



Journal of Health Science and Community Public Health: JHSCPH

วารสาร

วิทยาศาสตร์สุขภาพ

และการสาธารณสุขชุมชน 1 ปีที่ 8 ฉบับที่ 3

กันยายน - ธันวาคม 2568

ISSN: 2651-1193 (Print)
ISSN: 2985-2560 (Online)



วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน
(Journal of Health Science and Community Public Health: JHSCPH)
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ อันจะนำไปสู่การสร้างนวัตกรรมและองค์ความรู้ใหม่ด้านการดูแลสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิต
2. เพื่อเป็นสื่อกลางของบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข อาจารย์และนักศึกษาในการส่งเสริมการผลิตผลงานวิชาการและงานวิจัย
3. เพื่อตอบสนองพันธกิจหลักในการสร้างองค์ความรู้และเผยแพร่ผลงานวิชาการรวมทั้งงานวิจัยของสถาบันและเครือข่าย

ขอบเขตบทความตีพิมพ์

1. การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ การแพทย์ฉุกเฉินและคุ้มครองผู้บริโภค
2. ระบบสุขภาพและการประเมินผลโครงการด้านสุขภาพ
3. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายด้านสุขภาพ
4. ชุมชนกับการพัฒนาสุขภาพและนวัตกรรม
5. พัฒนาการจัดการเรียนการสอนด้านสุขภาพ

ประเภทของบทความ

1. บทความวิจัย (Research Article)
2. บทความวิชาการ (Academic Article)
3. บทความปริทัศน์ (Literature Review Article)

สำนักงานกองบรรณาธิการ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

90/1 หมู่ 4 ถนนอนามัย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

โทรศัพท์: 0-4322-1770, 0-4322-1493, 0-4322-2741 โทรสาร: 0-4322-1770 ต่อ 177

E-mail: jhscph@scphkk.ac.th

Website: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jhscph/index>

คณะกรรมการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.นพ.ศาสตรี เสาวคนธ์	มหาวิทยาลัยบูรพา
นพ.วินิช เลหาพันธ์	ที่ปรึกษามูลนิธิหมอวินิช เลหาพันธ์
อธิการบดี สถาบันพระบรมราชชนก	สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
คณบดี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์	สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	กระทรวงสาธารณสุข
ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

บรรณาธิการ

ผศ.ดร.ธีรศักดิ์ พาจันธุ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: tphajan@gmail.com
--------------------------	--	--------------------------

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.วงศา เล้าศิริวงศ์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	อีเมล: drwongsa@gmail.com
รศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดีสกุล	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	อีเมล: songkramchai@gmail.com
รศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	อีเมล: vorapoj_p2004@hotmail.com
รศ.ดร.ณัฐพงษ์ พัฒนพงษ์	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	อีเมล: nattapong@econ.tu.ac.th
ดร.กฤษณา วุฒิสินธุ์	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ (ข้าราชการบำนาญ)	อีเมล: kridsana.wu@ksu.ac.th
ผศ.ดร.กฤษณ์ ขุนลิก	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์	อีเมล: kris.khunluek@gmail.com
ผศ.ดร.ประเสริฐ ประสมรักษ์	มหาวิทยาลัยมหิดล	อีเมล: prasert.pra@mahidol.ac.th
ผศ.ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์อำ	มหาวิทยาลัยรามคำแหง	อีเมล: mornsak1.poum@gmail.com
ดร.นงษา สิงห์วีระธรรม	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	อีเมล: noppcha.s@cmu.ac.th
ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	อีเมล: terdsak.p@msu.ac.th
ดร.มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	อีเมล: m.phuhongtong@gmail.com
ผศ.ดร.พิทยา ศรีเมือง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: phitthaya12@gmail.com
ดร.สุทิน ชนะบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: sutinchanabun@gmail.com
ผศ.ดร.ประทีป กาลเขว้า	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: kankhwao@hotmail.com
ผศ.ดร.สุพัฒน์ อาสนะ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: su_assana@yahoo.com
ผศ.ดร.กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: kritkantorn@gmail.com
ดร.วรรณศรี แวงงาม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: wanasri@scphkk.ac.th
ดร.ลำพึง วอนอก	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: lampung@scphkk.ac.th
ดร.เจตนิพัทธ์ สมมาตย์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: jetnipit@scphkk.ac.th

ฝ่ายจัดการ

นายกานิน ตันท์มรงค์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: phakhin@scphkk.ac.th
นายวิน จุลสวัสดิ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: rawin@scphkk.ac.th

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ขอต้อนรับผู้อ่านทุกท่านสู่วารสาร ปีที่ 8 ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกันยายน - ธันวาคม 2568 ในฉบับนี้ได้รวบรวมบทความวิจัยที่มีคุณภาพและหลากหลายสาขา ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานด้านสุขภาพและการสาธารณสุขได้อย่างเป็นรูปธรรม มีบทความวิจัยที่น่าสนใจหลายเรื่อง เช่น ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยรอกกะลาต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ใช้ฟันเทียมทั้งปากที่เข้ารับบริการในฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลบวกจากการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ ของประชาชน อายุ 50-70 ปี อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี เป็นต้น

บทความทุกเรื่องได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ด้วยระบบ Double blind review อย่างเข้มงวด เพื่อรับประกันมาตรฐานทางวิชาการและคุณภาพของเนื้อหา ซึ่งผลงานเหล่านี้สามารถนำไปเป็นแนวทางการปฏิบัติและพัฒนางานได้เป็นอย่างดี คณะทำงานมีความมุ่งมั่นพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องและทันสมัย โดยเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ระบบการจัดการวารสารออนไลน์ (Thai Journals Online: ThaiJO) ผู้สนใจสามารถเข้าเว็บไซต์ <http://www.tci-thaijo.org> จากนั้นค้นหา “วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน” คลิก Register เพื่อลงทะเบียนสมาชิก หรือคลิก Online submissions เพื่อส่งบทความได้อย่างสะดวก

สำหรับฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม - เมษายน 2569 ขอเชิญชวนนักวิจัยและนักวิชาการทุกท่านส่งผลงานวิจัยที่มีคุณภาพมาเผยแพร่ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาวิชาการด้านสุขภาพและการสาธารณสุขชุมชนต่อไป คณะทำงานขอขอบพระคุณเจ้าของผลงานทุกท่านที่ไว้วางใจส่งบทความมาตีพิมพ์ และขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ทางวิชาการเพื่อยกระดับมาตรฐานและพัฒนางานด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์

บรรณาธิการ

ข้อแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

1. คำแนะนำสำหรับผู้เขียน (Instructions for the Authors)

1.1. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน (Journal of Health Science and Community Public Health: JHSCPH) กำหนดตีพิมพ์ปีละ 3 ครั้ง (1 มกราคม - 30 เมษายน, 1 พฤษภาคม - 31 สิงหาคม และ 1 กันยายน - 31 ธันวาคม)

1.2. วารสารพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน เป็นบทความที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ การแพทย์ฉุกเฉินและคุ้มครองผู้บริโภค ระบบสุขภาพและการประเมินผลโครงการด้านสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายด้านสุขภาพ ชุมชนกับการพัฒนาสุขภาพและนวัตกรรมพัฒนาการจัดการเรียนการสอนด้านสุขภาพ โดยต้องเป็นงานที่ไม่เคยถูกนำไปตีพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาลงในวารสารใดๆ สามารถแบ่งได้ 3 ลักษณะ ดังนี้

- บทความวิจัย (Research Article) เป็นบทความที่วิจัยพื้นฐานและวิจัยประยุกต์
- บทความวิชาการ (Academic Article) เป็นบทความที่วิเคราะห์ประเด็นตามหลักวิชาการ โดยมีการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิทยาศาสตร์สุขภาพและการเรียนการสอน
- บทความปริทัศน์ (Literature Review Article) เป็นบทความที่รวบรวมองค์ความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่ตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสือ นำมาเรียบเรียง วิเคราะห์ วิจัยให้เกิดความกระจ่างมากในประเด็นนั้นๆมากยิ่งขึ้น

1.3. กองบรรณาธิการจะพิจารณาต้นฉบับและส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณาบทความ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจะไม่ทราบชื่อหรือข้อมูลของผู้เขียนบทความ และผู้เขียนบทความจะไม่ทราบชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณาบทความ (Double blinded)

2. ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

- 2.1 ต้นฉบับหน้าเดียวบนกระดาษขนาด A4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (รวมเนื้อหาทุกส่วน)
- 2.2 กรอบของข้อความ ขอบบน 3.5 ซม. ขอบล่าง 2.5 ซม. ขอบซ้าย 3.5 ซม. ขอบขวา 2.5 ซม.
- 2.3 ตัวหนังสือใช้ TH SarabunPSK ขนาด 16 Point

3. การเรียงลำดับเนื้อหา

3.1 ชื่อเรื่อง (Title)

- ภาษาไทย ขนาด 18 Point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ ขนาด 18 Point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

3.2 ชื่อผู้เขียน (Authors)

- ชื่อผู้เขียน (ทุกคน) ภาษาไทย-ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 Point ตัวธรรมดา จัดชิดขวา ได้ชื่อเรื่อง โดยระหว่างชื่อผู้เขียนคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma ,)
- ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้เขียน ภาษาไทย-ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 Point ตัวธรรมดา จัดชิดซ้าย ท้ายบทความย่อ
- E-mail address ของผู้พิมพ์ประสานงาน (Corresponding author) ท้ายบทความย่อ ต่อจากตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน

3.3 บทคัดย่อ (Abstract)

- ชื่อบทคัดย่อ และ Abstract ขนาด 16 Point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 Point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบความยาวภาษาไทยไม่เกิน 300 คำ

3.4 คำสำคัญ (Keyword)

- ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 3 - 5 คำ ขนาด 16 Point ตัวหนา (เฉพาะหัวข้อคำสำคัญ) ส่วนคำที่ใช้เป็นคำสำคัญ ตัวธรรมดา จัดชิดซ้าย

3.5 บทนำ (Introduction)

- บรรยายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า งานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

3.6 วัตถุประสงค์การวิจัย (Objective)

- ระบุวัตถุประสงค์การวิจัยให้ชัดเจน สะท้อนถึงตัวแปรและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับประเด็นที่ผู้วิจัยสนใจ

3.7 วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

- ประกอบไปด้วย รูปแบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง, เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย, การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ, วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล, สถิติที่ใช้ในการวิจัย, การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

3.8 ผลการวิจัย (Result)

- อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัยโดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วสรุปตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้

3.9 การอภิปรายผล (Discussion)

- การเขียนอภิปรายผล ในประเด็นหลักที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมแสดงเหตุผลสนับสนุนผลการวิจัย

3.10 ข้อเสนอแนะ

- ข้อเสนอแนะในการนำผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์และหรือข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป สะท้อนถึงการต่อยอดหรือประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

3.11 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

3.12 เอกสารอ้างอิง (Reference)

- ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver
- การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง (In-text citation) ใช้ตัวเลขอารบิก แทนลำดับเอกสารที่อ้างอิง โดยใส่ตัวเลขเหนือบรรทัด (Superscript) ไว้ท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิง โดยไม่มีวงเล็บ หากต้องการอ้างอิงเอกสารที่เคยอ้างแล้วซ้ำอีกครั้ง ให้ใส่หมายเลขเดิมที่เคยอ้างไว้ครั้งแรก
- การอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ (Reference citation) เรียงตัวเลขตามลำดับที่อ้างอิง ตั้งแต่เลข 1 เป็นต้นไป จนครบทุกลำดับที่มีการอ้างอิงในเนื้อหา
- เอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับเอกสารอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

1. บทความจากวารสารมาตรฐาน (Standard journal article)

1.1 กรณีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma- ,)

- แพรวพรรณ แสงทองรุ่งเจริญ, รพีพรรณ วิบูลย์วัฒนกิจ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์. พยาบาลสาร. 2554; 4(2): 21-7.
- Phajan T, Nilvarangkul K, Settheetham D, Laohasiriwong W. Work-related musculoskeletal disorders among sugarcane farmers in north-eastern Thailand. Asia Pac J Public Health. 2014; 26(3): 320-27.

1.2 กรณีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma ,) และตามด้วย et al.

- จริญญา เลิศอรรมยมนิ, เอมอร รัชชมนิ, อนุพันธ์ ต้นติวังศ์, กรุณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒจิพรรณ วรกิจโกคาทร, และคณะ. ความเสี่ยงและประสิทธิผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. จดหมายเหตุทางแพทย์. 2545; 85: 1288-95.
- Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med. 2009; 361(16): 1529-38.

2. บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization as author)

- สภาเทคนิคการแพทย์. คู่มือการเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาและเลือด. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2556; 36: 84-91.
- World Health Organization Cancer. An overview on CALR and CSF3R mutations and a proposal for revision of WHO diagnostic criteria. Ann Oncol. 2013; 24: 13-17.

3. หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบุคคล

- ยงยุทธ สหสกุล. ECG ทางคลินิก. เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เอ็น.พี. เพรส; 2552.
- Cleland JA. Netter's orthopedic clinical examination: an evidence-based approach. 2nd ed. Philadelphia: Elsevier; 2011.

4. หนังสือที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization)

- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. Manual of medical therapeutics. กรุงเทพฯ: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
- Association of British Theatre Technicians. Theatre buildings: a design guide. New York, NY: Routledge; 2010.

5. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

- การประชุมวิชาการคณะเทคนิคการแพทย์ประจำปี, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. การประชุมวิชาการคณะเทคนิคการแพทย์ ประจำปี พ.ศ. 2553 เนื่องในโอกาสเฉลิมพระเกียรติแห่งการบรมราชาภิเษกปีที่ 60 และการเฉลิมพระชนมพรรษา; วันที่ 30 พฤศจิกายน - วันที่ 3 ธันวาคม 2553; ณ โรงแรมโลตัสปางสวนแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
- JSPS-NRCT Core University Exchange System on Pharmaceutical Sciences, National Research Council of Thailand. Advance in research on pharmacologically active substances from natural sources; 1992 Dec 3-5, Holiday Garden Hotel, Chiang Mai. Chiang Mai: The University; 1992.

6. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

- กชพร ศรีพรรณ. การพัฒนาแบบทดสอบมาตรฐานทักษะการรู้สารสนเทศสำหรับนักศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสารสนเทศศึกษา]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
- Napaporn A. Development of high efficiency hybridoma technology for production of Monoclonal antibodies [dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2012.

7. บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

- จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายการอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551 [เข้าถึงเมื่อ 18 ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก: <http://liblog.dpu.ac.th/analyresource/wpcontent/uploads/2010/06/reference08.pdf>
- Fanti S, Farsad M, Mansi L. Atlas of PET/CT: a quick guide to image interpretation [Internet]. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2009 [cited 2011 Jun 15]. Available from: <https://www.amazon.com/Atlas-PET-CT-Quick-Guide-Interpretation/dp/3540777717>

3.13 ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

ผู้วิจัยต้องคำนึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เคารพในบุคคล (Respect to person) เช่น การขอคำยินยอม ความเป็นส่วนตัว การเก็บรักษาความลับ

3.14 การส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

- ให้ผู้เขียน ส่ง File ต้นฉบับในรูปแบบ Word document โดยนำบทความเข้าสู่เว็บไซต์ระบบการจัดการวารสารออนไลน์ (Thai Journals Online: ThaiJO) สามารถเข้าเว็บไซต์ <http://www.tci-thaijo.org> จากนั้นพิมพ์ชื่อ “วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน” คลิก Register เพื่อลงทะเบียนสมาชิก จากนั้นคลิกที่ Online submissions
- วารสารที่ผ่านการพิจารณาจาก Peer review ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการตีพิมพ์ ดังนี้
 - 1) บทความที่ผู้แต่งเป็นบุคลากรภายใน หรือนักศึกษา ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ค่าธรรมเนียม 2,500 บาท (สองพันห้าร้อยบาทถ้วน)
 - 2) บทความที่ผู้แต่งเป็นบุคคลภายนอกวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น โดยพิจารณาจากชื่อแรก หรือ Corresponding author ของบทความ ค่าธรรมเนียม 3,500 บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน)

การติดต่อบรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน

ส่งถึง บรรณาธิการ วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น 90/1 หมู่ 4 ถนนอนามัย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

โทรศัพท์: 0-4322-1770, 0-4322-1493, 0-4322-2741

โทรสาร: 0-4322-1770 ต่อ 102

E-mail: jhscph@scphkk.ac.th

Website: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jhscph/index>

ติดต่อสอบถาม: ผศ.ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์ โทร: 098-102-8159, ผศ.ดร.พิทยา ศรีเมือง โทร: 092-904-1874

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทความวิจัย	
ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยรอกกะลาต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ The Effect of Coconut Shell Pulley-Based Exercise Program on Depression in the Elderly ชนเดช ธรรมแก้ว	1
ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ใช้ฟันเทียมทั้งปากที่เข้ารับบริการ ในฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา The Effectiveness of an Oral Health Promotion Program Applying Self-Efficacy Theory on Oral Health-Related Quality of Life in Elderly Patients with Complete Dentures Receiving Services at the Dental Department, Raman Hospital, Yala Province จุฑารพ ตุนภรณ์	13
ผลของโมดูลการเรียนรู้แบบชุมชนเป็นฐานเพื่อการเสริมสร้างสมรรถนะ 4Cs for C ด้านสุขภาพปฐมภูมิในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น Effects of Community-Based Learning Module to Enhance 4Cs for C Competencies in Primary Care at Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen วารางคณา ชมภูพาน, วรวิภาณี ชมภูพาน	28
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลบวกจากการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยการตรวจหา เลือดแฝงในอุจจาระ ของประชาชน อายุ 50-70 ปี อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ Factors Associated with Positive Results from Colorectal Cancer Screening by Fecal Immunochemical Test among People Aged 50-70 Years in Huaimek District, Kalasin Province สุชาวดี ศรีมุงคคุณ, สุทิน ชนะบุญ	40
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี Factors Associated with Depression among Elderly People with Type 2 Diabetes in Ban Dung District, Udon Thani Province ธัญญา พันระชัย, สุทิน ชนะบุญ	53

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
<p>ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดอุดรธานี</p> <p>Factors Related to Tuberculosis Preventive Behavior among Household Contacts with Pulmonary Tuberculosis Patients in Udon thani Province</p> <p>ญารากรณ์ พรหมวัง, วรณศรี แวงงาม, ยศธการ ศรีเนตร, ภูริษา พัชรธรภากุล, สุขสรรค์ นิพนธ์ไชย, สงกรานต์ นั๊กบุญ</p>	63
<p>บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด19 ตำบลสำโรงเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ</p> <p>The Role of Village Health Volunteers in COVID-19 Prevention, Sumrongnuea Sub-District, Mueang District, Samutprakarn Province</p> <p>จิรัชญา สุระสุข, วีรยุทธ โตวัฒนา, อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ, ดวงใจ บุญศิริคำชัย, อังคณา อัจจุทธรณรงค์, จินตนา วราภาสกุล</p>	74
<p>ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมระยะที่ 2 และ 3 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2</p> <p>Effects of a Home Visit Program to Promote Self-Efficacy on Behavior for Delaying the Progression of Chronic Kidney Disease in Stages 2 and 3 among Patients with Type 2 Diabetes</p> <p>บรรณรส จันทร์สมดี, ไลทอง ภัทรปรียากุล, เสาวณีย์ เรืองศรี</p>	91
<p>ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน</p> <p>Effect of a Health Literacy Program on Salt and Sodium Consumption among person with Uncontrolled Hypertension in a Community</p> <p>ภัทรารักษ์ โสกาไฮ, อนุชา ไทยวงษ์, แพรพลอย สุรัตน์นะ, แพรวลัดดา เคนคา, แพรวา สิงห์ฉลาด, ภาคพร ภูเรือง, ภัคจิรา อสีพงษ์, ภัทรวดี คุ่มไพฑูลย์, ภูบดินทร์ ศรีสังข์, ภูวิศ คงทอง, วดานันท์ พิมพะวัน, วรดา ไชยโคตร, วรดา พลคา, วรณพร ประภาโส, กาทรร ดานา, มลฤดี แสนจันทร์, ธัญญภรณ์ วาโยบุตร</p>	104
<p>ผลการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพยั่งยืนในพื้นที่ตำบลตลาดอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม</p> <p>The Results of the Development of Sustainable Health Literacy Schools in Talad Subdistrict Subdistrict, Mueang District District, Maha Sarakham Province</p> <p>พัชรา พรหมอารักษ์</p>	117

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Reviewer) ประจำฉบับ

- | | |
|--|--|
| 1. รศ.ดร.สมเกียรติยศ วรเดช | สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ |
| 2. รศ.ดร.อรรณวิทย์ สิงห์ศาลาแสง | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 3. รศ.ดร.กิระพล กาละดี | หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช |
| 4. นพ.ชาตรี เจริญชีวะกุล
(เกษียณอายุราชการ) | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 5. นายเชาวรินทร์ คำหา | กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 6. ผศ.ดร.ต๋ม บัญรอด | สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ |
| 7. ผศ.ดร.พรพิมล ชูพานิช | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 8. ผศ.ดร.ราณี วงศ์คงเดช | ภาควิชาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 9. ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอาร์ักษ์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 10. ดร.วรรณภา สระทองหน | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุตรธานี |
| 11. ดร.มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น |
| 12. ผศ.ดร.ถนอมศักดิ์ บุญสู่ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี |
| 13. ดร.เกียรติศักดิ์ แซ่อิว | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก |
| 14. ผศ.ดร.สุพัฒน์ อาสนะ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 15. ผศ.ดร.กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 11. ดร.ทพญ.อรรวรรณ นามมนตรี | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 12. ดร.สุทิน ชนะบุญ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 13. ดร.เจตนิพิฐ สมมาตย์ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยรอกกะลาต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ธนเดช ธรรมแก้ว¹

(วันที่รับบทความ: 10 กรกฎาคม 2568; วันที่แก้ไข: 13 สิงหาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 1 กันยายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยรอกกะลาและกลุ่มควบคุม และ 2) เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-75 ปี ในตำบลปวนพูน อำเภอนองหิน จังหวัดเลย จำนวน 68 คน ซึ่งคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 คน ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยรอกกะลา และกลุ่มควบคุม 34 คน ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และศึกษาตามปกติ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai geriatric depression scale: TGDS) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Independent t-test และ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากระดับภาวะซึมเศร่าเล็กน้อย (15.62, S.D. = 2.84) เป็นระดับที่ไม่มีภาวะซึมเศร่า (9.47, S.D. = 2.35) โดยลดลง 6.15 คะแนน (95% CI: 4.86-7.44, p-value <0.001) ขณะที่กลุ่มควบคุมพบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร่าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.133) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยต่ำกว่า 5.44 คะแนน (95% CI: 4.23-6.65, p-value <0.001)

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยรอกกะลาเป็นทางเลือกที่มีประสิทธิผลในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: การออกกำลังกายด้วยรอกกะลา, ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย, E-mail: 65202501004@scphkk.ac.th

Corresponding author: ธนเดช ธรรมแก้ว, E-mail: 65202501004@scphkk.ac.th

The Effect of Coconut Shell Pulley-Based Exercise Program on Depression in the Elderly

Tanadech Thamkaew¹(Received: 10th June 2025; Revised: 13rd August 2025; Accepted: 1st September 2025)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to 1) compare depression levels between the experimental group of older adults who received a coconut shell pulley-based exercise program and a control group, and 2) compare depression levels before and after intervention within the experimental and control groups. The participants were 68 older adults aged 60-75 years in Puanpu Sub-district, Nong Hin District, Loei Province, selected by simple random sampling. They were divided into an experimental group (n = 34) who received the coconut shell pulley-based exercise program and a control group (n = 34) who received conventional health education for 8 weeks. The research instrument was the Thai Geriatric Depression Scale (TGDS). Data were analyzed using Independent t-test and Paired t-test with a significance level of 0.05.

The results showed that after the intervention, the experimental group showed a statistically significant reduction in mean depression scores from mild depression level (15.62, S.D. = 2.84) to no depression level (9.47, S.D. = 2.35), with a decrease of 6.15 points (95% CI: 4.86 - 7.44, p-value <0.001). Meanwhile, the control group showed no statistically significant difference in mean depression scores (p-value = 0.133). When comparing between groups after the intervention, the experimental group had significantly lower mean depression scores than the control group by 5.44 points (95% CI: 4.23 - 6.65, p-value <0.001).

The results demonstrate that the coconut shell pulley-based exercise program is an effective intervention for reducing depression among older adults. This program can be applied in communities to promote mental health and prevent depression in older adults.

Keywords: Coconut shell pulley-based exercise, Depression, Elderly

¹ Public Health Technical Officer, Professional Level, Loei Provincial Public Health Office,

E-mail: 65202501004@scphkk.ac.th

Corresponding author: Thanadech Thamkaew, E-mail: 65202501004@scphkk.ac.th

บทนำ

สังคมผู้สูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก โดยองค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่าจะมีประชากรอายุเกิน 60 ปีประมาณ 1,200 ล้านคน ในปี 2568 และเพิ่มเป็น 2,000 ล้านคนในปี 2593 หรือร้อยละ 20 ของประชากรโลก¹ สำหรับประเทศไทยในปี 2566 มีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศหรือกว่า 12 ล้านคน โดยคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 28.55 ในปี 2578² ส่งผลให้อัตราการพึ่งพิงเพิ่มจาก 51 คน ในปี 2560 เป็น 64 คนในปี 2570 ต่อประชากรวัยทำงาน 100 คน³

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ โดยองค์การอนามัยโลกระบุว่าประมาณร้อยละ 5 ของผู้สูงอายุทั่วโลกมีอาการซึมเศร้า⁴ ขณะที่ประเทศไทยในปี 2567 พบอัตราผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 15-18⁵ การศึกษาของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนทั่วไปมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15-20 และสูงถึงร้อยละ 50 ในกลุ่มที่อยู่ในสถานพยาบาลระยะยาว⁶ ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในหลายมิติ ทั้งการทำงานของสมอง ความสามารถในการดูแลตนเอง ระบบภูมิคุ้มกัน และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต⁷

การออกกำลังกายเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการบรรเทาและรักษาภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ⁸ การออกกำลังกายด้วยรอกกะลาเป็นรูปแบบที่ประยุกต์จากวัฒนธรรมพื้นบ้านมีความเรียบง่าย สนุกสนาน เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ช่วยสร้างความสัมพันธ์ในกลุ่ม และลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของภาวะซึมเศร้า⁹ งานวิจัยของนฤมล ชำนาญเวช พบว่าการออกกำลังกายช่วยลดอาการซึมเศร้าและความวิตกกังวลผ่านการปล่อยสารเอ็นโดรฟิน¹⁰ สอดคล้องกับศุภชัย ประกอบกิจ ที่พบว่าการออกกำลังกายนอกจากเสริมสร้างกล้ามเนื้อและความยืดหยุ่นแล้ว ยังช่วยพัฒนาสมรรถภาพทางกาย

โดยเฉพาะระบบหัวใจและหลอดเลือด ลดความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ¹¹

จากข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองหิน จังหวัดเลย พบว่ามีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจำนวน 4,246 คน (ร้อยละ 98.92) จากประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 4,292 คน พบผู้มีความเสี่ยงหรือแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้าตามแบบคัดกรอง 2Q จำนวน 301 คน (ร้อยละ 7.08) โดยตำบลพานุมอัตราสูงที่สุดถึงร้อยละ 11.01 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกที่ไม่ควรเกินร้อยละ 5-7¹² ดังนั้นการศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยรอกกะลาต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนจึงมีความสำคัญเพื่อประเมินประสิทธิผลและเป็นแนวทางสำหรับการพัฒนากิจกรรมทางกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยรอกกะลาและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผลของการออกกำลังกายต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยคำนึงถึงปัจจัยสำคัญ ได้แก่ โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยรอกกะลาที่มีการแบ่งระยะการดำเนินการเป็น 4 ระยะ ประกอบด้วย ระยะเริ่มต้น (สัปดาห์ที่ 1-2) เพื่อการปรับตัวกับการออกกำลังกายและเพิ่มความมั่นใจ ระยะปรับตัว (สัปดาห์ที่ 3-5) เพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวและเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ระยะพัฒนา (สัปดาห์ที่ 6-8) เพื่อการเสริมสร้างสุขภาพกายและจิตใจ และระยะถดถอย (สัปดาห์ที่ 8) เพื่อการเรียนรู้ในกระบวนการจัดการกับภาวะซึมเศร้า โดยมุ่งศึกษาผลของโปรแกรมดังกล่าวต่อการเปลี่ยนแปลงระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-75 ปี

ซึ่งวัดด้วยแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai geriatric depression scale: TGDS)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยรอกกะลาต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน โดยแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มควบคุม (Control group) เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยรอกกะลา และกลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และสุขศึกษาตามปกติ โปรแกรมนี้มีระยะเวลา 8 สัปดาห์ วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest-posttest design) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

ตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

ขนาดตัวอย่าง

การศึกษานี้ใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน อ้างอิงผลการศึกษาของเพ็ญภพ พันธุ์เสื่อ¹³ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 อำนาจการทดสอบที่ร้อยละ 80 ความแปรปรวนรวมเท่ากับ 13.33 และค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มเท่ากับ 9.3 ได้ขนาดตัวอย่างเบื้องต้น 3 คนต่อกลุ่ม ดังนี้

สูตรคำนวณ

$$n/gr = \frac{2(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \sigma_p^2}{\Delta^2}$$

เมื่อ n/gr = กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม

$Z_{\alpha/2}$ = ค่าคงที่ที่สัมพันธ์กับระดับนัยสำคัญ (Alpha level) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ ที่ 0.05 ค่า $Z_{\alpha/2}$ จะเท่ากับ 1.96

Z_{β} = ค่าคงที่ที่สัมพันธ์กับกำลังการทดสอบ (Power) โดยกำหนดกำลังการทดสอบที่ 80% ค่า Z_{β} จะเท่ากับ 0.84

σ_p^2 = ความแปรปรวนรวมของสองกลุ่ม

เท่ากับ 13.33 คำนวณจาก

$$\begin{aligned} \sigma_p^2 &= \frac{(n_1 - 1)\sigma_1^2 + (n_2 - 1)\sigma_2^2}{n_1 + n_2 - 2} \\ &= \frac{(33-1)3.85^2 + (33-1)3.44^2}{33+33-2} \\ &= \frac{(33-1)3.85^2 + (33-1)3.44^2}{33+33-2} \\ &= \frac{474.24 + 378.56}{64} \\ &= 13.33 \end{aligned}$$

โดย n_1 และ n_2 = ขนาดตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม ($n = 33$)

σ_1 = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง (3.85)

σ_2 = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม (3.44)

Δ คือ ค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่ม ($\mu_2 - \mu_1$) เท่ากับ 9.3

โดย μ_2 = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม (16.88)

μ_1 = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง (7.58)

ดังนั้นจึงคำนวณขนาดตัวอย่างได้ดังนี้

$$\begin{aligned} n/gr &= \frac{2(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \sigma_p^2}{\Delta^2} \\ &= \frac{2(1.96 + 0.84)^2 13.33}{(9.3)^2} \\ &= \frac{2(7.84)13.33}{86.49} \\ &= 2.42 \end{aligned}$$

เมื่อแทนค่าในสูตรข้างต้นคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 3 คน เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถทำการทดสอบสมมติฐานได้และเพิ่มความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ที่ได้ในการประเมินความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ช่วยให้สามารถใช้สถิติในการวิเคราะห์ได้อย่างเหมาะสม และตามระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์ของ

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ ได้กล่าวถึงการวิจัยกึ่งทดลองซึ่งต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 30 คน เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในผลการวิจัยและเป็นไปตามหลักการวิจัยทางสังคมศาสตร์ของบุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์¹⁴ ผู้วิจัยจึงปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างตามสูตรของ Lachin¹⁵ โดยเพิ่มอีกร้อยละ 70 ได้ขนาดตัวอย่าง 34 คนต่อกลุ่ม รวมทั้งสิ้น 68 คน ดังนี้

$$\begin{aligned} n &= \frac{m}{(1-r)^2} \\ &= \frac{3}{(1-0.7)^2} \\ &= \frac{3}{(0.3)^2} \\ &= 33.33 \end{aligned}$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

m = ขนาดตัวอย่างก่อนปรับ

r = อัตราที่คาดว่าจะปรับเพิ่ม กำหนดที่ 70%

เมื่อแทนค่าในสูตรข้างต้นหลังการปรับขนาดตัวอย่างแล้ว ได้ขนาดตัวอย่าง 34 คนต่อกลุ่ม ดังนั้นผู้สูงอายุที่ต้องการสำหรับการศึกษาค้างนี้รวมทั้งสิ้น 68 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 34 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 34 คน

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกหน่วยบริการสุขภาพในตำบลปวนพุ 2 แห่ง ที่มีลักษณะประชากรคล้ายคลึงกัน จากนั้นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยการจับฉลากแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหมากแก้ว) และกลุ่มควบคุม (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปวนพุ)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยรอกกะลา แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ที่ประยุกต์จากงานวิจัยของเพ็ญภาพ พันธุ์เสือ¹³

โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยรอกกะลาเป็นการออกกำลังกายแบบไทยพื้นบ้านที่พัฒนาให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ดำเนินการเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 เริ่มต้น (สัปดาห์ที่ 1-2)

1) ความถี่ จำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ (วันจันทร์, วันพฤหัสบดี)

2) ระยะเวลา 15-20 นาทีต่อครั้ง

3) เป้าหมาย เพื่อการปรับตัวกับการออกกำลังกายและเพิ่มความมั่นใจ

4) กิจกรรมการให้ความรู้

(1) ก่อนเริ่มการออกกำลังกาย จัดให้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ การลดความเสี่ยงจากภาวะซึมเศร้าผ่านการออกกำลังกาย เช่น การกระตุ้นสารเอ็นโดรฟินที่ช่วยลดความเครียดและเพิ่มความสุข

(2) อธิบายเกี่ยวกับท่าทางการออกกำลังกาย เช่น ท่าการยกแขนขึ้นลง การหมุนแขนด้านข้าง และการปรับตัวให้เหมาะกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ

(3) การสอนพื้นฐานการหายใจ เพื่อช่วยให้การออกกำลังกายมีประสิทธิภาพและลดความเหนื่อยล้า

5) กิจกรรมการออกกำลังกาย (จับคู่)

(1) ท่าที่ 1 ยกแขนขึ้นลงเบา ๆ โดยจับรอกกะลาทั้งสองข้างแล้วยกแขนขึ้นเหนือศีรษะแล้วลดลงช้า ๆ ทำซ้ำ 8-10 ครั้ง

(2) ท่าที่ 2 หมุนแขนด้านข้าง โดยจับรอกกะลาและหมุนแขนไปด้านข้างซ้ายและขวาช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของไหล่ ทำซ้ำ 6-8 ครั้ง

ระยะที่ 2 ปรับตัว (สัปดาห์ที่ 3-5)

1) ความถี่ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (วันจันทร์, วันพุธ, วันศุกร์)

2) ระยะเวลา 20-30 นาทีต่อครั้ง

3) เป้าหมาย เพื่อการเคลื่อนไหวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

4) กิจกรรมการให้ความรู้

(1) เพิ่มความรู้เกี่ยวกับการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เช่น อธิบายประโยชน์ของการออกกำลังกายในการเพิ่มความแข็งแรงและ

ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ รวมถึงความสำคัญของการเคลื่อนไหวที่ถูกต้องเพื่อหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บ

(2) สอนการยืดเหยียดกล้ามเนื้อที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการบาดเจ็บ และแนะนำการยืดเหยียดที่ถูกต้อง

(3) แนะนำการดูแลสุขภาพจิต เช่น การใช้การออกกำลังกายเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลสุขภาพจิตและลดความเครียดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง

5) กิจกรรมการออกกำลังกาย (จับคู่)

(1) ดึงรอกกะลาแนวตรง ยืนตรงแล้วดึงรอกกะลาลงมาด้านหน้าช้า ๆ และกลับขึ้นไปโดยทำซ้ำ 8-12 ครั้ง

(2) แกว่งแขนไปข้างหน้าข้างหลัง แกว่งแขนโดยใช้รอกกะลาไปข้างหน้าและข้างหลัง ช่วยเพิ่มการเคลื่อนไหวของแขน ทำซ้ำ 10-12 ครั้ง

(3) การยืนย่ำเท้า โดยจับรอกกะลาในมือแล้วทำการยืนย่ำเท้ากับที่เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือด ทำซ้ำ 1-2 นาที

ระยะที่ 3 พัฒนา (สัปดาห์ที่ 6-8)

1) ความถี่ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (วันจันทร์, วันพุธ, วันศุกร์)

2) ระยะเวลา 30-40 นาทีต่อครั้ง

3) เป้าหมาย เพื่อการเสริมสร้างสุขภาพกายและจิตใจ

4) กิจกรรมการให้ความรู้

(1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการเพิ่มพลังและสมรรถภาพร่างกาย อธิบายถึงการออกกำลังกายที่เน้นการเพิ่มพลังงาน เช่น การดึงรอกกะลาแนวขวาง การหมุนรอกกะลาเป็นวงกลม และการเดินพร้อมรอกกะลา เพื่อส่งเสริมความแข็งแรงทางร่างกาย

(2) เสริมสร้างความเข้าใจในการจัดการภาวะซึมเศร้า ให้ความรู้เรื่องการจัดการอารมณ์ และการสนับสนุนจิตใจในการปรับตัวให้เข้ากับ ความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ

5) กิจกรรมการออกกำลังกาย (จับคู่)

(1) ดึงรอกกะลาแนวขวาง โดยยืนตรงแล้วดึงรอกกะลาจากด้านข้างของลำตัวไปอีกข้างหนึ่ง ทำซ้ำ 8-12 ครั้ง

(2) หมุนรอกกะลาเป็นวงกลม โดยยืนตรงแล้วหมุนรอกกะลาเป็นวงกลมทั้งสองทิศทาง เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่น ทำซ้ำ 10-12 ครั้ง

(3) การเดินพร้อมรอกกะลา โดยจับรอกกะลาแล้วเดินเป็นวงกลมหรือเดินไปข้างหน้า ทำซ้ำ 3-5 นาที

ระยะที่ 4 ถอดบทเรียน (สัปดาห์ที่ 8)

ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยรอกกะลา จะเข้าร่วมถอดบทเรียนในสัปดาห์ที่ 8 เพื่อรวบรวมข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และกระบวนการในการจัดการกับภาวะซึมเศร้า ผ่านโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยรอกกะลา ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ ที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลายและมีความสุข

แบบสอบถามสำหรับการศึกษาเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม และแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai geriatric depression scale: TGDS)¹⁶ จำนวน 30 ข้อ ซึ่งมีเกณฑ์การแปลผลดังนี้: ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-12 คะแนน) ซึมเศร้าเล็กน้อย (13-18 คะแนน) ซึมเศร้าปานกลาง (19-24 คะแนน) และซึมเศร้ารุนแรง (25-30 คะแนน)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์เพื่อหาคำตอบโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ 1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้ในการอธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลแจกแจงนำเสนอโดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ข้อมูลต่อเนื่องที่แจกแจงแบบปกติ นำเสนอโดยค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ข้อมูลต่อเนื่องที่แจกแจงแบบไม่ปกตินำเสนอโดย

ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) 2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ 1) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Independent t-test 2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติ Paired t-test

การพหุคูณสัมพันธ์กลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เมื่อวันที่ 7 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 เลขที่โครงการ P6814001

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.53 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.47 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างคือ 66.13 ปี (S.D. = 3.51) โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 70.59 อายุเฉลี่ย 66.06 ปี (S.D. = 3.46) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 67.65 อายุเฉลี่ย 66.21 ปี (S.D. = 3.60) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส โดยกลุ่มทดลองมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 76.47 กลุ่มควบคุมมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 73.53 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา โดยกลุ่มทดลองมีผู้สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 82.36 กลุ่มควบคุมมีผู้สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 79.42 ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ โดยกลุ่มทดลองไม่มีอาชีพ ร้อยละ 35.30 กลุ่มควบคุมไม่มีอาชีพ ร้อยละ 29.41 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างคือ 4,560.29 บาท (S.D. = 8,452.27) โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 58.83 รายได้เฉลี่ย 5,320.59 บาท (S.D. = 10,338.04) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 55.89 รายได้เฉลี่ย 3,800 บาท (S.D. = 6,081.17) รายจ่ายเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างคือ 3,167.65 บาท

(S.D. = 6,385.39) โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายจ่ายต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 73.53 รายจ่ายเฉลี่ย 3,655.88 บาท (S.D. = 7,561.43) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายจ่ายต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 70.59 รายจ่ายเฉลี่ย 2,679.41 บาท (S.D. = 5,011.55) ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว 3-4 คน ร้อยละ 44.12 สมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4.35 (S.D. = 2.10) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว 3-4 คน ร้อยละ 47.06 สมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4.61 (S.D. = 1.89) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว โดยกลุ่มทดลองมีโรคประจำตัว ร้อยละ 64.71 กลุ่มควบคุมมีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.59

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 15.62 (S.D. = 2.84) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 15.26 (S.D. = 2.51) โดยมีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.561) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 9.47 (S.D. = 2.35) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 14.91 (S.D. = 2.63) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม เท่ากับ 5.44 คะแนน (95% CI: -6.65 ถึง -4.23) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) แสดงให้เห็นว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยรอกกะลา มีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และสุขศึกษาตามปกติ จากช่วงความเชื่อมั่น 95% สามารถประมาณได้ว่าโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยรอกกะลา สามารถลดคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อยู่ในช่วงระหว่าง 4.23 ถึง 6.65 คะแนน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 68)

คะแนนภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง (n = 34)		กลุ่มควบคุม (n = 34)		MD	95% CI	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ก่อนทดลอง	15.62	2.84	15.26	2.51	0.36	-0.94 to 1.66	0.561
หลังทดลอง	9.47	2.35	14.91	2.63	-5.44	-6.65 to -4.23	<0.001

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 15.62 (S.D. = 2.84) และหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า เท่ากับ

9.47 (S.D. = 2.35) โดยมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 6.15 คะแนน (95% CI: 4.86 to 7.44) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง (n = 34)

คะแนนภาวะซึมเศร้า	Mean	S.D.	MD	95% CI	p-value
ก่อนทดลอง	15.62	2.84	6.15	4.8 to 7.44	<0.001
หลังทดลอง	9.47	2.35			

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 15.26 (S.D. = 2.51) และหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า เท่ากับ

14.91 (S.D. = 2.63) โดยผลต่างคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.35 คะแนน (95% CI: -0.11 to 0.81) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.133) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม (n = 34)

คะแนนภาวะซึมเศร้า	Mean	S.D.	MD	95% CI	p-value
ก่อนทดลอง	15.26	2.51	0.35	-0.11 to 0.81	0.133
หลังทดลอง	14.91	2.63			

การอภิปรายผล

ผลการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยรอกกะลา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) จากระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (คะแนนเฉลี่ย 15.62) เป็นระดับที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (คะแนนเฉลี่ย 9.47) โดยมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยลดลง 6.15 คะแนน (95% CI: 4.86 ถึง 7.44) ขณะที่กลุ่มควบคุมพบความ

แตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร่าก่อนและหลังการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.133) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเพ็ญภพ พันธุ์เสื่อ (2560)¹³ ที่ศึกษาประสิทธิผลของการออกกำลังกายแบบซิทต้อภาวะซึมเศร่าในผู้สูงอายุ พบว่า ผลการออกกำลังกายแบบซิทต้อส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของธีรวัฒน์ ปานศรี (2559)¹⁷ ที่ศึกษาประสิทธิผลของการออกกำลังกายแบบไทยพื้นบ้านในการลดภาวะซึมเศร่าในผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการออก

กำลังกายมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ การลดลงของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการกระตุ้นสารสื่อประสาท (Neurotransmitter Hypothesis) ที่อธิบายว่าการออกกำลังกายมีส่วนช่วยกระตุ้นการหลั่งสารสื่อประสาทบางชนิดที่เกี่ยวข้องกับความสุขและความผ่อนคลาย เช่น เอ็นโดรฟิน เซโรโทนิน และโดปามีน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการลดความเครียดและส่งเสริมสุขภาพจิต (Mura & Carta, 2013)¹⁸ จากการสนทนากลุ่มผู้สูงอายุเล่าว่ารู้สึกสบายใจขึ้น ความเครียดลดลง ไม่คิดมาก เกิดความสนุกสนานจนลืมเรื่องที่เครียด ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการออกกำลังกายด้วยรอกกะลาช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ตามแนวคิดของกรมสุขภาพจิต (2561)⁸ ที่อธิบายว่าการออกกำลังกายช่วยกระตุ้นการหลั่งของสารสื่อประสาท เช่น เซโรโทนินและเอ็นโดรฟิน ซึ่งช่วยลดอาการซึมเศร้าและความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ

ผลการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยรอกกะลาและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัย พบว่า ก่อนการทดลอง ระดับภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.561) แต่หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) โดยมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม เท่ากับ 5.44 คะแนน (95% CI: -6.65 ถึง -4.23) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา ประทุมมา (2560)¹⁹ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในเขตชนบทของภาคเหนือของประเทศไทย พบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีระดับความซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์ชนก คำเมือง (2561)²⁰ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบกลุ่มต่อ

ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายกลุ่มมีภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีชีวจิตสังคม (Biopsychosocial model) ของ Engel (1977) ที่อธิบายว่าการออกกำลังกายส่งผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าผ่านกลไกทางชีวภาพ จิตวิทยา และสังคม โดยทางชีวภาพ การออกกำลังกายช่วยกระตุ้นการหลั่งสารเคมีในสมองที่ช่วยให้อารมณ์ดีขึ้น ทางจิตวิทยา การออกกำลังกายช่วยเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเพิ่มความมั่นใจ และทางสังคม การออกกำลังกายเป็นกลุ่มช่วยเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและลดความรู้สึกละโดดเดี่ยว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยรอกกะลาต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 การขยายโปรแกรมสู่ระดับชุมชน

หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรส่งเสริมการจัดตั้งกลุ่มออกกำลังกายด้วยรอกกะลาในระดับหมู่บ้าน โดยมอบหมายให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นแกนนำในการดำเนินกิจกรรม กำหนดสถานที่สาธารณะในชุมชนเป็นศูนย์กลางการจัดกิจกรรม เช่น ศาลากลางบ้าน บ้านผู้ใหญ่บ้าน หรือบ้านประธาน อสม. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้สะดวก โดยแบ่งกลุ่มการออกกำลังกายตามคุ้มหรือกลุ่มบ้าน ประมาณ 10-20 คน เพื่อให้เกิดความสะดวกและทั่วถึง

1.2 การพัฒนารูปแบบกิจกรรม

ควรเน้นการมีดนตรีประกอบทุกครั้ง เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้กิจกรรมสนุกสนาน ไม่น่าเบื่อ และดึงดูดการมีส่วนร่วม ควรปรับเพลงประกอบให้

เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น เช่น เพลงหมอลำในภาคอีสาน เพื่อให้เข้ากับวัฒนธรรมและความชื่นชอบของผู้สูงอายุในพื้นที่ นอกจากนี้ ควรพัฒนาโปรแกรมให้มีความหลากหลาย แต่ยังคงความเหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ เพื่อสร้างความท้าทายและไม่น่าเบื่อในระยะยาว

1.3 การส่งเสริมความต่อเนื่องในการเข้าร่วมกิจกรรม ควรกำหนดตารางการจัดกิจกรรมที่แน่นอนและสม่ำเสมอ เช่น สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง เพื่อสร้างความต่อเนื่องในการเข้าร่วมกิจกรรม สร้างระบบการติดตามและให้กำลังใจโดยอ้อม. หรือแกนนำชุมชน สำหรับผู้สูงอายุที่ขาดการเข้าร่วมกิจกรรม จัดให้มีกิจกรรมเสริม นอกเหนือจากการออกกำลังกาย เช่น การพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การรับประทานอาหารร่วมกันหลังออกกำลังกาย เพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีทางสังคม

1.4 การเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพ บูรณาการโปรแกรมเข้ากับงานส่งเสริมสุขภาพจิตในระบบบริการปฐมภูมิ โดยให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นพี่เลี้ยงและให้การสนับสนุน จัดให้มีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุควบคู่กับการจัดกิจกรรม เพื่อติดตามผลการเปลี่ยนแปลงและให้การช่วยเหลือได้ทันที่ พัฒนาระบบการส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ไปยังหน่วยบริการสุขภาพที่เหมาะสม

1.5 การสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เพื่อจัดหาอุปกรณ์และสนับสนุนการดำเนินกิจกรรม จัดทำนโยบายสาธารณะในระดับท้องถิ่น ที่ส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยรอกกะลา เพื่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุ รวมทั้งบรรจุโปรแกรมเข้าในแผนงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนานาชาติเพื่อความยั่งยืนของโครงการ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาาระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อประเมินผลของการออกกำลังกายด้วยรอกกะลาต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในระยะยาว เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์และความต่อเนื่องในการปฏิบัติ

2.2 ควรศึกษาเปรียบเทียบผลของการออกกำลังกายด้วยรอกกะลา กับรูปแบบการออกกำลังกายอื่น ๆ ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น การรำไทเก๊ก ชี่กง หรือโยคะผู้สูงอายุ เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลและความเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุไทย

2.3 ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายด้วยรอกกะลาในระดับชุมชน เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

2.4 ควรศึกษาผลของการออกกำลังกายด้วยรอกกะลาต่อตัวแปรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความยืดหยุ่นของร่างกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการทรงตัว เพื่อให้ทราบถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายด้วยรอกกะลาในมิติต่างๆ

2.5 ควรพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการออกกำลังกายด้วยรอกกะลาที่ประยุกต์ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดทางร่างกายหรือมีโรคประจำตัวต่าง ๆ เพื่อขยายประโยชน์ของการออกกำลังกายด้วยรอกกะลาให้ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่ม

2.6 ควรศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยรอกกะลาในกลุ่มประชากรอื่น ๆ ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ภัยพิบัติที่มีความเครียดสูง หรือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการขยายผลประโยชน์ของรูปแบบการออกกำลังกายนี้ไปสู่กลุ่มเป้าหมายอื่น

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยรอกกะลามี่ประสิทธิผลในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย การนำผลการวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน จะเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและนำไปสู่การมีสังคมผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะที่ดีในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. 2021 [cited 2024 Mar 7]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2562). กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2562.
3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
4. World Health Organization. Depression in older adults [Internet]. 2021 [cited 2024 Mar 7]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression-in-older-adults>
5. กรมสุขภาพจิต. รายงานสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของประเทศไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
6. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
7. นิตยา อินทร์ชุ่ม, พรพิมล ภูมิฤทธิกุล, วิภาวี เตชมณี. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2559; 39(3): 46-57.
8. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
9. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย; 2562.
10. นฤมล ชำนาญเวช. ผลของการออกกำลังกายต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2562; 27(2): 118-29.
11. ศุภชัย ประกอบกิจ. ประโยชน์ของการออกกำลังกายต่อสุขภาพผู้สูงอายุ. วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ. 2560; 18(1): 23-35.
12. องค์การอนามัยโลก (WHO). แนวทางการดูแลภาวะซึมเศร้าในประชากรทั่วไป. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
13. เพ็ญภพ พันธุ์เสื่อ. ประสิทธิภาพของการออกกำลังกายแบบซิกงต้อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2560; 35(2): 45-57.
14. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์; 2540.

15. Lachin JM. Introduction to sample size determination and power analysis for clinical trials. *Control Clin Trials*. 1981; 2(2): 93-113.
16. สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์. แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale-TGDS). กรุงเทพฯ: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2545.
17. อีรวัดน์ ปานศรี. ประสิทธิภาพของการออกกำลังกายแบบไทยพื้นบ้านในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. *วารสารการแพทย์พื้นบ้านและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 2559; 15(2): 120-35.
18. Mura G, Carta MG. Physical activity in depressed elderly. A systematic review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2013; 9: 125-35.
19. จินตนา ประทุมมา. โปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเขตชนบทภาคเหนือ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 2060; 34(2): 89-98.
20. พิมพ์ชนก คำเมือง. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาล*. 2561; 23(2): 112-20.

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ใช้ฟันเทียมทั้งปากที่เข้ารับบริการ
ในฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา

จุฬารพ ตุนภรณ์¹

(วันที่รับบทความ: 23 กรกฎาคม 2568; วันที่แก้ไข: 25 สิงหาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 8 กันยายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ใช้ฟันเทียมทั้งปากที่เข้ารับบริการในฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากและได้รับการใช้ฟันเทียมทั้งปาก ที่เข้ารับบริการในฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการส่งเสริมทันตสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และ 3) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ที่ปรับเกณฑ์การให้คะแนนเป็นคะแนนที่ได้มากหมายถึงมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสูง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และสถิติทดสอบ

ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองเท่ากับ 46.2 (S.D. = 7.16) และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 45.80 (S.D. = 6.73) ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.076$) และภายหลังจากการทดลอง 1 เดือน พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง (Mean = 81.76, S.D. = 1.99) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 47.30, S.D. = 6.63) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การแปลผลตามเกณฑ์ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึงกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง

ข้อเสนอแนะ ควรมีการศึกษาวิจัยในระยะยาวเพื่อติดตามผลของโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในระยะยาวมากกว่า 1 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์

คำสำคัญ: การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก, ฟันเทียมทั้งปาก

¹ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ, ฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา

Corresponding author: จุฬารพ ตุนภรณ์, E-mail: aolb.united@gmail.com

The Effectiveness of an Oral Health Promotion Program Applying Self-Efficacy Theory on Oral Health-Related Quality of Life in Elderly Patients with Complete Dentures Receiving Services at the Dental Department, Raman Hospital, Yala Province

Jutharop Tunporn¹(Received: 23rd June 2025; Revised: 25th August 2025; Accepted: 8th September 2025)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effectiveness of an oral health promotion program based on the theory of Self-efficacy on the oral health-related quality of life (OHRQoL) among older adults using complete dentures who received services at the Dental Department of Raman Hospital, Yala Province, Thailand. The study sample comprised 60 elderly patients with oral health problems who were wearing complete dentures. Participants were equally divided into an experimental group and a control group, with 30 individuals in each. The research instruments included: (1) an oral health promotion program based on the theory of Self-efficacy, (2) a personal information record form, and (3) an OHRQoL questionnaire, with scoring criteria adjusted such that higher scores indicated better oral health-related quality of life. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency and percentage) and inferential statistics (independent t-test).

The results showed that, prior to the intervention, the mean OHRQoL score in the experimental group was 46.20 (S.D. = 7.16), while the control group had a mean score of 45.80 (S.D. = 6.73), with no statistically significant difference ($p = 0.076$). However, one month after the intervention, the mean score in the experimental group increased significantly to 81.76 (S.D. = 1.99), compared to 47.30 (S.D. = 6.63) in the control group ($p < 0.001$). According to the study criteria, this indicated that the experimental group achieved significantly higher oral health-related quality of life than the control group following the intervention.

It is recommended that future studies employ a longitudinal design to evaluate the long-term effectiveness and sustainability of the oral health promotion program on the oral health-related quality of life in older adults beyond a one-month follow-up period.

Keywords: Self-efficacy, Oral health-related quality of life, Full dentures

¹ Dentist, Senior Professional Level, Dental Department, Raman Hospital, Yala Province
Corresponding author: Jutharop Tunporn, E-mail: aolb.united@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ส่งผลให้ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้นทุกปี โดยเฉพาะในเขตพื้นที่ชนบทและจังหวัดชายแดนภาคใต้ซึ่งมีประชากรผู้สูงอายุสูง สุขภาพช่องปากเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาวะโดยรวมของผู้สูงอายุ แต่กลับเป็นปัญหาที่ได้รับการดูแลไม่ทั่วถึง² ผู้สูงอายุจำนวนมากมีปัญหาการสูญเสียฟันและจำเป็นต้องพึ่งพาฟันเทียม จากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566 พบสถิติการสูญเสียฟันในกลุ่มประชากรไทยโดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในกลุ่มผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปพบว่าเกือบร้อยละ 80 มีการสูญเสียฟันบางส่วนหรือทั้งหมด โดยเฉพาะผู้สูงอายุไทยมักจะมีฟันแท้เหลืออยู่ไม่ถึง 20 ซี่ ซึ่งเป็นจำนวนที่ต่ำกว่าระดับที่เหมาะสมสำหรับการเคี้ยวอาหารอย่างมีประสิทธิภาพ การสูญเสียฟันส่วนใหญ่มาจากปัญหาฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ³ นอกจากนี้พบว่า ผู้สูงอายุตอนต้นมากกว่าครึ่งมีฟันใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ ซึ่งแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น³ การใส่ฟันเทียมทั้งปากในผู้สูงอายุเป็นวิธีหนึ่งซึ่งช่วยทดแทนการสูญเสียฟันทั้งหมด โดยมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูการทำงานของช่องปากให้กลับมาปกติซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถรับประทานอาหารได้ดีขึ้น มีสุขภาพที่ดีขึ้น และยังเพิ่มความมั่นใจในการสื่อสารและเข้าสังคม ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากยังคงสามารถเคี้ยวอาหารที่หลากหลายได้ดี ทำให้สามารถรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการได้มากขึ้น ลดปัญหาทางโภชนาการที่มักพบในกลุ่มผู้สูงอายุที่สูญเสียฟัน⁴

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก หมายถึง ความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลในด้านสุขภาพช่องปากและผลกระทบที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวันครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการทำหน้าที่ของช่องปาก เช่น ความสามารถในการเคี้ยวอาหาร การพูด ความรู้สึกสบายในช่องปาก ความ

มั่นใจในตนเอง⁵⁻⁶ การสูญเสียฟันและปัญหาทางทันตกรรมในผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย ด้านจิตใจหรือด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม⁷ ผู้สูงอายุที่มีการสูญเสียฟันจะมีความสามารถในการบดเคี้ยวลดลง ส่งผลให้การบริโภคอาหารเกิดปัญหาและนำไปสู่ปัญหาทางโภชนาการ ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายโดยรวม⁸ ในด้านจิตใจ การสูญเสียฟันสามารถทำให้เกิดความรู้สึกขาดความมั่นใจในการพูดและยิ้ม ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกกังวลในการเข้าสังคมและอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น⁹ ซึ่งการที่ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการสื่อสารหรือแสดงออกนี้ ยังอาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความเครียดและความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว ทั้งนี้ปัญหาทางสุขภาพช่องปากยังสามารถทำให้เกิดความเจ็บปวดในช่องปากซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการนอนหลับได้เพียงพอ การที่ผู้สูงอายุมีการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอสามารถทำให้สุขภาพร่างกายและจิตใจเสื่อมลง และนำไปสู่ปัญหาสุขภาพอื่นๆ ที่อาจซับซ้อนขึ้น⁴ ในเชิงสังคมการที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากที่ไม่ดีและการสูญเสียฟันส่งผลกระทบต่อสื่อสารระหว่างบุคคลอย่างมาก ผู้สูงอายุบางรายรู้สึกอายหรือไม่มั่นใจในการพูดหรือยิ้มต่อหน้าผู้อื่น นำไปสู่การหลีกเลี่ยงกิจกรรมสังคมและการพบปะกับผู้อื่น การแยกตัวจากสังคมนี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ¹⁰ นอกจากนี้ สภาวะช่องปากที่ไม่ดีอาจทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นในการช่วยเหลือด้านการดูแลช่องปาก ซึ่งอาจลดความมั่นใจในการดูแลตนเอง และเป็นภาระเพิ่มเติมให้กับครอบครัว การประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากสามารถบ่งชี้ถึงความต้องการในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพชีวิตในเชิงสุขภาพช่องปากได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาฟันเทียม การสนับสนุนให้มีการดูแลและ

ใช้งานฟันเทียมอย่างเหมาะสมจะสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตในมิติต่าง ๆ ของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น¹¹

การให้บริการสุขภาพช่องปากของฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลรามัน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มาใช้บริการทำฟันเทียมเพื่อใช้บดเคี้ยวอาหาร ซึ่งฟันเทียมจะถูกประดิษฐ์ขึ้นมาเพื่อทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไปก่อนกำหนด แต่การประดิษฐ์ฟันเทียมขึ้นมานั้นมีหลายขั้นตอน และผู้ป่วยจำเป็นต้องมาพบทันตแพทย์อย่างต่อเนื่องหลายครั้ง แต่แต่ละครั้งต้องส่งชิ้นงานไปผลิตที่ห้องปฏิบัติการทำฟันเทียมแล้วรอรับส่งกลับมาที่ละขั้นตอน อาจใช้เวลาทั้งสิ้น 3 เดือน อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากยังมีพฤติกรรมการใช้ฟันเทียมที่ไม่เหมาะสม เช่น การไม่ใส่ฟันเทียมอย่างต่อเนื่อง และการทำความสะอาดฟันเทียมที่ไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตโดยรวม¹ จากสถิติของฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลรามัน ที่ได้สำรวจในปี พ.ศ. 2566 พบว่า ร้อยละ 65.4 ของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากมีพฤติกรรมไม่ใส่ฟันเทียมในชีวิตประจำวัน และร้อยละ 71.8 ทำความสะอาดฟันเทียมไม่ถูกต้องตามคำแนะนำของทันตแพทย์¹² นอกจากนี้ การขาดความรู้และทักษะในการดูแลฟันเทียมยังสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก เช่น การสะสมของคราบแบคทีเรีย การอักเสบของเยื่อบุในช่องปาก การติดเชื้อรา และปัญหาการเคี้ยวอาหารที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุ¹³ ปัญหาดังกล่าวยังมีผลต่อด้านจิตสังคม โดยเฉพาะความมั่นใจในการเข้าสังคมและสุขภาพจิต เนื่องจากการใส่ฟันเทียมอย่างมีประสิทธิภาพเกี่ยวข้องกับระดับสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) หรือความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน งานวิจัยในต่างประเทศโดย Woelber et al. (2015)¹⁴ พบว่า การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการสนับสนุนให้บุคคลสามารถดูแลช่องปากได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลดีต่อการ

ป้องกันโรคเหงือกและฟันผุในระยะยาว ผู้สูงอายุที่มีระดับ Self-efficacy สูงจะมีแนวโน้มดูแลรักษาและใช้ฟันเทียมได้อย่างสม่ำเสมอ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มที่ขาดความเชื่อมั่นในตนเองมักหลีกเลี่ยงการใส่ฟันเทียม นำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการ ปัญหาสุขภาพช่องปากเรื้อรัง และคุณภาพชีวิตที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง¹⁴⁻¹⁵

โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา เป็นหนึ่งในสถานพยาบาลที่ให้บริการแก่ประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีลักษณะเป็นชนบท และมีการใช้ฟันเทียมเพื่อทดแทนฟันที่สูญเสียไปเป็นจำนวนมาก จากรายงานข้อมูลผู้สูงอายุที่ใช้ฟันเทียมทั้งปาก เขตบริการสุขภาพที่ 12 ปีงบประมาณ 2568 พ.ศ. 2566 - 2568 มีจำนวน 46, 136, 166 คน ตามลำดับ¹⁶ แต่ยังคงขาดโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ฟันเทียมและการดูแลช่องปากแบบองค์รวม การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็น จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า สมรรถนะแห่งตนในฐานะปัจจัยเชิงจิตวิทยามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ¹⁷ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura ที่เชื่อว่าความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสามารถส่งผลต่อการตัดสินใจและการดำเนินพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ¹⁵ อีกทั้งการศึกษาของ Marashi et al. (2024)¹⁸ ได้ศึกษาโดยใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นโดยโปรแกรมดังกล่าวเน้นการสร้าง ความมั่นใจในตนเองผ่านการเรียนรู้เชิงโต้ตอบ การให้ข้อเสนอแนะส่วนบุคคล และการตั้งเป้าหมายส่วนตัว¹⁸ นอกจากนี้การศึกษาของ Lee et al. (2020)¹⁹ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมดูแลสุขภาพช่องปากที่จัดขึ้นสำหรับผู้สูงอายุโดยเน้นการ

ส่งเสริมการทำงานของกล้ามเนื้ออกกินอาหาร ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าลดลง มีสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ในการดูแลสุขภาพช่องปากสูงขึ้น รวมทั้งมีการประเมินสุขภาพช่องปากในเชิงบวกมากขึ้น นอกจากนี้คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการกินอาหารก็ได้รับการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ¹⁹ จะเห็นได้ว่า จากการศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่พบงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้ป่วยผู้สูงอายุที่ใช้ฟันเทียมทั้งปากอย่างเฉพาะเจาะจง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการออกแบบและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียม เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา¹⁵ มาใช้ในการออกแบบโปรแกรมเพื่อให้ผู้สูงอายุที่ใช้ฟันเทียมทั้งปากมีสมรรถนะหรือความสามารถในการมีพฤติกรรมการดูแลฟันเทียมทั้งปากให้บรรลุเป้าหมาย กล่าวคือหากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลฟันเทียมทั้งปากภายใต้สถานการณ์ที่มีความเฉพาะเจาะจงตามบริบทพื้นที่ จะทำให้ผู้สูงอายุมีกระบวนการทางความคิดที่เชื่อมระหว่างความรู้กับทักษะการปฏิบัติ ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมจริงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งหากผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจำเป็นต้องมีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะในรูปแบบกิจกรรมที่หลากหลายโดยการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลสำคัญ 4 แหล่ง ได้แก่ 1) การมีประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง 2) การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น 3) การได้รับคำพูดชักจูงในขอบเขตของความเป็นจริงเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และ 4) การส่งเสริมสถานะทางด้านร่างกายและอารมณ์¹⁵ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น เข้าใจถึงประโยชน์ของการใช้ฟันเทียมและการดูแลสุขภาพ

ช่องปากอย่างถูกต้อง อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ฟันเทียมที่เหมาะสม และเพิ่มคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากตามมา¹⁵

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ใช้ฟันเทียมทั้งปากที่เข้ารับบริการในฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการเข้าร่วมวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

ผู้สูงอายุที่ใช้ฟันเทียมทั้งปากที่เข้ารับบริการในฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา ในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ภายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีการดำเนินวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2567 ณ ฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากและได้รับ ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากจากฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 60 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากจากฝ่ายทันตกรรม 3) มีระดับความรู้สึกตัวดี และไม่มีภาวะสับสน ประเมินโดยการซักถามเบื้องต้น (Orientiation) โดยถามชื่อ - นามสกุล วันที่ สถานที่ เพื่อตรวจสอบความรู้สึกตัว และ 4) อ่านและเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาการได้ยินและการมองเห็น สำหรับเกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) มีปัญหาทางสุขภาพร่างกายและจิตใจจนไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้ 2) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตใจ เช่น โรคจิตเภท

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G power 3.1 เลือกสถิติ t-test เลือก Means difference between two Independents means นำค่าที่ได้จากงานวิจัยที่ใกล้เคียงจากการศึกษาครั้งนี้¹⁹ กำหนดค่าขนาดอิทธิพล = 0.5 (ปานกลาง) ค่าความเชื่อมั่น (α) = 0.05 และค่า Power of test ($1 - \beta$) = 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 ราย และเพื่อป้องกันการไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ที่กำหนด (Attrition rate) เพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้นได้ ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งสิ้นมีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 60 คน

ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) ในการคัดเลือกและแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์คุณสมบัติการคัดเลือกให้เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างเป็นกลาง โดยหลังจากคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์เข้าร่วมศึกษาแล้ว จะใช้วิธีการจับสลากเพื่อแจกแจงผู้เข้าร่วมไปยังกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน เพื่อป้องกันอคติและทำให้ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานที่ใกล้เคียงกัน ทั้งนี้เพื่อป้องกันการ contamination ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยกำหนดตารางเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมและเก็บข้อมูลของแต่ละกลุ่มให้แตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจากนั้นจึงเริ่มกิจกรรมกับกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการส่งเสริมทันตสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุที่ใช้ฟันเทียมทั้งปาก ประกอบด้วยกิจกรรมที่บูรณาการตามกรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั้ง 4 ด้าน ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Mastery experience)

กิจกรรมที่ 1 จัดให้มีการฝึกปฏิบัติการทำความสะอาดฟันเทียมโดยผู้สูงอายุสามารถทดลองทำด้วยตนเอง พร้อมกับการให้คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ ร่วมกับการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน โดยการให้ผู้สูงอายุตั้งเป้าหมายในการดูแลฟันเทียม

กิจกรรมที่ 2 การทบทวนความสำเร็จ โดยจัดกิจกรรมทบทวนความสำเร็จ เมื่อผู้สูงอายุทำตามเป้าหมายได้สำเร็จ เช่น การมอบของขวัญ

2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น (Vicarious experience)

กิจกรรมที่ 3 เชิญผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ในการดูแลฟันเทียมที่ประสบความสำเร็จในเรื่องการดูแลสุขภาพฟันเทียมทั้งปาก มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกิจกรรมกลุ่ม และนำวิดีโอการดูแลฟันเทียมทั้งปากที่ถูกวิธีให้กลุ่มตัวอย่างดู อีกทั้งจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนที่ให้ผู้สูงอายุสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจกัน

สัปดาห์ที่ 2 - 4 (1 ครั้ง/สัปดาห์)

3) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion)

กิจกรรมที่ 4 จัดให้มีการสนทนาเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลฟันเทียม และการย้ำเตือนถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากผ่านไลน์แอปพลิเคชัน โดยมีทันตแพทย์คอยตอบคำถามที่สงสัยหรือแนะนำการดูแลฟันเทียม และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการดูแลฟันเทียมของตนผ่านไลน์แอปพลิเคชัน และมอบแผ่นพับหรือโปสเตอร์ที่มีข้อมูลและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการดูแลฟันเทียม โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและสามารถเข้าถึงได้ผ่านไลน์แอปพลิเคชัน

4) สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological or Emotional arousal) กิจกรรมที่ 5 จัดกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วม เช่น การเต้นรำ การทำงานศิลปะ หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่ช่วยกระตุ้นอารมณ์ให้ดีขึ้น สร้างบรรยากาศที่อบอุ่นและเป็นกันเองในกิจกรรมเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายใจและเปิดใจในการ

เรียนรู้ และมีการประเมินอารมณ์ของผู้สูงอายุหลังจากการฝึกอบรม และให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียด รายละเอียด ดังตารางที่ 1 กิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมทันตสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุที่ใช้ฟันเทียมทั้งปาก (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 กิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมทันตสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุที่ใช้ฟันเทียมทั้งปาก

ครั้งที่	ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา
สัปดาห์ที่ 1				
1	<u>กิจกรรมที่ 1</u> ฝึกปฏิบัติการทำความสะอาดฟันเทียม (Mastery experience)	เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ฝึกปฏิบัติ ประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง และตั้งเป้าหมายชัดเจนเพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเอง	ผู้สูงอายุฝึกทำความสะอาดฟันเทียมด้วยตนเอง มีผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำ พร้อมตั้งเป้าหมายในการดูแลฟันเทียม	60 นาที
2	<u>กิจกรรมที่ 2</u> ทบทวนความสำเร็จ (Mastery experience)	เพื่อส่งเสริมความรู้สึกประสบความสำเร็จและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้วยการยกย่องผลสำเร็จ	จัดกิจกรรมทบทวนเป้าหมายที่ตั้งไว้ เมื่อทำได้สำเร็จ เช่น มอบของขวัญหรือคำชมเชย	30 นาที
3	<u>กิจกรรมที่ 3</u> แลกเปลี่ยนประสบการณ์และดูวิดีโอ (Vicarious experience)	เพื่อสร้างแรงจูงใจผ่านการเห็นตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จ ช่วยให้เกิดความเชื่อมั่นผ่านการเรียนรู้จากผู้อื่น	เชิญผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ดีมาแบ่งปันแลกเปลี่ยนในกลุ่ม พร้อมฉายวิดีโอสาธิตวิธีดูแลฟันเทียมที่ถูกต้อง และตั้งกลุ่มสนับสนุน	90 นาที
สัปดาห์ที่ 2 - 4 (1 ครั้ง/สัปดาห์)				
4	<u>กิจกรรมที่ 4</u> สนทนาและให้คำแนะนำผ่านไลน์ (Verbal persuasion)	เพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่นผ่านคำพูด ชักจูงและคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง โดยทันตแพทย์ตอบคำถามและกระตุ้นกำลังใจผ่านไลน์	จัดสนทนาออนไลน์ให้ข้อมูลการดูแลฟันเทียม แจกแผ่นพับ/โปสเตอร์ ให้คำแนะนำง่าย เข้าใจได้ และตอบคำถามผู้สูงอายุผ่านไลน์	30 นาที/ สัปดาห์
5	<u>กิจกรรมที่ 5</u> กิจกรรมกระตุ้นอารมณ์ (Physiological/Emotional arousal)	เพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวล เพิ่มบรรยากาศอบอุ่นเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และความพร้อมทางจิตใจ	จัดกิจกรรมเต้นรำ งานศิลปะ หรือกิจกรรมที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม ประเมินอารมณ์และให้การสนับสนุนทางจิตใจหลังกิจกรรม	60 นาที/ สัปดาห์

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและจากประสบการณ์การทำงาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การนับถือศาสนา อาชีพ และการใช้งานฟันเทียมในปัจจุบัน (ใช้ได้ปกติ / ใช้งานได้แต่ไม่สมบูรณ์)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ผู้วิจัยใช้ดัชนี OHIP-EDENT รูปแบบภาษาไทยของพิมพ์วิภา เศรษฐวรพินธุ์ และคณะ²⁰ ที่แปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษของ Allen & Locker มีข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบคือ องค์ประกอบด้านความบกพร่องในหน้าที่ 2) องค์ประกอบด้านข้อจำกัดในการเข้าสังคม 3) องค์ประกอบด้านข้อจำกัดในการควบคุมอารมณ์ และ 4) องค์ประกอบด้านความไม่สะดวกสบายจากฟันเทียม ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยดัดแปลงเกณฑ์การการให้คะแนนจากแบบสอบถามเดิม เนื่องจากแบบสอบถามเดิมคะแนนที่ได้น้อย หมายถึงมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่สูง ส่วนคะแนนที่ได้มาก หมายถึงมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ต่ำ ซึ่งอาจจะทำให้เกิดความสับสนในการแปลความหมายของคะแนน ผู้วิจัยจึงได้ปรับเกณฑ์ ดังนี้

ให้ 5 คะแนน หมายถึง ไม่เคยเกิดเหตุการณ์หรือผลกระทบดังกล่าวในช่วงเดือนที่ผ่านมา

ให้ 4 คะแนน หมายถึง เกิดเหตุการณ์หรือผลกระทบนาน ๆ ครั้งหรือ 1 - 2 ครั้งในช่วงเดือนที่ผ่านมาหรือ 2 - 3 อาทิตย์ต่อครั้ง

ให้ 3 คะแนน หมายถึง เกิดเหตุการณ์หรือผลกระทบบางครั้งหรือ 3 - 4 ครั้งในช่วงเดือนที่ผ่านมาหรือ 1 ครั้งต่ออาทิตย์

ให้ 2 คะแนน หมายถึง เกิดเหตุการณ์หรือผลกระทบบ่อยครั้งหรือ 2 - 4 ครั้งต่ออาทิตย์

ให้ 1 คะแนน หมายถึง เกิดเหตุการณ์หรือผลกระทบบ่อยมากในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาหรือ >5 ครั้งต่ออาทิตย์หรือทุกวัน

คะแนนที่เป็นไปได้ต่ำสุดคือ 19 คะแนน และคะแนนที่เป็นไปได้สูงสุดคือ 95 คะแนน สำหรับการศึกษานี้ซึ่งมีการดัดแปลงเกณฑ์การให้คะแนนจากแบบสอบถามเดิม คะแนนที่ได้มากในการศึกษานี้จึงหมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โดยผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์อายุรแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์ทันตแพทย์ 2 ท่าน โดยภายหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความสอดคล้องของเครื่องมือแล้ว ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.86 หลังจากแก้ไขเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม คือ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากมาทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่า เท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรม และโครงร่างงานวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยนำหนังสือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา เสนอต่อหัวหน้าฝ่ายทันตกรรม เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย และใช้ข้อมูลพร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดการวิจัย

2. เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายทันตกรรม เพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงวัตถุประสงค์ เครื่องมือที่ใช้ กลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัยเป็นผู้อ่านรายละเอียดของเอกสารให้ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัยอย่างละเอียดครบถ้วน

4. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและรายละเอียดที่ผู้วิจัยจะปฏิบัติ และสอบถามความสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย

5. ดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก โดยใช้ระยะเวลา 15 - 20 นาที เพื่อเป็นข้อมูลก่อนการทดลอง (Pretest)

6. ดำเนินการตามโปรแกรมการส่งเสริมทันตสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุที่ใช้ฟันเทียมทั้งปากในกลุ่มทดลอง เป็นระยะเวลา 1 เดือน ตามรายละเอียดของโปรแกรมที่ถูกดำเนินการในกลุ่มทดลอง สำหรับกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานปกติโดยที่ไม่ได้รับโปรแกรม และเมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยครบ 1 เดือน ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามอีกครั้ง (Posttest) เพื่อประเมินผลภายหลังเข้าร่วมการทดลอง

สำหรับกลุ่มควบคุมในการศึกษาครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมจะไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้สูงอายุที่ใช้ฟันเทียมทั้งปาก แต่จะได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ ได้แก่ การให้คำแนะนำและบริการดูแลรักษาสุขภาพช่องปาก

ทั่วไปตามแนวทางปฏิบัติของฝ่ายทันตกรรมโรงพยาบาลรามัน ซึ่งครอบคลุมการตรวจสุขภาพช่องปาก การทำความสะอาดฟันเทียม และคำแนะนำพื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลฟันเทียม โดยไม่มีการจัดกิจกรรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนเพิ่มเติมเหมือนกลุ่มทดลอง ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะขอให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก โดยใช้เวลาประมาณ 15 - 20 นาที เพื่อเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pretest) และจะทำการประเมินซ้ำอีกครั้งเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาการศึกษาครบ 1 เดือน อย่างไรก็ตาม เพื่อความเป็นธรรมและสิทธิประโยชน์ของผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยมีแผนที่จะดำเนินการจัดโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพตามแนวทางเดียวกับกลุ่มทดลองให้กับกลุ่มควบคุมหลังสิ้นสุดการเก็บข้อมูลการวิจัยแล้ว ตามแผนโครงการของฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลรามัน ในปี พ.ศ. 2569

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

มีรายละเอียดดังนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าร้อยละ โดยใช้สถิติไคแอสควร์ (Chi-square) ร่วมกับสถิติฟิชเชอร์เอ็กแซคท์ (Fisher's exact test) ในการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 2) เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติที (Independence t-test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา เอกสารรับรองเลขที่ 17/2566 ลงวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถูกเก็บเป็นความลับไม่มีการระบุชื่อ - นามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง และเอกสารที่ได้จากการตอบแบบสอบถามถูกเก็บไว้ในตู้ที่มีกุญแจล็อกซึ่งมี

เพียงผู้วิจัยที่สามารถเข้าถึงได้ ตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ในระหว่างเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการวิจัยอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 1 เดือนครบทุกคน

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 53.33 มีอายุเฉลี่ย 64.20 (S.D. = 16.42) สถานภาพสมรสคู่มากที่สุดร้อยละ 60.00 นับถือศาสนาอิสลามมากที่สุดร้อยละ 93.33 มีระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 86.67 และ

การใช้งานพื้นที่ในปัจุบันใช้งานได้ตามปกติมากที่สุด ร้อยละ 93.33 สำหรับกลุ่มควบคุมมีจำนวนเพศชายและหญิงเท่ากัน ร้อยละ 50.00 มีอายุเฉลี่ย 63.03 (S.D. = 17.69) สถานภาพสมรสคู่มากที่สุดร้อยละ 66.67 นับถือศาสนาอิสลามมากที่สุดร้อยละ 90.00 มีระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 80.00 และการใช้งานพื้นที่ในปัจุบันใช้งานได้ตามปกติมากที่สุด ร้อยละ 96.67 ผลการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่แตกต่างกัน (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	Statistic Test	p-value
	(n = 30)	(n = 30)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ			0.710	0.933
ชาย	16 (53.33)	15 (50.00)		
หญิง	14 (46.67)	15 (50.00)		
อายุ (ปี) ($\bar{X} \pm S.D.$)	64.20±16.42	63.03±17.69	0.715	0.532
60 - 65 ปี	20 (66.67)	17 (56.67)		
66 - 70 ปี	7 (23.33)	8 (26.67)		
71 - 80 ปี	3 (10.00)	5 (16.67)		
สถานภาพสมรส			0.608	0.723
โสด	2 (6.67)	3 (10.00)		
คู่	18 (60.00)	20 (66.67)		
หม้าย	8 (26.67)	6 (20.00)		
หย่า	2 (6.67)	1 (3.33)		
การนับถือศาสนา			0.721	0.835
พุทธ	2 (6.67)	3 (10.00)		
อิสลาม	28 (93.33)	27 (90.00)		
ระดับการศึกษา			0.258	0.144
ไม่ได้ศึกษา	4 (13.33)	6 (20.00)		
ประถมศึกษา	26 (86.67)	24 (80.00)		
การใช้งานพื้นที่ในปัจุบัน				
ใช้ได้ปกติ	28 (93.33)	29 (96.67)	0.189	0.089
ใช้งานได้แต่ไม่สมบูรณ์	2 (6.67)	1 (3.33)		

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมภายหลังเข้าร่วมการทดลอง เปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ($p > 0.05$) และผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากระหว่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมการทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้มีการปรับเกณฑ์การให้คะแนนของแบบสอบถาม คะแนนที่ได้มากแสดงถึงกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่สูง (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุมภายหลังเข้าร่วมการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	Mean difference	95% CI of the	p-value
	(n = 30)	(n = 30)		Mean	
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)		difference	
ก่อนการทดลอง	46.72 (7.16)	45.80 (6.73)	0.92	- 0.11 - 1.95	0.076
1 เดือนหลังการทดลอง	81.76 (1.99)	47.30 (6.63)	34.46	26.90 - 42.02	<0.001

การอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งที่ผู้เข้าร่วมทั้งสองกลุ่มล้วนเป็นผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก ซึ่งชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน¹⁵ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและทัศนคติของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง โปรแกรมนี้มุ่งเน้นการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลฟันเทียม ผ่านกลไกหลักของทฤษฎี 4 ประการ ได้แก่ 1) การเสริมประสบการณ์ความสำเร็จ (Mastery experience) ด้วยการฝึกปฏิบัติจริง การตั้งเป้าหมายส่วนบุคคล และการสะท้อนความสำเร็จร่วมกัน 2) การเห็นแบบอย่างที่ดี (Vicarious experience) ผ่านการแบ่งปันประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ดูแลฟันเทียมได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) การโน้มน้าวด้วยคำพูด (Verbal

persuasion) ผ่านการสื่อสารที่ต่อเนื่องจากทีมวิจัย และ 4) การจัดการภาวะทางกายและอารมณ์ (Physiological and emotional states) ผ่านการส่งเสริมกำลังใจและการติดตามอย่างใกล้ชิดผ่านสื่อออนไลน์ จากกระบวนการนี้ ผู้สูงอายุจึงไม่เพียงแต่มีความรู้เพิ่มขึ้น แต่ยังมีแรงจูงใจ และเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองในการดูแลฟันปลอม ส่งผลให้สามารถลดปัญหาที่เกิดจากการใช้ฟันเทียม เช่น การระคายเคืองหรือการติดเชื้อในช่องปาก และมีสุขภาพช่องปากโดยรวมที่ดีขึ้น ซึ่งนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ขนิษฐา จำปาสิม และรุจิรา ดวงสงค์ (2564)²¹ ที่พบว่า การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกแบบโปรแกรมดูแลฟันปลอมทั้งปาก สามารถพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นกัน²¹

แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะเป็นผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากอยู่แล้ว แต่โปรแกรมการส่งเสริมทันตสุขภาพที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยนี้ได้เน้นการเพิ่มคุณภาพการเข้าถึงบริการ มากกว่าการเข้าถึงในเชิงปริมาณ โดยมุ่งเน้นการสร้างความรู้ ความสามารถ และแรงจูงใจ ให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพช่องปาก และฟันเทียมของตนเองได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมนี้อิงตามหลักของทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy Theory)¹⁵ ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมสามารถเคี้ยวอาหารได้ดีขึ้น รับรู้รสชาติของอาหารได้ชัดเจนขึ้น พูดสื่อสารได้อย่างมั่นใจ และที่สำคัญคือสามารถดูแลความสะอาดของฟันเทียมและช่องปากได้อย่างเหมาะสมด้วยตนเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้สะท้อนถึง การเข้าถึงบริการในมิติของการใช้บริการอย่างมีประสิทธิภาพที่มากกว่าการได้รับฟันเทียมเพียงอย่างเดียว ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของภัสรา รัตนะ (2563)²² ที่พบว่า การมีระบบบริการทันตสุขภาพในชุมชนที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนและทีมสหวิชาชีพสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการฟันเทียมในเชิงคุณภาพ ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้สามารถเคี้ยวอาหารและพูดได้ดีขึ้น นำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตในระยะยาว และเกิดความยั่งยืนด้านสุขภาพช่องปาก ดังนั้น แม้กลุ่มตัวอย่างจะได้รับฟันเทียมแล้วทั้งสองกลุ่ม แต่โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้มีบทบาทสำคัญในการเสริมพลังให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ฟันเทียมอย่างมีประสิทธิภาพ และใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุขและมีคุณค่า²² และยังสอดคล้องกับการศึกษาของกมลรส สวางาม (2566)²³ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเองสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้

และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากส่งผลให้คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นตามมา²³ ในท้ายที่สุดโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพนี้ได้พิสูจน์ให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในมิติสุขภาพช่องปากได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามแม้ว่าผลลัพธ์จะเป็นที่น่าพึงพอใจ แต่การวิจัยครั้งนี้ยังมีข้อจำกัด เช่น ระยะเวลาการติดตามผลที่สั้น การวิจัยในอนาคตควรพิจารณาการขยายขอบเขตของโปรแกรมเพื่อครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุที่หลากหลายและตรวจสอบผลลัพธ์ในระยะยาวมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 ผลจากงานวิจัยสามารถนำมาเป็นแนวทางในการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลอื่น ๆ รวมถึงการส่งเสริมการใช้งานฟันเทียมให้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อันจะสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านสุขภาพช่องปาก โดยการลดปัญหาทางกายภาพและจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการใช้ฟันเทียมทั้งปาก

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งต่อไปควรพิจารณาศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้ฟันเทียมประเภทอื่นร่วมด้วย เช่น ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ หรือฟันเทียมติดแน่น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมกลุ่มประชากรหลากหลายมากขึ้น และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุในบริบทที่แตกต่างกันได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ควรเพิ่มระยะเวลาของการติดตามผลหลังการได้รับโปรแกรม เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในระยะยาว เนื่องจากผลลัพธ์บางประการ เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสร้างความมั่นใจในตนเอง และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก มักต้องอาศัยระยะเวลาในการแสดงผลอย่างชัดเจน การติดตาม

ผลในระยะยาวจึงอาจให้ข้อมูลที่มีความลึก
และมีคุณค่าต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริม
ทันตสุขภาพอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. นูรอิมานี รอหมี๊ะ. สถานการณ์และ
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ
จัดบริการทันตกรรมในสถานบริการ
สาธารณสุขภาครัฐภายใต้สถานการณ์
โควิด-19 ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดน
ภาคใต้. วารสารการศึกษาและวิจัย
การสาธารณสุข. 2566; 1(2): 65-79.
2. Colaço J, Muniz FWMG, Peron D,
Marostega MG, Dias JJ, Rösing
CK, et al. Oral health-related
quality of life and associated
factors in the elderly: a
population-based cross-
sectional study. Cien Saude
Colet. 2020; 25(10): 3901-12.
3. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.
รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพ
ช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย
พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต].
นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวง
สาธารณสุข; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 24
ก.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก:
[https://dental.anamai.moph.go.th/web-
upload/5x9c01a3d6e5539cf4787
15290ac946bee/202406/m_mag
azine/36716/4952/file_downloa
d/f983389ded6e5dccbf6f3362a
453364.pdf](https://dental.anamai.moph.go.th/web-upload/5x9c01a3d6e5539cf478715290ac946bee/202406/m_magazine/36716/4952/file_download/f983389ded6e5dccbf6f3362a453364.pdf)
4. Qamar Z, Alghamdi AMS,
Haydarah NKB, Balateef AA,
Alamoudi AA, Abumismar MA,
et al. Impact of
temporomandibular disorders
on oral health-related quality of
life: A systematic review and
meta-analysis. J Oral Rehabil.
2023; 50(8): 706-14.
5. Spanemberg JC, Cardoso JA,
Slob EMGB, López-López J.
Quality of life related to oral
health and its impact in adults.
J Stomatol Oral Maxillofac Surg.
2019; 120(3): 234-9.
6. Ortiz-Barrios LB, Granados-García
V, Cruz-Hervert P, Moreno-
Tamayo K, Heredia-Ponce E,
Sánchez-García S. The impact of
poor oral health on the oral
health-related quality of life
(OHRQoL) in older adults: the
oral health status through a
latent class analysis. BMC Oral
Health. 2019; 19(1): 141.
7. Atanda AJ, Livinski AA, London
SD, Boroumand S,
Weatherspoon D, lafolla TJ,
et al. Tooth retention, health,
and quality of life in older
adults: a scoping review. BMC
Oral Health. 2022; 22(1): 185.
8. van de Rijt LJM, Stoop CC,
Weijenberg RAF, de Vries R, Feast
AR, Sampson EL, et al. The
Influence of Oral Health Factors on
the Quality of Life in Older People:
A Systematic Review.
Gerontologist. 2020; 60(5): e378-94.

9. Duong HY, Rocuzzo A, Stähli A, Salvi GE, Lang NP, Sculean A. Oral health-related quality of life of patients rehabilitated with fixed and removable implant-supported dental prostheses. *Periodontol 2000*. 2022; 88(1): 201-37.
10. Pequeno NPF, Cabral NLA, Marchioni DM, Lima SCVC, Lyra CO. Quality of life assessment instruments for adults: a systematic review of population-based studies. *Health Qual Life Outcomes*. 2020; 18(1): 208.
11. Watanabe Y, Okada K, Kondo M, Matsushita T, Nakazawa S, Yamazaki Y. Oral health for achieving longevity. *Geriatr Gerontol Int*. 2020; 20(6): 526-38.
12. ฝ่ายทันตกรรม. ฐานข้อมูลผู้มารับบริการทันตกรรม. ยะลา: โรงพยาบาลรามัน; 2566.
13. Allen F, Locker D. A modified short version of the oral health impact profile for assessing health-related quality of life in edentulous adults. *Int J Prosthodont*. 2002; 15(5): 446-50.
14. Woelber JP, Bienas H, Fabry G, Silbernagel W, Giesler M, Tennert C, et al. Oral hygiene-related self-efficacy as a predictor of oral hygiene behaviour: a prospective cohort study. *J Clin Periodontol*. 2015; 42(2): 142-9.
15. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman; 1997.
16. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ. รายงานข้อมูลผู้สูงอายุที่ใช้ฟันเทียมทั้งปาก เขตบริการสุขภาพที่ 12 ปีงบประมาณ 2568 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 24 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th>
17. Allen F, Fan SY, Loke WM, Na TM, Keng Yan GL, Mittal R. The relationship between self-efficacy and oral health status of older adults. *J Dent*. 2022; 122: 104085.
18. Marashi SZ, Hidarnia A, Kazemi SS, Shakerinejad G. The effect of educational intervention based on self-efficacy theory on promoting adolescent oral health behaviors through mobile application: a randomized controlled trial study. *BMC Oral Health*. 2024; 24(1): 1283.
19. Lee GR, Kim DR, Lim HN, Kang KH. The Effects of the Oral Care Program for Improving Swallowing Function of the Elderly Using Welfare Centers on Depression, Self Efficacy, Subjective Oral Health Status and Swallowing related Quality of Life. *Research in Community and Public Health Nursing*. 2020; 31(2): 166-78.

20. พิมพ์วิภา เศรษฐวรพันธ์, ทรงชัย ฐิติโสมกุล, ไพฑูรย์ ดาวสดใส. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากและความสัมพันธ์กับคุณภาพฟันเทียมและประสิทธิภาพการบดเคี้ยว ที่ประเมินด้วยดัชนี OHIP-EDENT ในรูปแบบภาษาไทย. วิทยาศาสตร์ทันตแพทยศาสตร์. 2557; 64(1): 26-46.
21. ขนิษฐา จำปาสิม, รุจิรา ดวงสงค์. ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาเพื่อการส่งเสริมการดูแลรักษาฟันปลอมทั้งปากของผู้สูงอายุ อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตภิบาล. 2556; 24(1): 10-8.
22. ภัศรา รัตน์ะ. การพัฒนาระบบบริการทันตกรรมใส่ฟันเทียมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน ภายใต้รูปแบบ Huaiyot Model. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565; 31(2): 282-8.
23. กมลรส สาวงาม. ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2566.

ผลของโมดูลการเรียนรู้แบบชุมชนเป็นฐานเพื่อการเสริมสร้างสมรรถนะ 4Cs for C ด้านสุขภาพปฐมภูมิในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

วารางคณา ชมภูพาน¹, วรวุฒิ ชมภูพาน¹

(วันที่รับบทความ: 18 กรกฎาคม 2568; วันที่แก้ไข: 20 สิงหาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 22 กันยายน 2568)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาผลของโมดูลการเรียนรู้แบบชุมชนเป็นฐาน ต่อสมรรถนะ 4Cs for C ด้านสุขภาพปฐมภูมิเปรียบเทียบผลทางสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความพึงพอใจหลังการเรียนในรายวิชาการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม รูปแบบในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว กลุ่มเป้าหมาย เป็นนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2567 หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น จำนวน 97 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แผนการจัดการเรียนรู้ที่เน้นการใช้ชุมชนเป็นฐาน 2) แบบประเมินทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 3) แบบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียน และ 4) แบบประเมินความพึงพอใจหลังการเรียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มเป้าหมายมี 1) ทักษะในการคิด วิเคราะห์ คิดอย่างมีวิจารณญาณ และแก้ปัญหา มีคะแนนเฉลี่ย 4.05 คะแนน (S.D. = 0.57) 2) ด้านทักษะความคิดสร้างสรรค์ คิดเชิงนวัตกรรม แก้ปัญหา มีคะแนนเฉลี่ย 4.10 คะแนน (S.D. = 0.60) 3) ด้านทักษะความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ แก้ปัญหามีคะแนนเฉลี่ย 4.16 คะแนน (S.D. = 0.60) และ 4) ด้านทักษะการสื่อสารสารสนเทศ และรู้เท่าทันสื่อ แก้ปัญหา มีคะแนนเฉลี่ย 4.13 คะแนน (S.D. = 0.61) ส่วนโมดูลการเรียนรู้แบบชุมชนเป็นฐานมีค่าเฉลี่ยของคะแนนผลสัมฤทธิ์ เท่ากับ 58.06 คะแนน (S.D. = 8.80) เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบดั้งเดิม ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนผลสัมฤทธิ์ เท่ากับ 47.10 คะแนน (S.D. = 4.33) และมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.96 คะแนน (95%CI:9.41 to 12.50) สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <math><0.001</math> ความพึงพอใจของนักศึกษาหลังการเรียนด้วยโมดูลการเรียนรู้แบบชุมชนเป็นฐานอยู่ในระดับสูง เป็นร้อยละ 83.51 รองลงมาคือระดับกลางเป็นร้อยละ 16.49

ดังนั้น ผลการวิจัยทุกด้านมีค่าเฉลี่ยเกิน 3.51 ซึ่งผ่านเกณฑ์ทักษะศตวรรษที่ 21 จึงควรส่งเสริมการใช้โมดูลการเรียนรู้แบบชุมชนเป็นฐานเพื่อพัฒนาสมรรถนะ 4Cs ในการศึกษาการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ

คำสำคัญ: ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง, บูรณาการ, การเรียนรู้ตลอดชีวิต, ทักษะในศตวรรษที่ 21

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: warangkana@scphkk.ac.th, worawuti@scphkk.ac.th

Corresponding author: วารางคณา ชมภูพาน, E-mail: warangkana@scphkk.ac.th

Effects of Community-Based Learning Module to Enhance 4Cs for C Competencies in Primary Care at Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen

Warangkana Chompoopan¹, Worawut Chompoopan¹

(Received: 19th July 2025; Revised: 20th August 2025; Accepted: 22nd September 2025)

Abstract

The aims of this study were to: 1) explore the effects of a learning module with community-based education in the holistic health promotion course on 4Cs for C (Critical Thinker, Communicator, Collaborator and Creator for Community Engagement) competencies in primary care; and 2) compare academic achievement and students' satisfaction with the learning module. A quasi-experimental design with a one-group pretest-posttest design was employed. Participants were 97 second-year students studying in academic year 2024 in the Bachelor of Public Health Program (Community Public Health) at Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen. There were four research tools including: 1) The learning management plan focusing on community-based learning; 2) The assessment of 4Cs of 21st Century Learning Skills; 3) The academic achievement test; and 4) The satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and paired samples t-test at the 0.05 significance level.

The results showed that the students demonstrated four key 21st century skills including: 1) Critical Thinking and Problem Solving (\bar{x} = 4.05, S.D. = 0.57); 2) Creativity and Innovation (\bar{x} = 4.10, S.D. = 0.60); 3) Collaboration, Teamwork and Leadership (\bar{x} = 4.16, S.D. = 0.604); and 4) Communications, Information and Media Literacy (\bar{x} = 4.13, S.D. = 0.61). The achievement score after using the learning module was 58.06 (S.D. = 8.80), significantly higher than the traditional learning, which was 47.10 (S.D. = 4.33) (Mean difference 10.96, 95%CI: 9.41 to 12.50, $p < 0.001$). The students' satisfaction with the learning module was reported at a high level (83.51%) and a moderate level (16.49%).

Therefore, all research findings exceeded 3.51, meeting the 21st-century skills criteria, suggesting the promotion of community-based learning modules for enhancing 4Cs competencies in primary care education.

Keyword: Student-centered, Integration, Lifelong learning, 21st Century skills

¹ Asst. Prof., Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: warangkana@scphkk.ac.th, worawut@scphkk.ac.th
Corresponding author: Warangkana Chompoopan, E-mail: warangkana@scphkk.ac.th

บทนำ

ในศตวรรษที่ 21 เป็นศตวรรษของการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านสถานการณ์ของโลกปัจจุบัน สถานการณ์ของประเทศ ดังนั้นมนุษย์ต้องมีการปรับตัวเพื่อการดำรงชีวิต ทั้งทางด้านทักษะที่ต้องมีการพัฒนาควบคู่ไปกับการพัฒนากำลังคนให้ทันกับความก้าวหน้าของเทคโนโลยีพร้อมกับการพัฒนาประเทศชาติ และพลเมืองโลก ดังนั้นการพัฒนาผู้เรียนซึ่งเป็นกำลังสำคัญของชาติจึงต้องกำหนดกรอบการเรียนรู้ทักษะจำเป็นในศตวรรษที่ 21 (Framework for 21st century learning)¹ ซึ่งมีเป้าหมายที่ต้องการให้ผู้เรียนเกิดทักษะที่จำเป็นพร้อมต่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อใช้ในสถานการณ์ที่ต่าง ๆ พร้อมกับการเรียนรู้ควบคู่ไปกับการฝึกฝนทักษะด้วยกระบวนการการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา (Critical thinking and problem solving) (2) ความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม (Creativity and innovation) (3) การสื่อสาร (Communication) โดยต้องเป็นทักษะการสื่อสารอย่างชัดเจน และ (4) ความร่วมมือ (Collaboration) และสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นเพื่อบรรลุเป้าหมายด้วยทักษะที่จำเป็นนี้ ด้านการศึกษาต้องพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เนื่องจากการเรียนในรูปแบบเดิมอาจยังไม่เพียงพอสำหรับการเรียนรู้ที่ส่งเสริมการเรียนรู้ได้ด้วยวิธีการเดียวหรือรูปแบบเดียว ดังนั้นในยุคปัจจุบันวิธีการเรียนการสอนต้องมีการปรับรูปแบบเพื่อให้ส่งเสริมการเรียนรู้ให้เพิ่มมากขึ้น โดยรูปแบบการจัดหมวดหมู่ สาระของรายวิชา พร้อมด้วยวัตถุประสงค์ที่มีความสอดคล้องกันเพื่อให้ผู้เรียนสามารถเข้าใจได้โดยง่ายและยังเป็นหน่วยการเรียนรู้ย่อยที่ช่วยส่งเสริม วัตถุประสงค์ของรายวิชาได้ นอกจากนี้ยังสามารถสร้างความรู้ความเข้าใจ จากกิจกรรมและประสบการณ์ตามแบบแผนที่วางไว้ รวมถึงยังเป็นรากฐานให้ผู้เรียนสามารถสร้างความรู้ได้ด้วยตนเองด้วยวิธีการจัดแบบโมดูล² การนำ

ประสบการณ์และความรู้ที่มีอยู่มาสร้างความเข้าใจ ความหมายใหม่ จากกระบวนการที่ผู้เรียนมีส่วนร่วมอย่างจริงจังมากกว่าการเรียนรู้แบบการรับจากผู้สอนเพียงอย่างเดียว (Passive learning) รวมถึงยังสามารถเชื่อมโยงความรู้และนำไปสู่การปฏิบัติได้ต่อเนื่อง ในวัตถุประสงค์เดียวกัน³ จากแนวคิดนี้ส่งเสริมการเรียนรู้ เป็นกระบวนการสร้างความรู้มากกว่า การรับความรู้ ดังนั้น เป้าหมายของการจัดการเรียนการสอนจะสนับสนุนการสร้างมากกว่า ความพยายามในการถ่ายทอดความรู้ ดังนั้น การมุ่งเน้นการสร้างความรู้ใหม่อย่างเหมาะสมของแต่ละบุคคล และเชื่อว่าสิ่งแวดล้อมมีความสำคัญในการสร้างความหมายตามความเป็นจริงพร้อมยึดหยุ่นให้เหมาะกับผู้เรียน⁴ จากหลักการดังกล่าว การสร้างความรู้จะต้องดำเนินการควบคู่ไปกับวิธีการจัดการความรู้ให้เหมาะสมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ที่ถูกต้อง ตรงกับมาตรฐาน การกำหนดวัตถุประสงค์ หลักสูตร และ วัตถุประสงค์ของรายวิชาที่ดำเนินการโดยมีกิจกรรมที่ชัดเจน รวมถึงรูปแบบของการจัดกระบวนการเรียนการสอนที่เหมาะสมและเอื้ออำนวยของสิ่งแวดล้อมการเรียนรู้มีหลากหลายวิธีการ ดังเช่น การเรียนแบบโมดูล (Module)⁵ โดยมีรูปแบบที่สามารถรวบรวมความคิด จัดการเรื่องระยะเวลาดำเนินการ รวมถึงความต่อเนื่องของเนื้อหาที่มีวัตถุประสงค์ที่กำหนดชัดเจนและไม่มากจนเกินไป สามารถบูรณาการในศาสตร์อื่นที่มาช่วยส่งเสริมให้มีความเข้าใจ ในจุดประสงค์รายวิชาที่มีการจัดหมวดหมู่ และมีการดำเนินงานที่มุ่งเน้นไปยังผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning outcomes) ซึ่งผลลัพธ์การเรียนรู้มีความสัมพันธ์กับการเรียนรู้ของผู้เรียน⁶ รวมถึงหากมีการประยุกต์ใช้ การปรับตัว การคิดวิเคราะห์ โดยการสอดแทรกทักษะสำหรับผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 รวมถึงความพึงพอใจของผู้เรียนต่อรูปแบบการสอนมีความสำคัญ เนื่องจากสามารถส่งผลด้านประสิทธิภาพการเรียนรู้ได้มาก⁷

แม้ว่าการพัฒนาด้านรูปแบบการสอนทั้งด้านการใช้สื่อสารสนเทศเพื่อให้ผู้เรียนสามารถเข้าถึงได้สะดวก ทั้งนี้ตามความตั้งใจของผู้เรียนและสิ่งแวดล้อมในการเรียนจะช่วยส่งเสริม กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ได้แตกต่างกัน^๑

ด้วยหลักการและเหตุผลข้างต้น รายวิชาการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งเป็นรายวิชาที่ต้องเชื่อมโยงระบบสาธารณสุขไทย บริบทสังคมและวัฒนธรรม เพื่อให้การส่งเสริมสุขภาพในทุกกลุ่มวัยรวมถึงมีการใช้ทักษะของการบริการปฐมภูมิ เช่น การตรวจพัฒนาการและการตรวจวัดสายตาในเด็กปฐมวัย การประเมินสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้าน การดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่สามารถช่วยให้ผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว จึงได้ดำเนินการวิจัยในชั้นเรียนเพื่อศึกษาผลของโมดูลการเรียนรู้แบบชุมชนเป็นฐาน ในนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาผลของการเรียนรู้ด้วยรูปแบบโมดูลการเรียนรู้แบบชุมชนเป็นฐาน ในรายวิชาการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมต่อสมรรถนะ 4 C for C ด้านสุขภาพปฐมภูมิ
- 2) เพื่อเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์หลังการเรียนรู้ด้วยโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยรูปแบบโมดูลการเรียนรู้แบบชุมชนเป็นฐาน และรูปแบบดั้งเดิม ในรายวิชาการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม
- 3) เพื่อศึกษาความพึงพอใจหลังการเรียนรู้ด้วยโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยรูปแบบโมดูลการเรียนรู้แบบชุมชนเป็นฐาน ในรายวิชาการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม

ขอบเขตของการวิจัย

ศึกษาผลของรูปแบบโมดูลการเรียนรู้แบบชุมชนเป็นฐานเพื่อการเสริมสร้างสมรรถนะของผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 ด้าน 4 C ด้านสุขภาพปฐมภูมิ ในรายวิชาการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์

รวมในกลุ่ม นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ชั้นปีที่ 2 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2567 จำนวน 97 คน

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (One group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 97 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แบบแผนการเรียนทั้ง 9 แบบแผน ซึ่งประกอบด้วย

แผนที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม

แผนที่ 2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและการนำทฤษฎีไปใช้

แผนที่ 3 อนามัยครอบครัวเสริมสุขภาพแบบองค์รวม

แผนที่ 4 สุขภาพครอบครัว

แผนที่ 5 การส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์มารดาหลังคลอด

แผนที่ 6 การส่งเสริมสุขภาพวัยทารกและเด็กก่อนวัยเรียน

แผนที่ 7 การส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น

แผนที่ 8 การส่งเสริมสุขภาพอนามัยวัยเจริญพันธุ์

แผนที่ 9 การดูแลสุขภาพวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำการนัดหมายในการทำแบบสอบถาม โดยชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดกิจกรรมการเรียนการสอนในรูปแบบโมดูลการเรียนรู้แบบชุมชนเป็นฐานด้วยแบบสอบถามสมรรถนะของผู้เรียนศตวรรษที่ 21 ด้าน 4 C ด้านสุขภาพปฐมภูมิ ประกอบด้วย

ทักษะในการคิดวิเคราะห์ คิดอย่างมีวิจารณญาณ และแก้ปัญหา (Critical thinking and problem solving), ทักษะความคิดสร้างสรรค์ คิดเชิงนวัตกรรม (Creativity and innovation), ทักษะความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ (Collaboration teamwork and leadership, ทักษะด้านการสื่อสารสารสนเทศ และรู้เท่าทันสื่อ (Communications, information, and media literacy) จำนวน 30 ข้อ

2. แบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ชนิดเลือกตอบ แบบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 80 ข้อ

3. แบบสอบถามความพึงพอใจหลังการเรียนด้วยโมดูลการเรียนรู้แบบชุมชนเป็นฐาน ในรายวิชาการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม จำนวน 15 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินคุณภาพแผนการจัดการเรียน โมดูลการเรียนรู้แบบชุมชนเป็นฐาน ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คนโดยมีค่า Index of item objective congruence (IOC) ระหว่าง 0.67-1.00

แบบสอบถามสมรรถนะของผู้เรียนศตวรรษที่ 21 ด้าน 4 C ด้านสุขภาพปฐมภูมิ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คนโดยมีค่า Index of item objective congruence (IOC) ระหว่าง 0.67-1.00 การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธี Cronbach's alpha ได้เท่ากับ 0.979

แบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังเรียนการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คนค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.26-0.75 การหาค่าความเชื่อมั่น ด้วยวิธี Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้เท่ากับ 0.70

แบบประเมินความพึงพอใจผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คนโดยมีค่า Index of item objective congruence (IOC) ระหว่าง 0.67-1.00 การหาค่าความเที่ยง

(Reliability) ด้วยวิธี Cronbach's alpha ได้เท่ากับ 0.985

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการสังเคราะห์กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี วัตถุประสงค์ เนื้อหา รวมถึงระยะเวลาสำหรับการพัฒนาการเรียนรู้ด้วยรูปแบบโมดูล

2. ศึกษาสภาพบริบทที่ส่งเสริมเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 เพื่อวางแผนกิจกรรม ของผู้เรียนซึ่งเป็นตามแผนการเรียนในรายวิชาและสอดคล้องกับคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

3. วางแผนกิจกรรมการเรียนรู้โมดูลการเรียนรู้แบบชุมชนเป็นฐาน ในการปฏิบัติการในชุมชน โดยพื้นฐานจากกรอบแนวคิดในการออกแบบโมดูลของริชาร์ด (1990)⁹

4. นำสิ่งแวดล้อมทางการเรียนรู้ ห้องปฏิบัติการชุมชน ห้องปฏิบัติการดูแลพื้นฐาน การเรียนรู้บนเครือข่าย กิจกรรมการเรียน เสนอต่อคณะกรรมการบริหารหลักสูตรฯ เพื่อประเมินการเรียนรู้ ด้านเนื้อหา ด้านสื่อ ด้านการออกแบบ และนำผลการประเมินที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญ มาปรับปรุงแก้ไข

5. จัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่ส่งเสริมสมรรถนะของผู้เรียนศตวรรษที่ 21 ด้าน 4 C ด้านสุขภาพปฐมภูมิ

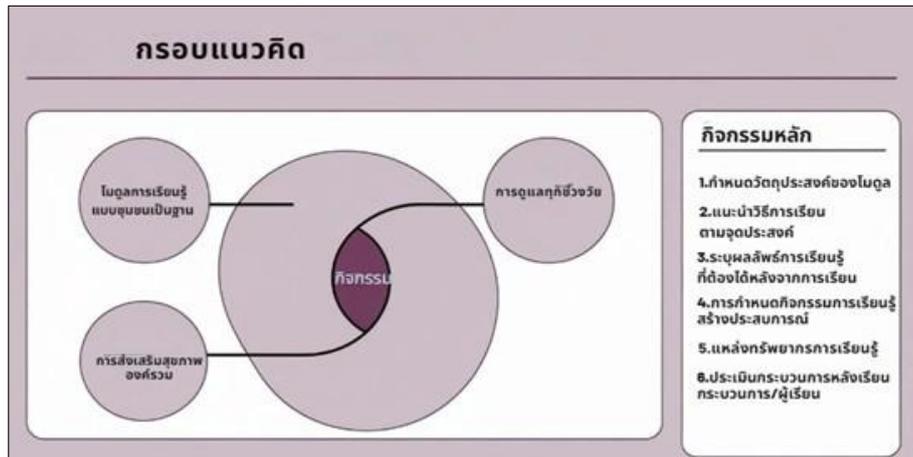
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired samples t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับความเห็นชอบโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ให้การรับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยตามเกณฑ์การพิจารณาทบทวนแบบ

กรณียกเว้น (Exemption review) เลขที่ HE672069 รับรอง ณ วันที่ 13 พฤศจิกายน 2567 ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาภายใต้หลักจริยธรรม โดยขอความยินยอมจากผู้เรียนก่อนเข้าร่วมวิจัย และรักษาความลับของข้อมูลทั้งหมดโดยไม่มีผลกระทบต่อผลการเรียนของผู้เข้าร่วมวิจัย



Techniques: Developing learning modules for adults. Ricard, V. B. (1990).

ผลการวิจัย

ข้อมูลลักษณะทางประชากร นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2567 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์ และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 97 คน จำแนก

เป็นเพศชาย จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 15.5 เพศหญิง จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 84.5 จำแนกตามอายุ ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 97 คน มีอายุ 19 ปีจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.25 อายุ 20 ปี จำนวน 79 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.44 และอายุ 21 ปีขึ้นไป จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.31 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร (N = 97)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	15	15.50
หญิง	82	84.50
อายุ		
อายุ 19 ปี	8	8.25
อายุ 20 ปี	79	81.44
อายุ 21 ปี	10	10.31

การเรียนรู้ด้วยโมดูลการเรียนรู้แบบชุมชนเป็นฐาน ในรายวิชาการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ต่อสมรรถนะของผู้เรียนศตวรรษที่ 21 ด้าน 4 C ด้านสุขภาพปฐมภูมิ อันได้แก่ ทักษะในการคิด วิเคราะห์ คิดอย่างมีวิจารณญาณ และแก้ปัญหา (Critical thinking and problem solving) ทักษะความคิดสร้างสรรค์ คิดเชิงนวัตกรรม (Creativity and innovation) ทักษะความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ (Collaboration teamwork and leadership) และ ทักษะด้านการสื่อสารสารสนเทศ และรู้เท่า

ทันสื่อ (Communications, information, and media literacy) เปรียบเทียบคะแนนผลสัมฤทธิ์ของการเรียนรู้ด้วยโมดูลการเรียนรู้แบบชุมชนเป็นฐานและรูปแบบดั้งเดิม และความพึงพอใจต่อการเรียนโมดูลการเรียนรู้แบบชุมชนเป็นฐาน โดยผลการวิจัยจำแนกตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1) ผลของโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยรูปแบบโมดูล ในรายวิชาการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม สมรรถนะของผู้เรียนศตวรรษที่ 21 ด้าน 4 C for C (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 สมรรถนะของผู้เรียนศตวรรษที่ 21 ด้าน 4 C ด้านสุขภาพปฐมภูมิ (N = 97)

สมรรถนะของผู้เรียนศตวรรษที่ 21 ด้าน 4 C ด้านสุขภาพปฐมภูมิ	Mean \pm S.D.	แปลผล
ทักษะในการคิด วิเคราะห์ คิดอย่างมีวิจารณญาณ และแก้ปัญหา	4.05 \pm 0.57	มาก
ทักษะความคิดสร้างสรรค์ คิดเชิงนวัตกรรม	4.10 \pm 0.60	มาก
ทักษะความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ	4.16 \pm 0.60	มาก
ทักษะด้านการสื่อสารสารสนเทศ และรู้เท่าทันสื่อ	4.13 \pm 0.61	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่า ทักษะในการคิด วิเคราะห์ คิดอย่างมีวิจารณญาณ และแก้ปัญหา (Critical Thinking and problem solving) มีคะแนนเฉลี่ย 4.05 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.57 ด้านทักษะความคิดสร้างสรรค์ คิดเชิงนวัตกรรม (Creativity and innovation) มีคะแนนเฉลี่ย 4.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.60 ด้านทักษะความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ (Collaboration teamwork and leadership) มีคะแนนเฉลี่ย 4.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.60 ด้านทักษะการสื่อสารสารสนเทศ และรู้เท่าทันสื่อ (Communications, information, and media literacy) มีคะแนนเฉลี่ย 4.13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.61 ในภาพรวมสมรรถนะของผู้เรียนศตวรรษที่ 21 ด้าน 4 C ด้านสุขภาพปฐมภูมิ อยู่ในระดับมากทุกองค์ประกอบ

2) การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์หลังการเรียนรู้โมดูลการเรียนรู้แบบชุมชนเป็นฐาน และรูปแบบดั้งเดิม ในรายวิชาการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ระบบการศึกษาแบบดั้งเดิมด้วยการจัดหลักสูตร

ตามตารางเวลาที่ไม่ยืดหยุ่น ซึ่งมีข้อจำกัดด้านเวลาในการเรียนรู้ของนักเรียนและเป็นการบรรยาย นักศึกษาจะเรียนรู้ผ่านการฟังและการสังเกต สิ่งที่อยู่ในชั้นเรียนหลักสูตรแบบดั้งเดิมมักเน้นการสอนหัวข้อต่างๆ ให้กับผู้เรียนในห้องเรียน ถ่ายทอดทั้งหมดในรูปแบบเดียวกันในเวลาเดียวกันโดยเป็นวิธีการเรียนรู้แบบการรับความรู้ทาง Passive ซึ่งประกอบด้วย การฟัง การอ่าน การจดบันทึก และการศึกษาทั้งแบบเดี่ยวและแบบกลุ่ม ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา วัดจากความสามารถในการจดจำ และการทดสอบความรู้และทักษะความเข้าใจอย่างละเอียด ด้านการเรียนรู้ด้วยโมดูลการเรียนรู้แบบชุมชนเป็นฐาน เพื่อพัฒนาการเรียนการสอนรวมถึงจัดหมวดเนื้อหาที่ต้องดำเนินการในชุมชนมาจัดวิธีการเรียนการสอนในรูปแบบโมดูล โดยจัดเรียงหัวข้อให้เรียนทฤษฎีตามลำดับโดยคำนึงถึงความต่อเนื่องพร้อมฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการพยาบาลให้แล้วเสร็จจึงลงฝึกกิจกรรมในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมในการออกแบบกับอาจารย์พี่เลี้ยงที่อยู่แหล่งฝึกในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบล (รพ.สต.) เพื่อออกแบบการเรียนรู้ร่วมกับสห
สาขาวิชาชีพในการออกปฏิบัติการ เป็นเวลารวม 2

สัปดาห์ จนสิ้นสุดการเรียนรู้แบบโมดูลการเรียนรู้
แบบชุมชนเป็นฐาน (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนผลสัมฤทธิ์ของการเรียนโมดูลการเรียนรู้แบบชุมชนเป็นฐาน
และรูปแบบดั้งเดิม (N = 97)

คะแนน	จำนวน นักศึกษา	คะแนนเฉลี่ย	Mean diff	95% CI	p-value
รูปแบบโมดูล	97	58.06(8.80)	10.96	9.41 to 12.50	<0.001
รูปแบบดั้งเดิม	97	47.10(4.33)			

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนผลสัมฤทธิ์
ของการเรียนโมดูลการเรียนรู้แบบชุมชนเป็นฐาน
ในรายวิชาการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ใน
นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน เรื่อง การเรียนรู้ด้าน
การส่งเสริมสุขภาพชุมชนแบบองค์รวม การ
วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพในแต่ละช่วงวัย การเรียนรู้
ชุมชนและเครือข่ายในชุมชน พบว่า นักศึกษาได้รับ
การสอนตามขั้นตอนของการเรียนรู้ด้วยรูปแบบ
โมดูล รวมถึงการจัดกระบวนการที่ต่อเนื่องมี

คะแนนหลังการจัดการเรียนรู้ มีค่าเฉลี่ยของ
คะแนนผลสัมฤทธิ์ เท่ากับ 58.06 เมื่อเปรียบเทียบกับ
การเรียนรู้ด้วยรูปแบบดั้งเดิมพบว่ามีค่าเฉลี่ยของ
คะแนนผลสัมฤทธิ์ เท่ากับ 47.10 และมีความ
แตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.96 สูงกว่า
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001

3) ศึกษาระดับความพึงพอใจหลังการเรียนรู้
โมดูลการเรียนรู้แบบชุมชนเป็นฐาน ในรายวิชาการ
ส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจหลังการเรียนรู้แบบชุมชนเป็นฐาน
ในรายวิชาการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม (N = 97)

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน	ร้อยละ
สูง (3.68-5.00)	81	83.51
กลาง (2.34-3.67)	16	16.49
ต่ำ (1-2.33)	0	0.00
Mean±S.D.: 4.11±0.60		

จากตารางที่ 4 พบว่าความพึงพอใจหลังการ
เรียนโมดูลการเรียนรู้แบบชุมชนเป็นฐาน ใน
รายวิชาการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม มีผล
ระดับความพึงพอใจ ในระดับสูง เป็นร้อยละ
83.51 จำนวน 81 คนในระดับกลางเป็นร้อยละ
16.49 จำนวน 16 คน

การอภิปรายผล

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้เป็นการนำ
ผลการสะท้อนจากการจัดการเรียนการสอนในปี
การศึกษาที่ผ่านมาในปีการศึกษา 2566 ซึ่งสะท้อน

ในเรื่องการเรียนรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพชุมชน
แบบองค์รวม การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพในแต่ละ
ช่วงวัย การเรียนรู้ชุมชนและเครือข่ายในชุมชน
ผ่านประสบการณ์ทำกิจกรรมในงานชุมชน เช่น
งานอนามัยโรงเรียน การเยี่ยมกรณีศึกษา การ
ดำเนินกิจกรรมโครงการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งล้วน
เป็นการดำเนินงานในชุมชนพื้นที่เดียวกัน การ
เรียนในชั้นเรียน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ทำให้การ
ดำเนินงานในรายวิชาไม่ต่อเนื่องและไม่สามารถ
วางแผนให้หัวข้อการเรียนรู้ส่วนของพื้นที่ชุมชน

สามารถดำเนินการต่อเนื่องได้ สำหรับการเรียนในรูปแบบโมดูลนั้นมีความเป็นอิสระ การจัดหมวดหัวข้อด้านการเรียนรู้ในชุมชนและสามารถดำเนินการจัดการจัดการเรียนการสอนในลักษณะที่เป็นการเรียนในวัตถุประสงค์สอดคล้องกัน ดำเนินการได้ร่วมกัน จะช่วยตอบสนองด้านเวลาและความต้องการในการสร้างความรู้และประสบการณ์ที่ผู้เรียนต้องการเป็นสำคัญ มาวางแผนตามขั้นตอนขององค์ประกอบด้วยการจัดโมดูล พร้อมทั้งดำเนินการศึกษาวิจัยผลของโมดูลการเรียนรู้แบบชุมชนเป็นฐาน เพื่อการเสริมสร้างสมรรถนะ 4C for C ด้านสุขภาพปฐมภูมิ ปีการศึกษา 2567

ในทางการศึกษาเพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากรูปแบบที่หลากหลาย โดยหารูปแบบที่เหมาะสมกับผู้เรียนและสถานการณ์ จากรูปแบบดั้งเดิมของหลักสูตรการจัดการเรียนการสอนไม่สามารถตอบสนองต่อสภาพการณ์และความต้องการของผู้เรียนด้วยวิธีการใดเพียงวิธีการหนึ่ง รวมถึงไม่สอดคล้องกับทิศทางการเปลี่ยนแปลงทางสภาพสังคมและสถานการณ์ของประเทศ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องมีการปรับตัวในการจัดหลักสูตรและรูปแบบการเรียนการสอนให้ สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทั้งนี้สถาบันอุดมศึกษาหรือมหาวิทยาลัยในประเทศไทยหลายแห่งมีการจัดการเรียนการสอนด้วยรูปแบบโมดูล ซึ่งเหมาะสมกับผู้เรียนในแต่ละหลักสูตร สำหรับวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ได้ศึกษาวิจัยรูปแบบการเรียนการสอนเพื่อให้สามารถตอบสนองกับการแก้ไขปัญหา ด้วยวิธีการใหม่ โดยอาศัยหลักการโมดูล Ricard, VB. (1990)⁹ ร่วมกับการเรียนรู้โดยชุมชนเป็นฐานสร้างประสบการณ์ในชุมชนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพผู้เรียน ในแผนการจัดการเรียนการสอน จัดการเรียนแบบโมดูลโดยเลือกวัตถุประสงค์การเรียนรู้ หัวข้อของการเรียนที่มีประสบการณ์การดำเนินกิจกรรมในชุมชน เป็นการสร้างประสบการณ์ให้แก่ผู้เรียน โดยประกอบด้วยขั้นตอนโดยนำรูปแบบของบทเรียน

โมดูลจะประกอบไปด้วย 6 ขั้นตอน มาปรับใช้กับการเรียนการสอน ดังต่อไปนี้ 1) กำหนดวัตถุประสงค์ของโมดูล เป็นขั้นตอนแรกการเตรียมความพร้อมของผู้เรียน โดยแจ้งความสำคัญวัตถุประสงค์ของบทเรียน ขอบเขตของเนื้อหา รายละเอียดในโมดูล 2) แนะนำวิธีการเรียนตามจุดประสงค์ของโมดูล เป็นจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมในการเรียนโมดูลการเรียนรู้แบบชุมชนเป็นฐาน ซึ่งการเรียนจุดประสงค์ตามลำดับของสมรรถนะของผู้เรียนในการดำเนินการได้คำนึงถึงลำดับก่อนและหลังเรียนที่ต้องเกิดขึ้น พร้อมวางกิจกรรมให้สอดคล้องกับความรู้ สมรรถนะผู้เรียนมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรมให้ผู้เรียนได้มีการลงมือปฏิบัติ โดยใช้กระบวนการกลุ่มในการวางแผนงานร่วมกัน เพื่อดำเนินกิจกรรมตลอดการศึกษาในชุมชน 3) ระบุผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ต้องได้หลังจากการเรียน โดยใช้ความรู้พื้นฐานและประสบการณ์ของกิจกรรมในชั้นเรียนที่ได้เรียนทั้งการนำเสนองาน ในส่วนที่เกี่ยวข้องการทำงานแบบทดสอบ ในส่วนเนื้อหา รวมถึงมีการใช้แบบประเมินสุขภาพในทุกกลุ่มวัยที่ได้ทำกิจกรรมรายบุคคล ทั้งนี้ผู้วิจัยมีการค้นหาความรู้และประสบการณ์เดิมของนักเรียน โดยการให้นักเรียนแสดงออกมาว่าแต่ละคนมีความรู้ พื้นฐานเดิมในเรื่องที่เรียนมาก เพื่อใช้ความคิดรวบยอดความรู้เดิมที่เพิ่มเติมจากห้องเรียนจัดการเรียนความรู้ที่ต้องใช้ในโมดูลการเรียนรู้แบบชุมชนเป็นฐาน ใช้การฝึกทักษะ สาธิตย้อนกลับ ทดสอบย่อย เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้พื้นฐาน 4) การกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้ สามารถใช้การประเมินผลก่อนเรียนซึ่งจะต้องออกข้อสอบให้จุดประสงค์ของโมดูลที่กำหนด โดยใช้กระบวนการวิพากษ์ข้อสอบเพื่อให้สอดคล้องกับการวัดผลจากกิจกรรมที่วางแผนไว้ 5) แหล่งเรียนรู้ที่ได้จากได้จากการวิเคราะห์จุดประสงค์เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เรียน เรียงกิจกรรมควบคู่กับกิจกรรมตามลำดับความสำคัญก่อนหลัง ทั้งจากห้องปฏิบัติการ พื้นที่ในชุมชน มีการกระตุ้นความ

สนใจ การนำศึกษาบริบทในหน่วยบริการปฐมภูมิ สร้างประสบการณ์ในชุมชนประกอบด้วย สถานการณ์ พื้นที่ในการดำเนินโครงการ งานอนามัยโรงเรียนในตำบลซึ่งเป็นแหล่งเรียนรู้ และใช้ ความรู้ด้านการดูแลพัฒนาการเด็กเล็กและการ ส่งเสริมสุขภาพนักเรียนประถมวัย รวมถึง สถานการณ์การติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชน 6) ขึ้นประเมินผลหลังเรียน ในส่วนกระบวนการและ ส่วนผู้เรียนเพื่อให้ผู้เรียนได้ประเมินความก้าวหน้า ตนเอง โดยนำความรู้ในรายวิชาและการบูรณาการ กับศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องโดยนำศาสตร์การดูแล ผู้สูงอายุเพื่อบูรณาการเนื้อหาและกิจกรรมร่วมกัน

จากองค์ประกอบของการเรียนโมดูลการเรียนรู้อย่างเป็นพื้นฐานนี้จะช่วยให้ผู้เรียนได้ สร้างการเรียนรู้ ประสบการณ์การทำงานร่วมกับ เครือข่ายสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บุคลากร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน การใช้ทักษะในการดำเนินงานโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม รวมถึงมีความคงทนในการจดจำและช่วย ส่งเสริมผู้เรียนมีความรู้ภายหลังเรียนเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ อติพร สุวรรณอำภา และคณะ, (2568)¹⁰ พบว่าการเรียนรู้โดยผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง และการมีสื่อการเรียนรู้ที่หลากหลาย การมี ปฏิสัมพันธ์เชิงประสบการณ์ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อ ต่อการเรียนรู้จะส่งผลให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพ มากยิ่งขึ้น รวมถึงเกิดการพัฒนากระบวนการคิด อย่างมีเหตุผล การสอนในลักษณะของโมดูลนี้จะ ส่งเสริมให้เกิดทักษะของผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาด้านความคิด สร้างสรรค์ด้วยการพัฒนาโมดูลการเรียนรู้ด้วย กระบวนการสืบเสาะหาความรู้ในกลุ่มนักศึกษาครู เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ ทางนวัตกรรม สอดคล้องกับปรัชชาพรรณ อินทรสุขสันติ, (2567)¹¹ พบว่าความรู้และความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม ด้านความคิดสร้างสรรค์ซึ่งตรงกับลักษณะของ ผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 เช่นเดียวกันด้วยการใช้ ความรู้ที่ได้จากการบูรณาการข้ามศาสตร์ประกอบ

กันกับวิชาแกนหลัก เพื่อสร้างโอกาสที่จะประยุกต์ ทักษะเชิงบูรณาการข้ามสาระเนื้อหา และสร้าง ระบบการเรียนรู้ ที่เน้นสมรรถนะของวิชาชีพเป็น ฐาน (Competency-based) ซึ่งในการดำเนินการ นี้จะใช้สมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุขชุมชน ในการปฏิบัติการเรียนรู้ ซึ่งการฝึกสมรรถนะจะ ช่วยให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วม ทั้งยังช่วยส่งเสริมและ กระตุ้นผู้เรียนด้านการเรียนรู้ได้ดี สอดคล้อง กับชัชชพนธ์ จันวงศ์เดือน, และคณะ (2568)¹² พบว่าการเรียนโมดูลจะช่วยให้สามารถเชื่อมโยง เนื้อหากับประสบการณ์จริง และทำให้ผู้เรียนมี ความรู้ที่นำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง ในการ สร้างนวัตกรรมและวิธีการเรียนรู้ในเชิงบูรณาการที่ มีเทคโนโลยีเป็นตัวเกื้อหนุน การเรียนรู้แบบสืบค้น และวิธีการเรียนจากการใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem-based) บูรณาการแหล่งเรียนรู้ (Learning resources) จากชุมชนเข้ามาใช้ใน โรงเรียนตาม กระบวนการเรียนรู้แบบ Project-based learning: PBL

การสรุปผลการวิจัย

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการ สาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะ สาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระ บรมราชชนก ได้ดำเนินการวิเคราะห์ปัญหาที่ส่งผล ต่อการเรียนรู้ของผู้เรียนอย่างจริงจังโดยอาศัย กระบวนการวิจัยเพื่อช่วยหาวิธีการจัดการเรียน การสอนที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ ในนักศึกษาที่ กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2567 รายวิชา การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม เพื่อจัดการ อุปสรรคเรื่องระยะเวลาของการเรียนดั้งเดิมที่เรียน รายสัปดาห์ ส่งผลต่อดำเนินกิจกรรมที่ไม่สามารถ ดำเนินการได้เสร็จส่งผลต่อการเรียนรู้และการฝึก ปฏิบัติโดยเฉพาะกิจกรรมที่ต้องดำเนินการภายใน โรงเรียนระดับประถมและมัธยมศึกษามีผลกระทบ ต่อกิจกรรมและการเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง อีกทั้ง กิจกรรมการเยี่ยมบ้านมีปัจจัยด้านการเดินทางเข้า

ไปยังชุมชนที่ต้องดำเนินการพร้อมกับกิจกรรมด้านส่งเสริมงานอนามัยโรงเรียน

จากการดำเนินการวิจัยในชั้นเรียนครั้งนี้ พบว่า โมเดลการเรียนรู้แบบชุมชนเป็นฐานเพื่อการเสริมสร้างสมรรถนะ 4C for C ด้านสุขภาพ ปฐมภูมิในการเรียนรู้ด้วยโมเดลการเรียนรู้แบบชุมชนเป็นฐาน เปรียบเทียบกับรูปแบบดั้งเดิม ด้วยระบบทวิภาคตามแผนการศึกษาจึงเป็นวิธีการช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง ผู้เรียนสามารถบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ได้ครบถ้วน

ข้อเสนอแนะ

จากการดำเนินการวิจัยในชั้นเรียนนี้ ยังคงมีกระบวนการที่เป็นประเด็นในส่วนของพัฒนาความสามารถของผู้เรียนได้เพิ่มเติม ดังนี้

1. การเพิ่มเติมหัวข้อของศาสตร์ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการจัดแผนการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อช่วยในด้านการเชื่อมโยงความคิดเพื่อให้การดูแลแบบองค์รวมเด่นชัดขึ้น โดยใช้ศาสตร์ที่นักศึกษาเรียนในชั้นปีเดียวกันมาบูรณาการ ทั้งนี้สามารถใช้เวลาในการเรียนที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งลดความซ้ำซ้อน และยังสามารถเชื่อมโยงความคิดได้มากยิ่งขึ้น

2. การบูรณาการในศาสตร์อื่นที่สามารถช่วยในการพัฒนาต่อยอด ด้านนวัตกรรมสุขภาพ โดยได้รับการส่งเสริมในส่วนของความคิดสร้างสรรค์ เช่น นวัตกรรมด้านอาหารสุขภาพ นวัตกรรมของการเป็นผู้ประกอบการ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการและคณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสี องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น องค์การบริหารตำบลโคกสี ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต.โคกสี คณะครูและผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านโคกแปะ โรงเรียนบ้านเลิง โรงเรียนโคกสีวิทยา เสริม โรงเรียนบ้านหนองไหล หนองบัวทอง โรงเรียนบ้านหนองเต่าบึงเรือใหญ่ โรงเรียนบ้านหนองหัววัว โรงเรียนบ้านพรหมนิมิตร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหนองไหล หนองบัวทอง

โคกแปะ ผู้นำชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง คณาจารย์ประจำกลุ่มรายวิชาการส่งเสริมสุขภาพ แบบองค์รวม ตลอดจนนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2567

เอกสารอ้างอิง

1. สมศักดิ์ ดลประสิทธิ์. แนวทางการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนากำลังคนในศตวรรษที่ 21. ครูสภาวิทยาจารย์. 2564; 2(1): 1-15.
2. Remesh A. Curriculum design principles for developing a module in medical education. Prog Med Sci. 2017; 24(2): 34-7.
3. เกสร พรหมเหล็ก, ศมนันท์ ทศนีย์ สุวรรณ, กรรทีมา มีสุนทร, วิชยาพร ทองเพชร. ประสพการณ์ของนักศึกษาต่อการเรียนแบบโมดูลวิชาทฤษฎีและปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2568; 17(2): 225-47.
4. อุษา สติถย์มัน, มานะ ขาวเงิน, จิตสุภา สาคร. การพัฒนาหลักสูตรแบบโมดูล และยกระดับศักยภาพภาษาอังกฤษทางด้านโลจิสติกส์ ในภาคอุตสาหกรรม. วารสารรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 2564; 4(3): 125-38.
5. Osman K, Meerah S. The Impact of Module Based Curriculum and Extra-Curriculum Activities' in Developing Environmental Skills among Saudi's Secondary Students. Procedia Soc Behav Sci. 2011; 15(4): 1756-60.

6. บัวสนธ์ รัตน์. โมดูล : ทางเลือกเพื่อความอยู่รอดในการจัดการศึกษาของมหาวิทยาลัยไทย. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย. 2566; 15(1): 1-11.
7. ดนุพล สืบสำราญ. การจัดการเรียนรู้โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือเพื่อเปรียบเทียบทักษะการเรียนรู้และประเมินความพึงพอใจของนักเรียนระดับประถมศึกษาในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการ และวิจัย มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2565; 12(3): 211-26.
8. โภโคย เสาบุญ, โสภณ จันทร์ทิพย์, ธรรมรัตน์ แซ่ตัน, ธงชัย สุธีรศักดิ์, วิชรวดี ลิ้มสกุล. การศึกษาความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการเรียนการสอนระดับปริญญาตรีของคณะเทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อมภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารสังคมวิจัยและพัฒนา. 2566; 5(2): 1-21.
9. Ricard VB. Techniques: Developing Learning Modules for Adults. J Adult Educ. 1990; 18(2): 1-5.
10. ธิติพร สุวรรณอำภา, พงศธร มหาวิจิตร, อุดมลักษณ์ กุลศรีโรจน์. การพัฒนาบทเรียนโมดูลพื้นฐานวิชาชีพ สำหรับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (สำหรับผู้จบปริญญาตรีสาขาอื่น). วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข. 2568; 5(2): 1-19.
11. รัชดาพรรณ อินทรสุขสันติ. การพัฒนาโมดูลการเรียนรู้ด้วยกระบวนการสืบเสาะหาความรู้แบบ 5E เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ทางนวัตกรรมการศึกษาพิเศษ สำหรับนักศึกษาครู. วารสารมณีเชษฐาราม วัดจอมมณี. 2567; 7(3): 404-18.
12. ชัชชนพงษ์ จันวงศ์เดือน, วริญรดา บรรหาร, พิชญุชย์ ธีรปรีชาวิศว์. ความพึงพอใจของนักศึกษาครูต่อการจัดการเรียนรู้รายวิชาโมดูลหลักสูตรและการจัด การเรียนรู้สำหรับผู้เรียนที่หลากหลายภายใต้การจัดการเรียนรู้ที่ใช้เทคโนโลยี AI เป็นฐาน. วารสารสหวิทยาการศึกษาศาสตร์. 2568; 1(3): 17-25.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลบวกจากการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
ด้วยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ ของประชาชน อายุ 50-70 ปี
อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

สุชาวดี ศรีมุงคุณ¹, สุทิน ชนะบุญ²

(วันที่รับบทความ: 20 กรกฎาคม 2568; วันที่แก้ไข: 23 สิงหาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 22 กันยายน 2568)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลังครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลบวกจากการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระของประชาชนอายุ 50-70 ปี อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 423 แบ่งเป็นกลุ่มศึกษา จำนวน 141 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 282 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ ระหว่าง 0.67-1 แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชาชนที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีค่าความเที่ยงโดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของควอนบาค พบว่า ด้านพฤติกรรมสุขภาพ มีค่า 0.90 และด้านความรู้ด้านสุขภาพ มีค่า 0.94 สถิติพรรณนาใช้ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด-ต่ำสุด สถิติอนุมานใช้สถิติถดถอยพหุโลจิสติก กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลบวกจากการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ประวัติอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร ($OR_{adj} = 2.19$, 95% CI: 1.19 ถึง 4.05, p-value = 0.011) ความรอบรู้ด้านสุขภาพการเข้าถึงแหล่งข้อมูลโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระดับไม่เพียงพอและเป็นปัญหา ($OR_{adj} = 1.81$, 95% CI: 1.08 ถึง 3.05, p-value = 0.023) และความรู้ด้านสุขภาพการนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลสุขภาพ ในระดับไม่เพียงพอและเป็นปัญหา ($OR_{adj} = 2.14$, 95% CI: 1.20 ถึง 3.83, p-value = 0.010)

ดังนั้น ควรปรับแนวทางให้กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงได้รับการตรวจคัดกรองอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเชิงรุกในระดับชุมชน พัฒนาสื่อให้เข้าถึงง่ายและใช้งานได้จริง เพิ่มช่องทางให้ประชาชนสามารถปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพได้ง่ายขึ้น

คำสำคัญ: การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง, การตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

¹ นักศึกษา, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: 66202501015@scphkk.ac.th

² วิทยากรชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: sutin@scphkk.ac.th

Corresponding author: สุทิน ชนะบุญ, E-mail: sutin@scphkk.ac.th

Factors Associated with Positive Results from Colorectal Cancer Screening by Fecal Immunochemical Test among People Aged 50-70 Years in Huaimek District, Kalasin Province

Suchawadee Srimungkhun¹, Sutin Chanabun²

(Received: 20th July 2025; Revised: 23rd August 2025; Accepted: 22th September 2025)

Abstract

This analytical case-control study aimed to investigate the factors associated with positive results from colorectal cancer screening by fecal immunochemical test among people aged 50 - 70 years in Huaimek district, Kalasin province. The sample group consisted of 141 people in the case group and 282 people in the control group. Data were collected using a structured questionnaire, which underwent content validity assessment by three experts, yielding item-objective congruence (IOC) values between 0.67 and 1. The questionnaire was pilot-tested in 30 individuals with similar characteristics to the study population, demonstrating high reliability with Cronbach's alpha coefficients of 0.90 for health behaviors and 0.94 for health literacy. Descriptive statistics included frequency, percentage, mean, standard deviation, and range, while inferential statistics were analyzed using multiple logistic regression at a significance level of 0.05.

The results showed that the factors significantly associated with positive results from colorectal cancer screening by fecal immunochemical test (p -value < 0.05) were history of abnormal gastrointestinal symptoms ($OR_{adj} = 2.19$, 95% CI: 1.19 - 4.05, p -value = 0.011), inadequate and problematic health literacy regarding access to colorectal cancer information ($OR_{adj} = 1.81$, 95% CI: 1.08 - 3.05, p -value = 0.023), as well as inadequate and problematic health literacy regarding the application of health information in self-care ($OR_{adj} = 2.14$, 95% CI: 1.20 - 3.83, p -value = 0.010).

It could be suggested that the current guidelines should be revised to mandate at least annual FIT screening for individuals at heightened risk. In parallel, proactive community-level health literacy initiatives must be intensified by creating user-friendly, actionable educational resources and by expanding accessible channels through which the public can readily consult qualified health professionals.

Keywords: Colorectal cancer screening, Fecal immunochemical test, Health literacy

¹ Student, Master of Public Health, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: 66202501015@scphkk.ac.th

² Instructor, Senior Professional Level, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: sutin@scphkk.ac.th

Corresponding author: Sutin Chanabun, E-mail: sutin@scphkk.ac.th

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Colorectal cancer : CRC) คือภาวะที่เซลล์เยื่อภายในลำไส้ใหญ่หรือไส้ตรงเจริญเติบโตผิดปกติกลายเป็นเนื้อร้าย รายงานอุบัติการณ์โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของทั่วโลก จากข้อมูลสถิติ Cancer today ขององค์การอนามัยโลก ปี 2565 พบอุบัติการณ์โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มากเป็นอันดับสามของโลก รองมาจากมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านม โดยพบอัตราการอุบัติการณ์ในเพศชายเท่ากับ 21.9 ต่อประชากรแสนคน เพศหญิงเท่ากับ 15.2 ต่อประชากรแสนคน และเป็นสาเหตุสำคัญอันดับสองของการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งทั่วโลก อัตราการเสียชีวิต เท่ากับ 8.1 ต่อประชากรแสนคน¹แนวโน้มภาระโรคสูงขึ้นต่อเนื่อง โดยคาดว่าภายในปี2583จะมีผู้ป่วยรายใหม่3.2ล้านคนต่อปี (เพิ่มขึ้นร้อยละ 63) และเสียชีวิต1.6ล้านคนต่อปี (เพิ่มขึ้นร้อยละ 73)²การพยากรณ์โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ขึ้นอยู่กับระยะของการวินิจฉัย หากตรวจพบมะเร็งระยะเริ่มแรก จะมีอัตราการรอดชีวิตสูงกว่ามะเร็งระยะลุกลาม การวินิจฉัยอย่างทันท่วงที การรักษาที่เหมาะสม และการติดตามผลอย่างสม่ำเสมอมีความสำคัญต่ออัตราการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิต

สำหรับประเทศไทย มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมีอุบัติการณ์สูงเป็นอันดับสามของมะเร็งทั้งหมด โดยปี 2565 พบอัตราการอุบัติการณ์ในเพศชาย 17.7 ต่อประชากรแสนคน และเพศหญิง 14.5 ต่อประชากรแสนคน อีกทั้งยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่สี่ รองมาจาก มะเร็งตับ มะเร็งปอดและมะเร็งเต้านม³ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายการตรวจคัดกรองโดยใช้วิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (Fecal immunochemical test: FIT Test) สำหรับประชาชนอายุ 50-70 ปี หากผลตรวจเป็นบวกจะได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) เพื่อตรวจหาความผิดปกติและวินิจฉัยในระยะ

เริ่มต้น⁴ ข้อมูลจังหวัดกาฬสินธุ์ในปี 2565-2566 พบว่า การตรวจคัดกรอง FIT Test สำหรับประชากรกลุ่มเป้าหมาย สามารถค้นหาผู้ที่มีผลบวกได้ร้อยละ 7.72 และ 7.78 ตามลำดับ ในปี 2566 กลุ่มที่มีผลบวก เข้ารับการส่งต่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่ พบความผิดปกติ ร้อยละ 16.28 และพบมะเร็ง ร้อยละ 2.01⁵ ข้อมูลอำเภอห้วยเม็กในปี 2565-2566 พบว่า การตรวจคัดกรอง FIT Test สำหรับประชากรกลุ่มเป้าหมาย สามารถค้นหาผู้ที่มีผลบวกได้ร้อยละ 10.14 และ 5.64 ตามลำดับ ในปี 2566 กลุ่มที่มีผลบวก เข้ารับการส่งต่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 51.43 พบความผิดปกติ ร้อยละ 66.67 และพบมะเร็ง ร้อยละ 2.78 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ในปี 2565 มีอัตราผลบวกสูงกว่าเฉลี่ยของจังหวัด เมื่อพิจารณาข้อมูลการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ พบว่า ผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องมีสัดส่วนความผิดปกติและมะเร็งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัด สะท้อนให้เห็นว่าประชาชนอำเภอห้วยเม็ก มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลบวกจากการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT Test มีหลายปัจจัย เช่น อายุ ประวัติอาการทางเดินอาหาร การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคเนื้อแดง และประวัติครอบครัว^{6,7}นอกจากนี้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยความรอบรู้ทางด้านสุขภาพกับผลบวก จากการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง รวมถึงบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง หากการตรวจคัดกรองเบื้องต้น พบผลบวก หรือมีอาการผิดปกติเข้าใจถึงสาเหตุ อาการแสดง และปฏิบัติของตน เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นปัจจัยสำคัญ โดยใช้ข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และตัดสินใจ เพื่อดำเนินการตรวจ

ยืนยัน วินิจฉัยโรค และเข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างถูกต้อง^{8,9}

ถึงแม้จะมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในหลายพื้นที่แต่ยังไม่มีการศึกษาเฉพาะเจาะจง ในบริบทของอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นพื้นที่ชนบท ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ประชาชนบางส่วนมีพฤติกรรมเสี่ยง โดยเฉพาะช่วงเทศกาลงานบุญต่าง ๆ นิยมนำเนื้อวัว และหมู เพื่อนำมาประกอบอาหาร เช่น ลาบดิบ ซอยจืดดิบ ร่วมกับการดื่มสุรา ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ทั้งนี้อาจเนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอำเภอห้วยเม็ก ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลบวกจากการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระของประชาชนอายุ 50-70 ปี อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อนำไปพัฒนาแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มการเข้าถึงการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ลดภาวะโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลบวกจากการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ ของประชาชนอายุ 50-70 ปี อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบจากผลย้อนกลับไปหาเหตุ (Case-control Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชาชนอายุ 50-70 ปี พื้นที่อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT Test) ในปีงบประมาณ 2567 กำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ประชาชนที่อายุ 50-70 ปี
2. อาศัยในพื้นที่อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างน้อย 6 เดือนก่อนเข้าร่วมการศึกษา
3. ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT Test) จากสถานพยาบาลของรัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลห้วยเม็ก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอห้วยเม็ก ในปีงบประมาณ 2567 ระยะเวลาระหว่างเดือนตุลาคม 2566-กันยายน 2567 โดยแบ่งเป็น
 - 3.1 กลุ่มศึกษา (Case) คือ ผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT Test) ให้ผลตรวจเป็นบวก
 - 3.2 กลุ่มควบคุม (Control) คือ ผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT Test) ให้ผลตรวจเป็นลบ
4. สามารถสื่อสารได้
5. ให้คำยินยอมเข้าร่วมการศึกษายเป็นลายลักษณ์อักษร

เกณฑ์คัดออก (Exclusions criteria)

1. มีภาวะทางจิตเวชรุนแรง ไม่สามารถให้ข้อมูลได้
2. ผู้ที่ย้ายถิ่นฐานและไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลได้

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Case-control study) ของ Sharma SK และคณะ¹⁰ ดังนี้

Sample size

$$(n) = \frac{(r + 1)}{r} * \frac{p(1 - p)(Z_{1-\beta} + Z_{1-\beta} + Z_{1-\alpha/2})^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

โดยอ้างอิงจากงานวิจัยของ จริญญา เชื้อลั่นฟ้า และคณะ⁹ ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยการบริโภคอาหารกับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT) ให้ผลบวก ในประชาชน อายุ 50-70 ปี ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

เมื่อ r คือ อัตราส่วนระหว่างกลุ่มศึกษา (Case) และกลุ่มควบคุม (Control) มีค่าเท่ากับ 2

p_1 คือ สัดส่วนของคนที่มีติ่มแอลกอฮอล์ ผลตรวจเป็นบวก มีค่าเท่ากับ 0.46

p_2 คือ สัดส่วนของคนที่มีติ่มแอลกอฮอล์ ผลตรวจเป็นลบ มีค่าเท่ากับ 0.31

p คือ สัดส่วนของคนที่มีติ่มแอลกอฮอล์ กลุ่มศึกษา (Case) และ กลุ่มควบคุม (Control) หรือ เท่ากับ 0.39

$Z_{1-\alpha/2}$ คือ ค่ามาตรฐานจากตารางการแจกแจงปกติแบบมาตรฐาน เมื่อกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) = 0.05 โดย $\beta_{1-0.025}$ มีค่าเท่ากับ 1.96

$Z_{1-\beta}$ คือ ค่ามาตรฐานจากตารางการแจกแจงปกติแบบมาตรฐาน เมื่อกำหนดอำนาจการทดสอบที่ร้อยละ 80 เมื่อกำหนด $\square = 0.2$ โดย $Z_{0.8}$ มีค่าเท่ากับ 0.84

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{2+1}{2} * \frac{[0.39(1-0.39)][(0.84+1.96)^2]}{(0.46-0.31)^2}$$

$$n = 141$$

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างของกลุ่มศึกษา (Case) เท่ากับ 141 คน และกำหนดอัตราส่วน ระหว่างศึกษาต่อกลุ่มควบคุม (Control) เท่ากับ 1 : 2 ได้จำนวนกลุ่มควบคุม 282 คน ดังนั้นจะได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 423 คน

การสุ่มตัวอย่าง

โดยใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) มีการจัดแบ่งกลุ่มตัวอย่างแยกตามสถานบริการ จำนวน 10 สถานบริการ แล้วคำนวณขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากร (Proportional to size) ในแต่ละสถานบริการ โดยในการสุ่มกลุ่ม Control ผู้วิจัยจะสุ่มอย่างง่ายในผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองในหมู่บ้านเดียวกันกับกลุ่ม Case

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, อาชีพ, ดัชนีมวลกาย, โรคประจำตัว, ประวัติป่วยด้วยโรคมะเร็งส่วนอื่น, ประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง, ประวัติอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร เป็นคำถาม ทั้งแบบให้เลือกคำตอบและแบบเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 14 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จำนวน 16 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ได้แก่ ยากมาก ค่อนข้างยาก ค่อนข้างง่าย ง่ายมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ใช้วิธีการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบ ความตรงของเนื้อหา ความสอดคล้อง ความครอบคลุมของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัยและกรอบแนวคิด วิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (Item-objective

congruence: IOC) พบว่าข้อคำถามรายข้อ มีค่าระหว่าง 0.67-1.00

การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ไปทดลองใช้ (Try out) กับประชาชนที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่าปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ 0.90 และ ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพ 0.94

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล จำนวน 423 ชุด ซึ่งมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยต่อพื้นที่

2. ผู้วิจัยจัดอบรมแนวทางการเก็บข้อมูลในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย แก่ผู้ช่วยเก็บข้อมูลการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในโรงพยาบาลห้วยเม็ก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอห้วยเม็ก ทั้ง 9 แห่ง

3. ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลการวิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย โดยใช้แนวทางจากเอกสารชี้แจงข้อมูล และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่าง ซักถามข้อสงสัยต่างๆ จนเข้าใจ และยินยอมตอบแบบสอบถาม โดยไม่มีการบังคับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมตอบแบบสอบถามในงานวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมก่อนทำการเก็บข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อบรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยด้านความรู้

ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ได้แก่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ในกรณีที่เป็นข้อมูลแจกแจงส่วนกรณีที่เป็นข้อมูลต่อเนื่องจะนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation ; SD) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum)

2. สถิติเชิงอ้างอิง (Inferential statistics) เพื่อวิเคราะห์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลบวกจากการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ ของประชาชน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้สถิติ

- 2.1 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตามทีละคู่ (Bivariable analysis) โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบของตัวแปรอื่นๆ ใช้สถิติ Simple logistic regression โดยพิจารณานำเสนอค่า Crude odds ratio

- 2.2 วิเคราะห์ครวละหลายตัวแปร (Multivariable analysis) โดยใช้สถิติถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) วิเคราะห์แปรอิสระครวละหลายตัวแปร เพื่อควบคุม Confounding bias โดยนำตัวแปรอิสระที่ผ่านการคัดเลือกในขั้นตอนการวิเคราะห์ Bivariable analysis เข้าสู่โมเดล Multivariable analysis จากนั้นใช้วิธีการตัดตัวแปรออกทีละตัวแปร (Backward elimination) โดยขจัดตัวแปรที่มีค่า p-value >0.05 ออกทีละตัวแปรและทำการประเมินความเหมาะสมของโมเดล (Goodness of fit) โดยพิจารณาจากค่า Hosmer-Lemeshow goodness of fit test (gof) ผลการทดสอบ p-value >0.05 แสดงว่าโมเดลมีความเหมาะสมและนำเสนอด้วยค่าขนาดของ ความสัมพันธ์ที่คำนึงถึงอิทธิพลจากตัวแปรอื่น ๆ นำเสนอค่าความสัมพันธ์ด้วยอัตราเสี่ยง (Adjusted odds ratios; Adjusted OR) และการประมาณค่าช่วงเชื่อมั่น ร้อยละ 95 (95% Confidence interval; 95% CI)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE671078

ผลการวิจัย

1) ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มที่มีผลบวก (Case) จากการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ จำนวน 141 คน พบเพศหญิง ร้อยละ 50.35 ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60.28 อายุเฉลี่ย 60 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.47) ส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 72.34 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 82.97 มากที่สุดมีดัชนีมวลกายในเกณฑ์สมส่วน (18.5-22.9 กก./ m^2) ร้อยละ 36.17 รองลงมา คือ อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน (23.0-24.9 กก./ m^2) ร้อยละ 30.50 และ โรคอ้วน (25.0-29.9 กก./ m^2) ร้อยละ 29.08 ตามลำดับ ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.79 กก./ m^2 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.96) มีโรคประจำตัว ร้อยละ 39.01 มีประวัติป่วยด้วยโรคมะเร็งส่วนอื่น ร้อยละ 3.55 มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 8.51 และมีประวัติอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 19.15

กลุ่มที่มีผลลบ (Control) จากการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ จำนวน 282 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.67 ส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี ร้อยละ 50.71 อายุเฉลี่ย 59 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.63) ส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.06 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 85.10 มากที่สุดมีดัชนีมวลกายในเกณฑ์สมส่วน (18.5-22.9 กก./ m^2) ร้อยละ 40.07 รองลงมา คือ อยู่ในเกณฑ์โรคอ้วน (25.0-29.9 กก./ m^2) ร้อยละ 27.66 และน้ำหนักเกิน (23.0-24.9 กก./ m^2) ร้อยละ 25.89 ตามลำดับ ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.79 กก./ m^2 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.02) มีโรคประจำตัว ร้อยละ 31.21 มีประวัติป่วยด้วยโรคมะเร็งส่วนอื่น ร้อยละ

1.77 มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 4.61 และมีประวัติอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 8.51

เมื่อทำการเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มพบว่า กลุ่มที่มีผลบวก(Case) จากการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ มีลักษณะที่แตกต่างจาก กลุ่มที่มีผลลบ(Control) โดยพบว่ากลุ่มที่มีผลบวก (Case) มีอายุเฉลี่ยสูงกว่า มีสัดส่วนของผู้สูงอายุสูงกว่า มีสัดส่วนของผู้ที่มีน้ำหนักเกินและโรคอ้วนสูงกว่า มีอัตราการเป็นโรคประจำตัว มากกว่ากลุ่มที่มีผลลบ(Control) มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในอัตราที่สูงกว่า และพบอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหารมากกว่ากลุ่มที่มีผลลบ(Control) ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโอกาสได้รับผลบวกจากการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ

2) พฤติกรรมสุขภาพ

กลุ่มที่มีผลบวก(Case) จากการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ จำนวน 141 คน โดยรวมพบว่า มากที่สุดมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 35.47 รองลงมา ระดับดีมาก ร้อยละ 33.33 คะแนนเฉลี่ย 51.57 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.41) มีคะแนนต่ำสุด 22 คะแนน คะแนนสูงสุด 66 คะแนน และคะแนน เต็ม 70 คะแนน

กลุ่มที่มีผลลบ(Control) จากการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ จำนวน 282 คน โดยรวมพบว่า มากที่สุดมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 49.29 รองลงมา ระดับดี ร้อยละ 34.40 คะแนนเฉลี่ย 54.55 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.54) มีคะแนนต่ำสุด 32 คะแนน คะแนนสูงสุด 66 คะแนน และคะแนน เต็ม 70 คะแนน

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มที่มีผลบวก (Case) มีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมากกว่ากลุ่มที่มีผลลบ(Control) เช่น การรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของเนื้อแดงและเนื้อติดมัน การ

รับประทานเนื้อสัตว์แปรรูป การรับประทานอาหารที่ปิ้งย่างจนไหม้เกรียม การปรุงอาหาร โดยใช้น้ำมันทอดซ้ำ การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

กลุ่มที่มีผลบวก(Case) จากการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ จำนวน 141 คน พบว่า โดยภาพรวม ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 55.32 รองลงมาอยู่ในระดับที่เป็นปัญหา ร้อยละ 26.24 คะแนนความรอบรู้โดยรวมเฉลี่ย 45.44 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.56) มีคะแนนต่ำสุด 22 คะแนน และคะแนนสูงสุด 64 คะแนน เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านการเข้าถึงแหล่งข้อมูลโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 50.36 ด้านการเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 53.19 ด้านการตัดสินใจเลือกใช้แหล่งข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 51.07 ด้านการนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 50.35

กลุ่มที่มีผลลบ(Control) จากการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ จำนวน 282 คน พบว่า โดยภาพรวม ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 60.64 รองลงมาอยู่ในระดับที่เป็นเลิศ ร้อยละ 24.47 คะแนนความรอบรู้โดยรวมเฉลี่ย 49.32 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.46) มีค่าคะแนนต่ำสุด 28 คะแนน และคะแนนสูงสุด 64 คะแนน เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านการเข้าถึงแหล่งข้อมูลโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อย

ละ 53.19 ด้านการเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 64.18 ด้านการตัดสินใจเลือกใช้แหล่งข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 62.06 ด้านการนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 57.80

4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลบวกจากการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลบวกจากการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ ของประชาชนอายุ 50-70 ปี อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ วิเคราะห์คร่าวหลายตัวแปร (Multivariable analysis) พบว่า กลุ่มที่มีผลบวก(Case) จากการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ มีประวัติอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร เป็น 2.19 เท่าของกลุ่มที่มีผลลบ(Control) ($OR_{adj} = 2.19, 95\% CI$ ของ OR_{adj} อยู่ระหว่าง 1.19 ถึง 4.05, $p\text{-value} = 0.011$) กลุ่มที่มีผลบวก(Case) จากการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงแหล่งข้อมูลโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในระดับไม่เพียงพอและเป็นปัญหา เป็น 1.81 เท่าของกลุ่มที่มีผลลบ(Control) ($OR_{adj} = 1.81, 95\% CI$ ของ OR_{adj} อยู่ระหว่าง 1.08 ถึง 3.05, $p\text{-value} = 0.023$) และกลุ่มที่มีผลบวก(Case) จากการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลสุขภาพ ในระดับไม่เพียงพอและเป็นปัญหา เป็น 2.14 เท่าของกลุ่มที่มีผลลบ(Control) ($OR_{adj} = 2.14, 95\% CI$ ของ OR_{adj} อยู่ระหว่าง 1.20 ถึง 3.83, $p\text{-value} = 0.010$) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลบวกจากการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ ของประชาชนอายุ 50-70 ปี อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ วิเคราะห์คร่าวหลายตัวแปร (Multivariable analysis) การวิเคราะห์โมเดลสุดท้าย (n = 423)

ตัวแปร	ผล FIT Test		OR _{Crude}	OR _{adj}	95% CI	p-value
	ผลบวก	ผลลบ				
	(n = 141) จำนวน (ร้อยละ)	(n = 282) จำนวน (ร้อยละ)				
1. ประวัติอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร						
มี	27 (19.15)	24 (8.51)	2.54	2.19	1.19 to 4.05	0.011
ไม่มี	114 (80.85)	258 (91.49)	1			
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงแหล่งข้อมูลโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง						
ระดับไม่เพียงพอและ เป็นปัญหา	54 (38.30)	54 (19.15)	2.62	1.81	1.08 to 3.05	0.023
ระดับเพียงพอและ เป็นเลิศ	87 (61.70)	228 (80.85)	1			
3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลสุขภาพ						
ระดับไม่เพียงพอและ เป็นปัญหา	42 (29.79)	34 (12.06)	3.09	2.14	1.20 to 3.83	0.010
ระดับเพียงพอและ เป็นเลิศ	99 (70.21)	248 (87.94)	1			

การอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลบวกจากการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยการวิเคราะห์คร่าวหลายตัวแปร ได้แก่

ประวัติอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร กลุ่มที่มีผลบวก (Case) จากการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ มีประวัติอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร เป็น 2.19 เท่าของกลุ่มที่มีผลลบ(Control) (OR_{adj} = 2.19, 95% CI ของ OR_{adj} อยู่ระหว่าง 1.19 ถึง 4.05, p-value = 0.011) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ที่มีประวัติลำไส้อักเสบหรือตั้งเนื้อในลำไส้ เพิ่มโอกาส

การเกิดมะเร็งลำไส้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของมนตรี นาทประยูร¹¹ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา พบว่าผู้ที่มีประวัติอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหารมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็น 4.6 เท่าของผู้ที่ไม่มีประวัติอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร (p-value = 0.004) และสอดคล้องการศึกษาของ จุฑามาศ ปัทม¹² ที่ศึกษาการประเมินความเสี่ยงผลตรวจเป็นบวกแต่ผิดพลาดของการใช้ Stool occult blood test ในการคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่ของคนไข้ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พบว่าคนที่มีประวัติความผิดปกติในทางเดินอาหารมี

โอกาสเสี่ยงต่อผลเป็นบวก คิดเป็น 4 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่ม่ประวัติ ($X^2 = 10.804$, $OR = 3.941$, $95\% CI = 1.697-9.154$, $p\text{-value} < 0.001$) ผลศึกษาดังกล่าว ยืนยันได้ว่า อาการผิดปกติทางระบบทางเดินอาหารเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดผลบวกจากการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการเฝ้าระวังและส่งเสริมการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองในกลุ่มประชาชนที่มีอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร เช่น ลำไส้อักเสบเรื้อรัง ท้องผูกเรื้อรัง หรือมีเลือดออกทางทวารหนัก ซึ่งควรได้รับการตรวจด้วย FIT Test ถึ่กว่ามาตรฐานปัจจุบันที่แนะนำทุก 2 ปี โดยอาจพิจารณาให้ตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อเพิ่มโอกาสการค้นหาคความผิดปกติในระยะเริ่มแรก ลดความเสี่ยงการลุกลามของโรค และนำไปสู่การรักษาที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงแหล่งข้อมูลโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง กลุ่มที่มีผลบวก(Case) จากการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงแหล่งข้อมูลโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในระดับไม่เพียงพอและเป็นปัญหา เป็น 1.81 เท่าของกลุ่มที่มีผลลบ(Control) ($OR_{adj} = 1.81$, $95\% CI$ ของ OR_{adj} อยู่ระหว่าง 1.08 ถึง 3.05, $p\text{-value} = 0.023$) ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam¹³ และโมเดลของ Sørensen และคณะ¹⁴ แสดงให้เห็นว่า "ความรอบรู้ด้านสุขภาพ" มีบทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในระดับของ "การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ" (Health Literacy Access Dimension) ซึ่งหากบุคคลไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการได้ จะส่งผลกระทบต่อการตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเอง ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเข้าถึงข้อมูลมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงของมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยผู้ที่มีระดับความรอบรู้ต่ำมีโอกาสได้รับผลบวกจาก FIT Test มากกว่า อาจเกิดจากผู้ที่มีความรอบรู้

ด้านสุขภาพต่ำมักขาดโอกาสในการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ เช่น เว็บไซต์ทางการแพทย์ หน่วยงานสาธารณสุข หรือบุคลากรทางการแพทย์ จึงทำให้ไม่ได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกัน เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และความจำเป็นในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ดังนั้น ควรมีการกำหนดกลยุทธ์ด้านสุขภาพเชิงรุก ที่ไม่เพียงมุ่งเน้นการเผยแพร่ข้อมูล แต่ต้องสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมได้จริง อาทิ การพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัลเพื่อสุขภาพที่เข้าถึงง่าย ใช้ภาษาเข้าใจง่าย และมีระบบโต้ตอบ เช่น แอปพลิเคชันสุขภาพที่มีฟังก์ชันประเมินความเสี่ยงรายบุคคลและให้คำแนะนำเฉพาะบุคคล, การสร้างเครือข่ายสุขภาพชุมชน โดยให้ อสม. และผู้นำชุมชนเข้ามามีบทบาทในการกระจายข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง, การใช้สื่อสังคมออนไลน์และสื่อสร้างสรรค์ที่ทันสมัย เช่น อินโฟกราฟิก วิดีโอสั้นหรือเกมการเรียนรู้ด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงกลุ่มวัยกลางคนและผู้สูงอายุ และการจัดโครงการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ไม่เพียงแต่ให้ความรู้ แต่เน้นการสร้างทักษะในการค้นหาวิเคราะห์ และใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการตัดสินใจด้วยตนเองอย่างมีวิจารณญาณ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลสุขภาพ กลุ่มที่มีผลบวก(Case) จากการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลสุขภาพ ในระดับไม่เพียงพอและเป็นปัญหา เป็น 2.14 เท่าของกลุ่มที่มีผลลบ(Control) ($OR_{adj} = 2.14$, $95\% CI$ ของ OR_{adj} อยู่ระหว่าง 1.20 ถึง 3.83, $p\text{-value} = 0.010$) ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับโมเดลของ Sørensen และคณะ¹⁴ ระบุว่า บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมีแนวโน้มที่จะเผชิญกับปัญหาสุขภาพมากขึ้น เนื่องจากขาดความสามารถในการประเมินและใช้ข้อมูลสุขภาพ และงานวิจัยของ Lee และคณะ¹⁵

ระบุว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำเกี่ยวข้องกับ การตัดสินใจที่ผิดพลาดในการดูแลสุขภาพ เช่น การไม่เข้ารับการตรวจสุขภาพ หรือการเลือกใช้ ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่มีประสิทธิภาพ แสดงให้เห็นว่า บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำอาจ ไม่สามารถประเมินความเสี่ยงของตนเองได้อย่าง ถูกต้อง ส่งผลให้ละเลยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ หรืออาจไม่เข้าใจว่า การตรวจ FIT Test เป็นวิธีการคัดกรองเบื้องต้นที่สำคัญ และ จำเป็นต้องเข้ารับการตรวจเป็นประจำ ดังนั้น ควร พัฒนากลยุทธ์ด้านสุขภาพเชิงรุก ในการ เปลี่ยนแปลงความรอบรู้ของบุคคลในการ ประยุกต์ใช้ข้อมูล ได้แก่ การพัฒนา Health literacy intervention ที่เน้นทักษะเชิงปฏิบัติ เช่น โปรแกรมการฝึกปฏิบัติจริง (hands-on workshops) ที่สอนการแปลความหมายผลตรวจ สุขภาพและการนำไปใช้ในการวางแผนดูแลตนเอง, การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพ เช่น แอปพลิเคชันที่สามารถติดตามพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล และแจ้งเตือนการตรวจ FIT Test หรือ Colonoscopy ตามกำหนด พร้อมทั้งมีระบบ ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญแบบออนไลน์ (Telehealth consultation), การออกแบบสื่อสุขภาพเชิงโต้ตอบ (Interactive health media) ที่ใช้ภาษา เข้าใจง่าย ร่วมกับภาพ วิดีโอ และเกมการเรียนรู้ เพื่อสร้างประสบการณ์ที่จดจำได้และส่งผลการ เปลี่ยนพฤติกรรม และการเสริมพลังอำนาจ ชุมชน โดยบูรณาการ อสม. และผู้นำชุมชนในการ จัดกิจกรรมรณรงค์เชิงลึกที่ไม่เพียงแต่ให้ข้อมูล แต่ ยังเน้นการฝึกทักษะการนำข้อมูลไปใช้จริงใน ชีวิตประจำวัน

อย่างไรก็ตามของการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบ จากผลย้อนกลับไปหาเหตุ (Case-control Study) อาจมีข้อจำกัดในความน่าเชื่อถือของข้อมูล ย้อนหลัง (Recall bias) ซึ่งผู้วิจัยได้ชี้แจงในการ เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างถึงเหตุการณ์ที่ เกิดขึ้นในอดีต และเพื่อลดอคติจากการเลือก กลุ่มควบคุม (Selection bias) ผู้วิจัยได้สุ่มตัวอย่าง

กลุ่มควบคุมในพื้นที่เดียวกับกลุ่มศึกษา นอกจากนี้ ศึกษารูปแบบนี้ไม่สามารถศึกษาความชุก หรือ อุบัติการณ์ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการการวิจัย

1.1 การยกระดับแนวทางคัดกรองเฉพาะ กลุ่ม (Targeted screening guideline) สำหรับ ประชาชนที่มีอาการผิดปกติของระบบทางเดิน อาหาร เช่น ลำไส้อักเสบเรื้อรัง ท้องผูกเรื้อรัง หรือ มีเลือดออกทางทวารหนัก ให้ได้รับการตรวจคัด กรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วย FIT Test อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง แทนการตรวจทุก 2 ปีตาม แนวทางปัจจุบัน

1.2 การประยุกต์เทคโนโลยีสารสนเทศ สื่อ สร้างสรรค์และสื่อสังคมออนไลน์ในระดับท้องถิ่น เช่น คลิพวิดีโอสั้น อินโฟกราฟิก หรือเกมการ เรียนรู้ เพื่อเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย ทั้ง วิทยาลัย วัยกลางคน และผู้สูงอายุ

1.3 สร้างเครือข่ายสุขภาพชุมชน โดย ประสาน อสม. และผู้นำท้องถิ่นในการถ่ายทอด ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง พร้อมทั้งจัดกิจกรรม ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงรุกในระดับ บุคคลและระดับชุมชน เน้นการฝึกปฏิบัติ เช่น การ ประเมินข้อมูลออนไลน์ และการใช้ผลตรวจสุขภาพ เพื่อตัดสินใจ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาการติดตามผลระยะยาว (Longitudinal study) ในกลุ่มที่มีผลบวกจากการ ตรวจ FIT Test ควรมีการออกแบบการวิจัยเชิง ติดตามผล (follow-up study) เพื่อประเมิน ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ที่มีผลบวกจากการตรวจ คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะยาว

2.2 การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉพาะ โรค (Disease-specific health literacy tool) เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง

2.3 การวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง (experimental / Quasi-experimental design)

เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มุ่งเน้นการป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยเฉพาะในประชาชนกลุ่มเสี่ยง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่นทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา ให้ความรู้ในการศึกษาตลอดหลักสูตร ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ โรงพยาบาลห้วยเม็ก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยเม็ก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอห้วยเม็ก และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาในการให้ข้อมูลต่างๆในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนบุคคลที่เกี่ยวข้องที่ไม่ได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. International Agency for Research on Cancer. Cancer Today [Internet]. Lyon: IARC; 2022 [cited 2025 Jan 15]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today>
2. International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2020-Colorectal cancer factsheet [Internet]. Lyon: IARC; 2024 [cited 2025 Jan 15]. Available from: <https://gco.iarc.fr>
3. World Health Organization. Thailand Cancer Country Profile 2022 [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2025 Jan 15]. Available from: <https://www.who.int/cancer-country-profile>

4. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง. ปรับปรุงครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2564.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center [อินเทอร์เน็ต]. กาฬสินธุ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 12 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://ksn.hdc.moph.go.th/hdc/reports>
6. ยามีหละ ไมหมาด, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์, สมเกียรติยศ วรเดช. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง: การทบทวนวรรณกรรม. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2562; 6(3): 1-11.
7. รัชดา แก้วอินชัย, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์. ปัจจัยทำนายนายการตรวจพบเลือดแฝงในอุจจาระและการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในประชากรกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่อำเภอกระทุมแบน. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 2562; 1(1): 18-32.
8. จริญญา เชื้อลิ้นฟ้า, ชนัญญา จิระพรกุล, เนาวรัตน์ มณีนิล. ปัจจัยการบริโภคอาหารกับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT ให้ผลบวกในประชาชนอายุ 50-70 ปี ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2563; 13(2): 67-79.

9. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. คู่มือกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
10. Sharma SK, Mudgal SK, Thakur K, Gaur R. How to calculate sample size for observational and experimental nursing research studies? National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology. 2020; 10(1): 1-8.
11. มนตรี นาทประยุทธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2564; 36(1): 219-26.
12. จุฑามาศ ปัทม. ประเมินความเสี่ยงผลตรวจเป็นบวกแต่ผิดพลาดของการใช้ stool occult blood test ในการคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่ของคนไข้ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ. 2566; 8(4): 83-9.
13. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000; 15(3): 259-67.
14. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012; 12: 80.
15. Lee HY, Lee J, Kim NK. Gender Differences in Health Literacy Among Korean Adults: Do Women Have a Higher Level of Health Literacy Than Men? Am J Mens Health. 2015; 9(5): 370-9.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

ธัญญา พันระชัย¹, สุทิน ชนะบุญ²

(วันที่รับบทความ: 14 กรกฎาคม 2568; วันที่แก้ไข: 29 สิงหาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 22 กันยายน 2568)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาระยะเวลาเดียว แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 346 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ ระหว่าง 0.67-1.00 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน ได้แก่ สถิติถดถอยพหุโลจิสติก

ผลการศึกษา พบว่า อัตราภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 93.06 อยู่ในระดับซึมเศร้า ร้อยละ 6.94 (95% CI: 4.49-10.10) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ อายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงเกิดภาวะซึมเศร้า 5.60 เท่า ($OR_{adj} = 5.60$, 95% CI: 1.87-16.79, p -value = 0.002) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า 3.68 เท่า ($OR_{adj} = 3.68$; 95% CI: 1.21-11.14, p -value = 0.021) พฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มที่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับต่ำ มีความเสี่ยงเกิดภาวะซึมเศร้า 2.74 เท่า ($OR_{adj} = 2.74$; 95% CI: 1.02-7.38, p -value = 0.046) การเกื้อหนุนทางสังคม กลุ่มที่ได้รับการเกื้อหนุนทางสังคมในระดับต่ำ มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า 5.90 เท่า ($OR_{adj} = 5.90$; 95% CI: 1.93-18.02, p -value = 0.002)

หน่วยงานด้านสุขภาพควรจัดระบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างเป็นระบบ เน้นกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป มีภาวะพึ่งพิง พฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม หรือขาดการเกื้อหนุนทางสังคม พร้อมทั้งส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตนเอง และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ, ปัจจัยด้านสังคม, ผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวาน

¹ นักศึกษา, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: 66202501015@scphkk.ac.th

² วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น,

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: sutin@scphkk.ac.th

Corresponding author: สุทิน ชนะบุญ, E-mail: sutin@scphkk.ac.th

Factors Associated with Depression among Elderly People with Type 2 Diabetes in Ban Dung District, Udon Thani Province

Tanya Pantachai¹, Sutin Chanabun²

(Received: 14th July 2025; Revised: 29th August 2025; Accepted: 22nd September 2025)

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to examine the prevalence of depression and associated factors among elderly individuals with type 2 diabetes in Ban Dung district, Udon Thani province. The sample consisted of 346 elderly individuals with type 2 diabetes, selected through stratified random sampling. Data were collected using a questionnaire validated by three experts, with an item-objective congruence index ranging from 0.67 to 1.00, and an overall reliability coefficient (Cronbach's alpha) of 0.91. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics using multiple logistic regression.

The findings revealed that most elderly participants did not experience depression, accounting for 93.06%, while 6.94% (95% CI: 4.49-10.10) exhibited moderate to severe depression. Statistically significant factors associated with depression ($p < 0.05$) included age, daily living ability, health behaviors, and social support. Elderly individuals aged 70 years and above were 5.60 times more likely to develop depression than those aged 60-69 ($OR_{adj} = 5.60$; 95% CI = 1.87-16.79; $p = 0.002$). Participants with dependency in daily living activities had 3.68 times higher odds of depression than independent individuals ($OR_{adj} = 3.68$; 95% CI = 1.21-11.14; $p = 0.021$). Those with poor health behaviors had 2.74 times greater risk compared to those with healthy behaviors ($OR_{adj} = 2.74$; 95% CI = 1.02-7.38; $p = 0.046$). Furthermore, elderly individuals with low social support were 5.90 times more likely to experience depression ($OR_{adj} = 5.90$; 95% CI = 1.93-18.02; $p = 0.002$).

The study suggests that health agencies should establish systematic depression screening programs for elderly individuals with type 2 diabetes focusing on high-risk groups—those aged 70 years and above, those with dependency, poor health behaviors, or inadequate social support. In addition, promoting healthy behaviors, self-care practices, and active involvement of family and community are essential to enhance quality of life among elderly individuals with type 2 diabetes.

Keywords: Depression, Daily living activities, Elderly with diabetes, Health behaviors, Social support

¹ Student, Master of Public Health, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute,
E-mail: 66202501015@scphkk.ac.th

² Instructor, Senior Professional Level, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute,
E-mail: sutin@scphkk.ac.th

Corresponding author: Sutin Chanabun, E-mail: sutin@scphkk.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกเผชิญกับการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว คาดว่าภายในปี พ.ศ. 2593 จะมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปถึง 2 พันล้านคน โดยทวีปเอเชียมีจำนวนมากที่สุด ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และมีอัตราการเติบโตของประชากรสูงอายุเป็นอันดับ 3 ในเอเชีย จากแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ คาดว่าจำนวนผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มเป็น 22.4 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2583

ผู้สูงอายุจำนวนมากเผชิญกับโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ซึ่งสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า รายงานในต่างประเทศ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ร้อยละ 10-19 (Anderson, 2011)¹ ส่วนในประเทศไทยมีอัตราผู้สูงอายุที่ซึมเศราระดับต่างๆ รวมกันสูงถึงร้อยละ 87.9 และมีการฆ่าตัวตายราว 1,000 รายต่อปี

โรคเบาหวานในผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าทั้งในเชิงชีวภาพ จิตวิทยา และสังคม ผู้ป่วยมักมีภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้นถึง 2.5 เท่า หากมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ข้อมูลล่าสุดระบุว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานสะสม 3.3 ล้านคน โดยร้อยละ 20-30 อยู่ในวัย 60 ปีขึ้นไป จังหวัดอุดรธานีมีผู้สูงอายุราว 314,000 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งจังหวัด โดยพบว่าร้อยละ 18.9 ของผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า และร้อยละ 26.7 ของผู้ป่วยเบาหวานเป็นผู้สูงอายุ

อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ในปี 2567 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องจำนวน 8,329 คน โดยในกลุ่มนี้มีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 4,879 คน ร้อยละ 22.9 ขณะเดียวกันมีผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 1,800 คน (ร้อยละ 8.5) และผู้ที่มีภาวะเครียดหรือวิตกกังวลอีก 1,200 คน (ร้อยละ 5.6) (Health data center จังหวัดอุดรธานี, 2567)²

ผู้ป่วยโรคเบาหวานในสถานบริการสุขภาพ มักจะได้รับการดูแลที่เน้นด้านร่างกายและการรักษาด้วยยา แต่ยังคงขาดการตระหนักถึงด้านจิตใจและด้านสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าวัยอื่น ผู้วิจัยจึงศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี เพื่อให้เกิดความเข้าใจปรากฏการณ์ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน นำไปสู่การป้องกันการเกิดและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุป่วยโรคเบาหวาน อันจะเป็นผลให้ผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในเขตพื้นที่อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ที่มีรายชื่อในทะเบียนบ้าน และอาศัยอยู่จริงในปัจจุบัน จำนวน 4,879 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- 1) มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองเท่านั้น

- 2) ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
 3) มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถเข้าใจภาษาไทยและสื่อสารได้

4) ผู้สูงอายุสมัครใจ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) ได้รับการวินิจฉัยด้านจิตเวชในปัจจุบันว่ามีอาการป่วยทางจิต

2) ได้รับการรักษาและได้รับยาต้านจิตเวช

การคำนวณขนาดตัวอย่าง พิจารณาตามรูปแบบการวิจัยและวิธีการทางสถิติที่ใช้วิเคราะห์ โดยพิจารณาตามรูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง และวิธีการทางสถิติที่ใช้ คือการวิเคราะห์ถดถอยพหุลอยจิสติก ดังนั้นวิธีคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม คือ การคำนวณขนาดตัวอย่าง ตามสูตรของ Hsieh et al.³ ดังนี้

$$n = \frac{\left\{ Z_{1-\alpha/2} \sqrt{\frac{p(1-p)}{B}} + Z_{1-\beta} \sqrt{p_0(1-p_0) + \frac{p_1(1-p_1)(1-B)}{B}} \right\}^2}{(p_0 - p_1)^2 (1-B)}$$

การทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา นำมาคำนวณขนาดตัวอย่าง จากงานวิจัยของ อาคม บุญเลิศ และคณะ⁴ ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเรื้อรังใน ชุมชนเขตความรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น

โดยกำหนด เมื่อ n คือ จำนวนตัวอย่าง

$Z_{1-\alpha/2}$ คือ ค่าสถิติแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) = 0.05 และเป็นการทดสอบแบบสองทาง ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.96

$Z_{1-\beta}$ คือ ค่าสถิติแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดอำนาจการทดสอบ ร้อยละ 90 (β = 0.1) ซึ่งเท่ากับ 1.28

P คือ ค่าสัดส่วนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเท่ากับ 0.37

P_0 คือ ค่าสัดส่วนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรัง ในกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเท่ากับ 0.32

P_1 คือ ค่าสัดส่วนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรัง ในกลุ่มไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเท่ากับ 0.53

B คือ สัดส่วนของกลุ่มที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรัง เท่ากับ 0.25

แทนค่าในสูตร

$$= \frac{\left\{ 1.96 \sqrt{\frac{0.37(1-0.37)}{0.25}} + 1.28 \sqrt{0.32(1-0.32) + \frac{0.53(1-0.53)(1-0.25)}{0.25}} \right\}^2}{[(0.32 - 0.53)^2 (1 - 0.25)]}$$

$$= 289.11 \approx 290$$

จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้กลุ่มศึกษาจำนวน 290 คน จากนั้นนำขนาดตัวอย่างมาปรับตามวิธีการทางสถิติ การวิเคราะห์ถดถอยพหุลอยจิสติก เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม ความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นในระดับกลาง และเพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างมากพอที่จะให้อำนาจการทดสอบมาก ผู้วิจัยเลือกใช้ค่า ρ = 0.4

$$n_{adj} = \frac{290}{1-0.4^2} = 346$$

ดังนั้น จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ 346 คน

การสุ่มตัวอย่าง

โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ โดยแบ่งชั้นภูมิ ผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 16 แห่ง โดยคำนวณสัดส่วนตัวอย่างตามขนาดประชากรในแต่ละหน่วยบริการ แล้วทำการสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยการจับฉลากรายชื่อ ผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในแต่ละโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามสัดส่วนที่คำนวณได้ โดยสุ่มทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปแบบไม่ใส่คืน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถาม ที่ผู้ศึกษาได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาสร้าง พัฒนาและปรับปรุงให้เหมาะสมกับการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Modified barthel ADL Index-MBAI) ของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ⁵ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 5 การเกื้อหนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 6 ภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Geriatric depression scale-GDS-15) ของณัฐยา ตั้งสินมั่นคง และคณะ⁶ จำนวน 15 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ใช้วิธีการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบ ความตรงของเนื้อหา ความสอดคล้อง ความครอบคลุมของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัยและกรอบแนวคิด วิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ พบว่าข้อคำถามรายข้อ มีค่าระหว่าง 0.67 - 1.00

การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ตำบลหนองหาน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่า ปัจจัยด้านพฤติกรรมด้านสุขภาพ

ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 เท่ากับ 0.88 ปัจจัยด้านสังคมการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้สูงอายุ 0.82 และการเกื้อหนุนทางสังคม 0.90 ของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.91

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยต่อพื้นที่
 2. ผู้วิจัยจัดอบรมแนวทางการเก็บข้อมูลในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย แก่ผู้ช่วยเก็บข้อมูลการวิจัย
 3. ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด
- ## สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) นำเสนอโดยการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation; S.D.)

2. การวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตามทีละคู่ (Bivariable analysis) โดยใช้สถิติ Simple logistic regression

วิเคราะห์ คราวละหลายตัวแปร (Multivariable analysis) โดยใช้สถิติถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี และนำเสนอด้วยค่าขนาดของ ความสัมพันธ์ที่คำนึงถึงอิทธิพลจากตัวแปรอื่น ๆ นำเสนอค่าความสัมพันธ์ด้วยอัตราเสี่ยง (Adjusted Odds Ratios; OR_{adj}) และการประมาณค่าช่วงเชื่อมั่น ร้อยละ 95 (95% Confidence interval; 95% CI)

การพหุคูณสหสัมพันธ์ตัวอย่าง

ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE671076

ผลการวิจัย

1) ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ของกลุ่ม
ตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.83
ส่วนใหญ่อายุ ระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 72.83
อายุเฉลี่ย 67 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.74)
ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 54.62 ส่วนใหญ่
จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 82.66 ใช้
สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 87.28
มากที่สุดระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน
ระหว่าง 1-5 ร้อยละ 45.95 มีโรคเรื้อรังอื่นๆ
ร่วม ร้อยละ 43.06 มากที่สุดภาวะแทรกซ้อน
จากโรคเบาหวาน ร้อยละ 47.98

2) ภาวะซีมีเศร้า พบว่า มีภาวะซีมีเศร้า
ร้อยละ 6.94 (95% CI: 4.49 to 10.14)

3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ
ซีมีเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วย
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
(p-value <0.05) ได้แก่

อายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวาน
ชนิดที่ 2 อายุ 70 ปีขึ้นไป มีโอกาสเกิดภาวะ
ซีมีเศร้า 5.60 เท่า ของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวาน
ชนิดที่ 2 อายุ 60-69 ปี ($OR_{adj} = 5.60$, 95% CI
ของ OR_{adj} อยู่ระหว่าง 1.87 ถึง 16.79, p-value
= 0.002)

ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวัน พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวาน
ชนิดที่ 2 ที่มีภาวะพึ่งพิง มีโอกาสเกิดภาวะซีมีเศร้า
3.68 เท่า ของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
ที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง ($OR_{adj} = 3.68$, 95% CI
ของ OR_{adj} อยู่ระหว่าง 1.21 ถึง 11.14, p-value
= 0.021)

ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า
ผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีพฤติกรรม
สุขภาพที่ไม่เหมาะสม มีโอกาสเกิดภาวะซีมีเศร้า
2.74 เท่า ของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ($OR_{adj} = 2.74$,
95% CI ของ OR_{adj} อยู่ระหว่าง 1.02 ถึง 7.38,
p-value = 0.046)

การเกื้อหนุนทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุ
ที่ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการเกื้อหนุน
ทางสังคมระดับต่ำ มีโอกาสเกิดภาวะซีมีเศร้า 5.90
เท่า ของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
ที่ได้รับการเกื้อหนุนทางสังคมระดับสูง ($OR_{adj} =$
5.90, 95% CI ของ OR_{adj} อยู่ระหว่าง 1.93
ถึง 18.02, p-value = 0.002) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี (n = 346)

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า		OR _{Crude}	OR _{adj} 95% CI	p-value
	มีภาวะซึมเศร้า	ไม่มีภาวะซึมเศร้า			
1. อายุ (ปี)					
70 ปีขึ้นไป	18 (19.15)	76 (80.85)	9.71	5.60	0.002
อายุ 60-69 ปี	6 (2.38)	246 (97.62)	1	(1.87 to 16.79)	
2. ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน					
มีภาวะพึ่งพิง	11 (27.50)	29 (72.50)	8.54	3.68	0.021
ไม่เป็นการพึ่งพิง	13 (4.25)	293 (95.75)	1	(1.21 to 11.14)	
3. ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ					
ระดับต่ำถึงปานกลาง	12 (18.18)	54 (81.82)	4.96	2.74	0.046
ระดับสูง	12 (4.29)	268 (95.71)	1	(1.02 to 7.38)	
4. การก่อกวนทางสังคม					
ระดับต่ำถึงปานกลาง	9 (24.32)	28 (75.68)	6.30	5.90	0.002
ระดับสูง	15 (4.85)	294 (95.15)	1	(1.93 to 18.02)	

การอภิปรายผล

1) อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ อำเภอ บ้านดุง จังหวัดอุดรธานี พบว่า มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 6.94 (95% CI: 4.49 to 10.14) การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ พูนพงษ์ ศรีสวัสดิ์ และคณะ⁷ พบว่า ผู้สูงอายุในเขตชานเมืองกรุงเทพมหานคร พบอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงถึง ร้อยละ 27.4 การศึกษาของ สุพัทธา สมบัติชัย, นกัสนสร บัวลอย และดวงใจ แสนใจ⁸ พบว่า ศึกษาในจังหวัดอุดรธานีเช่นเดียวกัน พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็น ร้อยละ 21.2 การศึกษาของ Aung, et al.⁹ ในระดับนานาชาติ ยังชี้ว่าผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มที่มีโรคประจำตัว มักมีอัตราภาวะซึมเศร้าอยู่ในช่วงร้อยละ 20-30 ซึ่งอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าการศึกษาครั้งนี้ บริบททางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนชนบทในอำเภอบ้านดุง ซึ่งยังคงรักษารูปแบบความสัมพันธ์แบบเครือญาติ การดูแลเอาใจใส่กันระหว่างครอบครัว

และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนอย่างต่อเนื่อง ลักษณะเหล่านี้ช่วยเสริมสร้างการก่อกวนทางสังคม ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตามที่ Thoits¹⁰ ได้เสนอไว้ว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้างจะช่วยลดความเครียดและความเสี่ยงต่อปัญหาทางจิตใจในกลุ่มผู้สูงอายุ

2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอ บ้านดุง จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมสุขภาพและการก่อกวนทางสังคม สามารถอภิปรายได้ดังนี้

อายุ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้า 5.60 เท่า อาจเนื่องมาจากอายุที่เพิ่มขึ้น มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุผลกระทบของอายุต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับ Zhang H, Li Y,

Wang J, Chen X.¹¹ และผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มเปราะบางทางสุขภาพจิตอย่างชัดเจน กลไกที่อาจอธิบายได้ประกอบด้วย ชีววิทยา สมองเสื่อมลงตามวัย, การอักเสบเรื้อรัง, และสมดุลสารสื่อประสาทเปลี่ยนแปลง ทำให้ความสามารถในการปรับอารมณ์ลดลง พหุโรคร่วมและความพิการ ระยะเวลาป่วยเบาหวานนานรวมกับโรคเรื้อรังอื่นๆ เพิ่มภาระการดูแลตนเอง นำสู่ความรู้สึกหมดหวัง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Aung, et al.⁹

ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากถึง 3.68 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เนื่องจากความรู้สึกด้อยคุณค่าและการพึ่งพาผู้อื่นในชีวิตประจำวัน อาจส่งผลกระทบต่อภาวะทางอารมณ์และจิตใจอย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Erikson ที่กล่าวถึง “Crisis” ในวัยสูงอายุเกี่ยวกับความสามารถในการยอมรับตนเองและบทบาทที่ลดลง

พฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับต่ำมีความเสี่ยงเกิดภาวะซึมเศร้า 2.74 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของสุพัตรา สมบัติชัย และคณะ⁸ ได้ศึกษาศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดอุดรธานี พบว่า การขาดการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ผลการศึกษาชี้แนะว่าการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้นอาจช่วยลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การเกื้อหนุนทางสังคม กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากถึง 5.90 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนระดับสูง เนื่องจากการได้รับความรัก ความเข้าใจ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมจากครอบครัวและเพื่อนฝูงมีผล

อย่างมากต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วราพรรณ เชาว์วีชรินทร์, และคณะ¹² ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในพื้นที่ภาคอีสานของประเทศไทย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนฝูง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะซึมเศร้า โดยกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระดับสูง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

1.1 หน่วยงานด้านสุขภาพ ควรจัดระบบการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวานอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป มีภาวะพึ่งพิง พฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม และขาดการเกื้อหนุนทางสังคม

1.2 ส่งเสริมกิจกรรมเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการดูแลสุขภาพตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

1.3 สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยเน้นการเสริมสร้างการเกื้อหนุนทางสังคม เช่น การเยี่ยมบ้าน การจัดกิจกรรมกลุ่มผู้สูงอายุ และการให้กำลังใจในชีวิตประจำวัน เพื่อช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวในผู้สูงอายุ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยแบบผสมวิธี โดยศึกษาทั้งเชิงคุณภาพร่วมกับเชิงปริมาณ เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์เชิงลึกเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

2.2 พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัย
การสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่นทุกท่าน
ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาให้ความรู้ในการศึกษา
ตลอดหลักสูตร ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ในการ
ทำวิทยานิพนธ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช
บ้านดุง สำนักงานสาธารณสุขอำเภออำเภอบ้านดุง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ทุกแห่งในอำเภอบ้านดุง และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุก
ท่านที่ได้เสียสละเวลาในการให้ข้อมูลต่างๆ
ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนบุคคลที่เกี่ยวข้อง
ที่ไม่ได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. Anderson DN. Depression in older adults: Prevalence, impact and management strategies in the UK. *Br J Psychiatry*. 2011; 199(4): 267-72.
2. ฐานข้อมูล Health Data Center จังหวัดอุดรธานี. รายงานสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานจังหวัดอุดรธานี ปี 2567. กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
3. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Stat Med*. 1998; 17(14): 1623-34.
4. อาคม บุญเลิศ. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเรื้อรังในชุมชนเขตความรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยมจังหวัดขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*. 2559; 31(1): 25-33.
5. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, บุญชัย ธนบุญสมบัติ, วัลลภ ไทยเหนือ. การประเมินสภาพและการดูแลผู้สูงอายุสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2537.
6. ณัฐยา ตั้งสินมั่นคง, อารีย์ พิมพ์เจริญ, สุวิมล จิระพงษ์พันธ์. การแปลและหาความเที่ยงตรงของแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ GDS (Geriatric Depression Scale) ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2542; 44(3): 315-22.
7. พูนพงษ์ ศรีสวัสดิ์, วรรณดี เรืองจันทร์, นฤมล นาคะอินทร์. ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุเขตชานเมืองกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
8. สุพัตรา สมบัติชัย, นภัสสร บัวลอย, ดวงใจ แสนใจ. พฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวานจังหวัดอุดรธานี (รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์). อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2564.
9. Liu X, Huang L, Wu Q, Chen Y, Chen X, Chen H, et al. Sleep characteristic profiles and the correlation with spectrum of metabolic syndrome among older adult: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2022; 22(1): 414.

10. Thoits PA. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *J Health Soc Behav.* 2011; 52(2): 145-61.
11. Zhang H, Xing Y, Zhang Y, Sheng S, Zhang L, Dong Z, et al. Association between depression and quality of life in older adults with type 2 diabetes: A moderated mediation of cognitive impairment and sleep quality. *J Affect Disord.* 2023; 340: 17-24.
12. วราพรรณ เซาว์วัชรินทร์, อรพินท์ ใจงาม, ศักดิ์สิทธิ์ นาควิบูลย์. การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. *ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2563.*

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน กับผู้ป่วยโรคปอด จังหวัดอุดรธานี

ณารากรณ์ พรหมวัง¹, วรรณศรี แวงงาม², ยศธการ ศรีเนตร³,
ภูริชา พัชรธรรมากุล², สุขสรณ์ นิพนธ์ไชย², สงกรานต์ นักรบุญ²
(วันที่รับบทความ: 18 กรกฎาคม 2568; วันที่แก้ไข: 1 กันยายน 2568; วันที่ตอบรับ: 24 กันยายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอด จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอด จำนวน 275 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ที่มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยพหุโลจิสติกส์

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านอยู่ในระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 54.91 และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคในภาพรวม อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 64.36 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรอบรู้สุขภาพด้านการจัดการตนเองส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับดี 3.11 เท่า (OR_{adj} : 3.11, 95% CI: 1.55-6.23; p-value 0.001), ด้านการรู้เท่าทันสื่อส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับดี 3.16 เท่า (OR_{adj} : 3.16, 95% CI: 1.52-6.61; p-value 0.001), และด้านทักษะการตัดสินใจส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับดี 3.36 เท่า (OR_{adj} : 3.36, 95% CI: 1.72-6.55; p-value <0.001)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ความรอบรู้สุขภาพด้านทักษะการจัดการตนเอง, การรู้เท่าทันสื่อ, และทักษะการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค ดังนั้นควรนำความรู้ด้านทักษะดังกล่าวสร้างเป็นกิจกรรมในการสร้างองค์ความรู้ เพื่อสร้างความตระหนัก ในการป้องกันโรคให้กับผู้สัมผัสร่วมบ้านที่เหมาะสม

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรค, ผู้สัมผัสร่วมบ้าน, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

¹ นักวิชาการสาธารณสุข, กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด, โรงพยาบาลปากชม อำเภอปากชม, จังหวัดเลย,
E-mail: 64202501002@scphkk.ac.th

² อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์,
สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: wanasri@scphkk.ac.th, phuricha@scphkk.ac.th, suksun@scphkk.ac.th,
songkran@scphkk.ac.th

³ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสัง อำเภอกระนวน, จังหวัดขอนแก่น,
E-mail: 65202501009@scphkk.ac.th

Corresponding author: วรรณศรี แวงงาม, E-mail: wanasri@scphkk.ac.th

Factors Related to Tuberculosis Preventive Behavior among Household Contacts with Pulmonary Tuberculosis Patients in Udon thani Province

Yaraporn Promwang¹, Wanasri Wawngam², Yotthakarn Srinetr³,
Phuricha Phacharathonphakul², Suksun Niponchai², Songkran Nakbun²

(Received: 18th July 2025; Revised: 1st September 2025; Accepted: 24th September 2025)

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to investigate factors associated with tuberculosis prevention behaviors among household contacts of pulmonary tuberculosis patients in Udon Thani Province. The sample consisted of 275 household contacts selected through multi-stage random sampling. Data were collected using a questionnaire with a Cronbach's alpha reliability coefficient of 0.90. The data were analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regression.

The results showed that tuberculosis prevention behaviors among household contacts were at a moderate level 54.91%. Overall health literacy of tuberculosis prevention behaviors were at a very good level 64.36%. Factors significantly associated with good tuberculosis prevention behaviors included: good health literacy in self-management skills (OR_{adj}: 3.11, 95% CI: 1.55-6.23; p-value 0.001), good media literacy (OR_{adj}: 3.16, 95% CI: 1.52-6.61; p-value 0.001), and good decision skill (OR_{adj}: 3.36, 95% CI: 1.72-6.55; p-value <0.001). This study indicates that health literacy in self-management skills, media literacy, and decision skill are associated with good tuberculosis prevention behaviors.

Therefore, relevant agencies should develop activities to promote health literacy among household contacts to prevent the spread of tuberculosis.

Keywords: Tuberculosis prevention behaviors, Household contacts, Health literacy

¹ Public Health Technical Officer, Department of Psychiatry and Drug Dependence, Pak Chom Hospital, E-mail: 64202501002@scphkk.ac.th

² Lecturer, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: wanasri@scphkk.ac.th, phuricha@scphkk.ac.th, suksun@scphkk.ac.th, songkran@scphkk.ac.th

³ Public Health Technical Officer, Practitioner Level, Ban Nonsung Sub-District Health Promoting Hospital, Kranuan District, Khon Kaen Province, E-mail: 65202501009@scphkk.ac.th
Corresponding author: Wanasri Wawngam, E-mail: wanasri@scphkk.ac.th

บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis หรือ TB) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียกลุ่ม *Mycobacterium tuberculosis complex* ซึ่งแพร่กระจายผ่านอากาศด้วยละอองฝอยของเชื้อจากผู้ป่วยที่ไอ จาม หรือพูดคุย เชื้อที่เข้าสู่ร่างกายสามารถลามไปยังอวัยวะอื่น ๆ ได้ ส่วนใหญ่มักพบการติดเชื้อที่ปอด เรียกว่า วัณโรคปอด (Pulmonary TB)¹ รายงานองค์การอนามัยโลก ในปี 2024 ระบุว่า ประชากรโลกที่ป่วยด้วยวัณโรคมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2022-2024 จำนวนผู้ป่วยวัณโรค 7.5 ล้านคน, 8.2 ล้านคน 10.8 ล้านคน ตามลำดับ และประชากรทั่วโลกมากกว่า 1 ใน 4 ที่ติดเชื้อวัณโรคแฝงที่ไม่แสดงอาการ ซึ่งร้อยละ 5 ของวัณโรคแฝง เชื้อจะลุกลามเป็นวัณโรคที่แสดงอาการภายใน 2 ปีแรก หลังการติดเชื้อ และมีผู้ป่วยด้วยวัณโรคผู้เสียชีวิตสูงถึง 1.25 ล้านคน² ในประเทศไทยวัณโรคยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งปี 2567 มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 113,000 ราย และเสียชีวิตจากวัณโรคกว่า 13,000 รายหรือเฉลี่ยวันละ 35 คน อัตราการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำรวม 12 เขตสุขภาพ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2567 - 5 มีนาคม 2568 จำนวน 30,811 ราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี 2567 ที่มีอัตราการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำรวม 83,490 ราย³ สำหรับสถานการณ์วัณโรคเขตสุขภาพที่ 8 ปี 2567 (1 มกราคม - 12 มีนาคม 2567) มีอัตราการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำรวม 2,322 ราย คิดเป็นความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคร้อยละ 27.20 แยกรายจังหวัด ดังนี้ 1) อุดรธานี 753 ราย 2) สกลนคร 428 ราย 3) หนองคาย 315 ราย 4) เลย 229 ราย 5) หนองบัวลำภู 226 ราย 6) นครพนม 216 ราย และ 7) บึงกาฬ 155 ราย ซึ่งจังหวัดอุดรธานี จัดเป็นพื้นที่ที่มีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่เป็นอันดับที่ 1 ของเขตสุขภาพที่ 8⁴

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ากลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคแบ่ง 3 กลุ่ม 1) กลุ่มประชากรที่มีปัจจัยความเสี่ยง ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มนักโทษ เจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์⁵ 2) กลุ่มที่มีโรคประจำตัวหรือภาวะเสี่ยง เช่น โรคเบาหวาน, HIV¹ และ 3) กลุ่มผู้สัมผัสโรค ได้แก่ กลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิด เช่น เพื่อนร่วมงานที่อยู่กับผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อ เฉลี่ยวันละ 8 ชั่วโมง หรือกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน คือ ผู้ที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อ ไม่รวมญาติพี่น้องที่ไปมาหาสู่บางครั้ง พบว่า กลุ่มผู้สัมผัสที่อาศัยอยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจะมีโอกาสการติดเชื้อสูง หากสัมผัสเชื้อ 8-16 ชั่วโมง จะมีโอกาสเสี่ยงติดเชื้อวัณโรค 9.44 เท่า หรือสัมผัสเชื้อ 17-24 ชั่วโมง มีโอกาสติดเชื้อวัณโรค 10.54 เท่า⁵ จากการทบทวนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันวัณโรคพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรค⁶ โดยองค์ประกอบของความรอบรู้ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันวัณโรค ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจ⁷⁻¹¹ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ¹¹ ทักษะการสื่อสาร¹²⁻¹³ ทักษะในการจัดการตนเอง¹² ทักษะในการตัดสินใจ^{7, 12-13} ปัจจัยส่วนบุคคลยังส่งผลพฤติกรรมป้องกันการป้องกันวัณโรค ได้แก่ เพศ พบว่าเพศหญิงจะมีพฤติกรรมเหมาะสมกว่าเพศชาย¹⁵⁻¹⁶ อายุ¹¹ระดับการศึกษา¹² รายได้⁸ และการสูบบุหรี่¹⁷ ก็เป็นปัจจัยความสัมพันธ์เช่นกัน

เนื่องจากพื้นที่จังหวัดอุดรธานีเป็นอันดับที่ 1 ของการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรครายใหม่สูงที่สุดในเขตสุขภาพที่ 8 ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน เพื่อนำผลการศึกษาในครั้งนี้ ไปใช้ในการสร้างกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง แก่ผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรค

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกัน วัณโรค และระดับความรู้ด้าน สุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันวัณโรคของ ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดอุดรธานี
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้ สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดอุดรธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน - พฤษภาคม 2566

ประชากร เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) คือ ผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปและอาศัยอยู่กับ ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในปี 2565 ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป สามารถสื่อสาร ทางภาษา ฟัง พูด อ่าน เขียน ได้ โดยขนาด ประชากรที่ศึกษารั้งนี้ได้จากจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้น ทะเบียนรักษา 1,803 คน คูณกับประชากรเฉลี่ย 3 คนต่อครัวเรือน เท่ากับ 5,409 คน¹⁸

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง (Sample) ใช้สูตรคำนวณ กรณีวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบ Multivariate ใช้สถิติ Multiple logistic regression¹⁹ และเนื่องจากตัวแปรอิสระที่จะ นำเข้า Model หลายปัจจัย เพื่อให้การควบคุมผล ของปัจจัยร่วมอื่นๆ เพื่อป้องกันการได้ค่าประมาณ การที่เกินความเป็นจริง (Over fitting) จึงปรับ ขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก เชิงพหุ (Multiple logistic regression) และ จำเป็นต้องปรับอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรอิสระด้วยค่า Variance inflation factor หรือ VIF¹⁹ ดังนั้นจากการคำนวณขนาดตัวอย่าง จึงเลือกขนาดกลุ่มตัวอย่าง ที่ค่า $\rho = 0.8$ ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว เท่ากับ 275

ในงานวิจัยนี้ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ หลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ได้แก่ การสุ่มอย่างง่ายจาก 2 โซน อำเภอเพ็ญ แพนโซนเหนือ และอำเภอไชยวาน แพนโซนใต้ และการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) จำแนกชั้นภูมิของ 2 อำเภอ โดยแบ่งเป็น รพ.สต. ในเขตพื้นที่ ทั้งหมด 12 รพ.สต.และสุ่มตัวอย่างจากสัดส่วนตามขนาด ประชากรของแต่ละหมู่บ้าน¹⁸ จนได้กลุ่มตัวอย่าง ครอบคลุม 275 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสอบถาม ซึ่งคำถามมีลักษณะเป็นแบบ ตรวจสอบรายการ (Checklist) และแบบ เติมข้อความ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว สถานภาพ อาชีพ โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ด้าน สุขภาพเกี่ยวกับวัณโรค จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย 1) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรค 2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับวัณโรค 4) ทักษะ ในการจัดการตนเองเกี่ยวกับวัณโรค 5) ความรู้เท่า ทันสื่อเกี่ยวกับวัณโรค และ 6) ทักษะในการ ตัดสินใจเกี่ยวกับวัณโรค แปรผลและจัด 3 กลุ่ม จากหลักเกณฑ์แบบวัดพฤติกรรมการป้องกัน วัณโรค²⁰ ดังนี้ 1) ระดับไม่ตีพอ คะแนนรวม น้อยกว่า 73.2 คะแนน 2) ระดับพอใช้ได้ คะแนน รวม 73.2-97.6 คะแนน และ 3) ระดับดีมาก คะแนนรวมตั้งแต่ 97.6 คะแนนขึ้นไป และนำค่ามัธยฐาน จัดเป็น 2 กลุ่ม 1) ความรอบรู้ ด้านสุขภาพระดับดี และ 2) ความรอบรู้ด้าน สุขภาพระดับพื้นฐาน เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วย วัณโรค โดยปรับปรุงจากมาตรการป้องกันและ ควบคุมวัณโรค 2564¹ จำนวน 17 ข้อ คำตอบ

เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ค่าคะแนน 1-5 คะแนน จัดเป็น 3 กลุ่ม โดยตรวจสอบค่า ข้อมูลว่าแจกแจงปกติหรือไม่ปกติ เนื่องจากข้อมูล แจกแจงไม่ปกติ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การแบ่งโดยใช้ ค่าควอไทล์ ได้ดังนี้

- 1) ระดับไม่ดีพอ (น้อยกว่าควอไทล์ที่ 1) คะแนนรวมน้อยกว่า 68 คะแนน
- 2) ระดับพอใช้ได้ (ควอไทล์ที่1-ควอไทล์ที่ 3) คะแนนรวม 68-82 คะแนน
- 3) ระดับดีมาก (มากกว่าควอไทล์ที่ 3) คะแนนรวมตั้งแต่ 82 คะแนนขึ้นไป

คุณภาพเครื่องมือวิจัย

ทดลองใช้แบบสอบถาม (Try out) จำนวน 30 คน ในกลุ่มประชากรของ รพ.สต.ดงบาก และ รพ.สต.หนองบัวแดง อำเภอนหนองหาน จังหวัดอุดรธานี เนื่องจากมีลักษณะกลุ่มประชากร ที่ใกล้เคียงกันตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความ เชื่อมั่นของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.90 พฤติกรรมการป้องกันโรค เท่ากับ 0.91 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.90

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

- 1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และค่าพิสัยของควอไทล์
- 2) สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ด้วยสถิติ Multiple Logistic Regression นำเสนอ

ค่า Adjusted odds ratios: (OR_{adj}) ช่วง เชื่อมั่นที่ 95% (95% CI) และ p-value

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ เลขที่ HE652094 เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2566 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสห เวชศาสตร์ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ผ่านการรับรอง มาตรฐาน SIDCER

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 275 คน เป็นเพศหญิง มากกว่าครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 56.36 มีอายุเฉลี่ย 48.33 ปี (S.D. 13.99) ศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.36 ค่ามัธยฐานของรายได้ครอบครัว ต่อเดือนเท่ากับ 6,000 บาท (IQR 5,000) รายได้ ครอบครัวอยู่ระหว่าง 1,000-25,000 บาท สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.91 อาชีพ เกษตรกรรมร้อยละ 55.63 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 26.18 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 74.18 และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 55.27

2. ระดับของพฤติกรรมการป้องกันโรคปอด

กลุ่มตัวอย่าง 275 คน มีคะแนนพฤติกรรมการ ป้องกันโรคปอดเฉลี่ย 72.88 คะแนน (S.D. 12.69) ค่าควอไทล์ที่ 1 เท่ากับ 36 คะแนน ค่าควอไทล์ที่ 3 เท่ากับ 44 คะแนน มากกว่าครึ่ง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับพอใช้ได้ (คะแนนรวม 68-82 คะแนน) ร้อยละ 54.91 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค โดยภาพรวม (n = 275)

ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ดีพอ (น้อยกว่า 68 คะแนน)	68	24.73
พอใช้ได้ (68-82 คะแนน)	151	54.91
ดีมาก (ตั้งแต่ 82 คะแนน ขึ้นไป)	56	20.36
Mean \pm S.D. : 72.88 \pm 12.69 Median (Q1 : Q3) : 75 (36 : 44)		

3. ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคปอด

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 54.91 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

ร้อยละ 64.36 คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ย 99.58 คะแนน (S.D. 17.99) เมื่อจำแนกความรอบรู้เป็นรายด้าน 6 ด้าน อยู่ในระดับดีมากทั้งหมด (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยภาพรวม (n = 275)

ตัวแปร	ดีมาก	พอใช้ได้	ไม่ดีพอ	Mean (S.D.)
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	177 (64.36)	81 (29.46)	17 (6.18)	99.58 (17.99)
1. ความรู้ความเข้าใจ	191 (69.45)	30 (10.91)	54 (19.64)	5.61 (2.14)
2. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	133 (48.36)	117 (42.55)	25 (9.09)	15.93 (3.55)
3. ทักษะการสื่อสาร	135 (49.09)	117 (42.55)	23 (8.36)	20.07 (4.24)
4. ทักษะการจัดการตนเอง	176 (64.00)	86 (31.27)	13 (4.73)	29.41 (5.43)
5. การรู้เท่าทันสื่อ	126 (45.82)	122 (44.36)	27 (9.82)	15.84 (3.31)
6. ทักษะการตัดสินใจ	153 (55.64)	110 (40.00)	12 (4.36)	12.73 (2.56)

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอด เมื่อไม่ได้ควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่น

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคครวละหลายปัจจัย โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบของปัจจัยอื่น พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

การป้องกันโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ โรคประจำตัว (Crude OR: 2.14, 95% CI: 1.22-3.76, p-value = 0.008) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Crude OR: 6.37, 95% CI: 3.77-10.77, p-value <0.001) การสื่อสารเกี่ยวกับโรค (Crude OR: 4.52, 95% CI: 2.72-7.51, p-value <0.001)

การจัดการตนเองเกี่ยวกับวัณโรค (Crude OR: 11.20, 95% CI: 6.33-19.85, p-value <0.001) ความรู้เท่ากันสื่อเกี่ยวกับวัณโรค (Crude OR: 5.30, 95% CI: 3.16-8.88, p-value <0.001) การตัดสินใจเกี่ยวกับวัณโรค (Crude OR: 7.91, 95% CI: 4.62-13.55, p-value <0.001) และการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง (Crude OR: 11.04, 95% CI: 6.22-19.61, p-value <0.001)

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นหลายปัจจัยในโมเดลเริ่มต้น (Initial model) จำนวน 11 ตัวแปร เพื่อวิเคราะห์หาโมเดลที่ดีที่สุดใช้วิธีการตัดตัวแปรต้นออกทีละตัวแปร (Backward elimination) โดยตัดตัวแปรต้นที่มีค่า p-value >0.05 ทีละตัวแปร และตรวจสอบความเหมาะสมของโมเดลด้วยสถิติ Likelihood-ratio test ถ้ามีค่า p-value <0.05 จึงถือว่าเป็นสมการที่เหมาะสมเป็นโมเดลสุดท้าย (Final

model) ผลการวิเคราะห์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และด้านทักษะการตัดสินใจ ดังนี้ 1) ผู้ที่มีคะแนนทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับวัณโรคระดับดี จะมีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคระดับดีเป็น 3.11 เท่าของผู้ที่มีการจัดการตนเองระดับพื้นฐาน (OR_{adj}: 3.11, 95% CI: 1.55-6.23; p-value 0.001) 2) ผู้ที่มีคะแนนการรู้เท่าทันสื่อระดับดี ส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคระดับดีเป็น 3.16 เท่าของผู้ที่มีการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับวัณโรคระดับพื้นฐาน (OR_{adj}: 3.16, 95% CI: 1.52-6.61; p-value 0.001) 3) ผู้ที่มีความคะแนนทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับวัณโรคระดับดี มีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคระดับดีเป็น 3.36 เท่าของผู้ที่มีการจัดการตนเองเกี่ยวกับวัณโรคระดับพื้นฐาน (OR_{adj}: 3.36, 95% CI: 1.72-6.55; p-value <0.001) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดอุดรธานี (n = 275)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ) พฤติกรรมฯ		OR _{crude} (95% CI)	OR _{adj} (95% CI)	p-value
	ระดับดี	ระดับพื้นฐาน			
ความรอบรู้ด้านสุขภาพการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพฯ					
ระดับดี	120 (65.93)	62 (34.07)	6.64 (3.74-11.79)	1.88 (0.89-3.93)	0.096
ระดับพื้นฐาน	21 (22.58)	72 (77.42)	1	1	
ความรอบรู้ด้านสุขภาพทักษะการจัดการตนเอง					
ระดับดี	111 (76.03)	35 (23.97)	10.47 (5.99-18.28)	3.11 (1.55-6.23)	0.001
ระดับพื้นฐาน	30 (23.26)	99 (76.74)	1	1	

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ) พฤติกรรมฯ		OR _{crude} (95% CI)	OR _{adj} (95% CI)	p-value
	ระดับดี	ระดับพื้นฐาน			
ความรอบรู้ด้านสุขภาพการรู้เท่าทันสื่อฯ					
ระดับดี	123 (69.89)	53 (30.11)	10.44 (5.70-19.10)	3.16 (1.52-6.61)	0.001
ระดับพื้นฐาน	18 (18.18)	81 (81.82)	1	1	
ความรอบรู้ด้านสุขภาพทักษะการตัดสินใจ					
ระดับดี	113 (73.86)	40 (26.14)	9.48 (5.44-16.52)	3.36 (1.72-6.55)	<0.001
ระดับพื้นฐาน	28 (22.95)	94 (77.05)	1	1	

หมายเหตุ: OR_{crude} = Crude odds ratio, OR_{adj} = Adjusted odds ratio

การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอด จังหวัดอุดรธานี พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 54.91 อาจเนื่องมาจากการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ และได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคที่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคปอดที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอด จังหวัดพิษณุโลกที่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.76¹⁵ แตกต่างจากการศึกษาของจังหวัดลำปางที่ผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยโรคปอด มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคอยู่ในระดับดี ร้อยละ 83.13⁹ อาจแตกต่างจากและการศึกษาในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอด จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า มีพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับสูง ร้อยละ 75.42¹³ เนื่องจากความแตกต่างของการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ต่างกันไป รวมถึงปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชน

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอด จังหวัดอุดรธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 64.36 สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอด จังหวัดนครศรีธรรมราช ส่วนใหญ่มีความรอบรู้สุขภาพในระดับสูง¹³ และสอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัดชลบุรี ที่ประชาชนมีความรอบรู้สุขภาพในระดับสูง¹⁰ และการศึกษาในกลุ่มเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง²¹ ความสอดคล้องนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้เข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพและสถานพยาบาล การบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเชิงรุกที่เข้าถึงพื้นที่ ส่งผลให้ได้รับความรู้และคำแนะนำที่เหมาะสมในการป้องกันโรคจึงมีความรอบรู้ด้านทักษะการจัดการตนเองที่ดี

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอด จังหวัดอุดรธานี พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอด ได้แก่ 1) ทักษะการจัดการตนเองระดับดีส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรค

ระดับดี 3.11 เท่า 2) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับวัณโรคระดับดี มีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคระดับดี 3.16 เท่า และ 3) ทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับวัณโรคระดับดี มีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคระดับดี 3.36 เท่า สอดคล้องกับหลายการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับวัณโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค^{7, 12, 13} ทักษะการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค¹² ความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวนี้ อธิบายได้ว่าหากผู้ดูแลหรือผู้สัมผัสโรคที่มีความเสี่ยงเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการแพร่กระจายของเชื้อและการจัดการตนเองที่ดีในการป้องกันโรคที่เหมาะสม หรือการเข้าถึงสื่อความรู้การตัดสินใจเลือกรับข้อมูลที่ถูกต้องนั้นก็ส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอดที่ดีและสามารถลดโอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อวัณโรคได้ แตกต่างจากการศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค¹⁴

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรมีการตรวจคัดกรองวัณโรคเชิงรุกให้แก่กลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านทุกราย และควรมีการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มผู้ดูแล ผู้สัมผัสโรค รวมไปถึงกลุ่มเสี่ยงที่จะติดเชื้อวัณโรคให้มีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคที่เหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการค้นหาแนวทางหรือรูปแบบที่เหมาะสมในการเฝ้าระวังและการควบคุม ป้องกันโรคในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จได้ด้วยดีด้วยคณาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้กับผู้วิจัยตลอดหลักสูตรการศึกษานี้ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพการทำงานของตนเองในหน่วยงานต่อไป

โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ อ.ดร.วรรณศรี แวงงาม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้เสียสละเวลาอันมีค่าในการดูแล ให้คำปรึกษา และแนะนำแนวทางการศึกษาวิจัย และจัดทำวิทยานิพนธ์อย่างต่อเนื่องจนสำเร็จในครั้งนี้

นอกจากนี้ วิทยานิพนธ์สำเร็จได้ด้วยดีด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากบุคคลสำคัญหลาย ๆ ท่าน และภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมทุกภาคส่วน อาทิ เจ้าหน้าที่ผู้ให้ข้อมูลด้านสุขภาพสำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่ไม่ได้ระบุนาม ทุกท่านที่ให้ การสนับสนุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.

2. World Health Organization. Global tuberculosis report 2024. Geneva: World Health Organization; 2024.
3. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทย โปรแกรม NTIP [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 5 ก.พ. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ntipapp.ddc.moph.go.th/ntip_frontend/register/registeringcase
4. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี. สคร.8 อุดรธานี ร่วมรณรงค์ เนื่องในวันวัณโรคสากล ปี 2567 “YES! WE CAN END TB; ยุติวัณโรค เราทำได้” [อินเทอร์เน็ต]. อุดรธานี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 5 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/odpc8/news.php?news=41975&deptcode=5>
5. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการสอบสวนควบคุมวัณโรค (ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2566). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2566.
6. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ปี 2567. นนทบุรี: พีเอ็นครีเอชั่น; 2567.
7. พลอยไพลิน จินตนา, เทียนทอง ต๊ะแก้ว. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคในอำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี. 2567; 22(1): 78-89.
8. รัตนา จิววิจิตร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดในจังหวัดอ่างทอง [อินเทอร์เน็ต]. อ่างทอง: กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://atg-h.moph.go.th/node/927>
9. ฉัตรสุดา มาทา, รัชชณาลี โพชะจา, กิตติกา สุธรรม, ทองสาย ใจคำ. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านป่าไคร้ อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง. วารสาร มฉก. วิชาการ. 2565; 26(1): 35-46.
10. กมนต์ อินทรวิชัย, กัมปนาท ฉายชูวงษ์, ญาณันธร กราบทิพย์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของประชาชนในอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี. 2566; 21(1): 69-80.
11. วณิชชา ฝวนางงาม, สุทิน ชนะบุญ, ลำพึง วอนอก. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดในบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลชุมชน อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร. 2 พิษณุโลก. 2567; 11(1): 14-29.

12. Rakpaitoon S, Thanapop S, Thanapop C. Correctional Officers' Health Literacy and Practices for Pulmonary Tuberculosis Prevention in Prison. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(18): 11297.
13. ฤทัยรัตน์ วงศ์สวัสดิ์, จิฑาภรณ์ ยกอิน. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาล และการสาธารณสุขภาคใต้. 2568; 12(1): 1-11.
14. Wicharit L, Nakagasien P, Krainuwat K. Predicting Factors of Tuberculosis Preventive Behaviors in Community among Village Health Volunteers, Udon Thani Province. *Journal of Population and Social Studies*. 2022; 30: 703-25.
15. รุติมา ถมทอง, สุภาภรณ์ สุตหนองบัว. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค ในเขตอำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2566; 34(2): 84-95.
16. Phadoongmai M, Jariya W. Tuberculosis Preventive Behaviors and their Determining Factors among Household Contacts of Tuberculosis Patients in Thailand: A Cross-sectional Study. *Open Public Health J*. 2024; 17: 1874-9445.
17. Wongchana T, Songthap A. Factors affecting tuberculosis (TB) prevention behaviors among household contacts in Phitsanulok Province, northern Thailand: implications for TB prevention strategy plan. *BMC Infect Dis*. 2024; 24(1): 1429.
18. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Stat Med*. 1998; 17(14): 1623-34.
19. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข. แผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ 2565 [อินเทอร์เน็ต]. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2564. [เข้าถึงเมื่อ 17 มี.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://udo.moph.go.th/docs_tem p/planp2565.pdf
20. ดวงใจ ไทยวงษ์. การพัฒนาเครื่องมือวัด ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค. วารสารสำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2564; 28(3): 39-54.
21. สุวิดา รักไพฑูรย์, จำนงค์ ณะภพ, มานา นราเมธกุล, ศศิธร ณะภพ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติ ในการป้องกันและควบคุมวัณโรคปอด ของเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์. เอกสารนำเสนอ ในการประชุม: การประชุมวิชาการ นำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 4 "GRADUATE SCHOOL CONFERENCE 2022 Happiness: ความสุขและ คุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืนในยุคสังคม ดิจิทัล"; วันที่ 31 ต.ค. 2565; กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19 ตำบลสำโรงเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

จิรัชญา สุระสุข¹, วีรยุทธ โตวัฒนา², อโนทัย พลิตนนท์เกียรติ³, ดวงใจ บุญศิริคำชัย¹,
อังคณา อัจจุทธรณรงค์¹, จินตนา วราภาสกุล¹

(วันที่รับบทความ: 24 กรกฎาคม 2568; วันที่แก้ไข: 5 กันยายน 2568; วันที่ตอบรับ: 30 กันยายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19 ตำบลสำโรงเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19 เก็บข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองจากกลุ่มตัวอย่าง 235 คน ระหว่างวันที่ 8-28 กุมภาพันธ์ 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมากร้อยละ 36.6 ระดับปานกลางร้อยละ 57.4 และระดับน้อย ร้อยละ 3.0 ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.05) ได้แก่ อายุ รายได้ ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และแรงสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษานี้เสนอแนะให้หน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่ ส่งเสริมความรู้เรื่องโรคโควิด-19 ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมให้ อสม. รณรงค์ให้ความรู้ให้คำแนะนำแก่ประชาชนและชุมชนเรื่องการป้องกัน ควบคุม ลดการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด-19

คำสำคัญ: บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, โรคโควิด-19, ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19, แรงสนับสนุนทางสังคม

¹ อาจารย์, กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ,
E-mail: jeeji_36@hotmail.com, duangjai.bunsiricumchai@gmail.com, angkana.sam@gmail.com,
chintana58@gmail.com

² อาจารย์แนะแนว, โรงเรียนเอเชียอินเตอร์เนชันแนลและการอาชีพ ตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู,
E-mail: Weerayuth_105@hotmail.com

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ,
E-mail: palitnonkert@hotmail.com

Corresponding author: จิรัชญา สุระสุข, E-mail: jeeji_36@hotmail.com

The Role of Village Health Volunteers in COVID-19 Prevention, Sumrongnuea Sub-District, Mueang District, Samutprakarn Province

Jiratchaya Surasuk¹, Weerayuth Towattana², Anothai Palitnonkert³, Duangjai Bunsiricumcha¹,
Angkana Arjyuthnarong¹, Chintana Warapasakul¹

(Received: 24th July 2025; Revised: 5th September 2025; Accepted: 30th September 2025)

Abstract

This cross-sectional study aimed to investigate the role of village health volunteers and factors related to their roles in COVID-19 prevention in Sumrongnuea Sub-District, Mueang District, Samutprakarn Province. The sample consisted of 235 village health volunteers who completed self-administered questionnaires between February 8-28, 2021. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square analysis, and Pearson's correlation coefficient.

The results revealed that 57.4% of village health volunteers demonstrated roles at a moderate level, 36.6% at a high level, and 3.0% at a low level in COVID-19 prevention. Factors statistically significantly related to their roles (p-value <0.05) included age, income, knowledge about COVID-19, and social support.

The study recommends that relevant health authorities should continuously promote COVID-19 knowledge and social support for village health volunteers to enhance their capacity in educating communities about prevention, control, and reducing COVID-19 transmission.

Keywords: Role of village health volunteers, COVID-19, Knowledge about COVID-19, Social support

¹ Lecturer, Division of Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University, E-mail: jeeji_36@hotmail.com, duangjai.bunsiricumchai@gmail.com, angkana.sam@gmail.com, chintana58@gmail.com

² Guidance Counselor, Asia Inter Nursing and Vocational School, Nong Bua Sub-District, Mueang District, Nong Bua Lam Phu Province E-mail: Weerayuth_105@hotmail.com

³ Assis.Prof., Division of Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University, E-mail: palitnonkert@hotmail.com
Corresponding author: Jiratchaya Surasuk, E-mail: jeeji_36@hotmail.com

บทนำ

การระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการระบาดวงกว้างทั่วโลกที่กำลังดำเนินไปของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีสาเหตุมาจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ เริ่มต้นขึ้นตั้งแต่ เดือนธันวาคม 2562 เป็นต้นมา โดยพบครั้งแรกในนครอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน 2563 องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public health emergency of international concern) และแนะนำทุกประเทศให้เร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค¹ องค์การอนามัยโลก ได้ประเมินสถานการณ์ และเห็นว่าการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แพร่กระจาย ได้อย่างรวดเร็ว จนน่ากังวล ไวรัสมีการแพร่เชื้อระหว่างคนในลักษณะเดียวกับไข้หวัดใหญ่ การติดต่อผ่านทางอากาศ จาม สัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่งของบุคคลและสัตว์ที่อาจเป็นแหล่งรังโรค ปัจจุบันยังไม่มียุทธศาสตร์ป้องกัน ส่วนยารักษาจำเพาะยังคงอยู่ในระหว่างการศึกษาวินิจฉัยโดยเฉพาะยาต้านไวรัส Favipiravir ซึ่งทางการจีนรายงานว่าได้ผลดีในการรักษาผู้ป่วยการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการระบาดทั่วโลกยังส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ สังคม และการแพทย์สาธารณสุขอย่างมาก แม้ว่าบางประเทศจะมีการคิดค้นวัคซีนขึ้นมาเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019² กระทรวงสาธารณสุข รายงานถึงสถานการณ์ระบาดในประเทศไทยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เริ่มแพร่เข้าสู่ประเทศไทยตั้งแต่ต้นเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 โดยมีผู้เดินทางท่องเที่ยวชาวจีน จากเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน พร้อมกับมีการแพร่เชื้ออย่างรวดเร็วไปยังประเทศต่าง ๆ ในทุกภูมิภาคผ่านผู้เดินทางจากประเทศจีนและประเทศอื่น ๆ ที่มีรายงานการแพร่เชื้อในประเทศ ในปัจจุบันทุกประเทศทั่วโลก กำลังพยายามอย่างเต็มที่ เพื่อเฝ้าระวังป้องกันการนำเชื้อเข้าจากต่างประเทศ และควบคุม

การระบาดในประเทศ อย่างไรก็ตามการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังมีแนวโน้มจะขยายตัวไปทั่วโลก ในลักษณะการระบาดใหญ่ (Pandemic) กระทรวงสาธารณสุข³ โดยกรมควบคุมโรค ดำเนินการเฝ้าระวังคัดกรอง และป้องกันควบคุมโรค ดังนี้ 1) ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศดำเนินการคัดกรองผู้เดินทางเข้าออกประเทศ ทั้งท่าอากาศยาน ท่าเรือ และพรมแดน รวม 46 แห่ง ประกอบด้วย ท่าอากาศยาน 6 แห่ง ได้แก่ ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ ดอนเมือง เชียงใหม่ เชียงราย ภูเก็ต และกระบี่ ท่าเรือ 6 แห่ง ได้แก่ กรุงเทพมหานคร แหลมฉบัง เชียงแสน ภูเก็ต สมุย กระบี่ และด่านพรมแดนทางบก 34 แห่ง 2) แจ้งให้สถานพยาบาลทำการคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการไข้ ร่วมกับมีอาการระบบทางเดินหายใจอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก หายใจเหนื่อยหอบ และมีประวัติการเดินทางจากประเทศจีน มาเก๊า ฮองกง ไต้หวัน หรือพื้นที่ที่มีการระบาดต่อเนื่อง ภายใน 14 วัน หรือเป็นผู้ที่ประกอบอาชีพสัมผัสใกล้ชิดกับนักท่องเที่ยวที่มาจากพื้นที่ที่ระบาดอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สัมผัสกับผู้ป่วยตามเกณฑ์เฝ้าระวัง 3) การเฝ้าระวังในชุมชน โดยให้ความรู้ประชาชนเมื่อพบนักท่องเที่ยวที่เดินทางมาจากพื้นที่ระบาดของโรคมีอาการไข้ ร่วมกับมีอาการระบบทางเดินหายใจ เช่น ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก หายใจเหนื่อยหอบ ให้แจ้งบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ตั้งแต่เดือนมกราคม-25 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ประเทศไทย มีรายงานผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แล้ว 37 ราย ไม่มีผู้เสียชีวิต โดยกว่าร้อยละ 60 เป็นผู้เดินทางมาจากต่างประเทศ พบผู้ติดเชื้อในประเทศไทยในกลุ่มอาชีพเสี่ยงสูงที่จะสัมผัสกับนักท่องเที่ยวที่เดินทางมาจากพื้นที่ระบาดและผู้ป่วย ได้แก่ พนักงานขับรถแท็กซี่ พนักงานขายของตามสถานที่ที่มีนักท่องเที่ยวจำนวนมาก และบุคลากรทางการแพทย์² ดังนั้นการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมเฝ้าระวังป้องกันตนเองที่

ถูกต้องจึงเป็นบทบาทที่สำคัญของบุคลากรทางด้านสุขภาพในทุกกระดับ ที่ถือได้ว่าเป็นผู้ที่มีบทบาทในการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ⁴

ในเขตพื้นที่ตำบลสำโรงเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ มีจำนวน อสม. ทั้งหมด 235 คน จากรายงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ⁵ พบว่า ช่วงที่มีการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลสำโรงเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ เป็นพื้นที่ที่มีการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 อย่างต่อเนื่อง โดยมีมาตรการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับกลุ่มเสี่ยง ข้อมูล ณ วันที่ 2 เม.ย 2563 พบผู้ติดเชื้อรายเก่า 51 ราย กำลังรักษา 40 ราย รักษาหาย 9 ราย เสียชีวิต 2 ราย⁶ พบผู้ป่วยเดินทางมาจากประเทศที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และกลุ่มเสี่ยงที่สัมผัสกับผู้ป่วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนเกิดการล้มป่วยติดเชื้อมากในชุมชนเสี่ยงต่อการรับเชื้อและแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลในครอบครัว ชุมชน และที่ทำงานมากขึ้น และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและเกิดโรคแทรกซ้อนมากขึ้นเมื่อในชุมชนมีการติดเชื้อมากขึ้น ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มพบผู้ป่วยมากขึ้นและขยายวงกว้างมากขึ้นเรื่อย ๆ หากมีประชาชนคนใดคนหนึ่งป่วยด้วยโรคโควิด-19 แล้วเข้าร่วมกิจกรรมร่วมกัน สัมผัสใกล้ชิด หรือคลุกคลี จะส่งผลให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคดังกล่าวได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้บุคคลที่ป่วยและสัมผัสใกล้ชิดหยุดปฏิบัติงาน หยุดเรียน หยุดการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันและมีข้อจำกัดในกิจกรรมนั้น ๆ ส่งผลกระทบต่อชีวิต สุขภาพเศรษฐกิจ สังคม การเมือง กระทบต่อทุก ๆ ด้านทุก ๆ มิติเป็นอย่างมาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นตัวแทนประชาชนผู้ที่มีจิตอาสา เสียสละเข้ามามีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน จนได้รับการยอมรับจากสังคม และจะยกฐานะเป็น อสม. หมอประจำบ้าน

โดยมีบทบาทสำคัญด้านหน้าในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ไม่ให้เกิดโรคในชุมชน มีบทบาทณรงค์ให้ความรู้ ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการป้องกันโรคโควิด-19 บทบาทการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องด้านสุขอนามัยและสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้องให้กับชุมชน เป็นสื่อกลางในชุมชนในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วม ตระหนัก และเห็นถึงความสำคัญของการเฝ้าระวัง ป้องกัน เมื่อเกิดโรคระบาดในชุมชนให้ชุมชนได้เข้าใจ และตระหนักมากขึ้นอาสาสมัครสาธารณสุขนับเป็นบุคลากรหลักในชุมชนที่ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่จำเป็นทางสุขภาพ เช่น กิจกรรมการเยี่ยมบ้านโดยเคาะประตูกลุ่มเป้าหมาย การกรองสำรวจสุขภาพ และกรองอาการสำคัญ การสอนและให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันโรค การวัดอุณหภูมิและสังเกตอาการเบื้องต้น การบันทึกข้อมูลกลุ่มเสี่ยงและรายงานผลการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง การเป็นแบบอย่างที่ดีในการป้องกันตนเอง ประเมินสุขภาพ เป็นแกนนำเครือข่ายในการดูแลสุขภาพ และจัดการปัญหาสุขภาพทั้งในระดับครอบครัว และชุมชน รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยไปยังระบบบริการสุขภาพที่รัฐจัดให้เข้าถึงและใช้ประโยชน์ จากข้อมูลสุขภาพในพื้นที่⁷ จากข้อมูลและปัญหาดังกล่าวพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังมีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องชัดเจน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อศึกษาถึงบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการปฏิบัติงานป้องกันโรคโควิด-19 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาด้านการบริหารงานด้านสาธารณสุข พัฒนาคุณภาพ

ในการปฏิบัติงานการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้สอดคล้องปัญหาของชุมชนในพื้นที่อย่างแท้จริงต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

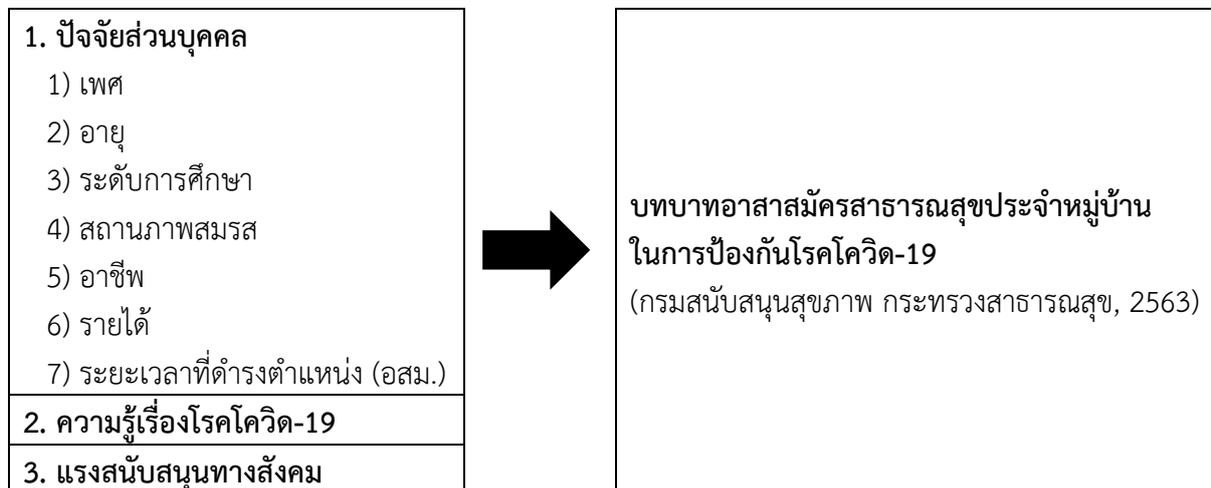
เพื่อศึกษาบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันการโรคโควิด-19 ตำบลสำโรงเหนือ อำเภอมือง จังหวัดสมุทรปราการ **กรอบแนวคิดในการวิจัย**

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันการโรคโควิด-19 ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านการป้องกันโรค¹ โดยมีตัวแปรอิสระ ได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ อาชีพ ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

2. ความรู้เรื่องโรคโควิดได้ประยุกต์ใช้แนวความคิดของบลูม

3. แรงสนับสนุนทางสังคมได้ประยุกต์ใช้แนวความคิดของเฮาส์ และมีตัวแปรตามคือ บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันการโรคโควิด-19 ตำบลสำโรงเหนือ อำเภอมือง จังหวัดสมุทรปราการ (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลสำโรงเหนือ จำนวน 235 คน¹ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลสำโรงเหนือ อำเภอมือง จังหวัดสมุทรปราการ ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และดำรงตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 235 คน

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรในการคำนวณของ Daniel (2010)^๑

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสำโรงเหนือ อำเภอมือง จังหวัดสมุทรปราการ ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และดำรงตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาอย่างน้อย 1 ปี ทั้งเพศชาย เพศหญิง

2. สามารถอ่าน เข้าใจภาษาไทย และสามารถกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองได้

3. สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยได้รับการบอกข้อมูลโครงการวิจัยอย่างครบถ้วน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม
2. ขาดข้อมูลในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูล
3. มีอาการเจ็บป่วยในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูลจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถาม ดังรายละเอียด

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีทั้งหมด 7 ข้อโดยใช้คำถามปลายเปิดและแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีลักษณะคำถามเป็นชนิดเลือกตอบ มี 2 ตัวเลือก คือ “ใช่” กับ “ไม่ใช่” มีทั้งหมด 15 ข้อ เพื่อไม่ให้ผู้ตอบแบบสอบถามสับสนในแต่ละข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด (Positive statement) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ถ้าเป็นข้อความทางบวกให้คะแนนดังนี้

“ใช่” ให้ 1 คะแนน “ไม่ใช่” ให้ 0 คะแนน

ถ้าเป็นข้อความทางลบให้คะแนนดังนี้

“ใช่” ให้ 0 คะแนน “ไม่ใช่” ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลสามารถจัดได้ดังนี้

(Bloom, 1976)

ร้อยละ 80 ขึ้นไป (12-15 คะแนน)

ความรู้ระดับมาก

ร้อยละ 60-79 (9-11 คะแนน)

ความรู้ระดับปานกลาง

น้อยกว่าร้อยละ 60 (0-8 คะแนน)

ความรู้ระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scales) 5 ระดับ ของลิเคอร์ต (Likert, 1970) มาประยุกต์ใช้ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ เพื่อไม่ให้ผู้ตอบแบบสอบถามสับสนในแต่ละข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด (Positive

statement) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ (ตาราง Likert's scale)

5 คะแนน หมายความว่า

ท่านได้รับการสนับสนุนจากสังคม
อยู่ในระดับมากที่สุด

4 คะแนน หมายความว่า

ได้รับการสนับสนุนจากสังคม
อยู่ในระดับมาก

3 คะแนน หมายความว่า

ได้รับการสนับสนุนจากสังคม
อยู่ในระดับปานกลาง

2 คะแนน หมายความว่า

ได้รับการสนับสนุนจากสังคม
อยู่ในระดับน้อย

1 คะแนน หมายความว่า

ได้รับการสนับสนุนจากสังคม
อยู่ในระดับน้อยที่สุด

เกณฑ์การแปลผลสามารถจัดการได้ดังนี้

ร้อยละ 80 ขึ้นไป (60-75 คะแนน)

หมายความว่า ระดับมาก

ร้อยละ 60-79 (45-59 คะแนน)

หมายความว่า ระดับปานกลาง

น้อยกว่าร้อยละ 60 (15-44 คะแนน)

หมายความว่า ระดับน้อย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติ

ตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวกทั้งหมด โดยการให้การประเมินลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scales) 3 ระดับ ของลิเคอร์ต (Likert, 1970) (ตาราง Likert's scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ

2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง

1 คะแนน หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลย

เกณฑ์การประเมินผลสามารถวัดได้ดังนี้

(Bloom, 1976)

ร้อยละ 80 ขึ้นไป (48-60 คะแนน)

หมายความว่า ปฏิบัติระดับมาก

ร้อยละ 60-79 (36-47 คะแนน)

หมายความว่า ปฏิบัติระดับปานกลาง

น้อยกว่าร้อยละ 60 (20-35 คะแนน)

หมายความว่า ปฏิบัติระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item objective congruence: IOC) ทุกข้ออยู่ในช่วง 0.67-1.00 ค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามด้านความรู้เรื่องโรคโควิด-19 ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันโรคโควิด-19 และด้านบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการปฏิบัติงานป้องกันโรคโควิด-19 โดยใช้วิธีการตรวจสอบด้วยการหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85, 0.87 และ 0.83 ตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

เพื่อสรุปข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในการบรรยายลักษณะของข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)

เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคโควิด-19 แรงสนับสนุนทางสังคม และบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19 ความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) และสถิติไคสแควร์ (Chi Square-test)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เลขที่ HE-WTU542919 ลงวันที่ 28 มกราคม พ.ศ. 2564

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 235 คน มีลักษณะทั่วไปดังนี้ เพศหญิง (ร้อยละ 59) และเพศชาย (ร้อยละ 41) มีอายุระหว่าง 32-68 ปี (ร้อยละ 46.95) สถานภาพสมรส สมรส (ร้อยละ 59.1) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป (ร้อยละ 73) มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 10,000-30,000 บาท (ร้อยละ 65) ประกอบอาชีพ รับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 60) และมีระยะเวลา การดำรงตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเฉลี่ย 6.46 ปี (S.D. = 4.360) โดยส่วนใหญ่มีประสบการณ์ 1-10 ปี (ร้อยละ 84.0) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ และระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่ง อสม. (n = 235)

	ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	97	41
	หญิง	138	59

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
25-40 ปี	60	25.4
41-50 ปี	100	42.4
51-60 ปี	64	27.2
61-68 ปี	11	5
สถานภาพสมรส		
โสด	61	26
สมรส	139	59.1
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	35	14.9
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	63	27
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือสูงกว่า	172	73
รายได้		
3,000-5,000 บาท	13	6
5,001-7,000 บาท	28	12
7,001-10,000 บาท	39	17
10,001-36,000 บาท	153	65
อาชีพ		
เกษตรกรกรรม	14	6
ค้าขาย	79	34
รับจ้างทั่วไป	141	60
ระยะตำแหน่ง อสม.		
- 1-10 ปี	197	84.0
- 11-20 ปี	33	14.0
- 21-24 ปี	5	2.0
Mean = 6.46, S.D. = 4.360, Min = 1, Max = 24		

2. ระดับความรู้เรื่องโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระดับความรู้เรื่องโรคโควิด-19 ของอสม. พบว่า ร้อยละ 59.1 มีความรู้ระดับมาก

ร้อยละ 17.9 มีความรู้ระดับปานกลาง และร้อยละ 23.0 มีความรู้ระดับน้อย (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 235)

ระดับความรู้เรื่องโรคโควิด-19	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก (12-15 คะแนน)	139	59.1
ระดับปานกลาง (8-11 คะแนน)	42	17.9
ระดับน้อย (0-7 คะแนน)	54	23.0
รวม	235	100.0

3. แรงสนับสนุนทางสังคม ระดับปานกลาง ร้อยละ 36.2 ได้รับแรงสนับสนุนระดับมาก และร้อยละ 15.3 ได้รับแรงสนับสนุนระดับน้อย (ดังตารางที่ 3)
เมื่อพิจารณาแรงสนับสนุนทางสังคมของ อสม.พบว่า ร้อยละ 48.5 ได้รับแรงสนับสนุน

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามแรงสนับสนุนทางสังคม (n = 235)

แรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก (60-75 คะแนน)	85	36.2
ระดับปานกลาง (41-59 คะแนน)	114	48.5
ระดับน้อย (15-40 คะแนน)	36	15.3
รวม	235	100.0

4. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19 ระดับปานกลางรองลงมาร้อยละ 39.6 มีบทบาทระดับมาก และมีเพียงร้อยละ 3.0 ที่มีบทบาทระดับน้อย (ดังตารางที่ 4)
บทบาทของ อสม. ในการป้องกันโรคโควิด-19 พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.4) มีบทบาท

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19 (n = 235)

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก (48-60 คะแนน)	93	39.6
ระดับปานกลาง (36-47 คะแนน)	135	57.4
ระดับน้อย (20-35 คะแนน)	7	3.0
รวม	235	100.0

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ได้แก่ แรงสนับสนุน ทางสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์ระดับสูง ($r = 0.747$, $p\text{-value} = 0.025$) ความรู้เรื่องโรคโควิด-19 ซึ่งมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ($r = 0.465$, $p\text{-value} = 0.048$) และรายได้ ซึ่งมีความสัมพันธ์ระดับ ต่ำมาก ($r = 0.166$, $p\text{-value} = 0.009$) ส่วนอายุมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับ ต่ำมากกับบทบาทอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ

($r = -0.147$, $p\text{-value} = 0.025$) แสดงให้เห็นว่า เมื่ออายุเพิ่มขึ้น บทบาทในการป้องกันโรคมึนแวนมึนลดลง ขณะที่ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านไม่มี

ความสัมพันธ์กับบทบาทอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.022$, $p\text{-value} = 0.740$) (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคโควิด-19 วิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ($n = 235$)

ตัวแปร	บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคโควิด-19	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล		
อายุ	-0.147	0.025*
รายได้	0.166	0.009*
ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง อสม.	-0.022	0.740
ความรู้เรื่องโรคโควิด-19	0.465	0.048*
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.747	0.025*

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

การอภิปรายผล

1. ศึกษาบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19

จากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในด้านการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 54.0 สามารถอธิบายได้ว่าการปฏิบัติงานด้านการป้องกันโรคโควิด-19 อาสาสมัครสาธารณสุขมีการปฏิบัติงานป้องกันโรคโควิด-19 ในพื้นที่ยังขาดการติดตามการไปตรวจรักษาตามนัดหมายและการปฏิบัติงานติดตามเชิงรุกร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงมีการนำเอาเทคโนโลยีมาใช้ร่วมกับการปฏิบัติงานทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขปฏิบัติงานได้ที่ถูกต้อง แม่นยำ สามารถถ่ายทอดการปฏิบัติงานติดตามและป้องกันโรคโควิด-19 ทำได้น้อยกิจกรรมที่อาสาสมัครสาธารณสุขทำแบบสอบถามได้คะแนนน้อยที่สุด คือการติดตามการไปตรวจรักษาตามนัดของผู้ป่วย และที่ได้คะแนนมากที่สุด คือ แบบสอบถามการให้คำแนะนำผู้ที่สงสัยว่าเสี่ยงต่อการติดเชื้อให้ได้รับ

การตรวจคัดกรองโรคโควิด-19 และแบบสอบถาม ท่านให้คำแนะนำในการดูแลรักษาสุขภาพให้แข็งแรง สอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในเขตตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่าพฤติกรรมการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของอสม. โดยภาพรวมและรายด้าน ทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.13) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.90 เมื่อพิจารณา รายด้าน เรียงจาก อันดับมากไปน้อย พบว่าด้านการป้องกันโรค อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.33) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.88 ด้านการฟื้นฟูสภาพ อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.16) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.97 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.08) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.85 และอันดับสุดท้ายด้านการรักษาพยาบาล (ค่าเฉลี่ย = 2.95) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.89⁹

2. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับ บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19

จากการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า

2.1 เพศ ผลการศึกษาพบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ระบุว่าปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19สามารถอธิบายได้ว่าไม่ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะเป็นเพศหญิงหรือเพศชาย ทุกคนมีบทบาทในการป้องกันโรคโควิด-19 และมีบทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ไม่ได้แบ่งแยกบทบาทของอสม.ตามเพศไม่ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นเพศใดก็สามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ดี มีศักยภาพในการปฏิบัติงานดังนั้น เพศจึงไม่มีความสัมพันธ์บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการการป้องกันโรคโควิด-19 สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต.หนองไฮ อ.สำโรง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการเป็น อสม. ปัจจัยที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคือ วิธีการได้รับการคัดเลือกเข้ามาเป็น อสม. (p -value = 0.006) การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (p -value < 0.001) ปัญหาอุปสรรคในการทำงาน (p -value = 0.019)¹⁰

2.2 อายุ ผลการศึกษาพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-

19 (p -value < 0.001) ซึ่งยอมรับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 ที่กล่าวว่า ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่อายุมีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการปฏิบัติงานป้องกันโรคโควิด-19 สามารถอธิบายได้ว่า ด้วยอายุที่เพิ่มมากขึ้น ผ่านประสบการณ์มามาก ก็จะมี ความคิด ความเข้าใจในบทบาทที่ได้รับมอบหมายมาก สืบเนื่องจากการถ่ายทอดข้อมูลในการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รับทราบหน้าที่บทบาทของตนเองเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทด้านการป้องกันโรคได้ง่ายและบ่อยมากขึ้น ดังนั้นอายุจึงมีความสัมพันธ์กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการปฏิบัติงานป้องกันโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังผลการศึกษาพบว่า เพศ อายุ รายได้ ประสบการณ์ทำงาน มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0511

2.3 สถานภาพสมรส ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ระบุว่าปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19 สามารถอธิบายได้ว่าบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19 ไม่ขึ้นอยู่กับสถานภาพสมรส เพราะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคนไม่ว่าจะมีสถานภาพสมรสคู่ หม้าย หย่าร้าง หรือโสด ทุกคนมีบทบาทในการในการป้องกันโรคโควิด-19 และบทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ไม่ได้แบ่งแยกบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้านตามสถานภาพสมรส ไม่ว่าจะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีสถานภาพสมรสอย่างไร ก็สามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ดี มีศักยภาพในการปฏิบัติงาน ดังนั้น สถานภาพสมรสจึงไม่มีความสัมพันธ์บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19 สอดคล้องกับการศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตเทศบาลตำบลกะเปอร์ จังหวัดระนอง พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)¹²

2.4 ระดับการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ระบุว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับบทบาท ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19 สามารถอธิบายได้ว่า บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19 ไม่ขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา เพราะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคน ไม่ว่าจะวุฒิการศึกษาระดับใดก็สามารถปฏิบัติงานได้ ทุกคนมีบทบาทในการป้องกันโรคและบทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ไม่ได้แบ่งแยกบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามระดับการศึกษา ไม่ว่าจะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีวุฒิการศึกษาระดับใดก็สามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ดีมีศักยภาพในการปฏิบัติงาน ดังนั้น ระดับการศึกษาจึงไม่มีความสัมพันธ์บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19 สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต.หนองไฮ อ.สำโรง จังหวัดอุบลราชธานี

พบว่าปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์ กับการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการเป็น อสม. ปัจจัยที่ สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ วิธีการได้รับการคัดเลือกเข้ามาเป็น อสม. (p-value = 0.006) การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (p-value <0.001) ปัญหาอุปสรรคในการทำงาน (p-value = 0.019)¹⁰

2.5 อาชีพจากการศึกษา พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19 ปฏิเสธสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ระบุว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อาชีพ มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19 สามารถอธิบายได้ว่าบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19 ไม่ขึ้นอยู่กับอาชีพ ไม่ว่าจะทำอาชีพใด หากมีความเสียสละและมีความตั้งใจในการทำงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคนไม่ว่าจะมีอาชีพใดก็สามารถปฏิบัติงานได้ ทุกคนมีบทบาทในการป้องกันโรคโควิด-19 และบทบาทหน้าที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ ไม่ได้แบ่งแยกบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องประกอบอาชีพหลักในด้านใด ไม่ว่าจะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีอาชีพใดก็สามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ดี มีศักยภาพในการปฏิบัติงาน ดังนั้น อาชีพจึงไม่มีความสัมพันธ์บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19 สอดคล้องกับการศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตเทศบาลตำบลกะเปอร์ จังหวัดระนอง พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาท

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)¹²

2.6 รายได้ จากการศึกษพบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ยอมรับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ระบุว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19 สามารถอธิบายได้ว่า บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขึ้นอยู่กับรายได้ต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ 0.05 สามารถอธิบายได้ว่ารายได้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทุกกลุ่ม รายได้ แม้จะมีรายได้น้อยแต่ก็มีความภูมิใจ มีความตั้งใจในการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขที่กำหนดไว้ ไม่ได้มองรายได้เป็นเรื่องสำคัญจึงทำงานในพื้นที่อย่างจริงจัง เพื่อประโยชน์ของประชาชน ดังนั้น รายได้จึงมีความสัมพันธ์บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19 สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า เพศ อายุ รายได้ ประสบการณ์ทำงาน มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง¹¹

2.7 ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง อสม. จากการศึกษพบว่าระยะเวลาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19 ปฏิเสธสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ระบุว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งอสม. มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19 สามารถอธิบายได้ว่าบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19 ไม่ขึ้นอยู่กับ

ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง อสม. เพราะส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-10 ปี แต่ไม่ว่าจะปฏิบัติงานในหน้าที่อสม. มากี่ปีก็สามารถทำตามบทบาทในด้าน การป้องกันโรคได้อย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากมีคู่มือ การปฏิบัติงานและเกณฑ์การให้ความรู้และ บทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ ไม่ได้แบ่งแยกบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตาม ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง อสม. ไม่ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมี ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง อสม. มากหรือน้อยก็ สามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ดี มี ศักยภาพในการปฏิบัติงาน ดังนั้น ระยะเวลาการ ดำรงตำแหน่ง อสม. จึงไม่มีความสัมพันธ์บทบาท ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการ ป้องกันโรคโควิด-19 สอดคล้องกับผล ศึกษาเรื่อง บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส สายพันธุ์ใหม่ 2019 อำเภอพระประแดง จังหวัด สมุทรปราการพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) ที่มีเพศ อายุ สถานภาพ ระดับ การศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลา ปฏิบัติงานและวิธีการรับคัดเลือกเป็นอสม. ต่างกันมี บทบาทในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (Covid-19) ไม่แตกต่างกัน¹³

3. ความรู้เรื่องโรคโควิด-19 กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19

จากการศึกษาพบว่าความรู้เรื่องโควิด-19 มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ยอมรับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ระบุว่าความรู้เรื่องโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการ ป้องกันโรคโควิด-19 สามารถอธิบายได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคน มี

บทบาทในการเฝ้าระวังป้องกันโรคอยู่แล้ว และบทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ กล่าวคือเมื่อได้รับเลือกให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทุกคนจะต้องผ่านการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใหม่ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ดังนี้ หลักสูตรการให้ความรู้ทางทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติรวมทั้งการประเมินผลว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใหม่ทุกคนมีความรู้และความสามารถทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพโดยมีเนื้อหาหลักสูตรเนื้อหาความรู้ที่อบรมแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ 1) กลุ่มความรู้พื้นฐานประกอบด้วย วิชาที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุขโดยเป็นวิชาที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขหลักๆของประเทศและการบริหารจัดการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ได้แก่ บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สิทธิของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การถ่ายทอดความรู้และการเผยแพร่ข่าวสารระดับหมู่บ้าน การค้นหา วิเคราะห์และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของท้องถิ่นสุขวิทยาส่วนบุคคล การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุข การวินิจฉัยอาการ การปฐมพยาบาล และการช่วยเหลือเบื้องต้นการฟื้นฟูสภาพการส่งต่อผู้ป่วยไปสถานบริการสาธารณสุข การจัดกิจกรรม การปฏิบัติงานและการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ใน ศสมช.การทำงานร่วมกับผู้นำชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เพื่อการพัฒนางานสาธารณสุขในท้องถิ่น 2) กลุ่มความรู้เฉพาะเป็นความรู้ในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่และความรู้ด้านนโยบายต่าง ๆ ในการพัฒนางานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่นและความรู้ด้านการพัฒนาอื่น ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน โดยจังหวัดสามารถปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรได้ตามความเหมาะสมซึ่งเนื้อหาอาจแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ความรู้

เรื่องโรคโควิด-19 เป็นต้น ซึ่งปัญหาของตำบลลำโรงเหนือ รวมถึงจังหวัดสมุทรปราการที่เป็นพื้นที่ ที่มีประชากรจำนวนมาก มีแรงงานหลากหลายและมีแรงงานต่างด้าวในพื้นที่จำนวนมาก ปัญหาที่ตามมา คือ ปัญหาความแออัดของชุมชน ประชากรหนาแน่นเสี่ยงต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อโรคได้ง่าย แต่จากการศึกษาบุคลากรที่มีบทบาทในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวพบว่ามีความรู้เรื่องโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งหมายถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ที่มีความเสียสละและมีความตั้งใจในการทำงานมีความพร้อมในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี หากมีการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่และจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการฝึกอบรมให้ความรู้หรือกิจกรรมอื่นใดที่ทำให้เกิดความมั่นใจรวมถึงการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติหน้าที่ในการให้สุขศึกษา รวมถึงโอกาสในการฝึกฝนและนำเสนอจะทำให้บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากผลการศึกษาพบว่าผลการศึกษาพบว่า ความสามารถด้านความรู้ในระดับสูง¹¹

4. แรงสนับสนุนทางสังคมต่อบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19

จากการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ยอมรับสมมุติฐานข้อที่ 3 ที่ระบุว่าแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19 สามารถอธิบายได้ว่า แรง

สนับสนุนทางสังคมเป็นคุณลักษณะที่สำคัญที่กำหนดบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19 เมื่อพิจารณาจากข้อคำถามจะพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีแรงสนับสนุนทางสังคมจากคนในครอบครัวเป็นอย่างดี แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งหากได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะทำให้การส่งเสริมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพได้สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ แรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.44, S.D. = 0.40) บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.40, S.D. = 0.37) และพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.62$, $p\text{-value} < 0.005$)¹⁴

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรจัดกิจกรรมในด้านการส่งเสริมความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเน้นเรื่องความรู้เรื่องการป้องกันโรคโควิด

1.2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดกิจกรรมหรือสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อสร้างแรงสนับสนุน

ทางสังคมที่ดี เช่น การจัดอบรม หรือกิจกรรมให้ความรู้ และสนับสนุนเอกสารแผ่นพับ วัสดุอุปกรณ์ในการใช้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทในการป้องกันโรคโควิด-19

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรเป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Experimental research) แบบสองกลุ่มเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้ปัจจัยเรื่องความรู้และแรงสนับสนุนมาสร้างโปรแกรมในการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการปฏิบัติงาน

2.2 ควรศึกษาวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยการวิจัยเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล และการวิจัยเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกในเรื่องบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการปฏิบัติงานป้องกันโรคเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเพื่อให้ได้ปัญหาเชิงลึกมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Interim guidance on laboratory testing of human suspected cases of novel coronavirus (nCoV) infection 10 January 2020 [Internet]. Geneva: World Health Organization (WHO); 2020 [cited 2020 Jan 10]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330374/WHO-2019-nCoVlaboratory-2020.1-eng.pdf>
2. Young E. The race for a COVID-19 vaccine. Nature. 2020; 580(7805): 576-7.

3. กรมควบคุมโรค. การดำเนินงานเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ในชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 27 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hsscovid.com/filesการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคโควิด-19>
4. กิตติพร เนาว์สุวรรณ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 2563; 14(2): 92-103.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ. รายงานสถานการณ์การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลสำโรงเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. สมุทรปราการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ; 2563.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ. การดำเนินงานเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ในชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. สมุทรปราการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 27 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://spk.hdc.moph.go.th/>
7. ไทย. กฎหมาย, ราชกิจจานุเบกษา ฯลฯ ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
8. Daniel WW. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 9th ed. New Jersey: John Wiley & Sons; 2010.
9. เกียรติศักดิ์ ศรีวงษ์ชัย. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี [วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2554.
10. เฉลียว สุวรรณภู. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองไฮ อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี [รายงานการวิจัย]. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2559.
11. วิภาพร สิทธิศาสตร์, ภูติห เตชาดิวัฒน์, นิทรา กิจธีระวุฒิมวงษ์, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี. 2558; 9(1): 25-31.
12. วัชรวิทย์ ไทยราชา. การปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลตำบลกะเปอร์ จังหวัดระนอง [วิทยานิพนธ์ รัฐประศาสนศาสตร์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2556.

13. เยาวลักษณ์ ชาวบ้านโพธิ์. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 2564; 4(1): 44-58.
14. เตือนใจ ปาประโคน, วิทัศน์ จันทร์โพธิ์ศรี. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2556; 6(3): 31-38.

ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรม การชะลอไตเสื่อมระยะที่ 2 และ 3 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

บรรณรส จันท์สมดี¹, ไททอง ภัทรปรียากุล², เสาวณีย์ เรืองศรี¹

(วันที่รับบทความ: 14 สิงหาคม 2568; วันที่แก้ไข: 22 กันยายน 2568; วันที่ตอบรับ: 6 ตุลาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมระยะที่ 2 และ 3 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบน ดูรา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวตำบลสระแก้ว โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว อาศัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว จำนวน 37 คน โดยได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นเวลา 6 เดือน และติดตามผลเก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันและชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันและชะลอไตเสื่อม ผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีสอดคล้องเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชเท่ากับ 0.84-0.85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย, Paired t-test และ Wilcoxon signed rank test

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมระยะที่ 2 และ 3 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff. = 0.82, 95% CI: 0.53-1.12, $p < 0.001$) และมีระดับอัตราการกรองของไต (eGFR) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff. = 7.16, 95% CI: 5.24-9.08, $p < 0.001$) นอกจากนี้ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมในระยะที่ 2 และ 3 เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

โปรแกรมนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในระดับปฐมภูมิและขยายผลสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่น ๆ รวมทั้งควรมีการติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของโปรแกรม

คำสำคัญ: สมรรถนะแห่งตน, ไตเสื่อม, เบาหวาน, การเยี่ยมบ้าน

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ตำบลสระแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว,
E-mail: bannaros.Jansomdee@gmail.com, saowanee262520@gmail.com

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ตำบลสระแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว,
E-mail: lithong.sk@gmail.com

Corresponding author: บรรณรส จันท์สมดี, E-mail: bannaros.Jansomdee@gmail.com

Effects of a Home Visit Program to Promote Self-Efficacy on Behavior for Delaying the Progression of Chronic Kidney Disease in Stages 2 and 3 among Patients with Type 2 Diabetes

Bannaros Jansomdee¹, Lithong Patthrapreeyakul², Saowanee Ruangsri¹

(Received: 14th August 2025; Revised: 22nd September 2025; Accepted: 6th October 2025)

Abstract

This quasi-experimental study used a one-group pretest-posttest design to examine the effects of a home visit program promoting self-efficacy on behaviors for delaying chronic kidney disease (CKD) progression in stages 2 and 3 among patients with type 2 diabetes, based on Bandura's Self-efficacy theory. The sample consisted of 37 patients with type 2 diabetes registered at the Primary Care Cluster, Sa Kaeo Sub-district, Somdech Phra Yuppharat Sa Kaeo Hospital, residing in Mueang District, Sa Kaeo Province. Participants received a six-month self-efficacy promotion program. Data were collected using questionnaires assessing personal information, self-efficacy for preventing and delaying CKD progression, and behaviors for preventing and delaying CKD progression in diabetic patients. The instruments were validated by three experts with a content validity index of 1.00 and demonstrated high reliability with Cronbach's alpha coefficients of 0.84-0.85. Data were analyzed using percentages, means, paired t-test, and Wilcoxon signed-rank test.

The results showed that after participating in the home visit program, patients with type 2 diabetes demonstrated statistically significant reductions in glycated hemoglobin (HbA1c) levels (mean difference = 0.82, 95% CI: 0.53-1.12, $p < 0.001$) and statistically significant increases in estimated glomerular filtration rate (eGFR) (Mean difference = 7.16, 95% CI: 5.24-9.08, $p < 0.001$). Additionally, mean scores for self-efficacy and behaviors for delaying CKD progression in stages 2 and 3 significantly increased after the intervention ($p < 0.001$).

This program can be implemented in primary care settings and scaled up to other sub-district health promoting hospitals, with long-term follow-up recommended to assess program sustainability.

Keywords: Self-efficacy, Chronic kidney disease, Type 2 diabetes, Home visit program

¹ Registered Nurse Professional, Sakaeo Crown Prince Hospital, Sakaeo Crown Prince Hospital, Sa Kaeo Sub-District, Mueang Sa Kaeo District, Sa Kaeo Province
E-mail: bannaros.jansomdee@gmail.com, saowanee262520@gmail.com

² Registered Nurse Senior Professional, Sakaeo Crown Prince Hospital, Sakaeo Crown Prince Hospital, Sa Kaeo Sub-District, Mueang Sa Kaeo District, Sa Kaeo Province, E-mail: lithong.sk@gmail.com
Corresponding author: Bannaros Jansomdee, E-mail: bannaros.jansomdee@gmail.com

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus: DM) เป็นภาวะความผิดปกติที่เกิดจากการเผาผลาญ (Metabolism) ก่อให้เกิดระดับน้ำตาลสูงและมีผลต่ออวัยวะหลายอย่างที่มีสัมพันธ์กับหลอดเลือดขนาดเล็กและหลอดเลือดขนาดใหญ่ โดยสาเหตุจากความผิดปกติในการหลั่งอินซูลิน การออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองอย่าง¹ โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ถ้าหากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่พบสูงสุดในผู้ป่วยเบาหวาน คือ ภาวะแทรกซ้อนทางไต หรือไตเสื่อมจากเบาหวาน (Diabetic nephropathy) โดยพบว่า ร้อยละ 20-40 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะโรคไตเรื้อรังได้²

โดยสถิติของคลินิกหมอครอบครัวตำบลสระแก้วพบว่า ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี โดยระหว่างปี พ.ศ. 2563-2567 จำนวน 1,162 ราย, 1,230 ราย, 1,293 ราย, 1,366 ราย และ 1,410 ราย ตามลำดับ มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 2 และ 3 ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2567 จำนวน 738, 812, 920, 1,033, และ 1,040 ราย ตามลำดับ ซึ่งพบว่าสาเหตุของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีพฤติกรรมเสี่ยง คือ 1) พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง 2) พฤติกรรมการขาดการออกกำลังกาย และเมื่อระยะการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะไตระยะท้ายจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจทั้งนี้หลักสำคัญในการส่งเสริมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy) ซึ่งแบนดูรา³ ได้อธิบายว่าบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามที่ได้กำหนดไว้ ซึ่งการส่งเสริมให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำได้โดยอาศัย 4 แหล่ง คือ

- 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง
- 2) การเรียนรู้โดยตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น
- 3) การชักจูงด้วยคำพูด
- 4) สภาพแวดล้อมร่างกายและอารมณ์ ดังนั้นหากผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเชื่อในการความสามารถของตนเองและมีความคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่จะทำให้สุขภาพของตนเองดีขึ้น จะส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนไปในทางที่ถูกต้องและแสดงความปรารถนาที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นออกมา ทำให้มีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอยง่ายและประสบความสำเร็จในที่สุด⁴⁻⁷

จากสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในคลินิกหมอครอบครัวตำบลสระแก้วมีแนวโน้มผู้ป่วยโรคเบาหวานมารับบริการเพิ่มขึ้นทุกปี รวมทั้งมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ โรคไตวายเรื้อรัง⁸ ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงปัญหาและความสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานดังกล่าวข้างต้น จึงได้นำทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา³ มาช่วยในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาวิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคเบาหวานให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ นำไปสู่การป้องกันโรคไตวายเรื้อรังจากโรคเบาหวานและลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมระยะที่ 2 และ 3 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และค่าระดับอัตราการกรองของไต คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการป้องกันและชะลอไตเสื่อมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) แบบหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest research design) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน ถึง เดือนกันยายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวตำบลสระแก้ว โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว จำนวน 1,410 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวตำบลสระแก้ว โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว อาศัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว ระหว่างเดือนเมษายน ถึง เดือนกันยายน 2567 ทำการสุ่มอย่างง่ายตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) อายุ ตั้งแต่ 35-70 ปี 2) รับการรักษาด้วยวิธีการใช้ยารับประทาน 3) ค่า eGFR 30-89 มล./min/1.73 ตรม. 4) ไม่มีประวัติการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน เช่น โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจ 5) สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ พูดคุยสื่อสารได้ ไม่มีปัญหาการได้ยิน 6) มีความสมัครใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย 7) มีหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ และมีเกณฑ์ในการคัดออก ดังนี้ 1) อาสาสมัครขอถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัย 2) เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการเยี่ยมบ้านได้ครบ คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2⁹ และวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม G* Power¹⁰ โดยใช้สถิติ t-test ขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ 0.5 ระดับความเชื่อมั่น 0.05 และอำนาจการทดสอบ 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น

จำนวน 34 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 จำนวน 3 คน รวมเป็นทั้งสิ้น 37 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน อายุรแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลเฉพาะทางที่มีความรู้โรคเรื้อรัง 1 ท่าน

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1.1) โปรแกรมการเยี่ยมบ้านส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมระยะที่ 2 และ 3 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self-efficacy theory) ของแบนดูรา³ และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1) แผนการสอนความรู้โรคเบาหวาน โดยการบรรยายให้ความรู้ ประกอบด้วยสไลด์ใช้เวลา 30 นาที 2) คู่มือโรคเบาหวานและการชะลอไตเสื่อมระยะที่ 2 และ 3 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปทบทวนที่บ้าน 3) การฉายวิดีโอสั้นเรื่องจากใจถึงไตห่างไกลเบาหวาน, วิดีโอสั้นเรื่องโรคไต, วิดีโอสั้นผู้ป่วยต้นแบบ ใช้เวลา 5-10 นาที 4) กิจกรรมการฝึกการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ และการเลือกอาหารตัวอย่างสำหรับโรคเบาหวาน เรื่องละ 15 นาที รวมใช้เวลา 30 นาที 5) กิจกรรมโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยโดยใช้ข้อความทางบวกกระตุ้นให้กำลังใจ ใช้คำพูดชักจูง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานที่ด้อยอย่างต่อเนื่อง ใช้เวลา 10 นาที 6) กิจกรรมเยี่ยมบ้าน โดยใช้คำพูดชักจูง และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็น และกระตุ้นให้ตระหนักในความสามารถของตนเองที่สามารถ

กระทำได้และเปิดโอกาสให้ระบายความรู้ที่รับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอแนะและพุดคุยให้กำลังใจใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

1.2) ชุดโมเดลอาหารอาหารแลกเปลี่ยนจำนวน 55 ชนิดอาหาร ผลิตจากเรซิน ซิลิโคน แป้ง ใช้สีผสมอาหารไม่เป็นอันตราย ใช้เป็นสื่อตัวอย่างอาหารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการเลือกรับประทานอาหาร

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย ผู้วิจัยปรับปรุงจากเครื่องมือของการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวาน

ไม่มั่นใจเลย	หมายถึง	ไม่มีความมั่นใจว่าสามารถที่จะปฏิบัติได้	ให้ 1 คะแนน
มั่นใจน้อย	หมายถึง	มีความมั่นใจว่าสามารถที่จะปฏิบัติได้น้อย	ให้ 2 คะแนน
มั่นใจมาก	หมายถึง	มีความมั่นใจว่าสามารถที่จะปฏิบัติได้มาก	ให้ 3 คะแนน
มั่นใจมากที่สุด	หมายถึง	มีความมั่นใจว่าสามารถที่จะปฏิบัติได้มากที่สุด	ให้ 4 คะแนน

ใช้เกณฑ์การแปลผลของ Best¹² ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก 3.01-4.00 คะแนน ปานกลาง 2.01-3.00 คะแนน น้อย 1.00-2.00 คะแนน ได้ค่า CVI = 1, ค่า Cronbach's alpha coefficient = 0.85

ปฏิบัติประจำ	หมายถึง	การปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 6-7 ครั้ง/สัปดาห์	ให้ 4 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	การปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 4-5 ครั้ง/สัปดาห์	ให้ 3 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	การปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 1-3 ครั้ง/สัปดาห์	ให้ 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย	ให้ 1 คะแนน

ใช้เกณฑ์การแปลผลของ Best¹² ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก 3.01-4.00 คะแนน ปานกลาง 2.01-3.00 คะแนน น้อย 1.00-2.00 คะแนน ได้ค่า CVI = 1, ค่า Cronbach's alpha coefficient = 0.84

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย ได้แก่ อาการทั่วไป อาการความผิดปกติต่าง ๆ การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย สภาพอารมณ์จิตใจ และอุปสรรคปัญหาต่าง ๆ และการให้กำลังใจผู้ป่วย

ชนิดที่ 2¹¹ ประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน รูปแบบข้อคำถามเป็นแบบเติมคำและเลือกตอบ จำนวน 21 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันและชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ รูปแบบข้อคำถามให้เลือกคำตอบที่ตรงกับระดับความมั่นใจมากที่สุดเพียงข้อเดียว จากลักษณะคำตอบ 4 ระดับ ดังนี้

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันและชะลอไตเสื่อมผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ รูปแบบข้อคำถามให้เลือกคำตอบที่ตรงกับพฤติกรรมมากที่สุดเพียงข้อเดียว จากลักษณะคำตอบ 4 ระดับ ดังนี้

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกการรับประทานอาหารและกิจกรรมการออกกำลังกายรายสัปดาห์ ได้แก่ อาหารเช้า-กลางวัน-เย็นที่รับประทานทุกวัน และกิจกรรมออกกำลังกาย ระยะเวลาที่ออก

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติอ้างอิงเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ค่าเฉลี่ย

พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมระยะที่ 2 และ 3 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ค่าอัตราการกรองของไตและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยสถิติ Paired t-test และ Wilcoxon signed rank test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับการรับรองอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว เลขที่ S028q/66 ExPD ลงวันที่ 12 ตุลาคม 2566

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการเยี่ยมบ้านส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมระยะที่ 2 และ 3 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ทีมวิจัยสร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ของกิจกรรมต่าง ๆ เก็บรวบรวมข้อมูลและแบบสอบถาม (Pre-Test) โดยผู้ช่วยวิจัย 1) มอบคู่มือโรคเบาหวานและการชะลอไตเสื่อมระยะที่ 2 และ 3 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถไปศึกษาทบทวนที่บ้าน 2) ให้ความรู้โรคเบาหวาน การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต และการชะลอไตเสื่อมระยะที่ 2 และ 3 โดยการบรรยายให้ความรู้ประกอบวิดีโอสั้น 3) การชมวิดีโอสั้นเรื่องจากใจถึงไตห่างไกลเบาหวาน, วิดีโอสั้นเรื่องโรคไต, วิดีโอสั้นผู้ป่วยต้นแบบ เป็นการได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) โดยวิดีโอจะเป็นสื่อให้เห็นตัวอย่าง ผู้ป่วยจะได้นำไปปรับใช้ได้ และเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ 4) กิจกรรมการฝึกการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและการเลือกอาหารตัวอย่างสำหรับโรคเบาหวานเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองโดยตรง (Enactive mastery experience) ผู้ป่วยเบาหวานจะได้ปฏิบัติจริง และสามารถนำไปปฏิบัติต่อที่บ้าน ใช้เวลารวม 1 ชั่วโมง 15 นาที

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ประเมินและสร้างแรงจูงใจ (Baseline & Engagement) ได้แก่ ชักประวัติสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ประเมินความรู้เรื่องเบาหวานและไต อธิบายสภาพไตระยะที่ 2 และ 3 สะท้อนผลตรวจ (HbA1c, eGFR) ตั้งเป้าหมายร่วม (Goal setting) ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย โดยใช้ข้อความทางบวกกระตุ้นให้กำลังใจ ใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองในการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้อย่างต่อเนื่อง ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 กิจกรรมการควบคุมอาหารเพื่อชะลอไตเสื่อม ได้แก่ วิเคราะห์อาหารที่รับประทานจริงในชีวิตประจำวัน สอน “กินอย่างไรไม่ทำร้ายไต” ลดหวาน เค็ม โปรตีนเกิน ใช้ตัวอย่างอาหารในบ้าน ฝึกอ่านฉลากโภชนาการ วางแผนเมนูง่าย ๆ ที่ทำได้จริง และกิจกรรมการออกกำลังกายและการใช้ชีวิตประจำวัน ได้แก่ ประเมินกิจกรรมทางกายที่ทำได้ สาธิตท่าออกกำลังกายเบา-ปานกลาง ปรับกิจวัตรประจำวันให้เหมาะกับโรค แก้ปัญหาอุปสรรคเฉพาะบุคคล ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 8 กิจกรรมเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 กิจกรรมการใช้ยาและการติดตามผล ตรวจสอบยาที่ใช้จริง (ยากิน ยาฉีด สมุนไพร) ให้ความรู้เรื่องยาที่มีผลต่อไต สอนการกินยาตรงเวลา ใช้กล่องยา/ตารางเตือน แก้ไขความเชื่อผิดเกี่ยวกับยา กิจกรรมการจัดการความเครียดและแรงสนับสนุนจากครอบครัว ได้แก่ ประเมินความเครียด ความกังวล เรื่องโรคสอนเทคนิคผ่อนคลายง่าย ๆ ชวนสมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมเสริมแรงเชิงบวกจากคนใกล้ชิด ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

เดือนที่ 3, 4, 5 กิจกรรมโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยโดยใช้ข้อความทางบวกกระตุ้นให้กำลังใจ ใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) ทำให้ผู้ป่วย

เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้อย่างต่อเนื่อง ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

เดือนที่ 6 ติดตามค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c และ ตรวจค่าอัตราการกรองของไต ภายหลังเข้าโปรแกรม

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า จากกลุ่มตัวอย่าง 37 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.90 อายุเฉลี่ย 62.14 ปี (S.D. = 5.63) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 86.50 มีระดับการศึกษาสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.60 ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 29.70 และระดับปริญญาตรี ร้อยละ 18.90 ตามลำดับ ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง/ลูกจ้างประจำ ร้อยละ 37.80 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 16,972.97 บาท (S.D. = 12226.42)

ผลการศึกษาข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลเวลาเจ็บป่วย ร้อยละ 97.30 มีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 97.30 และมีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 70.30 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 9.49 ปี (S.D. = 3.40) ส่วนใหญ่มีโรคแทรกซ้อนหรือโรคร่วม ร้อยละ 81.10 ทั้งหมดได้รับยาเบาหวานชนิดรับประทาน ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 94.60 มีการออกกำลังกาย

กายเป็นบางครั้ง 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 62.20 ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 94.60 มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเรื่องโรคเบาหวานมากกว่า 2 เรื่อง ร้อยละ 70.30 และมีอาการปัสสาวะบ่อย หิวน้ำบ่อย น้ำหนักลดอ่อนเพลีย ร้อยละ 83.30

ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ระดับอัตราการกรองของไต (eGFR) ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรม การชะลอไตเสื่อมในระยะที่ 2 และ 3 ก่อนและ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่าหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงจากค่าเฉลี่ย 7.80 (S.D. = 1.24) เหลือ 6.97 (S.D. = 0.92) (Mean diff. = 0.83, 95%CI: 0.53-1.12) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.716, p < .001$) ระดับอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 61.01 (S.D. = 9.31) เป็น 68.17 (S.D. = 10.65) (Mean diff. = 7.16, 95%CI: 5.24-9.08) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.562, p < .001$) ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นจาก 2.23 (S.D. = 0.25) เป็น 3.38 (S.D. = 0.52) และค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรม การชะลอไตเสื่อมเพิ่มขึ้นจาก 2.38 (S.D. = 0.20) เป็น 3.39 (S.D. = 0.39) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -5.309$ และ -5.308 ตามลำดับ, $p < .001$) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ระดับอัตราการกรองของไต ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในระยะที่ 2 และ 3 ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 37)

ด้าน	Range	Median	Mean	S.D.	Mean Diff.	95%CI Mean Diff.	z/t	p-value
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด								
ก่อนได้รับโปรแกรม	5.68-11.01	8.35	7.80	1.24				
หลังได้รับโปรแกรม	5.15-8.75	6.95	6.97	0.92	0.83	0.53-1.12	5.716 ^a	<0.001
ระดับอัตราการกรองของไต								
ก่อนได้รับโปรแกรม	40.82-75.70	58.26	61.01	9.31				
หลังได้รับโปรแกรม	42.10-92.94	67.52	68.17	10.65	7.16	5.24-9.08	7.562 ^a	<0.001
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน								
ก่อนได้รับโปรแกรม	2-3	2.50	2.23	0.25			-	
หลังได้รับโปรแกรม	2-4	3.00	3.38	0.52	-	-	5.309 ^b	<0.001
พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม								
ก่อนได้รับโปรแกรม	2-3	2.50	2.38	0.20			-	
หลังได้รับโปรแกรม	2-4	3.00	3.39	0.39	-	-	5.308 ^b	<0.001

หมายเหตุ a = ค่า t ใช้สถิติ Paired t-test

b = ค่า z ใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมระยะที่ 2 และ 3 ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมระยะที่ 2 และ 3 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.70 หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมระยะที่ 2 และ 3 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 75.70 (ดังตารางที่ 2)

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในระยะที่ 2 และ 3 ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในระยะที่ 2 และ 3 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 97.30 หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในระยะที่ 2 และ 3 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 89.20 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมระยะที่ 2 และ 3 ก่อนและหลังการทดลองโปรแกรมฯ (n = 37)

ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อ พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม ระยะที่ 2 และ 3	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00)	-	-	28	75.70
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00)	28	75.70	8	21.60
น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00)	9	24.30	1	2.70
	Mean = 2.23, S.D. = 0.25, Median = 2.50, Min = 2, Max = 3		Mean = 3.34, S.D. = 0.52, Median = 3.0, Min = 2, Max = 4	

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ระดับพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในระยะที่ 2 และ 3 ก่อนและหลังการทดลองโปรแกรมฯ (n = 37)

ระดับพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม ในระยะที่ 2 และ 3	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00)	-	-	33	89.20
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00)	36	97.30	4	10.80
น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00)	1	2.70	-	-
	Mean = 2.38, S.D. = 0.20, Median = 2.50, Min = 2, Max = 3		Mean = 3.39, S.D. = 0.39, Median = 3.00, Min = 2, Max = 4	

การอภิปรายผล

ภายหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมระยะที่ 2 และ 3 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ 2 มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff. = 0.82, 95% CI: 0.53-1.12, $p < 0.001$) และมีระดับอัตราการกรองของไต (eGFR) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff. = 7.16, 95% CI: 5.24-9.08, $p < 0.001$) นอกจากนี้ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในระยะที่ 2 และ 3 เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อธิบายได้ว่าเป็นผลมาจากการใช้โปรแกรม

การเยี่ยมบ้านส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมระยะที่ 2 และ 3 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ของแบนดูรา³ ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้เป็น 4 ประเด็น ดังนี้

1. ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ซึ่งสะท้อนว่าโปรแกรมฯ ที่เน้น “การเสริมสมรรถนะแห่งตน” และการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่องช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการโรค และการปฏิบัติตามแผนการดูแลตนเอง (เช่น การควบคุมอาหาร การใช้ยา การติดตามน้ำตาล และการแก้ปัญหาอุปสรรคเฉพาะบุคคล) จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง/เสริมสร้าง

สมรรถนะแห่งตนมีแนวโน้มช่วยให้ค่าควบคุมระดับน้ำตาลและ HbA1c ดีขึ้นเมื่อเทียบก่อน-หลังหรือเทียบกลุ่มควบคุม โดยเฉพาะเมื่อมีการติดตามต่อเนื่องและมีองค์ประกอบการเสริมแรงเชิงบวก¹³⁻¹⁴ นอกจากนี้งานวิจัยต่างประเทศและงานทดลองในบริบทเอเชียยังชี้ว่าการเพิ่ม Self-Efficacy และ Self-Management ที่เป็นรูปธรรมสัมพันธ์กับการลด HbA1c ได้อย่างมีนัยสำคัญ¹⁵⁻¹⁶ ในเชิงแนวปฏิบัติ ผลลด HbA1c ประมาณ 0.8% ถือว่ามีความหมายเชิงคลินิก เพราะแนวทาง KDIGO แนะนำให้กำหนดเป้าหมาย HbA1c แบบ “เฉพาะบุคคล” ในผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับ CKD (โดยทั่วไปช่วง <6.5% ถึง <8.0% สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้ล้างไต) และเน้นการติดตามผล HbA1c อย่างสม่ำเสมอ¹⁷

2. ระดับอัตราการกรองของไต (eGFR) อธิบายได้ว่าโปรแกรมฯ ที่มุ่งพฤติกรรมชะลอไตเสื่อม (เช่น ลดเค็ม/ลดโปรตีนเกิน, การใช้จ่ายตามแผนรักษา, หลีกเลี่ยงยาหรือสมุนไพรที่เสี่ยงต่อไต, การติดตามความดันโลหิต/น้ำตาล และการแก้ปัญหาพฤติกรรมรายบุคคลที่บ้าน) ทำให้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสื่อมของไตลดลง จึงสะท้อนเป็นการเปลี่ยนแปลงของ eGFR ในทิศทางดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานไทยที่ใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัวเพื่อชะลอความก้าวหน้าของ Diabetic nephropathy ซึ่งรายงานแนวโน้มผลลัพธ์ด้านไตดีขึ้นในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม¹⁸ สอดคล้องกับการศึกษา ของวสันต์ พนธรา¹⁹ ศึกษาผลการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ในคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลตากฟ้า ซึ่งการที่ผู้ป่วยในคลินิกโรคไตเรื้อรังสามารถชะลอการเสื่อมของไตได้เกิดจากผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ดีขึ้นจากการติดตาม ให้ความรู้และคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ การได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพที่เชี่ยวชาญ การได้รับการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังมีสาเหตุอื่นๆ ที่ทำให้ผลการรักษาไม่บรรลุ

ตามวัตถุประสงค์ เช่น ปัญหาทางเศรษฐกิจ ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตต่างๆ และหาแนวทางแก้ปัญหาที่เหมาะสมตามบริบทของแต่ละบุคคลต่อไป

3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy) สะท้อนว่าโปรแกรมฯ สามารถยกระดับความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในการดูแลตนเองได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิด Bandura² ที่ชี้ว่า self-efficacy เพิ่มขึ้นผ่าน 4 แหล่งสำคัญ ได้แก่ (1) ประสบการณ์สำเร็จจากการลงมือทำ (Mastery experience) (2) การเรียนรู้จากแบบอย่าง (Vicarious experience) (3) การชักจูงทางวาจา/การเสริมแรง (Verbal persuasion) และ (4) การจัดการสภาวะอารมณ์-ร่างกาย (Physiological/Affective states) เมื่อโปรแกรมฯ ทำให้ผู้ป่วย “ทำได้จริงในบริบทที่บ้าน” และมีพยาบาลเยี่ยมบ้านและโทรศัพท์ติดตามรายบุคคล ความเชื่อมั่นย่อมสูงขึ้น และนำไปสู่การคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมที่เสริม Self-Efficacy ส่งผลให้ Self-Management ดีขึ้นและสัมพันธ์กับการควบคุม HbA1c ที่ดีขึ้น¹⁵⁻¹⁶ และการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัว เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตแทรกซ้อนเรื้อรัง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อชะลอการเสื่อมของไต พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมและค่าระดับอัตราการกรองของไตหลังการทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ²⁰

4. พฤติกรรมชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับ “ผลเชิงพฤติกรรม” เมื่อ Self-Efficacy เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมีแนวโน้มกำกับตนเองและคงพฤติกรรมสุขภาพได้มากขึ้น (เช่น ควบคุมอาหาร/เค็ม, การรับประทานยาสม่ำเสมอ, ติดตามค่าทางคลินิก, หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อไต) การเยี่ยมบ้านทำให้การปรับพฤติกรรมเกิดในสภาพแวดล้อมจริง

เพิ่มโอกาสแก้ปัญหาเฉพาะบริบท เช่น รูปแบบอาหารในบ้าน การเข้าถึงยา/การเดินทางมารับบริการ และการสนับสนุนจากครอบครัว จึงช่วยให้พฤติกรรมเปลี่ยนได้ชัดเจน สอดคล้องกับโปรแกรม Self-Management support และ Family participation มีส่วนช่วยเพิ่มพฤติกรรมดูแลตนเองและสนับสนุนการชะลอการดำเนินโรคไตจากเบาหวาน¹⁸ และการศึกษาในต่างประเทศพบว่า การแทรกแซงเชิง Self-Management ที่เน้นการเสริมแรงและติดตามต่อเนื่องมีผลต่อพฤติกรรม Self-Care/Self-Management และส่งผลต่อผลลัพธ์สุขภาพสำคัญของผู้ป่วย^{15,21-22}

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมระยะที่ 2 และ 3 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไปใช้ในคลินิกหมอครอบครัว ตำบลสระแก้ว โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว และสถานบริการใกล้เคียง เพื่อลดการเกิดโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

2. ควรศึกษาติดตามในระยะยาว 1 ปี เพื่อติดตามความยั่งยืนของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมระยะที่ 2 และ 3 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อสามารถนำมาวางแผนในการจัดบริการเชิงรุกให้มีคุณภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ชัยรัตน์ สมบูรณ์ ธนกิจ (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) แพทย์หญิงพิชชญา อภิชาติอำมฤต (อายุรแพทย์) นางสาวสุบงกช ชื่นชม (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ) ปริญญาโท ด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) ที่ให้การอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตลอดจนช่วยแนะนำและปรับแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณหัวหน้าหน่วยงาน และทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งผู้ที่สนับสนุนให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. อรพินท์ สีขาว. การจัดการโรคเบาหวานชนิดของโรคและบทบาทพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. สมุทรปราการ: โครงการสำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2559.
2. วรางคณา พิชัยวงศ์. โรคไตจากเบาหวาน. วารสารกรมการแพทย์. 2558; 40(5): 19-24.
3. Bandura, A. Self-efficacy; Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review. 1977; 84(2): 191-215.
4. เบญจพร แก้วคำใต้. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายด้วยการเดินที่มีต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีและสุขภาพสมรรถนะในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. [วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2558.
5. ดวงสมร นิลตานนท์, จุฬารัตน์ โสตะ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนและกระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเอราวัณ อำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2553; 10(3): 51-60.

6. ทงมี ผลาผล, ภคินี ศรีสารคาม, รัตนาพร ศรีสารคาม. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลทหารบก. 2565; 23(1): 455-62.
7. จิตรศุภรณ์ ดอนนาค. ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านที่มีต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์. วารสารโรงพยาบาลนครพนม. 2560; 4(1): 60-70.
8. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
9. พลอยประกาย ฉลาดล้น, พิมลดา อนันต์ศิริเกษม, วิภา กลิ่นจำปา. ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2566; 33(1): 90-101.
10. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A-G. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Methods. Behavior Research Methods. 2009; 41(4): 1149-60.
11. นงลักษณ์ ไคว้ตระกูล, พะเยาว์ ด้านปรีดา. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารกองการพยาบาล. 2563; 47(2): 119-34.
12. Best JW, Kahn JV. Research in Education. New Jersey: Printice Hall. Inc; 1997.
13. Sittipreechachan P, Pichayapinyo P, Lagampan S, Chongsuwat R. A Community Health Volunteer Involvement Program for Glycated Hemoglobin Reduction Among Thai Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes: A Mixed-Method Study. J Prim Care Community Health. 2022; 21501319221077960.
14. ไชยา ท่าแดง, นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลเกาะสะสมเม็ดเลือดแดงของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2563; 40(4): 61-73.
15. Wichit N, Mnatzaganian G, Courtney M, Schulz P, Johnson M. Randomized controlled trial of a family-oriented self-management program to improve self-efficacy, glycemic control and quality of life among Thai individuals with Type 2 diabetes. Diabetes Res Clin Pract. 2017; 123: 37-48.

16. Asmat K, Dhamani K, Froelicher ES, Gul R. A Patient-Centered Self-Management Intervention to Improve Glycemic Control, Self-Efficacy and Self-Care Behaviors in Adults with Type 2 Diabetes Mellitus: A SPIRIT Compliant Study Protocol for Randomized Controlled Trial. *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2023; 16: 225-36.
17. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Diabetes Work Group. KDIGO 2022 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. *Kidney Int.* 2022; 102(5S): S1-S127.
18. Thojampa S. Effects of self-management support and family participation enhancing program for delayed progression of diabetic nephropathy in Thai adults with type 2 diabetes. *Int J Africa Nurs Sci.* 2017.
19. วสันต์ พนธรา. ผลการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ในคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลตากฟ้า. *วารสารสวสวรรค์ประชากรเวชสาร.* 2563; 17(2): 43-51.
20. วิจิตรา ชัยภักดี. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัว เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตแทรกซ้อนเรื้อรัง. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี.* 2567; 12(1): 61-82.
21. Panchaisee S. Effectiveness of Self-Management Supporting Programs Among People with Type 2 Diabetes Mellitus: A Systematic Review. *The Bangkok Medical Journal.* 2568; 21(2): 175-82.
22. Suchitra P, Santhna LP, Faridah Mohd S, Sandeep P. Effect of Self-management Intervention on Improvement of Quality of Life in Chronic Kidney Disease Patients: A Scoping Review. *Open Nurs J.* 2024; 18: 1-14.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียม ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน

ภัทราภรณ์ โสภานไฮ¹, อนุชา ไทยวงษ์², แพรพลอย สุรัตน์นะ¹, แพรวลัดดา เคนคำ¹, แพรวา สิงห์ฉลาด¹
ภคพร ภูเรือ¹, ภัคจิรา อธิพงษ์¹, ภัทรวดี คุ่มไพฑูริย์¹, ภูวดินทร์ ศรีสังข์¹, ภูวิศ คงทอง¹, วาดานันท์ พิมณะวัน¹
วรดา ไชยโคตร¹, วรดา พลคำ¹, วรณพร ประภาโส¹, กำพร ดานา², มลฤดี แสนจันทร์², ธนัญญ์ วาโยบุตร³
(วันที่รับบทความ: 28 สิงหาคม 2568; วันที่แก้ไข: 22 ตุลาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 25 พฤศจิกายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จำนวน 30 คน ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียม (8 สัปดาห์) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียม แบบวัดพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือและโซเดียม และเครื่องวัดความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมานใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ สถิติทดสอบวิลคอกซัน และสถิติทดสอบแมนท์วินี-ยู

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียม และพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือและโซเดียมสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) นอกจากนี้ กลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05)

อย่างไรก็ตาม ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกและปริมาณโซเดียมในปัสสาวะพบว่าจะไม่แตกต่างกันชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมนี้มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม ซึ่งส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิตซิสโตลิกในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ดังนั้น บุคลากรด้านสุขภาพควรนำโปรแกรมดังกล่าวไปประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้, ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการบริโภค, ผลลัพธ์ทางสุขภาพ

¹ นักศึกษา, หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: Phubodin3314@gmail.com, wphimnawan@gmail.com, Poomsumo2555@gmail.com, Woradachaiyakhhot782@gmail.com, Paerw.kankam47@gmail.com, praploy062@gmail.com, p.pakkaporn2547@gmail.com, woradaphonkhamp1@gmail.com, xpxoy44@gmail.com, amme10009@gmail.com, Pukjira.asipong@gmail.com, Ppatta897@gmail.com, pattarapornsopahai@gmail.com

² อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: anucha@smnc.ac.th, kamthorn@smnc.ac.th, monruedee@smnc.ac.th

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลมหาสารคาม, E-mail: taaee4414@gmail.com

Corresponding author: อนุชา ไทยวงษ์, E-mail: anucha@smnc.ac.th

Effect of a Health Literacy Program on Salt and Sodium Consumption among person with Uncontrolled Hypertension in a Community

Pattaraporn Sopahai¹ Anucha Taiwong^{2*} Praploy Surattana¹ Phraewlatda Kenkam¹
Praewa Singchalad¹ Pakaporn Pooruang¹ Phakchira Asiphong¹ Pattarawadee Kumpaitoon¹
Phubodin Srisang¹ Puwit Khongthong¹ Wadanan Phimnawan¹ Worada Chaiyakhot¹
Worada Phonkham¹ Wannaporn Pakaso¹ Kamthorn Dana² Monruedee Saenchan² Thanayaporn Wayobut³
(Received: 28th August 2025; Revised: 22nd October 2025; Accepted: 25th November 2025)

Abstract

This quasi-experimental study with a two - groups pretest - posttest design aimed to measure the effects of a health literacy program on salt and sodium consumption among patients with uncontrolled hypertension. Thirty patients receiving care at a sub-district health promoting hospital in Mueang District, Mahasarakham Province, were recruited and assigned to either the experimental group or the control group (n = 15 each). The experimental group received an 8-week health literacy program on salt and sodium consumption. Data collection instruments included a demographic questionnaire, a salt and sodium consumption literacy scale, a salt and sodium consumption behavior scale, and a blood pressure monitor. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, Wilcoxon signed-rank test, and Mann-Whitney U test.

After the intervention, the experimental group demonstrated significantly higher levels of salt and sodium consumption literacy and better salt and sodium consumption control behaviors compared to baseline and the control group (p-value <0.05). Systolic blood pressure in the experimental group was significantly lower than baseline and the control group (p-value <0.05).

However, no significant differences were observed in diastolic blood pressure and urinary sodium levels between two groups. The health literacy program effectively improved knowledge and behaviors related to salt and sodium consumption, resulting in better systolic blood pressure among patients with uncontrolled hypertension. Healthcare provider should consider implementing this program for hypertension prevention and management in community setting.

Keywords: Uncontrolled hypertension, Health literacy, Consumption behaviors, Health outcomes

¹ Student, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Phraboromrajchonak Institute, E-mail: Phubodin3314@gmail.com, wphimnawan@gmail.com, Poomsumo2555@gmail.com, Woradachaiyakhot782@gmail.com, Paerw.kankam47@gmail.com, praploy062@gmail.com, p.pakkaporn2547@gmail.com, woradaphonkhamp1@gmail.com, xpxoy44@gmail.com, amme10009@gmail.com, Pukjira.asiphong@gmail.com, Ppatta897@gmail.com, pattarapornsopahai@gmail.com

² Lecturer, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Phraboromrajchonak Institute, E-mail: anucha@smnc.ac.th, kamthorn@smnc.ac.th, monruedee@smnc.ac.th

³ Registered Nurse Professional, Mahasarakham Hospital, taee4414@gmail.com
Corresponding author, Anucha Taiwong, E-mail: anucha@smnc.ac.th

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) ยังคงเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยทั่วโลกและเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (2023) ได้รายงานว่าการประมาณทั่วโลกประมาณ 1.4 พันล้านคน มีภาวะความดันโลหิตสูง และเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 44.00) ไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะดังกล่าว และยังมีรายงานว่าในจำนวนนี้ร้อยละ 23.00 มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (Uncontrolled Hypertension)¹ ซึ่งหมายถึงภาวะที่ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาแล้ว แต่ยังคงมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) ≥ 140 mmHg และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ≥ 90 mmHg² ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคร้ายแรง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะหัวใจล้มเหลว และโรคไตเรื้อรัง จากการทบทวนวรรณกรรมพบหลายปัจจัยที่สัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องกับ ภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมการรับประทานอาหารเค็ม³ และขาดความรู้^{4, 5} โดยองค์การอนามัยโลกแนะนำให้บริโภคโซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน (เทียบเท่าเกลือ 1 ช้อนชา) แต่การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายกลับพบว่าคนไทยบริโภคโซเดียมสูงถึง 3,636 มิลลิกรัมต่อวัน⁶ ดังนั้น แม้การรักษาด้วยยาจะมีความสำคัญ แต่แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จำเป็นต้องเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคเกลือและโซเดียมอย่างจริงจังควบคู่กันไป

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคเกลือและโซเดียมมีความซับซ้อนจำเป็นต้องอาศัยความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งเป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดี⁷ ในบริบทของประเทศไทย กรมอนามัย ได้ประยุกต์แนวคิดนี้เป็นองค์ประกอบ 6 ด้านที่มีความสำคัญต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วย ได้แก่

- 1) การเข้าถึง ข้อมูลและแหล่งบริการสุขภาพ
- 2) ความเข้าใจเนื้อหาข้อมูลสุขภาพอย่างถูกต้อง
- 3) การซักถามเพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมและชัดเจน
- 4) การประเมินข้อดี ข้อเสีย และความน่าเชื่อถือของข้อมูล
- 5) การตัดสินใจเลือกทางเลือกด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง และ
- 6) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือการนำความรู้ไปปรับใช้จริง⁸ โดยความรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม และช่วยลดระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้⁹ สะท้อนให้เห็นว่า การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียมเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ เข้าใจฉลากโภชนาการ สามารถซักถามข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับปริมาณที่เหมาะสม ประเมินความเสี่ยงของอาหารนอกบ้าน ตัดสินใจเลือกเมนูที่โซเดียมต่ำ และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเกลือ¹⁰ ส่งเสริมให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพ¹¹ พฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือและโซเดียมที่ดียิ่งขึ้น^{10, 11} รวมถึงช่วยลดระดับความดันโลหิต^{12, 13} และปริมาณโซเดียมในปัสสาวะได้^{10, 13} อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมาในบริบทประเทศไทยมักมุ่งเน้นการให้ความรู้ (Knowledge-based) หรือใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมไม่เฉพาะเจาะจงกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคเกลือและโซเดียม และมีการศึกษาในกลุ่มบุคคลวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ค่อนข้างจำกัด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน อันจะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถ

ควบคุมระดับความดันโลหิตให้เป็นไปตามเป้าหมายได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียม และพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือและโซเดียม ระดับความดันโลหิต และปริมาณโซเดียมในปัสสาวะของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียม พฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือและโซเดียม ระดับความดันโลหิต และปริมาณโซเดียมในปัสสาวะภายหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

สมมติฐานของการวิจัย

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีความรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียม และพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือและโซเดียม มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

2. ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิต และปริมาณโซเดียมในปัสสาวะน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

3. ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีความรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียม และพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือและโซเดียมมากกว่ากลุ่มควบคุม

4. ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิต และปริมาณโซเดียมในปัสสาวะน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group

pretest-posttest design) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคคลวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18-60 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่มีภูมิลำเนาในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม **กลุ่มตัวอย่าง** คือ บุคคลวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18-60 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แห่งหนึ่ง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่าขนาดอิทธิพล 1.44¹⁴ กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และอำนาจการทดสอบที่ 0.90 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 12 คน ได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อการป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง คำนวณได้ตัวอย่างกลุ่มละ 15 คน รวมมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 30 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) โดยสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากเลือก 1 รพ.สต. จาก 13 รพ.สต. ของอำเภอเมืองมหาสารคาม จากนั้นสุ่มเลือก 2 หมู่บ้านเพื่อเป็นพื้นที่ในการศึกษาโดยให้หมู่บ้านแรกเป็นกลุ่มทดลอง และหมู่บ้านที่สองเป็นกลุ่มควบคุม เนื่องจากทั้งสองหมู่บ้านมีลักษณะพื้นฐานที่ใกล้เคียงกัน และเพื่อป้องกันการปนเปื้อนจากการแลกเปลี่ยนความรู้ (Contamination) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) มีอายุ 18-60 ปีและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 6 เดือน ร่วมกับตรวจพบความดันโลหิตสูงขณะอยู่บ้านอย่างน้อย 2 ครั้ง ใน 6 เดือน 2) ได้รับการรักษาด้วยยาตามแนวทางเวชปฏิบัติ 3) สามารถสื่อสารได้ปกติ ฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 4) มีความสมัครใจ และเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย และ

5) มีโทรศัพท์เคลื่อนที่และมีความสามารถในการใช้สมาร์ทโฟน และมีเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ มีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรง หรือ มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียม สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนันทปิมและการทบทวนวรรณกรรม^{7, 8} ประกอบด้วย การส่งเสริม 6 ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านอาหารที่มี เกลือและปริมาณโซเดียมสูง 2) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการเลือกรับประทานอาหารที่มีเกลือและโซเดียมต่ำ 3) ทักษะการสื่อสารในการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียม 4) ทักษะการตัดสินใจเลือกรับประทานอาหารที่มีเกลือและโซเดียมต่ำ 5) ทักษะการจัดการตนเองในการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียมต่ำ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและการบอกต่อในด้านอาหารที่มีเกลือและโซเดียมต่ำ โดยจัดเป็นกิจกรรมการเรียนรู้รายกลุ่ม 3 ครั้ง (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที) และการติดตามทางโทรศัพท์รายบุคคล 4 ครั้ง (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 10-15 นาที) และติดตามประเมินผลในสัปดาห์ที่ 8

1.2 คู่มือความรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความสำคัญของการควบคุมระดับความดันโลหิต ความสำคัญของการจำกัดการบริโภคเกลือและโซเดียม และอาหารที่มีเกลือและโซเดียมต่ำ

1.3 สื่อวีดิทัศน์เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียม เป็นสื่อวีดิทัศน์ที่หลากหลายแหล่ง โดยผู้วิจัยได้นำมาจากแหล่งช่องทาง Youtube ได้แก่ สื่อการลดบริโภคเกลือ

และโซเดียมในประชาชน ที่ผลิตโดยกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค สื่อลดเค็มร่างกายเปลี่ยนแปลงอย่างไรและสื่อเทคนิคการลดโซเดียมที่ผลิตโดยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จากมหิดล แชนแนล

1.4 ชุดนวัตกรรม “พาข้าว เบาเค็ม”

สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ชิ้น ได้แก่ 1) แผ่นภาพแสดงอาหารอีสานและปริมาณเกลือ 2) แผ่นภาพแสดงเครื่องปรุงและปริมาณเกลือ 3) โมเดลอาหารอีสานที่ควรหลีกเลี่ยงและควรจำกัด 30 เมนู และ 4) โมเดลสอนการอ่านฉลากโภชนาการของอาหาร

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม มีลักษณะเป็นช่องว่างสำหรับเติมและเลือกตอบ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บุคคลที่ประกอบอาหาร ค่าความดันโลหิต และค่าโซเดียมในปัสสาวะ

2.2 แบบวัดความรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียม สร้างขึ้นโดยตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนันทปิม⁷ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ มีลักษณะตัวเลือกของคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ เป็นจริงที่เกี่ยวกับท่านน้อยที่สุด (1) จนถึงเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่าน (5) โดยมีช่วงคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 30-150 คะแนน แบ่งการแปลผลจากคะแนนรวมออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 30-70 หมายถึง ความรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียมอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 71-110 หมายถึง ความรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียมอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 111-150 หมายถึง ความรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียมสูงอยู่ในระดับสูง

2.3 แบบวัดพฤติกรรมกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือและโซเดียม สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ มีลักษณะตัวเลือกของคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ปฏิบัติน้อยมาก/ไม่ปฏิบัติ (1) จนถึง ปฏิบัติทุกครั้ง/เป็นประจำ (5) โดยมีช่วงคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน แบ่งการแปลผลจากคะแนนรวมออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 15-35 หมายถึง พฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือและโซเดียมอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 36-55 หมายถึง พฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือและโซเดียมอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 56-75 หมายถึง พฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือและโซเดียมอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (Validity testing) ได้นำทุกเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหา คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (Index of Consistency: IOC) ของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียม คู่มือความรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สื่อวีดิทัศน์เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียม ชุดนวัตกรรม “พ่ซ่า เบาเค็ม” และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลได้เท่ากับ 1.00 1.00 0.96 0.90 และ 1.00 ตามลำดับ สำหรับแบบวัดความรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียม และแบบวัดพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือและโซเดียมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) ได้เท่ากับ 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ **การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability testing)** นำแบบวัดความรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียม และแบบวัดพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือและโซเดียม

ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไปทดลองใช้เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้จำนวน 10 ราย และวิเคราะห์ความเชื่อมั่น โดยการวิเคราะห์ค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 และ 0.98 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์จากวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคามเลขที่ IRB SNC 21/2567 วันที่ 15 กรกฎาคม 2567 ได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยยึดหลักการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง การไม่เปิดเผยชื่อและข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง การเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และความเป็นธรรม และไม่เลือกปฏิบัติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่ศึกษา และดำเนินการเก็บข้อมูลดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 60 นาที (สัปดาห์ที่ 1) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ และขอความยินยอมในเอกสารให้ความยินยอม จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียม แบบวัดพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือและโซเดียมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเก็บข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก สอนและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการเข้าถึงข้อมูลด้านอาหารที่มีเกลือและปริมาณโซเดียมสูง การเลือกรับประทานอาหารที่มีเกลือและโซเดียมต่ำ มอบคู่มือแผ่นพับโรคความดันโลหิตสูง และแผ่น

พบอาหาร ปริมาณเกลือและโซเดียม สรุปรูปร่างที่
ได้และการนัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 60 นาที (สัปดาห์ที่ 2) กลุ่ม
ทดลอง ทบทวนความรู้ของสัปดาห์ที่แล้ว ให้
ความรู้ในการเลือกอาหารและการปรุงอาหารจาก
เกลือและโซเดียม และปริมาณโซเดียมใน
เครื่องปรุงและอาหารแต่ละชนิด ฝึกทักษะการ
เลือกอาหารที่ควรรับประทานใน 1 เมนู ในปริมาณ
เกลือและโซเดียมที่เหมาะสมโดยใช้นวัตกรรม ชุด
นวัตกรรม “พ่ซ่า เบาเค็ม” ให้ความรู้เกี่ยวกับ
ปริมาณเกลือในอาหารและเครื่องปรุงโดยใช้
นวัตกรรมแผ่นภาพแสดงอาหารอีสานและปริมาณ
เกลือ และการทดสอบความเค็มในอาหารที่รับประทาน
ในมือเช้าที่ผ่านมาด้วย Salt meter และกิจกรรม
การฝึกทักษะการอ่านฉลากอาหารด้วยนวัตกรรม
โมเดลสอนการอ่านฉลากผลิตภัณฑ์ สรุปรูปร่างที่
ได้และการนัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 3 60 นาที (สัปดาห์ที่ 3) กลุ่ม
ทดลอง ทบทวนความรู้ของสัปดาห์ที่แล้ว ให้
ความรู้ในด้านทักษะการจัดการตัวเองในการ
บริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียม กิจกรรมการ
เลือกปรุงอาหารจากเมนูที่กำหนดโดยไม่ให้ปริมาณ
เกลือและโซเดียมเกินกว่าที่ควรได้รับ และกิจกรรม
การจัดอาหารที่ควรรับประทานให้แต่ละมือ ใช้ชุด
นวัตกรรม “พ่ซ่า เบาเค็ม” และฝึกทักษะการ
รู้เท่าทันสื่อและการบอกต่อเกี่ยวกับอาหารที่มี
เกลือและโซเดียม ด้วยกิจกรรมการแลกเปลี่ยน
เรียนรู้ “กินข้าว เว้าแซบ” สรุปรูปร่างที่
ได้ และการนัดหมายครั้งต่อไป

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 15) และกลุ่มควบคุม (n = 15)

รายการ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Chi-square	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	3	20.00	5	33.30	0.682	0.409
หญิง	12	80.00	10	66.70		

ครั้งที่ 4-7 10-15 นาที (สัปดาห์ที่ 4-7)

กลุ่มทดลอง ติดตามทางโทรศัพท์ สอบถาม
ปัญหาและอุปสรรค และเปิดโอกาสให้สอบถาม
ข้อมูลและแสดงความคิดเห็น และการนัดหมาย
ครั้งต่อไป

ครั้งที่ 8 10-15 นาที (สัปดาห์ที่ 8) ทั้ง

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ติดตามประเมินผล
ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือแบบสอบถาม
ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ด้านการ
บริโภคเกลือและโซเดียม แบบวัดพฤติกรรมการ
บริโภคเกลือและโซเดียมในผู้ป่วยโรคความดัน
โลหิตสูง และเก็บข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา
สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) สถิติ
ทดสอบวิลคอกซัน (Wilcoxon Signed Rank)
และสถิติทดสอบแมนท์วิทนี ยู (Mann-Whitney
U test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่
0.05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศ
หญิง มีอายุระหว่าง 50-60 ปี มีโรคประจำตัวร่วม
เป็นเบาหวาน สถานภาพคู่ ระดับการศึกษา
ประถมศึกษา อาชีพเกษตรกรกรรม มีรายได้ส่วนใหญ่น้อยกว่า
26,000 บาทต่อเดือน และประกอบ
อาหารด้วยตนเอง เมื่อทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์
(Chi-square test) พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่ม
ควบคุมมีข้อมูลส่วนบุคคลไม่แตกต่างกัน (p-value
>0.05) (ดังตารางที่ 1)

รายการ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Chi-square	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ	(Mean = 52.73±5.52)		(Mean = 50.67±2.58)			
40-49 ปี	6	40.00	5	33.30	0.144	0.705
50-60 ปี	9	60.00	10	66.70		
โรคประจำตัว						
ไม่มี	6	40.00	6	40.00	2.250	0.522
มี (ตอบได้มากกว่า 1)	9	60.00	9	60.00		
เบาหวาน	7	77.78	9	100.00		
ไขมันในเลือดสูง	1	11.11	0	0		
ไทรอยด์	1	11.11	0	0		
สถานภาพสมรส						
โสด	3	20.00	3	20.00	2.182	0.336
คู่	10	66.70	12	80.00		
หม้าย/หย่า/แยก	2	13.30	0	0		
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	9	60.00	8	53.30	0.259	0.992
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	13.30	3	20.00		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	2	13.30	2	13.30		
อนุปริญญา/ปวส./ เทียบเท่า	1	6.70	1	6.70		
ปริญญาตรี	1	6.70	1	6.70		
อาชีพ						
เกษตรกรรวม	14	93.30	11	73.30	5.360	0.374
รับจ้างทั่วไป	0	0	1	6.70		
ค้าขาย	0	0	1	6.70		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	0	1	6.70		
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	0	0	1	6.70		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	6.70	0	0		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน						
< 26,000 บาท	15	100.00	14	93.30	1.034	0.309
≥ 26,000 บาท	0	0	1	6.70		
การประกอบอาหาร						
ประกอบอาหารเอง	14	93.30	11	73.30	2.160	0.142
สมาชิกในครอบครัว	1	6.70	4	26.70		

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีความรอบรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียม และพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือและโซเดียมเพิ่มขึ้น และมี Systolic blood pressure ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม

อย่างไรก็ตาม Diastolic blood pressure และโซเดียมในปัสสาวะลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value >0.05) ในขณะที่กลุ่มควบคุม พบว่ามีผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน (p-value >0.05) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียม พฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือและโซเดียม และผลลัพธ์ทางคลินิกภายในกลุ่ม ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มควบคุม (n = 15) และกลุ่มทดลอง (n = 15)

กลุ่ม	ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		Z	p-value
		Mean	SD	Mean	SD		
กลุ่มทดลอง	ความรอบรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียม	100.93	14.61	132.27	11.63	-3.35	0.001*
	พฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือและโซเดียม	47.07	7.41	59.33	4.97	-3.32	0.001*
	Systolic blood pressure	138.57	23.18	129.07	12.41	-1.97	0.032*
	Diastolic blood pressure	84.07	10.59	81.21	10.40	-0.66	0.368
	โซเดียมในปัสสาวะ	96.64	48.41	90.86	45.02	-0.33	0.720
กลุ่มควบคุม	ความรอบรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียม	101.27	26.25	115.87	23.59	-1.57	0.116
	พฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือและโซเดียม	46.67	7.50	51.87	7.36	-1.72	0.084
	Systolic blood pressure	142.43	14.75	145.86	15.23	-1.08	0.278
	Diastolic blood pressure	82.64	14.72	84.86	12.35	-0.98	0.326
	โซเดียมในปัสสาวะ	98.29	63.91	111.36	60.09	-1.41	0.157

* p-value <0.05

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีความรอบรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียม และพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือและโซเดียมเพิ่มขึ้นและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) และมี Systolic blood pressure ลดลงและต่ำกว่ากลุ่ม

ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) อย่างไรก็ตาม Diastolic blood pressure และโซเดียมในปัสสาวะลดลงและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value >0.05) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียม พฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือและโซเดียม และผลลัพธ์ทางสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มควบคุม (n = 15) และกลุ่มทดลอง (n = 15)

ระยะเวลา	ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Z	p-value
		Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	ความรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียม	100.93	14.61	101.27	26.25	104.5	0.740
	พฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือและโซเดียม	47.07	7.41	46.67	7.50	102.0	0.662
	Systolic blood pressure	138.57	23.18	142.43	14.75	86.00	0.581
	Diastolic blood pressure	84.07	10.59	82.64	14.72	82.00	0.461
	โซเดียมในปัสสาวะ	96.64	48.41	98.29	63.91	98.00	1.00
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	ความรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียม	132.27	11.63	115.87	23.59	57.50	0.022*
	พฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือและโซเดียม	59.33	4.97	51.87	7.36	55.00	0.017*
	Systolic blood pressure	129.07	12.41	145.86	15.23	40.00	0.008*
	Diastolic blood pressure	81.21	10.40	84.86	12.35	87.50	0.629
	โซเดียมในปัสสาวะ	90.86	45.02	111.36	60.09	77.00	0.254

* p-value <0.05

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียมนี้มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น โดยสามารถอภิปรายในประเด็นต่างๆ ได้ดังนี้

ความรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียม และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีความรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียม และพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือและโซเดียมมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และ 3 สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมนี้ได้พัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิดความรู้ทางสุขภาพ

ซึ่งเป็นระดับความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง การทำความเข้าใจ และการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ตลอดจนประเมินและเลือกใช้ข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง ครอบครัวและชุมชน เพื่อการส่งเสริมธำรงรักษา และคุ้มครองภาวะสุขภาพในบริบทต่างๆ ตลอดช่วงวัยที่แตกต่างกันในชีวิต^{7, 8} โดยโปรแกรมได้ออกแบบเพื่อให้สามารถส่งเสริมทักษะที่จำเป็นอย่างครอบคลุม 6 ทักษะ ผ่านกิจกรรมทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ประกอบด้วยการสอนและให้ความรู้ การแนะนำแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ รวมถึงมุ่งเน้นการสร้างทักษะเชิงปฏิสัมพันธ์ผ่านกิจกรรมกลุ่มที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเรียนรู้จากเพื่อนสมาชิก ทำให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งและสร้างความมั่นใจในการสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ การฝึกปฏิบัติจริง เช่น การอ่านฉลากโภชนาการ การเลือกอาหาร การจัดอาหารที่ควรรับประทานให้แต่ละมื้อโดยใช้ชุด

นวัตกรรม “พาช้าว เบาเค็ม” และการวัดปริมาณเกลือในอาหารที่รับประทานในมือก่อนหน้า ซึ่งช่วยส่งเสริมทักษะการตัดสินใจช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประเมินข้อมูลและตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับภาวะโรคของตนเองได้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งช่วยเสริมสร้างให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรอบรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียม และสามารถนำไปประยุกต์ใช้และปฏิบัติจนเกิดเป็นพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียมที่ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารลดโซเดียมซึ่งพบว่า ภายหลังจากทดลอง 16 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมและปริมาณโซเดียมในปัสสาวะต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)¹⁰ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอาหารในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ มีความรอบรู้ด้านอาหาร ($p\text{-value} < 0.001$) และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($p\text{-value} < 0.05$) เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (ระดับความดันโลหิตและปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ) ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมี Systolic blood pressure น้อยกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 และ 4 ซึ่งอาจเนื่องมาจากภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมที่ลดลง และเกิดการเปลี่ยนแปลงของกลไกทางสรีรวิทยา กล่าวคือ เมื่อบริโภคเกลือและโซเดียมลดลง ร่างกายจะพยายามรักษาสมดุลความเข้มข้นของโซเดียมในเลือด ทำให้มีปริมาณน้ำในร่างกายลดลง และมีภาระงานก่อนหัวใจบีบตัว (preload) ลดลง จึงอาจทำให้หัวใจ

ลดความแรงในการบีบตัว รวมถึงมีหลอดเลือดขยายตัว จึงอาจส่งผลให้มี Systolic blood pressure ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การสอนและให้ความรู้แบบสั้นสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับประทานเกลือและโซเดียมลดลง ซึ่งส่งผลให้มีค่าความดันโลหิตและปริมาณโซเดียมในปัสสาวะลดลง¹³ และยิ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อถักที่พบว่าการลดการบริโภคเกลือช่วยลดระดับความดันโลหิตได้¹⁵ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมี Diastolic blood pressure และโซเดียมในปัสสาวะน้อยกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สามารถอธิบายได้ว่า Systolic blood pressure มักมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของปริมาณโซเดียมในร่างกายมากกว่า Diastolic blood pressure โดยเฉพาะในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว นอกจากนี้ ปัจจัยอื่นๆ เช่น ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดแดง ซึ่งสัมพันธ์ตามวัย ก็ส่งผลต่อค่า Systolic blood pressure มากกว่า Diastolic blood pressure การที่ปริมาณโซเดียมในปัสสาวะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมที่ดีขึ้น ซึ่งอาจเนื่องจากการเก็บปัสสาวะของการศึกษานี้เป็นการเก็บปัสสาวะ ณ เวลาใดเวลาหนึ่งซึ่งอาจมีความแปรปรวนสูง และอาจไม่สามารถสะท้อนปริมาณการบริโภคโซเดียมเฉลี่ยต่อวันได้อย่างแม่นยำ เนื่องจากปริมาณโซเดียมที่ขับออกมาจะผันแปรตามมื้ออาหารที่รับประทานก่อนหน้าและช่วงเวลาของวัน วิธีการที่เป็นมาตรฐาน (Gold standard) คือ การเก็บปัสสาวะตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งจะให้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือกว่าแต่มีความยุ่งยากในการปฏิบัติในบริบทของชุมชน

สรุปผลการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียมต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชนนี้ มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมซึ่งส่งผลดีต่อการควบคุม Systolic blood pressure ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ภายหลังการทดลอง 8 สัปดาห์

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมนี้
2. ควรติดตามผลการศึกษาในระยะยาวเพื่อติดตามความคงอยู่ของความรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียมและพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคเกลือและโซเดียม
3. ควรนำไปขยายผลการใช้ในในกลุ่มตัวอย่างโรคเรื้อรังอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Hypertension. Geneva: World Health Organization; 2023.
2. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2018; 71(19): e127-e248.

3. Trong HN, Thi HN, Le Duc C, Thi TB, Phuong LN, Thi MNT, et al. Factors associated with Uncontrolled Hypertension among the elderly hypertension in Rural Region of Vietnam. Clin Nutr Open Sci. 2024; 56: 228-40.
4. Habtegiorgis A, Edin A, Lemma K, Utura T, Girma D, Getachew D, et al. Determinants of uncontrolled blood pressure among adult hypertensive patients on follow-up at Negelle and Adola General Hospital, Guji Zone, Southern Ethiopia: facility-based case control study. BMC Public Health. 2024; 24(1): 2971.
5. Horvat O, Halgato T, Stojšić-Milosavljević A, Kusturica MP, Kovačević Z, Bukumiric D, et al. Identification of patient-related, healthcare-related and knowledge-related factors associated with inadequate blood pressure control in outpatients: a cross-sectional study in Serbia. BMJ Open. 2022; 12(11): e064306.
6. กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, ราม รังสินธุ์, บุญทรัพย์ ศักดิ์บุญญารัตน์, ยูภาพร ศรีจันทร์. การศึกษาปริมาณการบริโภคโซเดียมจากการประเมินปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2568; 34(1): 23-34.

7. Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annu Rev Public Health*. 2021; 42(1): 159-73.
8. กรมอนามัย. แนวคิดหลักการขององค์การอนามัยโลกทางสุขภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
9. Mohd Isa D, Shahar S, He FJ, Majid HA. Associations of health literacy with blood pressure and dietary salt intake among adults: a systematic review. *Nutrients*. 2021; 13(12): 4534.
10. ชลธิชา บุญศิริ, นงนุช วงศ์สว่าง. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารลดโซเดียมต่อความรู้พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมและปริมาณโซเดียมในปัสสาวะของประชาชน ตำบลคูบัว จังหวัดราชบุรี. *วารสารพยาบาล*. 2565; 71(3): 10-7.
11. พิธิพัฒน์ เตชะกันทา, เดชา ทำดี, นพมาศ ศรีเพชรวรรณดี. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*. 2567; 11(3): e268776.
12. Chang C, Zeng Q, Ji Y, Sun X, Shi Y, Wang Y, et al. OS 16-04 effects of health literacy on blood pressure control among hypertensive: a mediating effect analysis. *J Hypertens*. 2016; 34: e219.
13. D'Elia L, Strazzullo P, Del Giudice A, Desideri G, Di Quattro R, Ferri C, et al. "Minimal-advice" on salt intake: results of a multicentre pilot randomised controlled trial on hypertensive patients. *High Blood Press Cardiovasc Prev*. 2025; 32(2): 181-90.
14. ชวิศาส์ เลิศมงคลธีรกุล, ปฏิพร บุญพัฒน์กุล, อนุแสง จิตสมเกษม. ผลของการให้ความรู้เรื่องการลดโซเดียมในอาหารและการรับประทานอาหารในรูปแบบ DASH ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารการพยาบาล*. 2564; 23(1): 31-45.
15. Aliasgharzadeh S, Tabrizi JS, Nikniaz L, Ebrahimi-Mameghani M, Lotfi Yagin N. Effect of salt reduction interventions in lowering blood pressure: a comprehensive systematic review and meta-analysis of controlled clinical trials. *PLoS One*. 2022; 17(12): e0277929.

ผลการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพยั่งยืนในพื้นที่ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

พัชรา พรหมอารักษ์¹

(วันที่รับบทความ: 11 ตุลาคม 2568; วันที่แก้ไข: 31 พฤศจิกายน 2568; วันที่ตอบรับ: 25 ธันวาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) นี้ มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาผลการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพยั่งยืน ในพื้นที่ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มเป้าหมายในการวิจัย มี 2 กลุ่ม จาก 4 โรงเรียนในพื้นที่ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย กลุ่มนักเรียน มีประชากรนักเรียนทั้งหมด 4,601 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างของนักเรียน 2,540 คน โดยใช้แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน และกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพยั่งยืน เป็นคณะกรรมการด้านการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน จำนวน 60 คน โดยใช้แบบประเมินโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literate school: HLS) และการสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

ผลการวิจัย พบว่า ในกลุ่มนักเรียนของทั้ง 4 โรงเรียน นักเรียนมีภาวะสมส่วน 1,760 คน (ร้อยละ 69.29) มีภาวะอ้วน 108 คน (ร้อยละ 4.25) และมีภาวะผอม 157 คน (ร้อยละ 6.18) นักเรียนของโรงเรียนเทศบาลบูรพาพิทยาคาร มีผลการประเมินความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ผ่านทุกระดับชั้นทั้งหมด 331 คน (ร้อยละ 100.00) และผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านทุกระดับชั้นทั้งหมด 331 คน (ร้อยละ 100.00) โดยผ่านระดับ Super hero NuPETHS จำนวน 210 คน (ร้อยละ 63.44) ระดับ NuPETHS จำนวน 121 คน (ร้อยละ 36.56) โรงเรียนสารคามพิทยาคม มีผลการประเมินผ่านระดับ Super hero NuPETHS จำนวน 507 คน (ร้อยละ 51.79) ระดับ NuPETHS จำนวน 428 คน (ร้อยละ 43.72) รวมผ่าน 935 คน (ร้อยละ 95.51) ไม่ผ่าน 44 คน (ร้อยละ 4.49) โรงเรียนพระกุมาร มีผลการประเมินผ่านระดับ Super hero NuPETHS จำนวน 198 คน (ร้อยละ 41.08) ระดับ NuPETHS จำนวน 259 คน (ร้อยละ 53.73) รวมผ่าน 457 คน (ร้อยละ 94.81) และ โรงเรียนอนุบาลมหาสารคาม มีผลการประเมินผ่านระดับ Super hero NuPETHS จำนวน 318 คน (ร้อยละ 42.51) และระดับ NuPETHS จำนวน 386 คน (ร้อยละ 51.60)

ผลการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพยั่งยืน ในพื้นที่ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม มี 6 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) การศึกษาบริบทและการวิเคราะห์ปัญหา (Situation analysis) 2) การจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) 3) การพัฒนาทักษะการใช้โปรแกรมโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Skill of Health literate school) 4) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) 5) การติดตามผล การพัฒนา (Follow-up) 6) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการประเมินผล (Lesson learned and Evaluation) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพยั่งยืน เป็นผลมาจากนโยบาย (Policy) และวิสัยทัศน์ของผู้บริหารโรงเรียน (Visions) การทำงานเป็นทีม (Teamwork) เครือข่าย (Networking) และการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community engagement)

คำสำคัญ: โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ, อนามัยโรงเรียน, นโยบาย, พฤติกรรมสุขภาพ

¹ นักสาธารณสุขชำนาญการ, โรงพยาบาลมหาสารคาม ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม,

E-mail: patpatchara.m@gmail.com

Corresponding author: พัชรา พรหมอารักษ์, E-mail: patpatchara.m@gmail.com

The Results of the Development of Sustainable Health literacy Schools in Talad Subdistrict, Mueang District, Maha Sarakham Province

Patchara Promarak¹(Received: 11st October 2025; Revised: 31st November 2025; Accepted: 25th December 2025)

Abstract

This Action research aims to study the results of the development of sustainable Health literate schools in Talad Subdistrict, Mueang District, Maha Sarakham Province. The study involved two participant groups from four schools in Talad Subdistrict. The first group comprised 2,540 students selected through Simple random sampling from a total 4,601 students, who were assessed using Health literacy and health behavior instruments. The second group consisted of 60 school health promotion committee members who participated in the development process, evaluated through the Health literacy School (HLS) assessment tool and focus group discussions. Data were analyzed using Descriptive statistics.

Among all students, 1,760(69.29%) had well-proportioned, 108 (4,25%) were obese and 157 (6.18%) were underweight. All students from Tesaban Burapa Phitthayakarn School (n= 331, 100%) passed both health knowledge/ behavior and Health literacy assessment, with 210 students (63.44%) achieving the Super hero NuPETHS level and 121 students (36.56%) achieving the NuPETHS level. At Sarakham Phitthayakhom School, 935 students (95.51%) passed the assessment: 507 (51.79%) at the Super hero NuPETHS level and 428 (43.72%) at NuPETHS level. Pra Kumar School had 457 students (94.81%) pass: 198 (41.08%) at Super hero NuPETHS level and 259 (53.73%) at NuPETHS level. Maha Sarakham Kindergarten reported 318 students (42.51%) at Super hero NuPETHS level and 386 (51.60%) at NuPETHS level.

The development process of sustainable Health literacy schools encompassed six key activities: 1) Situation analysis; 2) Action plan; 3) skill development for Health literate schools, 4) Health literacy enhancement 5) follow-up monitoring, and 6) Lesson learned and Evaluation. Key success factors included supportive policy and vision from school administrators, effective teamwork, strong networking, and active Community engagement. This model demonstrates the feasibility of implementing sustainable Health literate schools in community setting.

Keyword: Health literate school, School health, Policy, Health behavior

¹Public Health Professional, Maha Sarakham Hospital, Talat Sub-District,
Mueang District, Mahasarakham Province, E-mail: patpatchara.m@gmail.com
Corresponding author: Patchara Promarak, E-mail: patpatchara.m@gmail.com

บทนำ

การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เป็นการพัฒนาที่มีความครอบคลุมทุกมิติด้านสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม โดยสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของทุกคนทั้งในโรงเรียนและชุมชน ให้สามารถนำความรู้ และทักษะด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน ด้วยการดูแลใส่ใจสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งสามารถตัดสินใจในการควบคุมสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะนักเรียนจะได้รับการปลูกฝังทัศนคติ ฝึกทักษะและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สมาชิกในชุมชนมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดและปลอดภัย ทำให้บรรลุเป้าหมายของการพัฒนาคนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

กระทรวงสาธารณสุข ได้นำเสนอรายงานของฐานข้อมูล Health data center (HDC)¹ เมื่อปี พ.ศ. 2563 พบว่า มีรายงานผลงานตามตัวชี้วัดร้อยละของเด็กวัยเรียนสูงที่สุดส่วน (อายุ 6-14 ปี) ร้อยละ 65.7 ซึ่งยังไม่ผ่านค่าเป้าหมาย (เป้าหมายร้อยละ 66.0 ขึ้นไป) มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 12.5 ยังไม่ผ่านค่าเป้าหมาย (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 10.0) ภาวะเตี้ย ร้อยละ 6.0 ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 5.0) ภาวะผอม ร้อยละ 4.4 ผ่านค่าเป้าหมาย (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 5.0) ทั้งนี้ การเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็กวัยเรียนยังไม่ครอบคลุมจำนวนเด็กนักเรียนทั้งประเทศ จากสถานการณ์ภาวะโภชนาการดังกล่าว เป็นการประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโต พ.ศ. 2538 แต่เมื่อเทียบกับสถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กอายุ 6.14 ปี พ.ศ. 2564 มีการเปลี่ยนมาใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโต ชุดใหม่ (ปี พ.ศ. 2564) จะเห็นว่า เด็กสูงที่สุดส่วน เริ่มอ้วนและอ้วน มีค่าลดลง แต่ยังคงไม่ผ่านค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ ขณะที่ภาวะเตี้ยมีมากขึ้น กล่าวคือ ร้อยละของเด็กวัยเรียนสูงที่สุดส่วน (อายุ 6-14 ปี) ร้อย

ละ 58.0 ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย (เป้าหมายร้อยละ 66.0 ขึ้นไป) ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 11.6 ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 10.0) ภาวะผอม ร้อยละ 3.9 ผ่านค่าเป้าหมาย (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 5.0) และภาวะเตี้ย ร้อยละ 10.4 ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 5.0) ส่วนสูงเฉลี่ยของเด็กอายุ 12 ปี ชาย 147.3 เซนติเมตร (เป้าหมาย 154 เซนติเมตร) หญิง 148.5 เซนติเมตร (เป้าหมาย 155 เซนติเมตร) ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย ในปี พ.ศ. 2565 ร้อยละของเด็กวัยเรียนสูงที่สุดส่วน (อายุ 6-14 ปี) ร้อยละ 55.0 ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย (เป้าหมายร้อยละ 66.0 ขึ้นไป) ร้อยละของเด็กวัยเรียนเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 14.2 ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 10.0) ร้อยละของเด็กวัยเรียนมีภาวะผอม ร้อยละ 5.3 ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 5.0) และร้อยละของเด็กวัยเรียนมีภาวะเตี้ย ร้อยละ 10.4 ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 5.0) ส่วนสูงเฉลี่ยของเด็กอายุ 12 ปี เพศชาย 148.4 เซนติเมตร (เป้าหมาย 154 เซนติเมตร) ส่วนสูงเฉลี่ยของเด็กอายุ 12 ปี เพศหญิง 149.2 เซนติเมตร (เป้าหมาย 150 เซนติเมตร) ไม่ผ่านค่าเป้าหมายในปี พ.ศ. 2566 พบว่า ร้อยละของเด็กวัยเรียนสูงที่สุดส่วน (อายุ 6-14 ปี) ร้อยละ 56.37 ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย (เป้าหมายร้อยละ 66 ขึ้นไป) ร้อยละของเด็กวัยเรียนเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 13.13 ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 10.0), ร้อยละของเด็กวัยเรียนมีภาวะผอม ร้อยละ 4.81 ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 5.0) และร้อยละของเด็กวัยเรียนมีภาวะเตี้ย ร้อยละ 10.41 ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย (เป้าหมายไม่เกิน ร้อยละ 5.0) ส่วนสูงเฉลี่ยของเด็กอายุ 12 ปี เพศชาย 148.4 เซนติเมตร (เป้าหมาย 154 เซนติเมตร) ส่วนสูงเฉลี่ยของเด็กอายุ 12 ปี เพศหญิง 149.27 เซนติเมตร (เป้าหมาย 150 เซนติเมตร) ไม่ผ่านค่าเป้าหมายในปี พ.ศ. 2567 พบว่า ร้อยละของเด็กวัยเรียนสูงที่สุดส่วน (อายุ 6-14 ปี) ร้อยละ 55.71 ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย

(เป้าหมายร้อยละ 66.0 ขึ้นไป), ร้อยละของเด็กวัยเรียนเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 12.83 ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 10.0), ร้อยละของเด็กวัยเรียนมีภาวะพอม ร้อยละ 5.12 ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 5.0) และร้อยละของเด็กวัยเรียนมีภาวะเตี้ย ร้อยละ 10.46 ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย (เป้าหมายไม่เกิน ร้อยละ 5.0) ส่วนสูงเฉลี่ยของเด็กอายุ 12 ปี เพศชาย 148.16 เซนติเมตร (เป้าหมาย 154 เซนติเมตร) ส่วนสูงเฉลี่ยของเด็กอายุ 12 ปี เพศหญิง 149.47 เซนติเมตร (เป้าหมาย 150 เซนติเมตร) ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย

ในการเข้าร่วมโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โรงเรียนทุกสังกัดทั้งภาครัฐและเอกชนเข้าร่วมโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพได้ โดยแสดงความจำนงกับหน่วยงานต้นสังกัดระดับจังหวัดหรือสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ซึ่งในพื้นที่ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม มีโรงเรียนในพื้นที่ทั้งหมด 15 แห่ง² โดยมีโรงเรียนที่เริ่มดำเนินงานโครงการโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 จากการทำดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพในพื้นที่ตำบลตลาด ซึ่งเป็นเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม พบว่าเป็นโรงเรียนขนาดใหญ่และเวลาที่มีของโรงเรียนเน้นการเรียนการสอนเป็นหลัก ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงานตามกระบวนการซึ่งต้องเสร็จสิ้นภายในปีงบประมาณ ให้ทันการรับรองของกรมอนามัย และเมื่อโรงเรียนที่ผ่านการรับรองแล้วจะมีอายุรับรอง 3 ปี และต้องรับการประเมินซ้ำเพื่อรักษาสถานะให้เป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน

ในปีงบประมาณ 2568 นี้ มีโรงเรียนที่สมัครใจเข้าร่วมในการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพยั่งยืน จำนวน 4 แห่ง ดังนี้ โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษามหาสารคาม เขต 1 จำนวน 1 แห่ง ที่โรงเรียนอนุบาลมหาสารคาม (เริ่มดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ เมื่อ พ.ศ. 2564) ซึ่งเป็นโรงเรียน

ขยายโอกาส (โรงเรียนขนาดใหญ่พิเศษ), สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษามหาสารคาม จำนวน 1 แห่ง ที่โรงเรียนสารคามพิทยาคม (เริ่มดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ เมื่อ พ.ศ. 2565) ซึ่งเป็นโรงเรียนมัธยมศึกษา (โรงเรียนขนาดใหญ่พิเศษ), สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 1 แห่ง ที่โรงเรียนพระกุมารมหาสารคาม (เริ่มดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ เมื่อ พ.ศ. 2565) ซึ่งเป็นโรงเรียนประถมศึกษา (โรงเรียนขนาดใหญ่), และเทศบาลเมืองมหาสารคาม จำนวน 1 แห่ง ที่โรงเรียนเทศบาลบูรพาพิทยาคาร (เริ่มดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ เมื่อ พ.ศ. 2566) ซึ่งเป็นโรงเรียนขยายโอกาส (โรงเรียนขนาดใหญ่พิเศษ)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาการขับเคลื่อนกิจกรรมโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้วยการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพยั่งยืน ในพื้นที่ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ที่มีการบริหารจัดการที่หลากหลายของหน่วยงานที่รับผิดชอบให้มีประสิทธิภาพการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และมีความยั่งยืน ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทของการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพยั่งยืน ในพื้นที่ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อศึกษาปัญหา และอุปสรรคในการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพยั่งยืน ตำบลตลาด อำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) แบบเทคนิค (Technical Action research) มีกิจกรรมหลักในการดำเนินงาน 4 ขั้นตอน “PAOR” คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)

ของเคมมิสและแมกทาการ์ด (Kemmis and McTaggart, 1988)³

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ 4 แห่ง ใน 4 หน่วยงานที่สังกัด และมีการสมัครใจเข้าร่วมในพื้นที่ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยมีดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษามหาสารคาม เขต 1, สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษามหาสารคาม, สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดมหาสารคาม, และเทศบาลเมืองมหาสารคาม ซึ่งมีกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มนักเรียน โดยมีนักเรียนชั้น ป. 4-6 รวม 1,997 คน และ ม. 1-3 รวม 2,604 คน รวมทั้งหมด 4,601 คน การกำหนดขนาดตัวอย่างเป็นไปตามแนวทางที่กำหนดของคู่มือการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (ตามเกณฑ์ของกรมอนามัย)¹ กลุ่มเป้าหมายนักเรียนในการวิจัย ร้อยละ 50 ของนักเรียน ชั้น ป. 4-6 และ ม. 1-3 ในโรงเรียน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) มีขนาดตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 2,301 คน และกลุ่มคณะกรรมการด้านการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน ที่โรงเรียนได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการด้านการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน มีจำนวน 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัย ใช้เครื่องมือนี้ในการเก็บข้อมูลกับนักเรียนในโรงเรียนที่ดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ มี การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยเครื่องมือ 2 ชุดดังนี้

ชุดที่ 1 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน ของกรมอนามัย⁴ ในกลุ่มระดับประถมศึกษา (ป. 4-6) และระดับมัธยมศึกษา (ม.1-3) ประกอบด้วย 3 ส่วน ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับนักเรียนจำนวน 4 ข้อ ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบรายงานการประเมินโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literate school: HLS) ใช้สำหรับคณะกรรมการด้านการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน

ผู้วิจัยมีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ในการประชุมเชิงปฏิบัติการในคณะกรรมการด้านการส่งเสริมสุขภาพ มี 5 ชุดดังนี้

ชุดที่ 1 ใช้สำหรับการเก็บข้อมูลในการวิเคราะห์ปัญหาและทำแผนปฏิบัติการจำนวน 10 ประเด็น

ชุดที่ 2 สำหรับการเก็บข้อมูลในการทำกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการจำนวน 4 ประเด็น

ชุดที่ 3 สำหรับการเก็บข้อมูลในการกำกับติดตาม นิเทศงานจำนวน 3 ประเด็น

ชุดที่ 4 ใช้สำหรับการเก็บข้อมูลในการประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จำนวน 4 ประเด็น

ชุดที่ 5 ใช้สำหรับการเก็บข้อมูลในการประชุมเชิงปฏิบัติการถอดบทเรียนจำนวน 4 ประเด็น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผลการตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความถูกต้อง ความเที่ยงตรง และความครอบคลุมของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อและวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) มีค่าระหว่าง 0.58-1.00 ข้อคำถามที่ได้ค่า IOC มากกว่า 0.5 ทั้งหมดทุกข้อ แสดงว่า ข้อคำถามมีความเที่ยงตรงใช้ได้

ผลการตรวจความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำเครื่องมือแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของนักเรียน ในกลุ่มระดับประถมศึกษา (ป. 4-6) และระดับมัธยมศึกษา (ม.1-3) ไปทดลองใช้ (Try Out) จำนวน 30 คน จากนั้นนำมาหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยวิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

(Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งจะต้องได้ค่าความเชื่อมั่นจากการคำนวณมากกว่า 0.7 (Cronbach, 1970)⁵ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.881

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนการเก็บข้อมูลวิจัย ออกเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการวิจัย (Pre-Research Phase) มีกิจกรรมสำคัญที่ดำเนินงาน ดังนี้

1) ทบทวนผลการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพที่อยู่ในความรับผิดชอบ เพื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณที่ผ่านมา 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2565-2567)

2) กำหนดประเด็นและแนวทางในการพัฒนางานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพยั่งยืน^{6,7,8}

3) ประสานงานกับผู้บริหารของโรงเรียน และหน่วยงานต้นสังกัดของโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ

2. ขั้นตอนการวิจัย (Research Phase) ผู้วิจัยมีการดำเนินงานวิจัยตามแนวคิดของเคมมิส และแม็คแทกการ์ท (Kemmis และ McTaggart, 1988)³ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นการวางแผน (P: Planning) ขั้นการปฏิบัติ (A: Action) ขั้นการสังเกตผล (O: Observation) และ ขั้นการสะท้อนผล (R: Reflection) ดังต่อไปนี้

ขั้นการวางแผน (P: Planning)

กิจกรรมที่ 1) การศึกษาบริบทและสถานการณ์ ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา และแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยแต่ละโรงเรียนได้จัดทำและปรับปรุงคำสั่งคณะกรรมการให้เป็นปัจจุบัน

กิจกรรมที่ 2) การประชุมเชิงปฏิบัติการ การวิเคราะห์ปัญหาการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยคณะกรรมการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ของโรงเรียน

กิจกรรมที่ 3) การจัดทำแผนปฏิบัติการ การแก้ไขปัญหาการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยคณะกรรมการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ของโรงเรียน

ขั้นการปฏิบัติ (A: Action)

การประชุมเชิงปฏิบัติการ ในการแก้ไขปัญหาของโรงเรียน ดังนี้

กิจกรรมที่ 4) โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ การใช้โปรแกรมโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยคณะกรรมการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ของโรงเรียน

กิจกรรมที่ 5) โครงการสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพในโรงเรียน โดยคณะกรรมการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ของโรงเรียน

กิจกรรมที่ 6) โครงการรณรงค์ 3อ. 4ส. ในโรงเรียน โดยคณะกรรมการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ของโรงเรียน

ขั้นการสังเกตผล (O: Observation)

กิจกรรมที่ 7) การเยี่ยมติดตามผล การพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการทำ Focus Group ในคณะกรรมการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ของโรงเรียน

ขั้นการสะท้อนผล (R: Reflection)

กิจกรรมที่ 8) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการถอดบทเรียน โดยการทำ Focus Group ในคณะกรรมการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ของโรงเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) พิสัย (Range) ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลเพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นปัญหาที่ศึกษาและบรรยายนำเสนอผลการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในการอธิบาย ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) เลขที่ MSKH_REC68-01062 รับรอง ณ วันที่ 25 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

1. บริบทของการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ในการดำเนินงานขับเคลื่อนโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ มีดังนี้

1) กระบวนการบริหารจัดการโดยการร่วมกันกำหนดนโยบาย และแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ สนับสนุนให้ครูและบุคลากรทุกคนในโรงเรียนได้รับการประเมินสุขภาพตนเอง และตรวจสุขภาพประจำปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ครูและบุคลากรเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ โดยส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 4ส. (อาหารดี ออกกำลังกายสม่ำเสมอ อารมณ์ดี ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา สิ่งแวดล้อมดี ความสัมพันธ์ดี) หาบุคคลต้นแบบ (Role Model) ด้านสุขภาพในโรงเรียน มีการนิเทศติดตามภายในและการเยี่ยมเสริมพลังโดยผู้บริหารของโรงเรียน

2) การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพและการเรียนรู้ โดยการจัดการควบคุมดูแล ปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะน่าอยู่ มีบรรยากาศที่ดี มีความปลอดภัยต่อสุขภาพของนักเรียนและบุคลากรในโรงเรียนเช่น ป้ายประชาสัมพันธ์ บันไดนับแคลอรี ฉลากโภชนาการ จำนวนน้ำตาลในเครื่องดื่ม สวนสมุนไพร แพลงผัก

สนามกีฬา เป็นต้น โรงเรียนจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ให้มีความสะอาด เป็นแหล่งเรียนรู้ด้านสุขภาพให้ชุมชน เช่น ธนาคารขยะแลกเชื้อก เป็นต้น มีการจัดห้องเรียนให้เอื้อต่อการเรียนรู้ บูรณาการ การเรียนการสอนให้ความรู้ด้านสุขภาพในชั่วโมงเรียน

3) การสื่อสารความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรงเรียนมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ รณรงค์ 3อ. 4ส. (อาหารดี ออกกำลังกายสม่ำเสมอ อารมณ์ดี ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา สิ่งแวดล้อมดี ความสัมพันธ์ดี) มีการเชิญวิทยากรจากโรงพยาบาลมหาสารคาม ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง เป็นวิทยากรให้ความรู้ และร่วมกิจกรรมกับชุมชนในการรณรงค์ด้านสุขภาพ เช่น รณรงค์ใช้เลือดออก รณรงค์การจัดการขยะในชุมชน รณรงค์ขับขี่ปลอดภัย สวมหมวกนิรภัย ร่วมกิจกรรมเดิน วิ่ง ปั่น เป็นต้น

2. ผลการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพยั่งยืน ในพื้นที่ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

ผลการประเมินตนเองของโรงเรียนทั้ง 4 องค์ประกอบ 12 ตัวบ่งชี้ และประเมินผลลัพธ์สุขภาพในเด็กนักเรียนทำแบบทดสอบ HL ในนักเรียนชั้น ป.4-6 และ/ หรือ ม. 1-3 พบว่า ผลการประเมินความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในนักเรียนโรงเรียนเทศบาลบูรพาพิทยาคาร พบว่า มีนักเรียนมีผลการทำแบบประเมินผ่านทุกระดับชั้นรวม 331 คน (ร้อยละ 100) รองลงมาเป็นโรงเรียนสารคามพิทยาคม มีผลการทำแบบประเมิน ผ่าน 935 คน (ร้อยละ 95.51) ไม่ผ่าน 44 คน (ร้อยละ 4.49) โรงเรียนพระกุมารมหาสารคาม มีผลการทำแบบประเมิน ผ่าน 457 คน (ร้อยละ 94.81) ไม่ผ่าน 25 คน (ร้อยละ 5.19) และโรงเรียนอนุบาลมหาสารคาม มีผลการทำแบบประเมิน ผ่าน 704 คน (ร้อยละ 94.12) ไม่ผ่าน 44 คน (ร้อยละ 5.88) มีนักเรียนมีผลการทำแบบประเมินผ่านทุกระดับชั้น รวม 331 คน (ร้อยละ 100) โดยผ่านระดับ Super hero NuPETHS จำนวน 210 คน (ร้อยละ 63.44) ระดับ NuPETHS จำนวน 121

คน (ร้อยละ 36.56) รองลงมาเป็นโรงเรียนสารคามพิทยาคม มีผลการประเมินผ่านระดับ Super hero NuPETHS จำนวน 507 คน (ร้อยละ 51.79) ระดับ NuPETHS จำนวน 428 คน (ร้อยละ 43.72) รวมผ่าน 935 คน (ร้อยละ 95.51) ไม่ผ่าน 44 คน (ร้อยละ 4.49) โรงเรียนพระกุมารมหาสารคาม มีผลการประเมินผ่านระดับ Super hero NuPETHS จำนวน 198 คน (ร้อยละ 41.08) ระดับ NuPETHS

จำนวน 259 คน (ร้อยละ 53.73) รวมผ่าน 457 คน (ร้อยละ 94.81) ไม่ผ่าน 25 คน (ร้อยละ 5.19) และ โรงเรียนอนุบาลมหาสารคาม มีผลการประเมินผ่านระดับ Super hero NuPETHS จำนวน 318 คน (ร้อยละ 42.51) ระดับ NuPETHS จำนวน 386 คน (ร้อยละ 51.60) รวมผ่าน 704 คน (ร้อยละ 94.11) ไม่ผ่าน 44 คน (ร้อยละ 5.89) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ระดับ NuPETHS และระดับ Super hero NuPETHS (n=2,540)

โรงเรียน	ผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพ						รวม (คน)
	ผ่านในระดับ (คน)				ไม่ผ่าน (คน)		
	NuPETHS		Super hero NuPETHS		จำนวน	ร้อยละ	
จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
โรงเรียนพระกุมารมหาสารคาม	259	53.73	198	41.08	25	5.19	482
โรงเรียนอนุบาลมหาสารคาม	386	51.60	318	42.51	44	5.89	748
โรงเรียนสารคามพิทยาคม	428	43.72	507	51.79	44	4.49	979
โรงเรียนเทศบาลบูรพาพิทยาคาร	121	36.56	210	63.44	0	0.00	331
รวม	1,194	47.01	1,233	48.54	113	4.45	2,540

ผลประเมินด้านภาวะโภชนาการในนักเรียนพบว่า กลุ่มนักเรียนที่มีภาวะสมส่วน 1,760 คน (ร้อยละ 69.29) (เป้าหมายร้อยละ 66.0 ขึ้นไป) มีโรงเรียนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ โรงเรียนพระกุมารมหาสารคาม สมส่วน 293 คน (ร้อยละ 60.79), กลุ่มนักเรียนที่มีภาวะเริ่มอ้วน 200 คน และกลุ่มนักเรียนที่มีภาวะอ้วน 108 คน รวม 308 คน (ร้อยละ 12.13) (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 10.0) โรงเรียนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ โรงเรียนพระกุมาร

มหาสารคาม 89 คน (ร้อยละ 18.46) โรงเรียนอนุบาลมหาสารคาม 97 คน (ร้อยละ 12.97) โรงเรียนเทศบาลบูรพาพิทยาคาร 43 คน (ร้อยละ 12.99), กลุ่มนักเรียนที่มีภาวะผอม 157 คน (ร้อยละ 6.18) (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 5.0) ได้แก่ โรงเรียนพระกุมารมหาสารคาม 32 คน (ร้อยละ 6.64) โรงเรียนสารคามพิทยาคม 65 คน (ร้อยละ 6.65) โรงเรียนอนุบาลมหาสารคาม 47 คน (ร้อยละ 6.63) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามภาวะโภชนาการ (n=2,540)

โรงเรียน	ภาวะโภชนาการ						รวม (คน)
	สมส่วน	เริ่มอ้วน	อ้วน	ท้วม	ค่อนข้างผอม	ผอม	
โรงเรียนพระกุมารมหาสารคาม	293 (60.79)	50 (10.37)	39 (8.09)	34 (7.05)	34 (7.05)	32 (6.64)	482

โรงเรียน	ภาวะโภชนาการ						รวม (คน)
	สมส่วน	เริ่มอ้วน	อ้วน	ท้วม	ค่อนข้างผอม	ผอม	
โรงเรียนอนุบาลมหาสารคาม	509 (68.05)	66 (8.82)	31 (4.14)	36 (4.81)	59 (7.89)	47 (6.28)	748
โรงเรียนสารคามพิทยาคม	727 (74.26)	59 (6.03)	20 (2.04)	44 (4.49)	64 (6.54)	65 (6.65)	979
โรงเรียนเทศบาลบูรพาพิทยาคาร	231 (69.79)	25 (7.55)	18 (5.44)	20 (2.04)	24 (7.25)	13 (3.93)	331
รวม	1,760 (69.29)	200 (7.87)	108 (4.25)	134 (5.28)	181 (7.13)	157 (6.18)	2,540

ผลการประเมินความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในนักเรียนโรงเรียนเทศบาลบูรพาพิทยาคาร พบว่า มีนักเรียน ที่มีผลการทำแบบประเมินผ่านทุกระดับชั้น รวม 331 คน (ร้อยละ 100) รองลงมาเป็นโรงเรียนสารคามพิทยาคม มีผลการทำแบบประเมิน ผ่าน 935 คน (ร้อยละ 95.51) ไม่

ผ่าน 44 คน (ร้อยละ 4.49) โรงเรียนพระกุมารมหาสารคาม มีผลการทำแบบประเมิน ผ่าน 457 คน (ร้อยละ 94.81) ไม่ผ่าน 25 คน (ร้อยละ 5.19) และโรงเรียนอนุบาลมหาสารคาม มีผลการทำแบบประเมิน ผ่าน 704 คน (ร้อยละ 94.12) ไม่ผ่าน 44 คน (ร้อยละ 5.88) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ (n=2,540)

โรงเรียน	ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ				รวม (คน)
	ผ่านเกณฑ์ (คน)		ไม่ผ่านเกณฑ์ (คน)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
โรงเรียนพระกุมารมหาสารคาม	457	94.81	25	5.19	482
โรงเรียนอนุบาลมหาสารคาม	704	94.12	44	5.88	748
โรงเรียนสารคามพิทยาคม	935	95.51	44	4.49	979
โรงเรียนเทศบาลบูรพาพิทยาคาร	331	100.00	0	0.00	331
รวม	2,427	95.55	113	4.45	2,540

ผลการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพยั่งยืน ในพื้นที่ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม มีขั้นตอนในการดำเนินงาน 8 ขั้นตอน ดังนี้

1) การศึกษาบริบทและสถานการณ์ในการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ของโรงเรียน
2) การวิเคราะห์ปัญหาการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ของโรงเรียน

3) การจัดทำแผนปฏิบัติการในการแก้ไขปัญหาการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ของโรงเรียน

4) โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ การใช้โปรแกรมโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ของโรงเรียน

5) โครงการสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพในโรงเรียน

6) โครงการรณรงค์ 3อ. 4ส. ในโรงเรียน

7) การเยี่ยมติดตามผล การพัฒนา
โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ของโรงเรียน

8) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการถอด
บทเรียน การพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ
ของโรงเรียน

โดยผลการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้าน
สุขภาพยั่งยืน ในพื้นที่ตำบลตลาด อำเภอเมือง
จังหวัดมหาสารคาม ในโรงเรียนทั้ง 4 แห่ง ผ่าน
การประเมินมาตรฐานการรับรองโรงเรียนส่งเสริม
สุขภาพ ระดับทอง พบว่า โรงเรียนเกิดการพัฒนานวัตกรรม
ในการขับเคลื่อนโรงเรียนรอบรู้ด้าน
สุขภาพ ดังนี้ โรงเรียนพระกุมารมหาสารคาม
สังกัดสำนักงานศึกษาธิการจังหวัดมหาสารคาม
ประเภทโรงเรียนประถมศึกษา นวัตกรรม “สื่อการ
สอน “โมเดลฟันจากถ้วยกระดาษ” ในการดูแล
สุขภาพช่องปากและฟันของนักเรียนอนุบาล” ,

โรงเรียนอนุบาลมหาสารคาม สังกัดสำนักงานเขต
พื้นที่ประถมศึกษา มหาสารคาม เขต 1 ประเภท
โรงเรียนประถมศึกษา (ขยายโอกาส) นวัตกรรม
“การสร้างความรู้รอบด้านสุขภาพ โดยทีมสภ
นักเรียนร่วมกับครูอนามัยโรงเรียน”, โรงเรียนสาร
คามพิทยาคม สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่มัธยมศึกษา
มหาสารคาม ประเภทโรงเรียนมัธยมศึกษา
นวัตกรรม “การสร้างความรู้รอบด้านสุขภาพโดย
การบูรณาการในการเรียนการสอนวิชาสุขศึกษา
พลศึกษา”, และโรงเรียนเทศบาลบูรพาพิทยาคาร
สังกัดสำนักงานเทศบาลเมืองมหาสารคาม
ประเภทโรงเรียนประถมศึกษา (ขยายโอกาส)
นวัตกรรม “ศูนย์การเรียนรู้การกระโดดเชือก
โครงการขยับแข้งขยับขา และกีฬากระโดดเชือก”
(ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพยั่งยืน ในพื้นที่ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัด
มหาสารคาม

ชื่อโรงเรียน	สังกัด	ประเภท โรงเรียน	มาตรฐานการ รับรองโรงเรียน ส่งเสริมสุขภาพ	นวัตกรรม
โรงเรียนพระกุมาร มหาสารคาม	สำนักงาน ศึกษาธิการจังหวัด	ประถมศึกษา	ระดับทอง	สื่อการสอน “โมเดลฟันจากถ้วย กระดาษ” ในการดูแลสุขภาพ ช่องปากและฟันของนักเรียน อนุบาล
โรงเรียนอนุบาล มหาสารคาม	สำนักงานเขตพื้นที่ ประถมศึกษา เขต 1	ประถมศึกษา (ขยายโอกาส)	ระดับทอง	การสร้างความรู้รอบด้านสุขภาพ โดยทีมสภนักเรียนร่วมกับครู อนามัยโรงเรียน
โรงเรียนสารคาม พิทยาคม	สำนักงานเขตพื้นที่ มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา	ระดับทอง	การสร้างความรู้รอบด้านสุขภาพ โดยการบูรณาการในการเรียน การสอนวิชาสุขศึกษา พลศึกษา
โรงเรียนเทศบาล บูรพาพิทยาคาร	เทศบาลเมือง มหาสารคาม	ประถมศึกษา (ขยายโอกาส)	ระดับทอง	ศูนย์การเรียนรู้การกระโดดเชือก - โครงการขยับแข้งขยับขา - กีฬากระโดดเชือก

3. ปัญหา และอุปสรรคในการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพยั่งยืน ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

ผลการวิจัย พบว่า ปัญหา และอุปสรรคในการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพยั่งยืน มีดังนี้

1. มีการเปลี่ยนแปลงครู/ ผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน ทำให้การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง

2. ปัญหาในการใช้งานระบบ การทำแบบวัดความรู้ความรอบรู้ในโปรแกรม ของนักเรียนในช่วงโมเรียนปกติทำได้ยาก เพราะคาบเรียนค่อนข้างแน่น และไม่มีคาบว่าง

3. ครูรู้สึกว่ามีภาระงานเพิ่มมากขึ้น ที่ต้องมาติดตามทำแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียน

4. มีข้อจำกัดในการเข้าใช้งานระบบการประเมินความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียน เช่นระบบอินเทอร์เน็ต อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ ไม่เพียงพอ

5. ขาดความร่วมมือ จากผู้ประกอบการที่ไม่ตระหนักในการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของนักเรียนในเรื่องพฤติกรรมที่ถูกต้องกับทางครอบครัว มักจะตามใจในการรับประทานอาหารตามที่ถูกชอบ เช่น การเลือกรับประทานอาหารการให้เด็กทานขนม น้ำหวาน เครื่องดื่มรสหวานต่าง ๆ เป็นต้น

6. สภาพแวดล้อมภายในโรงเรียนไม่เอื้อต่อสุขภาพ มีร้านขายน้ำหวาน เครื่องดื่มภายในโรงเรียน ซึ่งไม่มีมาตรการกำหนดเวลาในการจำหน่าย ส่งผลเสียต่อสุขภาพ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในผลการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพยั่งยืน ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

1. นโยบายและวิสัยทัศน์ (Policy and Vision) ของผู้บริหารโรงเรียนที่ชัดเจน ในการสนับสนุนให้โรงเรียนดำเนินงานให้ได้มาตรฐาน มีการสนับสนุนงบประมาณเพียงพอ และประกาศ

นโยบายที่สามารถดำเนินงานให้ครูและนักเรียนนำสู่การปฏิบัติ

2. การทำงานเป็นทีม (Team Work) ของทีมครูอนามัยโรงเรียน ในโรงเรียน 4 แห่ง ซึ่งเป็นโรงเรียนขนาดใหญ่ นักเรียนจำนวนมาก ต้องมีการบริหารจัดการ จัดหาตัวแทนครูจากทุกสายชั้นมาปฏิบัติหน้าที่ครูอนามัยโรงเรียน ที่ช่วยกันทำงานเป็นทีม ในการบริหารจัดการของโรงเรียน ทำให้การทำงานอนามัยโรงเรียนมีความคล่องตัวมากขึ้น และผู้รับผิดชอบงานโรงเรียนของโรงพยาบาลมหาสารคาม ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โดยมีบทบาทเป็นทีมพี่เลี้ยง ในการสร้างความร่วมมือขับเคลื่อนงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างต่อเนื่องในการกำกับ ติดตามและสนับสนุน ให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ จนได้รับการรับรองมาตรฐานจากกรมอนามัย

3. เครือข่าย (Networking) ในการสนับสนุน (Supportive) ทั้งจากหน่วยงานต้นสังกัดของโรงเรียน ได้แก่ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษามหาสารคาม เขต 1, สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษามหาสารคาม, สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดมหาสารคาม, และเทศบาลเมืองมหาสารคาม ที่ร่วมกันขับเคลื่อน กำกับ ติดตาม และการสนับสนุนจากโรงพยาบาลมหาสารคาม และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยการเปิดโอกาสให้โรงเรียนที่สมัครเข้าร่วมโครงการ ได้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับจังหวัด และส่งเสริมให้โรงเรียนมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง จนได้รับการรับรองมาตรฐานจากกรมอนามัย

4. การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community engagement) ที่จะร่วมมือกันในการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพยั่งยืนและต่อเนื่อง ได้ตลอดไป

การอภิปรายผล

ผลการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพยั่งยืน ด้วยการขับเคลื่อน กระบวนการบริหารจัดการโดยการร่วมกันกำหนดนโยบาย และแก้ไข

ปัญหาด้านสุขภาพ การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพและการเรียนรู้ และการสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพ โดยการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ วรรณคดี 3 อ. 4 ส. พบว่า ผู้รับผิดชอบงานโรงเรียนของโรงพยาบาลมหาสารคาม ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โดยมีบทบาทเป็นทีมพี่เลี้ยง ในการสร้างความร่วมมือขับเคลื่อนงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องในการกำกับ ติดตามและสนับสนุน ให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ สอดคล้องกับศิริรัตน์ จำภูงูร และปิยะลักษณ์ ภักดีสมัย. (2567)⁹ และ สอดคล้องกับบังอร กล้าสุวรรณและคณะ. (2564)¹⁰ พบว่าการพัฒนารูปแบบโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพจะช่วยเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ และส่งเสริมให้นักเรียนมีการเจริญเติบโตดีขึ้น นอกจากนี้กระบวนการสร้างโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพยังเป็นการกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ ในโรงเรียน เช่น การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การพัฒนาด้านโภชนาการ เพื่อให้นักเรียนมีสุขภาพดี และเจริญเติบโตสมส่วน⁹ นักเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ทั้งในระดับพอใช้ ดีและดีมาก โดยหลังดำเนินการ นักเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีมาก สอดคล้องกับการศึกษาของอังศินันท์ อินทรกำแหง (2560).¹² สอดคล้องกับการศึกษาของวราพรธนะ วงษ์จันทร์และบุศรา ชัยทัศน์. (2562).¹³ พบว่า นักเรียนมีความรอบรู้มากที่สุด คือ ด้านความรู้ ความเข้าใจ รองลงมาเป็นด้านการตัดสินใจปฏิบัติ ตีถูกต้อง ส่วนด้านการเข้าถึงข้อมูลและการสื่อสาร การคืนข้อมูลการเจริญเติบโต การให้นักเรียนประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อนำมาวางแผนจัดการสุขภาพ รูปแบบการสอนเป็นการสื่อสารทางเดียว นักเรียนมีส่วนร่วมน้อยเป็นเหตุให้นักเรียนเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพน้อยและไม่สามารถวางแผนส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งจากการศึกษาของพรวิภา ดาวดวง และคณะ. (2562).¹⁴ พบว่า การเพิ่มระดับความฉลาดทางสุขภาพโดยครูให้ความรู้ กระตุ้นแนะนำให้นักเรียน

ปฏิบัติตามแนวทางการบริโภคที่ถูกต้องเหมาะสม จะทำให้เพิ่มระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคอ้วนได้มากขึ้น สอดคล้องกับสุกัญญา คณะวาปี, เกศินี สราญฤทธิชัย. (2565).¹⁵ ในการดำเนินงานของโรงเรียนจัดกระบวนการเรียนรู้แบบเชิงรุก เพื่อให้เด็กมีทักษะสุขภาพที่สามารถคิด วิเคราะห์และโต้ตอบซักถามข้อมูลสุขภาพได้

การสรุปผลการวิจัย

ในการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการดำเนินงานโรงเรียนที่สนใจสมัครเข้าร่วมเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ เกิดจากความพร้อมของผู้บริหารที่มีวิสัยทัศน์ และต้องการพัฒนาโรงเรียนให้ได้ตามมาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล โดยในโรงเรียนขนาดใหญ่ ต้องสร้างทีมครูในโรงเรียนเพื่อเป็นทีมสนับสนุนพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งผู้รับผิดชอบงานโรงเรียนในโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ต้องจัดประชุมชี้แจงสร้างความเข้าใจและเป็นวิทยากรเชิงกระบวนการ ให้คำแนะนำแก้ไขปัญหา และลงพื้นที่โรงเรียนร่วมกับศูนย์สุขภาพชุมชน/ รพ.สต. วางแผนการดำเนินงาน และกำกับติดตามโรงเรียนเป้าหมายให้สามารถดำเนินการให้เสร็จสิ้นภายในปีงบประมาณ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการส่งเสริมบทบาทของแกนนำนักเรียนในการให้ความสำคัญกับสุขภาพ เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้ด้านสุขภาพ ในการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ของนักเรียนทุกระดับชั้น ได้อย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ผลการดำเนินงานในการขับเคลื่อนโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้นแบบในด้านต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาโรงเรียนในพื้นที่รับผิดชอบ ให้สอดคล้องกับบริบทของโรงเรียน ที่มีต้นสังกัดของโรงเรียนแตกต่างกัน

3. ต้องเน้นการปฏิบัติจริงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของครูและนักเรียน ในการเป็นต้นแบบการปฏิบัติที่ดี เพื่อให้เกิดการสร้างสุขภาพในโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องได้ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียนของศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง, ศึกษาธิการจังหวัดมหาสารคาม, ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามหาสารคาม เขต 1, ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษามหาสารคาม, นายกเทศมนตรีเมืองมหาสารคาม และผู้บริหารของเทศบาลเมืองมหาสารคาม, คณะผู้บริหาร ครูและบุคลากรทางการศึกษา และคณะกรรมการสถานศึกษาของโรงเรียนอนุบาลมหาสารคาม, โรงเรียนสารคามพิทยาคม, โรงเรียนพระกุมารมหาสารคาม, และโรงเรียนเทศบาลบูรพาผู้ตลอดจนนำชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ที่ผู้วิจัยไม่ได้เอ่ยนาม

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. แนวทางการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literate school: HLS). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563 [cited 2024 May 2]. Available from: <http://Hp.anamail.moph.go.th/th/manuals-of-official/209064>
2. กลุ่มงานเวชกรรมสังคม. โครงการพัฒนาและขับเคลื่อนโรงเรียนในพื้นที่อำเภอเมืองมหาสารคาม ก้าวสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ปี 2568. มหาสารคาม: โรงพยาบาลมหาสารคาม; 2567.

3. Kemmis S, McTaggart R. The Action research Planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.
4. กรมอนามัย. ชุดสื่อความรู้ “หนูเพชร” (NuPETHS). นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
5. World Health Organization. Health promoting schools: Experiences from the Western Pacific Region. Manila: Western Pacific Region; 2017.
6. Leeson H. Health promoting schools impact on targeted student outcomes: Analysis report. London: Monocle; 2017.
7. Nawaz W, Koc M. Development of systematic framework for sustainability management of organizations. Journal of Cleaner Production; 2018. 171: 1255-74.
8. Cronbach LJ. Essentials of Psychological Testing. New York: Harper&Row; 1970.
9. ศิริรัตน์ จำภูษร, ปิยะลักษณ์ ภัคดีสมัย. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ จังหวัดมหาสารคาม. ขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น; 2567; 16 (1); 188-201.
10. บังอร กล้าสุวรรณ, ชนิดาภา วงษ์รักษา, สุวิชา สังข์ทอง, สุภาภรณ์ ศรีสุพรรณ, ปารีชาติ ภามนตรี. การพัฒนารูปแบบโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 7. ขอนแก่น: วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น; 2564; 28 (2): 95-105.

11. ประไพ กิตติบุญถวัลย์, จีราภรณ์ ชื่น
ฉ่ำ, ศักดิ์มงคล เชื้อทอง. ความรอบรู้
ด้านสุขภาพ
และพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัย
เรียน. วารสาร มจร การพัฒนาสังคม.
2565; 7(2): 71-84.
12. อังคินันท์ อินทรกำแหง. ความรอบรู้
ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา.
กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์จำกัด;
2560.
13. วราพรรณ วงษ์จันทร์, บุศรา ชัยทัศน์.
การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและ
พฤติกรรมการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน
ของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย
กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาล
ทหารบก. 2562; 22 (3): 265-73.
14. พรวิภา ดาวดวง, ใจรัก ลอยสงเคราะห์,
นฤมล ธนเจริญวัชร, พงศ์นที สัตยเทวา,
ปิ่นณวิชญ์ ปิยอร่าม. รายงาน
ผลการวิจัยการประเมินประสิทธิผล
การใช้ชุดสื่อความรู้ “หนูเพชร”
(NuPETHS).
นนทบุรี: สำนักโภชนาการ กรม
อนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
15. สุกัญญา คณະวาปี, เกศินี สราญฤทธิ
ชัย. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความ
รอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับโรงเรียนรอบ
รู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็ก
วัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. นนทบุรี:
สมาคมการสาธารณสุขชุมชน; 2565.



วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

90/1 ถ.อนามัย อ.เมือง จ.ขอนแก่น

โทรศัพท์ : 0-4322-2741,0-4322-3898,0-4322-1770

โทรสาร : 0-4322-3898,0-4322-1770 ต่อ 102

Email : jhscph@scphkk.ac.th

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