The health promotion program base on Buddhist psychology for relieve office syndrome of information technology personnel. *Journal of MCU Humanities Review*, 8(2), 17-35. (in Thai)

- Sunanta, R., Chantaramanee, N., & Srisookkum, T. (2022). Predictive factors affecting computer worked-related musculoskeletal aches of personnel University of Phayao. *The Office of Disease Prevention and Control 10th Journal*, 20(2), 56-72. (in Thai)
- Thai Health. (2022). *The meaning of health promotion innovation*. Retrieved October 17, 2022, from <https://www.thaihealth.or.th/?p=166968> (in Thai)
- Thongmeekhaun, S., Sungkhachat, B., Kitrunroap, T., Wattanasart, T., Juntaveemuang, V. & Meena, S. (2018). Computer related health problems: Risk perception in protection behaviors among supporting staffs. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(2), 258-271. (in Thai)

บทความวิจัย

รูปแบบการดูแลสุขภาพด้วยวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

วรรณศิริ ศรีสุข^{1,*} พย.ม., อรภิษา บรรเทาวงษ์¹ พย.บ., ราตรี อร่ามศิลป์¹ พย.ม.,
มธุรดา บรรจงการ¹ ปร.ด., รุ่งฤทัย แซ่ด่าน² พย.บ.

Received: January 23, 2023

Revised: June 5, 2023

Accepted: July 3, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพด้วยวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 30 คน เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5 คน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน 4 ขั้นตอน คือ 1) วางแผน 2) ปฏิบัติ 3) สังเกตการณ์ 4) สะท้อนผล แบ่งการศึกษา 4 ระยะ ดังนี้ 1) การศึกษาสภาพการณ์ปัจจุบันและวิเคราะห์ปัญหา 2) การวางแผนพัฒนารูปแบบ 3) การนำรูปแบบไปใช้และกำกับติดตาม 4) การประเมินผลและคืนข้อมูล ระยะเวลาดำเนินการวิจัยรวม 6 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3ส. 3อ. 1น. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณแบบวัดซ้ำ

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการปฏิบัติตามแนวทาง 3ส. (สวดมนต์/ทำสมาธิ/อ่านหนังสือ) 3อ. (รับประทานอาหาร/ออกกำลังกาย มั่นใจ/การจัดการอารมณ์) และ 1น. (ดำเนินชีวิตประจำวันตามนาฬิกาชีวิต) มีการกระตุ้นเตือนและติดตามในช่วง 3 เดือนแรก ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3ส. 3อ. และ 1น. แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมปฏิบัติตนทั่วไปของผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและระยะติดตาม 6 เดือนหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าการติดตามสม่ำเสมอเป็นเรื่องสำคัญควรมีการติดตามอย่างน้อยเดือนละครั้ง เพื่อกระตุ้นเตือนการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอ

คำสำคัญ: กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน พฤติกรรมสุขภาพ รูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีใหม่ โรคความดันโลหิตสูง สถานการณ์โควิด-19

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี

* ผู้รับผิดชอบบทความ: Wansiri797@gmail.com

A new normal model for hypertensive patients during the COVID-19 outbreak through a community participation process

Wansiri Srisuk^{1,*} M.N.S., Onpicha Banthaowong¹ B.N.S., Ratree Aramsin¹ M.N.S.,
Maturada Banjongkarn¹ Ph.D., Rungruthai Saedan² B.N.S.

ABSTRACT

This participatory action research aimed to develop a new normal model for hypertensive patients during the COVID-19 outbreak through a community participation process. The study subjects were 30 hypertensive patients, 3 health personnel working at sub-district health promoting-hospital, and 5 village health volunteers using a 4-steps community participation process: 1) plan 2) act 3) observe and 4) reflect on the results. The study comprised four phases: firstly, understanding the current situation and analyzing associated problems; secondly, devising a comprehensive model; thirdly, implementing and monitoring the new model; and finally, evaluating the outcomes and disseminating the findings to the community. The program spanned six months. This program was implemented for 6 months. Data were collected with a personal information questionnaire, health status assessment form, self-care behavior, and health behavior questionnaires, using the concept of 3S 3E 1N Data was analyzed by descriptive statistics and repeated measure MANOVA.

The results found that the new model of 3S (Suatmon: praying, Samadhi: meditation, Studying Dharma: reading) 3E (Eating, Exercise: Maniwet, Emotional management) and 1N (Normal life clock). Monitoring was utilized in the first 3 months to enhance participants' healthy behavior by using the 3S 3E 1N There was encouragement and follow-up during the first 3 months, encouraging the sample to have health behaviors according to the principles of 3S 3E 1N The average scores of behaviors regarding 3S 3E 1N was significantly different at the 0.05 level. However, the average scores of general behaviors among patients with hypertension did not differ significantly between the period before the program initiation and six months after its completion. The study indicated the importance of regular supervision and follow-up, preferably at least once a month, to promote consistent behavior.

Keywords: Community participation, Health behavior, New normal model, Hypertension
COVID-19 outbreak situation

¹ Lecturer, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi Faculty of nursing Praboromarajchanok Institute

² Registered Nurse Practitioner Level, Thachang Sub district Health Promotion Hospital, Chanthaburi Province

* Corresponding author: Wansiri797@gmail.com

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การไม่รักษาให้ถูกต้องจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคอัมพาตจากหลอดเลือดในสมองตีบ โรคหลอดเลือดในสมองแตก โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจวาย โรคไตวาย หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง เป็นต้น (Thai Hypertension Society, 2021) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะที่สำคัญ ที่จะนำไปสู่อันตรายที่รุนแรงได้ เช่น ตา ไต สมอง หัวใจและหลอดเลือด (Weber, Jamerson, Bakris, Weir, Zappe, Zhang, et al., 2012) รวมทั้ง ภาระด้านการดูแล และด้านค่าใช้จ่าย ซึ่งเราควรให้ความสำคัญกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การป้องกัน การรักษา เพื่อที่จะสามารถชะลอโอกาส เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ (Sinsap, Jankra & Jaiman, 2017) นอกจากนี้ พบว่าคนไทยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประมาณร้อยละ 20 ส่วนใหญ่ มักไม่ค่อยรู้ตัวว่าเป็นโรค เมื่อรู้ตัวว่าเป็นส่วนมากก็จะไม่ได้รับการรักษา เนื่องจากไม่มีอาการ ทำให้ไม่ได้ให้ความสนใจ จะเริ่มสนใจและรักษาเมื่อเริ่มมีอาการหรือภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ซึ่งบางครั้งก็อาจจะทำให้ผล การรักษาไม่ดีเท่าที่ควร (Thai Hypertension Society, 2021)

สำหรับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 25.4 (ชาย ร้อยละ 26.7 และหญิง ร้อยละ 24.2) จากร้อยละ 24.7 ในปี 2557 การเข้าถึงระบบบริการของกลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากร้อยละ 44.7 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 48.8 โดยปี 2563 สัดส่วนที่ได้รับการรักษาลดลงจากร้อยละ 49.2 เป็น 47.6 แต่กลุ่มที่ได้รับการรักษาและควบคุมได้ กลับมีสัดส่วนที่ลดลงจากร้อยละ 29.7 เป็น 22.6 ตามลำดับ (Aekplakorn, Puckcharern & Satheannoppakao, 2021) ข้อมูลสุขภาพของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 ปี 2561 พบว่าประชาชนมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 1,915.64

ต่อประชากร 6,024,874 คน ซึ่งจังหวัดจันทบุรีก็เป็นหนึ่งในจังหวัดที่อยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีอัตราป่วยเท่ากับ 2,957.41 ต่อประชากร 532,526 คน (Division of Non Communicable Diseases, 2019) นอกจากนี้ยังพบอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงสูงขึ้น โดยปี 2563 พบอัตราตาย 16.32 ต่อประชากร 533,124 และปี 2564 พบอัตราตาย 21.41 ต่อประชากร 532,365 (Division of Non Communicable Diseases, 2023)

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมีความสำคัญต่อการควบคุมหรือป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งหลายปัจจัยส่งผลกระทบต่อระดับความดันโลหิต ปัจจัยร่วมที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโรค คือ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานโซเดียมมากเกินไป การได้รับสารไขมันมาก โดยเฉพาะโคเลสเตอรอล การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การมีน้ำหนักเกิน และความเครียด โดยปัจจัยร่วมเหล่านี้ส่งผลให้มีการเพิ่มขึ้นของปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาทีทั้งสิ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนี้โรคความดันโลหิตสูง ยังอาจเกิดจากการมีโรคเรื้อรังหรือภาวะผิดปกติอื่นๆ ที่ทำให้หัวใจทำงานเพิ่มขึ้น เช่น ภาวะโลหิตจางรุนแรง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือด (Sinsap, Jankra & Jaiman, 2017)

การแพร่ระบาดของโควิด-19 ส่งผลกระทบทำให้ประชาชนขาดแคลนรายได้ เนื่องจากการจ้างงานลดลง อัตราการว่างงานเพิ่มขึ้น ถึงแม้จะมีมาตรการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้ออย่างรัดกุม แต่ก็ยังมีความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของเชื้อโรคอยู่ ส่งผลต่อการดำรงชีวิตของประชาชนที่จะต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่ ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (Boonchai, 2020) ผลกระทบด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต กระทบต่อความรู้สึกและสุขภาพจิต เนื่องจากความวิตกกังวล ผลกระทบด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม มีการรวมกลุ่มกันน้อยลง สิ่งแวดล้อมได้รับการรบกวนจากมนุษย์น้อยลง ผลกระทบด้านการรับรู้ข่าวสารและการใช้เทคโนโลยี ประชาชนให้ความสนใจข่าวสารและ

เกิดการเรียนรู้ในการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารมากขึ้น และผลกระทบด้านการศึกษาก็ส่วนใหญ่ปรับเปลี่ยนเป็นการเรียนการสอนผ่านระบบออนไลน์ ผู้ปกครอง มีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น (Hanphichai & Julsawat, 2021) นอกจากนี้ การดำเนินชีวิตที่เร่งรีบแข่งกับเวลาในการประกอบอาชีพ ทำให้ต้องหาซื้ออาหารที่สะดวกต่อการรับประทานอาหารสำเร็จรูปต่างๆ ความเครียด วิตกกังวลที่เกิดขึ้น รวมทั้งยังขาดพฤติกรรมในการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ ก็ยิ่งส่งเสริมให้โรคมีโอกาสดังกล่าวแทรกซ้อนขึ้นได้

สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ตำบลท่าช้าง อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ในปี 2563-2565 พบว่า ผู้ป่วย จำนวน 832 1,353 และ 1,806 คน ตามลำดับ ซึ่งส่งผลกระทบต่อกระบวนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 และเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง ทำให้ผู้ป่วยมารักษาไม่ตรงตามนัด ต้องกักตัวที่บ้าน ไม่ได้รับการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง อาจทำให้บางคนควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ไม่ดีเท่าที่ควร และขาดการจัดกิจกรรมอบรม เพื่อให้ความรู้ หรือปรับพฤติกรรมในช่วง 2-3 ปี มานี้ ทำให้กลุ่มผู้ป่วยมีแนวโน้มของการควบคุมอาการของโรคไม่ค่อยได้ ค่าความดันโลหิตสูงสูงขึ้น และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ (Tah-Chang Sub-District Health Promoting Hospital, 2022)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า นโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564-2570 เพื่อให้การพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน ครอบคลุมอย่างกว้างขวาง ตามแนวทางการดำเนินชีวิตแบบใหม่ โดยการส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีสุขภาพดีวิถีใหม่ สามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ได้ด้วยการนำหลักธรรมของแต่ละศาสนาปฏิบัติให้สอดคล้องกับสังคมวิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง บูรณาการกับหลักการแพทย์ การสาธารณสุข การแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ส่งเสริม สนับสนุนการพัฒนาสหวิทยาการ บุคลากร และระบบการบริหารจัดการ ให้สามารถสนับสนุนระบบสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียงของประชาชน และส่งเสริมพัฒนา

องค์กรและเครือข่ายความร่วมมือระหว่างองค์กรภาครัฐ เอกชน และประชาชน ในการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียงสู่การปฏิบัติในระบบสาธารณสุขทุกระดับ (Anti-Corruption Operation Center, 2022)

นอกจากนี้ ยังพบการศึกษาที่นำแนวทางนโยบายไปดำเนินการต่อ เช่น การศึกษาผลของโปรแกรมวิถีธรรม วิถีไทยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง ในพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ พบว่า กลุ่มตัวอย่างในภาพรวม มีน้ำหนักตัวเฉลี่ยลดลงเล็กน้อย เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดไม่เปลี่ยนแปลง ส่วนพฤติกรรมสุขภาพไม่สามารถประเมินได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างขาดการบันทึกประจำวัน จากการประเมินผลรายบุคคล พบว่า กลุ่มเสี่ยง 5 ราย มีน้ำหนักตัว เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดลดลง นอกจากนี้ ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม พบว่า การปฏิบัติตัวตามแนวทางพุทธศาสนา ความใส่ใจในเรื่องสุขภาพ อาหารประจำท้องถิ่น และการดำเนินภารกิจประจำวัน ล้วนส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีและไม่ดี (Prapromma, 2020) การศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างสุขภาพดีวิถีพุทธในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชน: กรณีศึกษาหมู่บ้านคุยป่าร้าง ตำบลวังควง อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า มีการขับเคลื่อนในรูปแบบการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการที่มาจากองค์กรในพื้นที่ ผลคือคณะกรรมการฯ ได้นำเทคนิค 3ส. 3อ. 1น. มาปฏิบัติด้วยตนเองผลที่เกิดกับสุขภาพ อยู่ในทิศทางบวก สุขภาพดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า มีการศึกษาผลของการใช้แนวทางวิถีธรรม วิถีไทย ในพื้นที่ชุมชนเพียงเล็กน้อย แม้การดำเนินงานจะได้ผลดี แต่ยังขาดหลักฐานสนับสนุนอีกค่อนข้างมาก (Piyaseth, 2016) การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพดีวิถีพุทธ เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ กลุ่มที่ใช้รูปแบบมีภาวะสุขภาพ ได้แก่ ค่าน้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต และ

ค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และมีความรู้ ความสุขเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) (Sudsukh, Sathira-Angkura, Kladjomphong & Jaigla, 2021) ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยแนวทางวิถีธรรม วิถีไทย เป็นอีกหนึ่งแนวคิดที่นำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ เป็นการประยุกต์วิถีชีวิตของคนในสังคมกับหลักการทางสุขภาพ และพัฒนาให้สอดคล้องกับหลักทุกศาสนา โดยอาศัยเครื่องมือสำคัญคือ 3ส. (สวดมนต์ สมาธิ สันทนาธรรม) คือ การสวดมนต์ สมาธิ จิตตั้งมั่น สงบ และการสันทนาสองทางเรื่องสังขาร 3อ. (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย) คือ การบริโภคอาหารพอประมาณ มีสติ การปล่อยวาง การออกกำลังกายโดยโยคะ มณีเวช การกราบสักการะสิ่งศักดิ์สิทธิ์ และ 1 น. (นาฬิกาชีวิต) คือการใช้เวลาตามนาฬิกาชีวิตในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Thanirat, Ploysup, Yaso, & Inthong. (Ed.), 2017; Sudsukh & et al., 2021; Office of Health Strategic Management & Thai way of life., 2021).

ดังนั้น เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามนโยบายข้างต้นการปรับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วย ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงเป็นจุดสำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมในสถานการณ์ที่มีความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงของอาการของโรค และการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เมื่อติดเชื้อแล้วยังจะทำให้เกิดความรุนแรงและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้น ทั้งนี้ การนำรูปแบบที่มีไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต บริบทของแต่ละคนนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญ เมื่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถควบคุมอาการของโรคได้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนนั้นสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข ย่อมส่งผลดีต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติต่อไปได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อการพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลสุขภาพด้วยวิถีใหม่ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือน มีนาคม 2565 ถึงเดือนธันวาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้านี้ เลือกแบบเจาะจง โดยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ขนาดของกลุ่มตัวเท่ากับ 30 คน คำนวณโดยใช้ G*Power กำหนดขนาดอิทธิพล = 0.50 หมายถึงมีขนาดอิทธิพลในระดับใหญ่ (Large) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ = 0.05 ค่าอำนาจทดสอบ (Power of test) = 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 27 คน เพิ่มจำนวน 10% เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง = 3 ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ 2) อายุระหว่าง 35-59 ปี 3) ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตตั้งแต่ 1 ชนิดขึ้นไป แต่ยังมีระดับ Systolic blood pressure มากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิต Diastolic blood pressure มากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ต้องเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล 2) ขอดถอนตัวออกจากการวิจัย

ผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่

1.เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่ดูแลเกี่ยวกับงานด้านส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2.อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อสม. จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อสม. ที่เป็นจิตอาสาและยินดีมาช่วยงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ (น้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 19 ข้อ มี 5 ระดับ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ คะแนนเต็ม 95 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3ส. คือ สวดมนต์ สมาธิ สันทนาธรรม 3อ. คือ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และ 1น. คือ นานาพิทาชีวิต จำนวน 22 ข้อ มี 5 ระดับ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ คะแนนเต็ม 110 คะแนน ซึ่งแบบสอบถามที่สร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน แบบสอบถามการปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค เท่ากับ 0.70 และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3ส. 3อ. 1น. ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค เท่ากับ 0.77

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี หนังสือรับรองเลขที่ COA No.018/65 เมื่อวันที่ 16 มีนาคม 2565

โดยก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการศึกษาในครั้งนี้ จนกลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจ และตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ โดยงานวิจัยนี้ดำเนินการตามกระบวนการกลุ่มของ Participatory action research ที่ประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอนคือ

1.ขั้นวางแผน (Planning) โดยสำรวจปัญหาและวางแผนแนวทางกิจกรรมการวิจัยร่วมกับพื้นที่อยู่ในระยะที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ปัจจุบันและวิเคราะห์ปัญหาในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์และกำหนดปัญหาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยผู้วิจัย เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลลัพธ์ที่ต้องการ คือ ข้อมูลสภาพการณ์ปัจจุบันและปัญหา/จุดควรพัฒนาของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19

2.ขั้นปฏิบัติ (Action) ให้ความรู้อบรมเชิงปฏิบัติการและวางรูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระยะที่ 2-3 โดยระยะที่ 2 วางแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แนวคิด 3ส. 3อ. 1น. มี 2 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 จัดอบรมประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และแนวคิด 3ส. 3อ. 1น. เครื่องมือ แบบประเมินภาวะสุขภาพแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเอง และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3ส. 3อ. 1น. โดยเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง โดยผู้วิจัย และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลลัพธ์ที่ต้องการ คือ ผลประเมินภาวะสุขภาพ/พฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเอง/พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3ส. 3อ. 1น.

กิจกรรมที่ 2 จัดอบรมประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลตนเองในการควบคุม

โรคความดันโลหิตสูง และวางแผน รูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยผู้วิจัย เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลลัพธ์ที่ต้องการ คือ รูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19

ในระยะที่ 3 การใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 และการกำกับติดตามการดำเนินงาน มี 4 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 ผู้อบรมนำรูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ไปปฏิบัติ โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลลัพธ์ที่ต้องการ คือ ผลการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19

กิจกรรมที่ 2 การกำกับติดตามการดำเนินงาน และปรับปรุงรูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ครั้งที่ 1 (1 เดือน) โดยผู้วิจัย เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลลัพธ์ที่ต้องการ คือ ผลการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 และในเดือนที่ 2 ติดตามกำกับผ่านช่องทางโทรศัพท์/Line application โดยทีมผู้วิจัย

กิจกรรมที่ 3 การกำกับติดตามการดำเนินงาน และปรับปรุงรูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ครั้งที่ 2 (3 เดือน) เก็บข้อมูล ครั้งที่ 2 ด้วยเครื่องมือ แบบประเมินภาวะสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3ส. 3อ. 1น. โดยผู้วิจัย เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลลัพธ์ที่ต้องการ คือ ผลประเมิน

ภาวะสุขภาพ/พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง/ พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3ส. 3อ. 1น.

กิจกรรมที่ 4 การกำกับติดตามการดำเนินงานและปรับปรุงรูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ครั้งที่ 3 (6 เดือน) เก็บข้อมูล ครั้งที่ 3 ด้วยเครื่องมือ แบบประเมินภาวะสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3ส. 3อ. 1น. โดยผู้วิจัย เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลลัพธ์ที่ต้องการ คือ ผลประเมินภาวะสุขภาพ/พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง/พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3ส. 3อ. 1น.

3.ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) เป็นขั้นตอนที่เกิดควบคู่กับการปฏิบัติการโดยใช้การสังเกต

4.ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ประเมินผลรูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและปรับปรุงพัฒนารูปแบบฯ ร่วมกัน สรุปผลการดำเนินงาน และนำเสนอผลการศึกษาและคืนข้อมูลสู่ชุมชนอยู่ในระยะที่ 4 การประเมินผล และคืนข้อมูลสู่ชุมชน มี 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1: ประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับกลุ่มผู้เกี่ยวข้องเพื่อการถ่ายทอดประสบการณ์ การเรียนรู้ และปัญหาอุปสรรคที่พบโดยผู้วิจัย เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กิจกรรมที่ 2: จัดเวทีคืนข้อมูลสู่ชุมชนโดยผู้วิจัย นำเสนอข้อมูลผลการศึกษาที่พบจากการวิจัย แก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วย สถิติพรรณนา หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนทั่วไปของผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3ส. 3อ. 1น. ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ 3 เดือน และระยะติดตามหลังเข้าร่วม 6 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติด้วย Repeated measure MANOVA

ผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพด้วยวิธีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนดำเนินการตามกระบวนการ การวางแผนแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

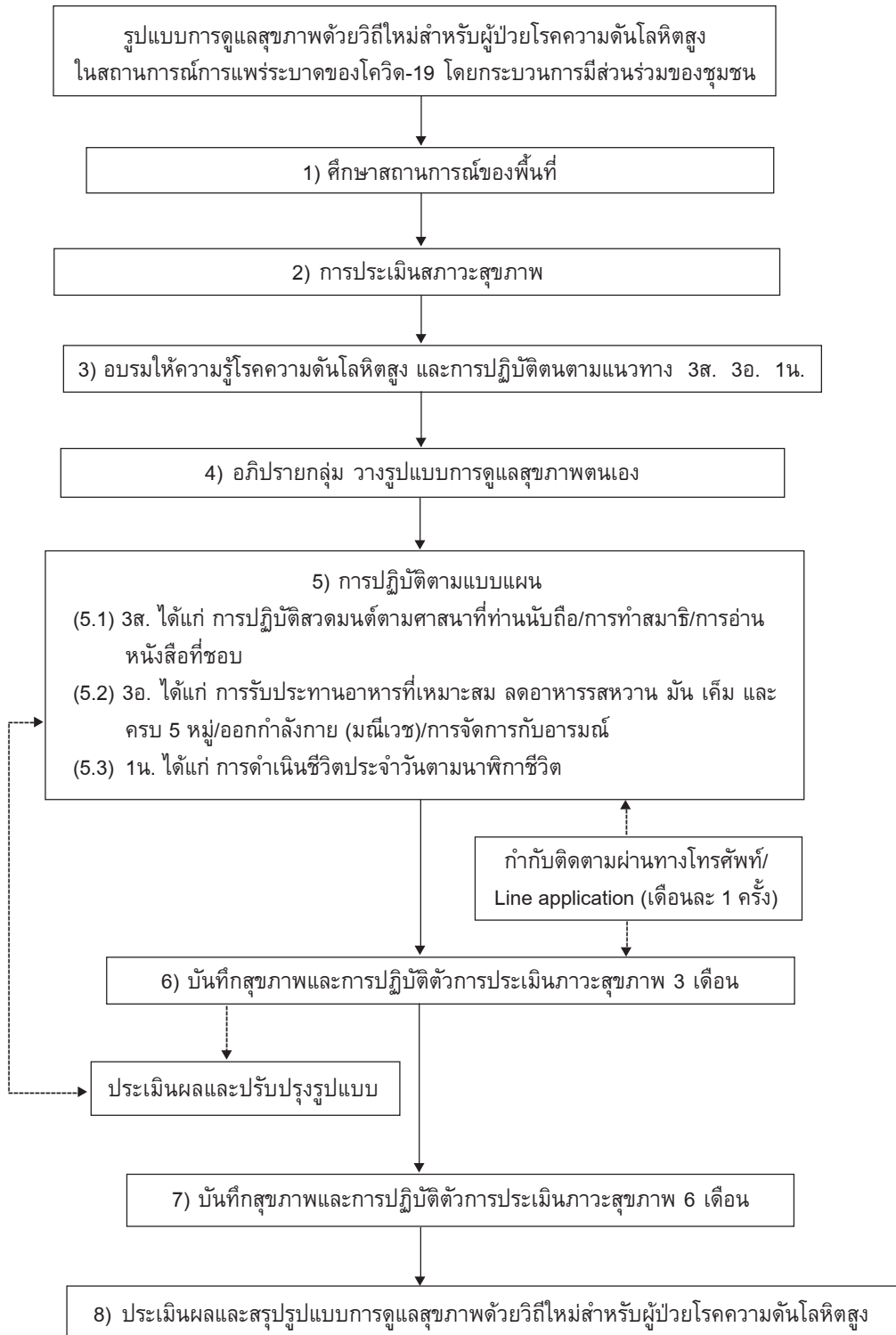
1. ขั้นวางแผน (Planning) ประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมผู้วิจัย เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์และกำหนดปัญหากระบวนการดูแลผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 โดย ผลลัพธ์ที่ได้ คือ ข้อมูลสภาพการณ์ปัจจุบันและปัญหาในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ตำบลท่าช้าง อำเภอมือง จังหวัดจันทบุรี ในปี 2563 พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 832 คน ปี 2564 มีผู้ป่วย จำนวน 1,353 คน ปี 2565 มีผู้ป่วยจำนวน 1,806 คน ซึ่งจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคนี้ ส่งผลกระทบต่อกระบวนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยจากเดิมก่อนมีการแพร่ระบาดของโรค รพ.สต. มีระบบการดูแลสุขภาพ ดังนี้ ในวันคลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จะมีทีมจากโรงพยาบาลพระปกเกล้ามาให้บริการ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ขั้นตอนในการรับบริการ คือ ผู้ป่วยจะต้องรับบัตรคิวนั่งพัก วัดความดันโลหิต เจาะน้ำตาล ใช้เวลา 10-15 นาที รอพบแพทย์ ใช้เวลา 30-40 นาที รอรับยาจากเภสัช ใช้เวลา 15-20 นาที รวมใช้เวลาต่อ 1 คน ประมาณ 45-60 นาที มีผู้มารับบริการประมาณ 60-80 คน และจะมีการนัดทำกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกครั้งที่มีคลินิกและมีการลงเยี่ยมบ้านกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เมื่อมีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รพ.สต. พบปัญหาต่อการดูแลผู้ป่วย คือ มีผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 และเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง ทำให้ผู้ป่วยมารักษาไม่ตรงตามนัด ต้องกักตัวที่บ้าน ไม่ได้รับการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง อาจทำให้บางคนไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันได้ดีเท่าที่ควร แต่ยังไม่มีการจัดกิจกรรมอบรม เพื่อให้ความรู้ หรือปรับพฤติกรรม

ในช่วง 2-3 ปีมานี้ ทำให้กลุ่มผู้ป่วยมีแนวโน้มของการควบคุมอาการของโรคไม่ค่อยได้ ค่าความดันโลหิตสูงขึ้น และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้จากสถานการณ์เช่นนี้ การวางแผนรูปแบบการดูแลสุขภาพด้วยวิธีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้น การมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งช่วยกันวางแผนออกแบบรูปแบบฯ โดยการทาง รพ.สต. ได้มีการปรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใหม่ เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเปลี่ยนเป็นช่วงที่โควิด-19 ระบาดหนัก จะไม่มีทีมจาก รพ.พระปกเกล้ามาให้บริการ แพทย์จะนำแฟ้มผู้ป่วยไปรีวิวให้ล่วงหน้าก่อนถึงวันนัดทุกครั้ง หลังจากแพทย์รีวิวสั่งยาให้เสร็จ รพ.สต. จะจัดยาไว้ให้ และโทรนัดให้ผู้ป่วยมารับยา โดยให้ทยอยกันมาตามวันและเวลาที่นัด หรือให้อสม.นำไปให้ที่บ้านในผู้ป่วยกลุ่มสีเขียวและกลุ่มที่ติดเชื้อโควิด-19 หรือเสี่ยงสูง (หากผู้ป่วยรายใดมีปัญหาสามารถปรึกษาแพทย์ทางโทรศัพท์ได้) เมื่อสถานการณ์เริ่มดีขึ้น จึงมีทีมจาก รพ.พระปกเกล้ามาให้บริการ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร แต่จะจำกัดจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแต่ละครั้ง ไม่เกิน 30 คน และขยายวันคลินิกจากเดือนละ 2 ครั้ง เป็นทุกวันศุกร์ เพื่อลดความแออัด หากนัดมารับยาที่ รพ.สต. จะใช้เวลานั่งพักวัดความดัน เจาะน้ำตาล 10-15 นาที รอพบแพทย์ใช้เวลา 5-15 นาที รอรับยาใช้เวลา 5-10 นาที รวมใช้เวลาต่อ 1 คนประมาณ 15-25 นาที มีผู้มารับบริการประมาณ 20-30 คน และการดูแลในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ยังช่วยกระตุ้นเตือนกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติพฤติกรรม หรือหากมีปัญหาอุปสรรคก็จะเป็นผู้ช่วยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และทีมผู้วิจัยให้ในส่วนของเจ้าหน้าที่ก็คอยช่วยโทรกำกับติดตาม กระตุ้นเตือนกลุ่มตัวอย่างตามแผนรูปแบบที่วางไว้

2. ขั้นปฏิบัติ (Action) อบรมเชิงปฏิบัติการ และวางรูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระยะที่ 2 วางแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แนวคิด 3ส. 3อ. 1น. มีการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตัวตามแนวคิด 3อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) 3ส. (สมาธิ สวดมนต์ สันทนาธรรม) 1น. (นาฬิกาชีวิต) แก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้เกิดความรู้ในการออกแบบรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวิถีใหม่ ในสถานการณ์การแพร่กระจายของโรคโควิด-19 ผลการศึกษา พบว่า

- ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชาย ร้อยละ 33.0 เพศหญิงร้อยละ 67.0 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 54.00 ปี ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 70.0 อาชีพส่วนใหญ่ คือ ค้าขายและรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 33.0 เท่ากัน ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ยเท่ากับ 2.20 ปี ก่อนเข้าร่วมโครงการ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมปฏิบัติตนของผู้ป่วยด้วยโรค

ความดันโลหิตสูง เท่ากับ 72.23 พฤติกรรมการปฏิบัติ ตาม 3อ. 3ส. 1น. ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 67.26 ในขั้นตอนนี้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง และวางแผนรูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยผู้วิจัย เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภายใต้แนวคิด 3อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) 3ส. (สมาธิ สวดมนต์ สันทนาธรรม) 1 น. (นาฬิกาชีวิต) เข้ามาเป็นพื้นฐานของรูปแบบ และกลุ่มตัวอย่าง ปรับเปลี่ยนให้เหมาะกับบริบทวิถีชีวิตของตนเองมากขึ้น ผลลัพธ์ที่ได้ คือ รูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ดังภาพ 1 เมื่อได้รูปแบบการปฏิบัติตัวแล้ว มีกระบวนการกำกับติดตามพฤติกรรม โดยทีมผู้วิจัย เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. ผ่านการนัดหมายมาประชุมร่วมกัน และดำเนินพฤติกรรมต่อจนครบเวลา 3 เดือน



ภาพ 1 รูปแบบการดูแลสุขภาพด้วยวิธีใหม่สำหรับโรคความดันโลหิตสูงในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

- หลังเข้าร่วมโครงการครบ 3 เดือน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 73.66 พฤติกรรมการปฏิบัติตาม 3อ. 3ส. 1น. มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 80.03 ทั้งนี้ เมื่อครบ 3 เดือนนี้ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองของกลุ่มผู้ป่วย และปรับเปลี่ยนรูปแบบ เพื่อให้เหมาะสมสำหรับแต่ละคนมากขึ้น

- หลังเข้าร่วมโครงการ 6 เดือน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ยลดลงเท่ากับ 69.83 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตาม 3อ. 3ส. 1น. มีค่าเฉลี่ยลดลงเท่ากับ 68.33

เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการปฏิบัติตาม 3อ. 3ส. 1น. ก่อนเข้าร่วมโครงการ หลังเข้าร่วมโครงการ 3 เดือน และระยะติดตามหลังเข้าร่วมโครงการ 6 เดือน มาเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงด้วยสถิติ Repeated measure MANOVA พบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ไม่แตกต่างกัน ส่วนพฤติกรรมการปฏิบัติตาม 3อ. 3ส. 1น. พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคู่ที่แตกต่างกันคือ ก่อนเข้าร่วมโครงการกับหลังเข้าร่วมโครงการ 3 เดือน ดังแสดงตามตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการปฏิบัติตาม 3อ. 3ส. 1น. ก่อนเข้าร่วมโครงการ หลังเข้าร่วมโครงการ 3 เดือน และระยะติดตามหลังเข้าร่วมโครงการ 6 เดือน (n = 30)

ตัวแปร	Mean	S.D.	p-value
พฤติกรรมปฏิบัติตนของผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง			
ก่อนเข้าร่วม	72.23	6.48	
หลังเข้าร่วม 3 เดือน	73.66	4.28	
ระยะติดตามหลังเข้าร่วม 6 เดือน	69.83	8.74	0.386
พฤติกรรมการปฏิบัติตาม 3อ. 3ส. 1น.			
ก่อนเข้าร่วม	67.26	12.44	
หลังเข้าร่วม 3 เดือน	80.03	12.20	
ระยะติดตามหลังเข้าร่วม 6 เดือน	68.33	10.24	0.025*

*p-value < 0.05

3.ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) จากการสังเกตการณ์ดำเนินงานของกลุ่มตัวอย่าง ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสถานการณ์การแพร่กระจายของโรค โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้

- การเตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม การวางแผนแบบมีส่วนร่วมของผู้ร่วมประชุม พบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมได้รับทราบข้อมูล การดำเนินกิจกรรมวัตถุประสงค์ และเป้าหมายในการวางแผนแบบมีส่วนร่วมจากทีมผู้วิจัย ทำให้มีความพร้อมในการดำเนินการ

- การให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม อบรมเชิงปฏิบัติการในการดำเนินกิจกรรม โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนร่วมกิจกรรมได้ตามนัดหมาย และมีสัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่ และทีมวิจัยเป็นอย่างดี ความตั้งใจและสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ และการปฏิบัติตามรูปแบบการที่ร่วมกันวางแผนไว้ กลุ่มตัวอย่างร่วมแสดงความคิดเห็น และสอบถามบ้าง ในขณะการอบรมซึ่งทุกขั้นตอนการทำกิจกรรมได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากทุกคน

4.ขั้นสะท้อนผล (Reflection) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการดำเนินการได้ตามรูปแบบการดูแลตนเองที่กลุ่มร่วมกันวางแผนไว้ ในช่วงระยะเวลาก่อนครบเวลา 3 เดือน มีการกำกับติดตามพฤติกรรม ประเมินผล การปฏิบัติ โดยทีมผู้วิจัยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. โดยการนัดประชุมร่วมกันเมื่อครบ 3 เดือน มีการประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองของกลุ่มผู้ป่วย และปรับเปลี่ยนรูปแบบการปฏิบัติให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละคน โดยมีการปรับในด้าน 1น. (นาฬิกาชีวิต) ที่ปรับตามลักษณะครอบครัวของแต่ละคน เช่น การออกกำลังกายในตอนเช้า ไม่ปฏิบัติ แต่ปรับมาเป็นออกกำลังกายในช่วงเย็นแทน สำหรับบางท่านก็ออกกำลังกายได้ทั้งเช้าและเย็น ผลที่ได้จากการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพด้วยวิถีใหม่สำหรับโรคความดันโลหิตสูงในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ไปใช้นั้นเมื่อครบ 6 เดือน นอกจากการปรับพฤติกรรมดูแลตนเองแล้ว ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่าง

มีภาวะสุขภาพอยู่ในแนวโน้มที่ดี ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติร้อยละ 43.3 ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 114-140/64-90 มม./ปรอท ร้อยละ 46.7 และกลุ่มตัวอย่างยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

สรุปและอภิปรายผล

1.รูปแบบการดูแลสุขภาพด้วยวิถีใหม่สำหรับโรคความดันโลหิตสูงในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) โดยการศึกษาศาภาพการณปัจจุบันและวางแผนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการวิเคราะห์วางแผนร่วมกันของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานวิจัย ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติ (Action) โดยการให้ความรู้ อบรมเชิงปฏิบัติการ อภิปรายกลุ่ม ออกแบบรูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ รูปแบบที่ได้ คือ การปฏิบัติตาม 3อ. คือ การลดการรับประทานอาหารที่เค็ม การจัดการความเครียด และการออกกำลังกาย (มณีเวช) 3ส. คือ การสวดมนต์ตามศาสนา การทำสมาธิ และการอ่านหนังสือที่ตนเองชอบ 1น. คือ การดำเนินการใช้ชีวิตตามนาฬิกาชีวิต แต่ปรับให้เหมาะกับวิถีชีวิตของตนเอง และการกำกับติดตามโดยเจ้าหน้าที่ อสม. ผู้วิจัย ทั้งทางโทรศัพท์/ Line application และการนัดมาประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกัน ทำในช่วง 3 เดือนแรก ทุกเดือน หลังจากนั้นกำกับติดตามอีกครั้งเมื่อ 6 เดือน ซึ่งช่วง 3 เดือนถือเป็นจุดเด่นที่ติดตามทุกเดือน แต่หลังจากนั้นถึง 6 เดือน มีการติดตามเพียงครั้งเดียวเมื่อครบเวลา ถือเป็นจุดอ่อน ทำให้ขาดการกระตุ้นเตือนเพื่อให้คงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการได้ ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) จากการสังเกตการณ์ดำเนินงานของกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของผู้ร่วมประชุม การให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม อบรมเชิงปฏิบัติการ ในการดำเนินกิจกรรม

โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนมาร่วมกิจกรรมได้ตามนัดหมาย และมีสัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่ และทีมวิจัยเป็นอย่างดี และขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) การประเมินผลรูปแบบการดูแลตนเอง และการนำเสนอข้อมูลแก่ชุมชนซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่มีกระบวนการดำเนินงานวิจัยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน และวิเคราะห์บริบทพื้นที่ จัดประชุมวางแผนเชิงปฏิบัติการ กำหนดแผนปฏิบัติการ ปฏิบัติตามแผน นิเทศ สอบถาม ผลการดำเนินงาน และประชุมสรุปผลการดำเนินงาน ภายใต้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชน (Chusuton, Hirunwatthanakul & Glangkarn, 2022) ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ทีมผู้วิจัย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยร่วมกัน ตั้งแต่เริ่มต้นในการวิเคราะห์สถานการณ์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกันวางแผน ออกแบบรูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 จึงช่วยส่งเสริมให้รูปแบบนี้ได้รับการยอมรับจากกลุ่มตัวอย่างในการนำไปปฏิบัติต่อไป

2. ผลของการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพด้วยวิธีใหม่ สำหรับโรคความดันโลหิตสูงในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า หลังใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นภายใน 3 เดือน พฤติกรรมการปฏิบัติตนทั่วไปของผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ดีกว่าก่อนใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพด้วยวิธีใหม่สำหรับโรคความดันโลหิตสูง แต่เมื่อครบ 6 เดือน พบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงลดลง ซึ่งพิจารณาแล้วพบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพด้วยวิธีใหม่สำหรับโรคความดันโลหิตสูงที่วางไว้มีกระบวนการติดตามอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน ทำให้ผลของการปฏิบัติพฤติกรรมยังคงสูงขึ้น แต่เมื่อหลัง 3 เดือนไปแล้ว ไม่มีการติดตามทุกเดือน จะมีเพียงการนัดมาประเมินผลในเดือนที่ 6 เลย ซึ่งพบว่า การคงอยู่ของพฤติกรรมหลัง 3 เดือนนั้นลดลง ซึ่งตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

(Stages of change model) (Prochaska, Norcross & Diclemente, 2006) นั้น ในขั้นของการลงมือปฏิบัติ (Action) บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้เริ่มปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนแต่ยังไม่ถึง 6 เดือน ซึ่งในการที่จะเข้าสู่ขั้นต่อไปคือ ขั้นดำรงการปฏิบัติตัว (Maintenance) บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้สามารถที่จะปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมใหม่มาแล้ว มากกว่า 6 เดือน โดยมีการป้องกันการกลับทำพฤติกรรมเดิมซ้ำได้ (Prevent relapse) ดังนั้น ในงานวิจัยนี้ การที่เมื่อมีการปรับพฤติกรรมใน 3 เดือนแล้ว ขาดการกระตุ้นหรือกำกับติดตามที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมได้ไม่ต่อเนื่องถึง 6 เดือน จึงไม่เกิดการคงอยู่ของพฤติกรรมดังกล่าวได้ และเมื่อพิจารณาในรายที่มีค่าเฉลี่ยที่ลดลงนั้นพบว่า อาจเนื่องจากมีอายุน้อยกว่าอายุค่าเฉลี่ย มีอาชีพค้าขายและรับจ้างทั่วไป ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 2 ปี จึงอาจเป็นเหตุผลของการแสดงพฤติกรรมการปฏิบัติตนทั่วไปของผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่ลดลงได้ อาจเพราะยังไม่ตระหนัก หรือยังไม่เกิดผลกระทบจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้

ส่วนพฤติกรรมการปฏิบัติตน ตาม 3อ. 3ส. 1น. หลังเข้าร่วมโครงการ 3 เดือน ดีวก่อนใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพด้วยวิธีใหม่สำหรับโรคความดันโลหิตสูง อย่างไรก็ตามมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากรูปแบบการดูแลสุขภาพด้วยวิธีใหม่สำหรับโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นจากที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร่วมกันออกแบบและปรับเปลี่ยนเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่ม และสามารถใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพด้วยวิธีใหม่สำหรับโรคความดันโลหิตสูงฯ ได้ในชีวิตประจำวัน ได้อย่างสะดวกและเหมาะสมกับบริบทของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Piyaseth (2016) ที่ได้นำเทคนิค 3อ. 3ส. 1น. มาปฏิบัติ ผลที่เกิดกับสุขภาพอยู่ในทิศทางบวก สุขภาพดีขึ้น และส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ กลุ่มที่ใช้รูปแบบมีภาวะสุขภาพ ได้แก่ ค่าน้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต และค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และมีความรู้ ความสุข

เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) (Sudsukh, Sathira-Angkura, Kladjomphong & Jaigla, 2021) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Prapromma (2020) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างในภาพรวม มีน้ำหนักตัวเฉลี่ยลดลงเล็กน้อย เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดไม่เปลี่ยนแปลง ส่วนพฤติกรรมสุขภาพไม่สามารถประเมินได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างขาดการบันทึกประจำวัน จากการประเมินผลรายบุคคล พบว่า กลุ่มเสี่ยง 5 ราย มีน้ำหนักตัว เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดลดลง นอกจากนี้ ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มพบว่า การปฏิบัติตัวตาม แนวทางพุทธศาสนา ความใส่ใจในเรื่องสุขภาพ อาหารประจำท้องถิ่น และการดำเนินภารกิจประจำวัน ล้วนส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีและไม่ดีและสอดคล้องกับ Watana & Sinthuvongsanon (2019) แต่พฤติกรรมการปฏิบัติตนตาม 3อ. 3ส. 1น. เมื่อติดตามหลัง 6 เดือน พบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมลดลงเหมือนพฤติกรรมการปฏิบัติตนทั่วไปของผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ดังที่อธิบายข้างต้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. รูปแบบการดูแลสุขภาพนี้ สามารถนำไปพัฒนาการดูแลสุขภาพได้ โดยเน้นการดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ. 3 ส. 1 น. เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้นต่อไป โดยการนำไปประยุกต์ใช้ในชุมชนบริบทอื่นๆ เพิ่มเติม และเพิ่มการกำกับติดตามเป็นระยะที่ไม่ห่างกันมาก เพื่อกระตุ้นเตือนการคงอยู่ของพฤติกรรม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. โปรแกรมนี้จะมีประสิทธิภาพ เมื่อมีระบบติดตามประเมินผลที่ดี และเน้นที่ความยั่งยืนของพฤติกรรม โดยอาจจะมีการปรับโปรแกรมให้เน้นการคงปฏิบัติพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

2. ควรเพิ่มกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม เพื่อจะได้เปรียบเทียบความแตกต่างของการใช้รูปแบบได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการดำเนินการศึกษาวิจัยครั้งนี้และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Aekplakorn, W., Puckchareon, H., & Satheannoppakao, W. (2021). *The 6th Survey of Thai Public Health by Physical Examination 2019-2020*. Bangkok: Auksoorn Graphic and Design. (in Thai)
- Anti-Corruption Operation Center. (2022). *Policy on good health, new way, Dharma way, Thai way, and sufficiency economy, Ministry of Public Health 2021-2027*. Retrieved Nov 1, 2022, from http://www.stopcorruption.moph.go.th/index.php/main/p_detail/page/662 (in Thai)
- Boonchai, K. (2020). *Assessment of damage. Impacts and adaptation of local communities to the epidemic situation of COVID 19*. Bangkok: Local Community Development Foundation. (in Thai)
- Chusuton, S., Hirunwatthanakul, P., & Glangkarn, S. (2022). *Development of Health Promotion Model among Elderly through Community Participation in Bang Nok Khwaek sub-district Municipality, Bang Khonthi, Samut Songkram*. *Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University*, 7(1), 40-56. (in Thai)
- Division of Non Communicable Diseases. (2019). *NCD Statistics*. Retrieved Nov 1, 2022, from <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13684&tid=32&gid=1-020> (in Thai)

- Division of Non Communicable Diseases. (2023). *NCD Statistics*. Retrieved Feb 2, 2023, from <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020> (in Thai)
- Hanphichai, S., & Julawat, T. (2021). The Effects of the Epidemic of the Corona Virus-2019: Toward the New-Normal Community in Lop Buri Province. *Journal of Roi Kaensarn Academi*. 6(9). 126-141. (in Thai)
- Office of Health Strategic Management, Thai way of life. (2021). *People's Guide Create good health in a new way, Dharma way, Thai way, way of sufficiency economy with the principle of 3S. 3O. 1.N. and meditation therapy SKT*. Bangkok: Office of Health Strategic Management. (in Thai)
- Prapromma, S. (2020). A Thai Buddhist Ethics Program for changing health behavior among the risk group of chronic disease in a sub-district Health Promotion Hospital, Phukdiechumphol District, Chaiyaphum province. *Journal of The Health Education Professional Association*, 35(1), 56-68. (in Thai)
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., Diclemente, C. C. (2006). *Changing for Good. A revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward*. New York: Harper Collins Publishers.
- Piyaseth, L. (2016). A Model Development to Enhance Buddhism-Oriented Health Conditions for Preventing and Solving Chronic Illness in the Community: A Case Study of Ban Khui. Parang, Wang Kuang Sub-District, Prankratai District, Kamphaeng Phet Province. *Journal of Health Education*, 39(132), 23-4. (in Thai)
- Sinsap, N., Jankra, J., & Jaiman, B. (2017). Hypertension in Elderly: Silence Killer Should be Aware. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 28(1), 100-11. (in Thai)
- Sudsukh, U., Sathira-Angkura, T., Kladjomphong, P., & Jaigla, B. (2021). *Development of good health promotion model that integrated with Buddhist ways for the prevention and control of non-communicable diseases*. Foundation Uthai Sudsukh. (in Thai)
- Tah-Chang Sub-District Health Promoting Hospital. (2022). The report of COVID-19 patient statistics in Tah-Chang Sub-District Health Promoting Hospital. Chantaburi: Tah-Chang Sub-District Health Promoting Hospital. (in Thai)
- Thai Hypertension Society. (2021). *Hypertension*. Retrieved Nov 1, 2022, from <http://www.thaihypertension.org/information.html> (in Thai)
- Thanirat, T., Ploysup, S., Yaso, T., & Inthong, T. (Ed.). (2017). *Guidelines for health care with Dharma principles, Thai way (3Sor. 3Or. 1 pm.) of 5 religions*. Nonthaburi: Office of Alternative Medicine, Department of Thai Traditional and Alternative Medicine Development, Uthai Sudsuk Foundation. (in Thai)
- Watana, S., & Sinthuvongsanon, D. (2019). Outcome of health behavioral adaptation by the application of Buddhism for the diabetes mellitus risk group age over 35 years old: A case study of Thongchainuea Sub-district, Pakthongchai District, Nakhon Ratchasima Province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal: The Journal for Health Promotion and Environmental Health*, 30(12), 76-91. (in Thai)

Weber, MA., Jamerson, K., Bakris, GL., Weir, MR., Zappe. D., Zhang, D., et al. (2013). Effects of body size and hypertension treatments on cardiovascular event rates: Subanalysis of the ACCOMPLISH randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*, 381(9866), 537–545.

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 หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อนและไม่ใช้คำย่อยังไม่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน 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 บทคัดย่อ และคำสำคัญ 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 และ สามารถใช้ภาษาอังกฤษในการนำเสนอค่าสถิติเช่นการกำหนดตำแหน่งทศนิยม 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 กรณีที่ภาพมีการย่อหลายภาพ ให้ใส่สัญลักษณ์ภาพย่อเป็นตัวอักษรใหญ่อังกฤษ 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

Frieze, 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 ทั้งนี้ผู้นิพนธ์สามารถศึกษาข้อมูลคำแนะนำเบื้องต้นสำหรับผู้นิพนธ์ที่เมื่อดำเนินการของหน้าเว็บไซต์

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 วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรพรรณ กิตติโรจน์
2. ผู้ช่วยบรรณาธิการ วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิทรา กิจธิระวุฒิมังษ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จริยา
3. เลขานุการบรรณาธิการ วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พันธุ์ทิพย์ หินหุ้มเพชร
ดร.วราภรณ์ ยังเอี่ยม
ดร.กนกทิพย์ จักขุ
ดร.มนัสวี พานิชนอก
ดร.รมย์นลิน เขียนจุ่ม
4. ผู้ประสานงาน วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
นางสาวพิชญานันท์ สุขมาก
นางสาวจิตติพร ราษฎร์ทองกลาง

วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ (วสวส)
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
เลขที่ 99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000
โทรศัพท์ : 0 5596 7317, 0 5596 7327, 0 5596 7331
อีเมล : jphnu@nu.ac.th
ติดต่อผู้ดูแลระบบ : โทรศัพท์ : 055-96-7337

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. ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุนน พฤตภิณูโก
2. รองศาสตราจารย์ ดร.กุศลมาลย์ น้อยผา
3. รองศาสตราจารย์ ดร.จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ
4. รองศาสตราจารย์ ดร.ปญญพัฒน์ ไชยเมล์
5. รองศาสตราจารย์ ดร.พรณี บุญชรหัตถกิจ
6. รองศาสตราจารย์ ดร.ยุพา จิวพัฒนกุล
7. รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย
8. รองศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช
9. รองศาสตราจารย์ ดร.สิริมา มงคลสัมฤทธิ์
10. รองศาสตราจารย์ ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย
11. รองศาสตราจารย์ ดร.สุนีย์ ละกำป็น
12. รองศาสตราจารย์ ดร.อาจันต์ สงทับ
13. รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย
14. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิงแก้ว สำรวรเนิน
15. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรพันธ์ แก้วดอก
16. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทระ แสนไชยสุริยา
17. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา
18. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมศักดิ์ โทจำปา
19. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัศนี วันชัย
20. ดร.จุฑารัตน์ รักประสิทธิ์
21. ดร.เชษฐา แก้วพรม
22. ดร.ศุภกรใจ เจริญสุข



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