

วารสาร

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข



JOURNAL OF REGIONAL HEALTH PROMOTION CENTRE 7 KHONKAEN

ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 สิงหาคม 2564 - มกราคม 2565 Vol.14 No.1 August 2021 - January 2022

ISSN : ISSN 1906-6724 (Print)

ISSN XXXX-XXXX (Online)

บทความวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของแกนนำชุมชนพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า และพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า เขตสาธารณสุขที่ 7
ปานแก้ว รัตนศิลป์กัลยาณ
2. การพัฒนาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$) ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ
วิชัย ศรีผา
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7
สุพัตรา บุญเยี่ยม
4. ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือนพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8
ภัทรพร ชูศรี
5. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนที่มารับบริการวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ณ จุดบริการโรงพยาบาลขอนแก่น
สงกรานต์ กลั่นดวง
6. การพัฒนาโปรแกรม Triple P เพื่อกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ 7
ลักษณ์ สกลทอง

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา นายแพทย์ชาติรี เมธธาราธิป

บรรณาธิการ นายแพทย์ไพบูรณ์ จิตกุล

ผู้ช่วยบรรณาธิการ ดร.อิทธิวัฒน์ บุตรดาบุตร

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.นิรุวรรณ เทิรินทร์บัว	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ผศ.ดร.ศรีธัญญา จิ่งมาก	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
ผศ.ดร.สุนิรัตน์ ยั่งยืน	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ผศ.ดร.วรรณภา ภาจำปา	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
ดร.ลักขณา สกุนทอง	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 ขอนแก่น	ดร.ลักขณ์ คัชมาตย์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น
ดร.สุภัทรา สามัง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์	ผศ.ดร.สุนิรัตน์ ยั่งยืน	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.คงฤทธิ วันจรรุญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์	ดร.พุดิชาดา จันทะคุณ	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
นพ.สิทธิชัย คำไสย์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	พญ.สุจิตรา ขวาชั้น	ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
ผศ.นพ.วิเชียร ศิริชนพล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	พญ.วนิดา อุตตรนคร	ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
ผศ.พญ.จาริณญา จินดาประเสริฐ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ดร.จริยา อินทร์ศรี	ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
ดร.จกมล พลตรี	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	นางจารินี ยศปัญญา	ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
ผศ.ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงศาศรี	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์	ทพญ.ปิยะนุช เอกก้านตรง	ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
ดร.เทพไทย โชติชัย	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น	ดร.ทพญ.ศรีณทิพย์ ขาลีเครือ	ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
ดร.วรรณศรี แวงงาม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น		

อำนวยการวิชาการ

ดร.อิสรภิญญา ทองไทย	ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น	นายมเหศักดิ์ ภูริวัฒน์ภากร	ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
นางบังอร กล้าสุวรรณ	ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น	นางสาวปัทมิดา เดชโยธิน	ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
นางชัยณญา นุช ปานนิล	ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น	นางกัญญา จันทรพล	ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
นางกรแก้ว ถิรพงษ์สวัสดิ์	ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น	นางสาวประภัสสรา พิศวรปราการ	ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
ดร.สุพัตรา บุญเจียม	ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น		

จัดพิมพ์และเผยแพร่ นางสาวประภัสสรา พิศวรปราการ

นางพรพรรณ นามตะ

นายธนศ นนท์ศรีราช

ศิลปกรรมออกแบบ นางพรพรรณ นามตะ

นายธนศ นนท์ศรีราช

สำนักงาน ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เลขที่ 195 ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 043-243-416 <http://hpc7.anamai.moph.go.th>

กำหนดออก ปีละ 2 เล่ม สิงหาคม – มกราคม, กุมภาพันธ์ – กรกฎาคม

จัดพิมพ์ หจก.ขอนแก่นการพิมพ์ 64 - 66 ถ.รื่นรมย์ อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทร. 043-221938, 220128

**วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข**

**JOURNAL OF REGIONAL HEALTH PROMOTION
CENTRE 7 KHONKAEN**

ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 สิงหาคม 2564 - มกราคม 2565

Vol. 14 No. 1 August 2021 - January 2022

ISSN : 1906-6724

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ และวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานค้นคว้า และวิจัยของนักวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม รวมทั้งงานวิจัยด้านการศึกษาและด้านการสอน
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนทัศนคติ ข้อคิดเห็น ข่าวสารและเป็นสื่อสัมพันธ์ในวงการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในพื้นที่เขตรับผิดชอบ

บทบรรณาธิการ

สวัสดีปีใหม่ 2565 ท่านผู้อ่านวารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นทุกท่านครับ ในโอกาสนี้ขออัญวยอวยพรให้ทุกท่านประสบความสุข ปราศจากโรคภัย ใช้ชีวิตอย่างมีสติและก้าวผ่านอุปสรรคต่างๆ ไปด้วยกัน ณ เวลานี้พวกเราทุกคนยังคงอยู่ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด 19 อีกครั้ง ในความโชคร้ายที่เชื้อไวรัสโควิด 19 มีการพัฒนาสายพันธุ์มาอย่างต่อเนื่องซึ่งสายพันธุ์ที่สร้างความกังวลต่อมวลมนุษยชาติในขณะนี้คือ สายพันธุ์ โอไมครอน ก็ยังมีความโชคร้ายที่ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศไทยได้รับวัคซีนป้องกันโควิดอย่างทั่วถึงและเรายังเป็นประเทศที่ได้รับการจัดอันดับสาธารณสุขในอันดับต้นของโลกอีกด้วย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าพวกเราจะผ่านสถานการณ์นี้ไปอย่างราบรื่นและกลับมาใช้ชีวิตโดยปกติโดยเร็ว วารสารของเราเป็น double blind peer reviewed journal เป็นวารสารวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมขอเชิญชวนทุกท่านที่มีความสนใจ ร่วมส่งบทความเข้าตีพิมพ์ สำหรับฉบับนี้มีบทความที่น่าสนใจดังนี้

- 1.) การพัฒนาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM2.5) ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ
- 2.) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของแกนนำชุมชนพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า และพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า เขตสาธารณสุขที่ 7
- 3.) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7
- 4.) ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือนพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8
- 5.) ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนที่มารับบริการวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ณ จุดบริการโรงพยาบาลขอนแก่น
- 6.) การพัฒนาโปรแกรม Triple P เพื่อกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ 7

นายแพทย์ไพบูรณ์ จัตกุล
บรรณาธิการ

ข้อแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

ข้อแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น (Journal of Regional Health Promotion Centre 7 Khonkaen.)

1. คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ (Instructions for the Authors)

1.1. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น (Journal of Regional Health Promotion Centre 7 Khonkaen.) กำหนดตีพิมพ์ปีละ 2 ครั้ง (สิงหาคม - มกราคม และ กุมภาพันธ์ - กรกฎาคม)

1.2. วารสารพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เป็นบทความที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม เผยแพร่ผลงานทางวิชาการและงานวิจัยของแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และทีมสหสาขาวิชาชีพรวมทั้งงานวิจัยด้านการศึกษาและด้านการสอน ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งในศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น และเครือข่ายวิชาการ ด้านสาธารณสุข ทั้งในและนอกเขตสุขภาพที่ 7 และผู้สนใจ โดยต้องเป็นงานที่ไม่เคยถูกนำไปพิมพ์ ในวารสารอื่นใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาลงในวารสารใดๆ สามารถแบ่งได้ 2 ลักษณะ ดังนี้

- บทความวิจัย (Research Article) เป็นบทความทั้งวิจัยพื้นฐานและวิจัยประยุกต์
- บทความทั่วไป (General Article) เป็นบทความที่วิเคราะห์ประเด็นตามหลักวิชาการ โดยมีการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

1.3 กองบรรณาธิการจะพิจารณาด้านฉบับ (Manuscript) ตามข้อกำหนดของรูปแบบวารสาร ในกรณีบทความวิจัยจะมีผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวนอย่างน้อย 2-3 ท่านเป็นผู้พิจารณา ส่วนกรณีบทความทั่วไปจะมีผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวนอย่างน้อย 1 ท่านเป็นผู้พิจารณา

2. ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

2.1 ต้นฉบับหน้าเดียวบนกระดาษขนาด เอ 4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (รวมเนื้อหาทุกส่วน)

2.2 ตัวหนังสือใช้ TH Sarabun PSK ขนาด 16 point เป็นไฟล์ word document เท่านั้น

3. การส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

- ให้ผู้นิพนธ์ ส่ง file ต้นฉบับในรูปแบบ Word document ในระบบการ Submission ใน <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johpc7> เท่านั้น หากการ Submission สำเร็จ ผู้นิพนธ์จะได้รับ E-mail แจ้งเตือนการได้รับบทความเพื่อเข้าสู่กระบวนการพิจารณาต่อไป โดยการส่งต้นฉบับเข้ารับการตีพิมพ์ในฉบับที่ 1 ควรส่งในระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม – 30 พฤศจิกายน และ

ฉบับที่ 2 ควรส่งต้นฉบับในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ - 31 พฤษภาคม ซึ่งการรับบทความในการตีพิมพ์วารสารจะอยู่ที่ฉบับละ 10 บทความเท่านั้น บทความลำดับถัดจากนั้นจะจัดตีพิมพ์ในวารสารฉบับถัดไป

4. การเรียงลำดับเนื้อหา

4.1 ชื่อเรื่อง (Title)

- ภาษาไทย ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง มีความสั้นกระชับสอดคล้องกับเนื้อหาในเรื่อง

- ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง เป็นความหมายเดียวกับชื่อเรื่อง

4.2 ชื่อผู้พิมพ์ (Authors) - ชื่อผู้พิมพ์ (ทุกคน) ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ชื่อวุฒิการศึกษา ขนาด 14 point ตัวหนาจัดชิดขวา ได้ชื่อเรื่อง ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้พิมพ์ ภาษาไทย ภาษา ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point ตัวหนา จัดชิดซ้าย ท้ายบทความย่อ - E-mail address ของผู้พิมพ์ประสานงาน (Corresponding author) ท้ายบทความย่อ ต่อจากตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน

4.3 บทคัดย่อ (Abstract)

- ชื่อบทคัดย่อ และ abstract ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบความยาวภาษาไทยไม่เกิน 300 คำ เขียนต่อกันเป็นความเรียงให้กระชับ

4.4 คำสำคัญ (Keyword) - ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 5 คำ ขนาด 16 point

4.5 บทนำ (Introduction)

บรรยายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า งานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

4.6 วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology) - ประกอบไปด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง, เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย, การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ, วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล, การวิเคราะห์ข้อมูล, สถิติที่ใช้ในการวิจัย, การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และข้อความที่แสดงว่าการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้ว (ถ้ามี)

4.7 ผลการวิจัย (Result) - อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัยโดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วสรุปตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้

4.8 อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion) การเขียนอภิปรายผลในประเด็นหลักที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมแสดงเหตุผลสนับสนุน ผลการวิจัย สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะในการนำผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

4.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ให้ความช่วยเหลือหรือสนับสนุนงานวิจัยนั้นๆ ที่มีได้เป็นผู้ร่วมวิจัย

4.10 เอกสารอ้างอิง (Reference) - ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver citation style เท่านั้น โดยมีหลักการอ้างอิง ดังนี้

รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ Vancouver ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การอ้างอิงในเนื้อหา (In - text citation) 2) การอ้างอิงท้ายเล่ม หรือ เอกสารอ้างอิง (Reference)

1) การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) เมื่อนำผลงานของบุคคลอื่น ไม่ว่าบางส่วนหรือทั้งหมด มาอ้างอิงในผลงานวิชาการ ให้ใส่ตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิง หลังชื่อผู้นิพนธ์ หรือหลังข้อความที่อ้างอิง และใช้เลขลำดับเดิมในกรณีที่มีการอ้างอิงซ้ำทุกครั้ง ส่วนเอกสารอ้างอิงท้ายเล่ม จัดเรียงตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงในเนื้อหา โดยมีวิธีการอ้างอิง ดังนี้

1.1) การอ้างอิงที่เน้นผู้นิพนธ์ หรือ ผู้นิพนธ์เป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงตาม หลังชื่อผู้นิพนธ์

1.2) การอ้างอิงที่เน้นเนื้อหา หรือ ผู้นิพนธ์ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิง ตามหลังข้อความที่อ้างอิง

1.2.1) การอ้างอิงรายการเดียว ตัวอย่าง อาการไอเป็นเลือด (hemoptysis) คือ การที่มีอาการไอร่วมกับมีเลือดออกมาจากปอดหรือหลอดลม เป็นอาการที่พบได้บ่อยในทางคลินิก มีอัตราการเสียชีวิตตั้งแต่ร้อยละ 7 ถึง 30³

1.2.2) การอ้างอิงหลายรายการพร้อมกัน ในกรณีที่ตัวเลขลำดับการอ้างอิง เป็นลำดับที่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายติงศสงฆ์ (-) คั่นระหว่างตัวเลข แต่ถ้าตัวเลขลำดับการอ้างอิงไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างตัวเลข

2) การอ้างอิงท้ายเล่ม หรือ เอกสารอ้างอิง (Reference)

ในการอ้างอิงถึงเอกสารวิชาการรูปแบบแวนคูเวอร์ ให้เรียงลำดับของเอกสาร ตามลำดับเลขที่มีการอ้างอิงในเนื้อหาเรียงงานหรือบทความ และหมายเลขที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อนั้น จะต้องตรงกับหมายเลขที่มีการกำกับไว้ในส่วนเอกสารอ้างอิงด้วย โดยเรียงลำดับจากหมายเลข 1 ไปจนถึงเลขที่สุดท้าย (1, 2, 3,...) ให้เขียนหมายเลขอยู่ในวงเล็บ () ต่อท้ายข้อความที่นำมาอ้างอิงในรายงาน

2.1) ผู้นิพนธ์ 1-6 คน รายชื่อผู้นิพนธ์ภาษาอังกฤษ ให้เรียงตามลำดับ โดยเริ่มจากนามสกุล แล้วตามด้วยชื่อ ไม่ต้องใส่เครื่องหมายวรรคตอนต่อท้ายนามสกุล ใช้เครื่องหมาย, หลังชื่อทุกคน ถ้าผู้นิพนธ์มีมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วยคำว่า “et al.”

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้นิพนธ์ (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีพิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

ตัวอย่าง

1. Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV - infected patients. N Engl J Med. 2002; 347(4): 284 - 7.

2.2) ผู้นิพนธ์มากกว่า 6 คน รายชื่อผู้นิพนธ์ภาษาอังกฤษให้เรียงตามลำดับ โดยเริ่มจากนามสกุล แล้วตามด้วยชื่อ ไม่ต้องใส่เครื่องหมายวรรคตอนต่อท้ายนามสกุล ใช้เครื่องหมาย, หลังชื่อทุกคน ถ้าผู้นิพนธ์มีมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วยคำว่า “et al.”

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้นิพนธ์ 6 คน (Author), และคณะ. ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีพิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

ตัวอย่าง

1. จริญญา เลิศอรรชยมณี, เอมอร รักษมณี, อนุพันธ์ ดันติวงศ์, กรุณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒติพรรณี วรกิจโกศาทร, และคณะ. ความเสี่ยงและประสิทธิผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. จดหมายเหตุทางแพทย์ 2545; 85: 1288-95.

2.3) ไม่ปรากฏชื่อผู้นิพนธ์ ให้เขียนชื่อบทความเป็นส่วนแรก

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีพิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

ตัวอย่าง

1. 21st century heart solution may have a sting in the tail. BMJ. 2002; 325(73):184.

2.4) หนังสือผู้นิพนธ์คนเดียว

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

1. Murray PR. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

2. เกษม วัฒนชัย. การดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง (Clinical management of essential hypertension). กรุงเทพฯ: พัฒนาศึกษา; 2532.

2.5) หนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการ

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อบท. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. วิชัย โชควิวัฒน์. จริยธรรมในการวิจัยทางคลินิก. ใน: พรณี ปิตุสทธิธรรม ชัยนต์ พิเชียรสุนทร, บรรณาธิการ. ตำราการวิจัยทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ:

อัมรินทร์พรรัตน์; 2552. หน้า 255-78. วีระพล จันทรดียิ่ง, สนธิศ สุทธิจำรูญ, บรรณาธิการ. นรีเวชวิทยาเด็กและหญิงวัยรุ่นสาว. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2531.

2.6) หน่วยงานเป็นผู้นิพนธ์

1. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทยสภาสาร 2538 ; 24: 190-204.
2. World Health Organization. Surveillance of antibiotic resistance in Neisseria gonorrhoeae in the WHO Western Pacific Region. Commun Dis Intell 2002; 26:541-5.

2.7) วิทยานิพนธ์

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

ตัวอย่าง

1. สมภพ บุญทิม. ผลทางไซโตเจเนติกของสารคดี จากไพล (Zingiber cassumunar Roxb.) ต่อโครโมโซมของมนุษย์ที่เตรียมจากลิมโฟไซต์ที่เพาะเลี้ยง. (วิทยานิพนธ์) เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2533. 75 หน้า.

2.8) บทความในเอกสารการประชุมวิชาการ

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ใน(In): ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ (editor(s)). ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. หน้าเลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p.182-91.

2.9) เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม /รายงานการประชุม

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง

1. 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.

2.10) บทความบนอินเทอร์เน็ต

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้แต่ง/ชื่อหน่วยงาน. ชื่อบทความ [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อวันที่เดือน ปี]; เข้าถึงได้จาก: <http://.....>

ตัวอย่าง

1. สภาการพยาบาล. ข้อบังคับสภาการพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 กันยายน 2557]; เข้าถึงได้ จาก: <http://www.tnc.or.th/examine/rules.html>.

5. การติดต่อบรรณาธิการวารสาร

กลุ่มส่งเสริมการวิจัย นวัตกรรมและพัฒนาการเรียนรู้ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น อาคาร
อำนวยการ ชั้น 2 เลขที่ 195 ถนนศรีจันทร์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น โทร 043-235-905
ต่อ 2110 โทรสาร 043-243-416 E-mail: anamai.plan7@gmail.com

จริยธรรมการตีพิมพ์

1. บทบาทหน้าที่ของผู้พิมพ์ (Duties of Authors)

1.1 ผู้พิมพ์เมื่อส่งบทความไปยังบรรณาธิการ บทความนี้ต้องไม่เคยเผยแพร่มาก่อนและยังไม่ได้รับการพิจารณาให้ตีพิมพ์ที่อื่นมาก่อน

1.2 ผู้พิมพ์ต้องรับผิดชอบต่อนเนื้อหาของสิ่งพิมพ์ของตน หากผู้พิมพ์ใช้เนื้อหาที่นำมาจากนักวิจัยคนอื่นโดยตรง ต้องมีการอ้างอิงหรือยกมาอย่างเหมาะสม

1.3 ผู้พิมพ์ต้องเขียนบทความวิจัยให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดไว้ใน “คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์”

1.4 ผู้พิมพ์ที่มีชื่อปรากฏในบทความทุกคน ต้องเป็นผู้ที่มีส่วนในการดำเนินการวิจัยจริง

1.5 ผู้พิมพ์จะต้องรับผิดชอบในการเปิดเผยแหล่งที่มาของการสนับสนุนทุนทั้งหมด สำหรับโครงการวิจัย โดยอธิบายไว้ในต้นฉบับที่ส่งมา รวมทั้งระบุผู้พิมพ์ร่วมทั้งหมดที่อำนวยความสะดวกในการวิจัย

1.6 ผู้พิมพ์ต้องระบุผลประโยชน์ทับซ้อน (หากมี)

1.7 ผู้พิมพ์ต้องรับผิดชอบต่อนเนื้อหาของสิ่งพิมพ์ของตน หากผู้พิมพ์ใช้เนื้อหาที่นำมาจากนักวิจัยคนอื่นโดยตรง ต้องมีการอ้างอิงหรือยกมาอย่างเหมาะสม

1.8 การกล่าวขอบคุณผู้มีส่วนช่วยเหลือในกิตติกรรมประกาศนั้น หากสามารถทำได้ผู้พิมพ์บทความควรขออนุญาตจากบุคคลที่ประสงค์จะขอบคุณเสียก่อน

1.9 ผู้พิมพ์จะต้องไม่รายงานข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ไม่ว่าจะเป็นการสร้างข้อมูลเท็จ หรือการปลอมแปลง บิดเบือน รวมไปถึงการตกแต่ง หรือ เลือกแสดงข้อมูลเฉพาะที่สอดคล้องกับข้อสรุป

1.10 กรณีที่ผลงานเป็นการศึกษาวิจัยและทำการทดลองในคนหรือสัตว์ทดลอง โดยการทดลองในคนอาจส่งผลกระทบต่อศักดิ์ศรี สิทธิ ความปลอดภัยของอาสาสมัคร ควรแนบหนังสือรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ทดลอง ทั้งนี้ การอนุมัติให้ลงตีพิมพ์ขึ้นอยู่กับพิจารณาจากกองบรรณาธิการวารสารฯ ถือเป็นที่สุด

2. บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของบรรณาธิการ (Duties of Editors)

2.1 บรรณาธิการวารสารมีหน้าที่พิจารณาคุณภาพของบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารโดยคัดกรองตรวจสอบ บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ด้วยหลักการทางวิชาการ

2.2 บรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียนและผู้ประเมินบทความในระหว่างการประเมินบทความ

2.3 บรรณาธิการควรดำเนินการทุกอย่างเพื่อให้มั่นใจในคุณภาพของบทความที่ตีพิมพ์เพื่อรับรองคุณภาพของงานวิจัยที่ตีพิมพ์ และตระหนักว่าวารสาร และแต่ละส่วนของวารสาร มีวัตถุประสงค์และมาตรฐานที่ต่างกัน

2.4 การตัดสินใจของบรรณาธิการต่อการยอมรับหรือปฏิเสธบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์

ควรขึ้นอยู่กับความถูกต้องตามหลักวิชาการ ความสำคัญ ความใหม่ และความชัดเจนของบทความวิจัย ตลอดจนความเกี่ยวข้องกับขอบเขตของวารสาร

2.5 บรรณาธิการควรมีการชี้แจงหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการตรวจสอบประเมินบทความ(peer review) นอกจากนี้ควรมีความพร้อมในการชี้แจงความเบี่ยงเบนต่าง ๆ จากกระบวนการตรวจสอบที่ได้ระบุไว้

2.6 บรรณาธิการควรจัดพิมพ์คำแนะนำแก่ผู้นิพนธ์ในทุกประเด็นที่บรรณาธิการคาดหวังในทุกเรื่องที่ผู้นิพนธ์ควรรับทราบ และควรมีการปรับปรุงคำแนะนำให้ทันสมัยอยู่เสมอ พร้อมทั้งควรมีการอ้างอิงหรือการเชื่อมโยงกับระเบียบดังกล่าวนี้ด้วย

2.7 บรรณาธิการไม่ควรเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจในการตอบรับบทความที่ถูกปฏิเสธการตีพิมพ์ไปแล้ว ยกเว้นมีปัญหาร้ายแรงเกิดขึ้นในระหว่างการส่งบทความมารับการพิจารณา

2.8 บรรณาธิการพิจารณาผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญตรงตามสาขาของบทความและส่งบทความให้ผู้พิจารณาบทความโดยผู้พิจารณาบทความจะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้นิพนธ์จะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาบทความ (Double blind)

2.9 บรรณาธิการต้องไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์ผู้ประเมิน และทีมผู้บริหาร

2.10 หากบรรณาธิการตรวจพบว่า บทความมีการลอกเลียนบทความอื่นโดยมิชอบ หรือมีการปลอมแปลงข้อมูล ซึ่งสมควรถูกถอดถอน แต่ผู้เขียนปฏิเสธที่จะถอนบทความ บรรณาธิการสามารถดำเนินการถอนบทความได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้นิพนธ์

3. บทบาทหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ (Duties of Reviewers)

3.1 ผู้ประเมินบทความต้องไม่เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับต้นฉบับที่ส่งมาเพื่อการประเมินแก่บุคคลอื่นนอกเหนือจากผู้นิพนธ์และผู้ประเมิน

3.2 ผู้ประเมินบทความควรแจ้งและปฏิเสธการประเมินกับบรรณาธิการหากมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับบทความที่ส่งมาให้พิจารณา

3.3 ผู้ประเมินบทความควรประเมินบทความในสาขาที่ตนเชี่ยวชาญโดยพิจารณาความสำคัญของเนื้อหา คุณภาพการวิเคราะห์และความเข้มข้นของผลงาน ไม่ควรใช้ความเห็นส่วนตัวที่ไม่มีข้อมูลรองรับมาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจ

3.4 ผู้ประเมินบทความต้องระบุผลงานวิจัยที่สำคัญและสอดคล้องกับบทความที่กำลังประเมิน แต่ผู้นิพนธ์ไม่ได้อ้างถึงด้วยหากมีความซ้ำซ้อนกับผลงานชิ้นอื่นต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบด้วย

3.5 ผู้ประเมินควรตรวจสอบและส่งบทวิจารณ์ภายในระยะเวลาที่คณะกรรมการบรรณาธิการเห็นชอบ หากไม่สามารถตรวจสอบต้นฉบับได้ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้ประเมินจะต้องแจ้งให้กองบรรณาธิการทราบทันที

4. ความขัดแย้งทางผลประโยชน์ (Conflict of Interest)

ผู้นิพนธ์ บรรณาธิการ และผู้ประเมินบทความควรหลีกเลี่ยงผลประโยชน์ทับซ้อนในทุกขั้นตอนของกระบวนการจัดเตรียมสิ่งพิมพ์ หากมีผลประโยชน์ทับซ้อนในรูปแบบใด ๆ บุคคลที่เป็นคนแรกที่ระบุความขัดแย้งดังกล่าวมีหน้าที่ต้องแจ้งให้กองบรรณาธิการทราบทันที

กระบวนการพิจารณาบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร

1. การตรวจสอบบทความเบื้องต้นโดยกองบรรณาธิการ (1-4 สัปดาห์): บทความที่ถูกส่งเข้ามา จะได้รับการตรวจสอบรูปแบบการจัดหน้า การใช้ภาษา ความเพียงพอและความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการอ้างอิง รูปแบบการเขียนอ้างอิง รวมถึงความซ้ำซ้อนโดยกองบรรณาธิการ หากบทความดังกล่าวมีรูปแบบไม่เป็นไปตามที่วารสารฯ กำหนด หรือมีอัตราการซ้ำซ้อนสูงกว่าที่วารสารฯ กำหนด กองบรรณาธิการ จะไม่รับบทความดังกล่าวเข้าสู่กระบวนการพิจารณา

2. การประเมินบทความ พิจารณาความถูกต้อง-เหมาะสม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ (2-4 สัปดาห์): บทความที่ผ่านการพิจารณาขั้นที่ 1 แล้ว กองบรรณาธิการจะพิจารณาคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิตามอย่างน้อย 2-3 ท่าน เพื่อพิจารณาบทความดังกล่าวในรูปแบบ Double-Blind ก่อนดำเนินการทบทวน และจัดส่งบทความแก่ผู้ทรงคุณวุฒิต่อไป โดยระดับการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิจะประกอบด้วย

1. สมควรได้รับการตีพิมพ์ (Accept)
2. สมควรได้รับการตีพิมพ์ โดยต้องมีการปรับแก้ไขเล็กน้อย (Accept with minor revision)
3. สมควรได้รับการตีพิมพ์ โดยต้องมีการปรับแก้ไขอย่างมาก (Accept with major revision) และ
4. ไม่สมควรได้รับการตีพิมพ์ (Reject)

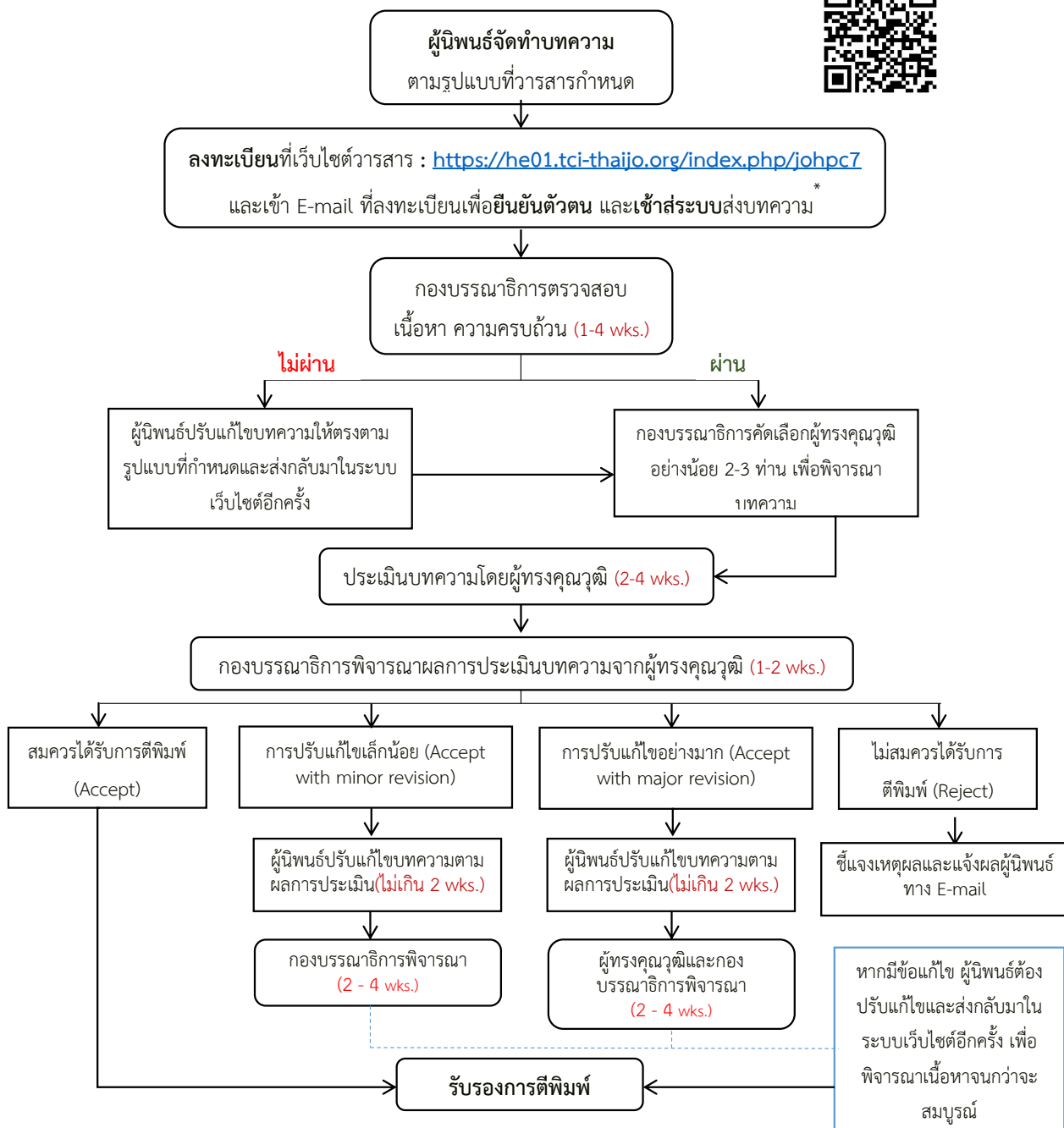
3. การพิจารณาผลการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ (1-2 สัปดาห์): เมื่อกองบรรณาธิการได้รับผลการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิครบถ้วนแล้ว จะดำเนินการพิจารณาและสรุปผลอีกครั้ง โดยบทความที่จะได้รับการตีพิมพ์ ต้องได้รับผลเป็น Accept หรือ Accept with minor revision ส่วนบทความที่ได้รับผลเป็น Accept with major revision บรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาชี้ขาด และบทความที่ได้รับผลเป็น Reject จะไม่ได้รับการอนุมัติให้ตีพิมพ์ในวารสาร

4. การปรับแก้ (ไม่เกิน 2 สัปดาห์): บทความที่ได้รับการอนุมัติให้ตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้เขียนดำเนินการปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และความคิดเห็นเพิ่มเติมจากกองบรรณาธิการ (ถ้ามี) โดยผู้เขียนต้องดำเนินการแก้ไขให้ครบถ้วน และกรอกแบบฟอร์มชี้แจงการปรับแก้ แล้วส่งบทความที่ปรับแก้แล้ว และเอกสารชี้แจงการปรับแก้กลับมายังกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนด

5. การพิจารณาบทความฉบับปรับแก้ (2-4 สัปดาห์): เมื่อกองบรรณาธิการได้รับบทความที่ปรับแก้แล้ว จะดำเนินการพิจารณาความถูกต้องอีกครั้ง หากบทความดังกล่าวได้รับการแก้ไขครบถ้วน จะรับรองการตีพิมพ์ และนำเข้าสู่กระบวนการจัดอาร์ตเวิร์คต่อไป

แผนผังขั้นตอนการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
ในระบบ Thai Journals Online (ThaiJO)

Link: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johpc7>



*สามารถศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

<https://docs.google.com/document/d/1lq97FmOkaGOzJzXTsxJlIfq00vBXdlYxRK2zTn828KKM/mobile>

[basic?usp=mail#h.13ju08w3j55](https://docs.google.com/document/d/1lq97FmOkaGOzJzXTsxJlIfq00vBXdlYxRK2zTn828KKM/mobile?usp=mail#h.13ju08w3j55)

บทความวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของแกนนำชุมชนพื้นที่
ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า และพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า เขตสาธารณสุขที่ 7 1
Health Literacy of prevention Rabies, community leaders in Rabies
free area and Non-rabies free area at Health Region 7
ปานแก้ว รัตนศิลป์กัลชาญ
2. การพัฒนาความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อจัดการปัญหาฝุ่นละออง 29
ขนาดเล็ก (PM2.5) ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ
Developing environmental health literacy to tackle the problem of
microscopic Particles (PM2.5) in the village health volunteers,
Sophasai District , Buengkan Province
วิชัย ศรีมา
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7 40
Factors Associated with Development of Early Childhood in
The Area Health Region VII
สุพัตรา บุญเยี่ยม
4. ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือนพื้นที่ 61
เขตสุขภาพที่ 8
PREVALENCE AND FACTORS RELATED TO HOUSEHOLD CONSUMPTION
OF IODIZED SALT IN REGIONAL HEALTH 8
ภัทรพร ชูสร

5. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน 79
ที่มารับบริการวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ณ จุดบริการโรงพยาบาลขอนแก่น

Health literacy and preventative behaviors for coronavirus disease-2019
(COVID-19) of the people who received the Vaccines against COVID-19
service at the service point of KhonKaen Hospital

สงกรานต์ กลั่นด้วง

6. การพัฒนาโปรแกรมTriple P เพื่อกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ 7 97

The Development of Triple-P, a DSPM-base Preschool Parenting
Program for Enhancing Early Childhood Development in Area 7

ลักษณา สกุลทอง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ของแกนนำชุมชนพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า และพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า เขตสาธารณสุขที่ 7

ปานแก้ว รัตนศิลป์กุลชาญ¹ กาญจนา เหลืองอุบล²

(วันที่รับบทความ: 18 สิงหาคม 2564; วันที่แก้ไข: 15 พฤศจิกายน 2564; วันที่ตอบรับ: 29 พฤศจิกายน 2564)

บทคัดย่อ

โรคพิษสุนัขบ้า เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยที่ยังพบผู้เสียชีวิตทุกปี ในเขตสุขภาพ ที่ 7 ในปี 2560-2561 พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าจากสุนัขที่เจ้าของเลี้ยงไว้ หลังถูกสัตว์กัดไม่ได้ล้างบาดแผล และไม่ไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ขณะนี้ยังมี สุนัขและแมวจำนวนมากที่ไม่ได้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เพราะเลี้ยงอย่างไม่รับผิดชอบ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นมาตรการที่สำคัญในนำมาใช้เพื่อเสริมมาตรการป้องกันควบคุม โรคพิษสุนัขบ้า วัตถุประสงค์งานวิจัยเพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคพิษสุนัขบ้าของแกนนำชุมชน ในพื้นที่สาธารณสุขที่ 7 เลือกกลุ่มตัวอย่างจำเพาะเจาะจงคือ แกนนำชุมชนพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า 179 คน และพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า 149 คน วิเคราะห์เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคพิษสุนัขบ้า ความรู้และพฤติกรรม หาค่าความสัมพันธ์ โดยเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามที่มีเนื้อหา 4 ส่วนที่มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.75 ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ ด้านสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้า และพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าความสัมพันธ์โดยใช้ สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ระดับนัยสำคัญที่ $p\text{-value}=0.05$

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.34 อายุ 41-60 ปี ร้อยละ 75.4 ภาพรวมของความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคพิษสุนัขบ้าระดับดี ($\bar{X}=3.90$, $S.D.=0.95$) พฤติกรรมการป้องกันโรคระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.45$, $S.D.=1.06$) และความรู้เรื่อง โรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 53.07 กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.59 กลุ่มอายุ 41-60 ปี ร้อยละ 77.7 ภาพรวมความรอบรู้ด้าน สุขภาพโรคพิษสุนัขบ้า ระดับดี ($\bar{X}=3.77$, $S.D.=0.83$) พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้า ค่าเฉลี่ยพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.48$, $S.D.=0.98$) ความรู้โรคพิษสุนัขบ้าระดับพอใช้ ร้อยละ 55.03 ผลการวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์พื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าพบว่าความรอบรู้ด้าน สุขภาพของกลุ่มแกนนำกับความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ไม่มีความสัมพันธ์กัน และความรอบรู้ในพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับความรู้ และ พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของกลุ่มแกนนำไม่มีความสัมพันธ์กัน

ข้อเสนอแนะควรศึกษาปัจจัยที่ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สามารถสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ได้ตามเกณฑ์การสร้างพื้นที่ปลอดโรคและศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มแกนนำชุมชน

คำสำคัญ : พื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า, พื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า, โรคพิษสุนัขบ้า, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, แกนนำชุมชน

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, ²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

¹สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, ²ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

Corresponding author : ปานแก้ว รัตนศิลป์ภัลชาญ E-mail: pankawr@yahoo.com

Health Literacy of prevention Rabies, community leaders in Rabies free area and Non-rabies free area at Health Region 7

Pankaew Rattanasingunchan¹ Kanchana Lueangu-bon²

(Receive 18th August 2021; Revised: 15th November 2021; Accepted 29th November 2021)

Abstract

Rabies is a major public health problem in Thailand that continues to see deaths every year. In the 7th health zone in 2017-2018, rabies was found in dogs that were owned by their owners after being bitten by an animal, the wound was not cleaned. and not going to get vaccinated against rabies. Currently, there are still many dogs and cats that are not vaccinated against rabies because of irresponsibility. Health literacy is therefore an important measure to be used to complement rabies prevention and control measures. Objective of the research to study rabies health knowledge of community leaders in public health area 7, select a specific sample group that is Community leaders in rabies-free areas 179 people and 149 non-rabies areas. Comparative analysis of rabies health literacy knowledge and behavior correlation. Data were collected using a 4-part questionnaire with Cronbach's alpha coefficient confidence = 0.75 including general information, health literacy, knowledge of rabies and anti-rabies behavior. Data were analyzed with descriptive statistics. These are percentage, mean, and standard deviation. The correlation was determined using Pearson's correlation statistics. Significance level at p-value=0.05

The results showed that the sample group in the rabies-free area were female 60.34 percent, age 41-60 years 75.4%. Good level of rabies health literacy ($\bar{X}$ = 3.90, S.D.=0.95). Prevention behaviors were moderate ($\bar{X}$ = 2.45, S.D.=1.06) and knowledge of rabies was at an average level of 53.07%. The samples in the area were not rabies-free. Most of them were female, 51.59%, age group 41-60 years, 77.7%. Rabies health literacy, good level ($\bar{X}$ = 3.77, S.D.=0.83). Mean rabies self-defense behaviors were found to be at a moderate level ($\bar{X}$ = 2.48, S.D.=0.98). Knowledge of rabies at fair level 55.03%

The results of the analysis of the relationship between the rabies-free area showed that the health literacy of health leaders and the knowledge and anti-rabies behavior no relationship and health leader of health literacy in non-rabies-free areas. It was found that knowledge and rabies prevention behaviors of the leaders were not correlated.

The recommendation should be to study the factors that enable local administrative organizations to create a rabies-free area according to the criteria for creating a rabies-free area and to study the level of health literacy of community leaders.

Keywords: Rabies free area, the area is not rabies free, Health literacy, knowledge, community leaders

¹Public Health Technical Officer (Professional Level), ²Registered Nurse (Senior Professional Level) ¹Office of Disease Prevention and Control 7 Khon Kaen, ²Health Promotion Center 7, Khon Kaen

Corresponding author : Pankaew Rattanasingunchan e-mail : pankawer@yahoo.com

บทนำ

ด้วยศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี ทรงมีพระประสงค์ให้โรคพิษสุนัขบ้าหมดไปจากประเทศไทย ทรงห่วงใยพสกนิกรชาวไทยจากปัญหาโรคพิษสุนัขบ้าที่เป็นปัญหาสำคัญของชาติ โดยมีแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานโครงการสัตว์ปลอดโรคคนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธาน พ.ศ. 2564-2568 โรคพิษสุนัขบ้าเกิดจากเชื้อไวรัสเรบีสในสัตว์ติดต่อสู่คนได้ด้วยการกัดข่วนหรือเลีย จากสัตว์ที่มีเชื้อแล้วไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค เมื่อคนถูกกัดแสดงอาการแล้วจะต้องเสียชีวิตทุกราย ในปี 2562 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าแล้วทั้งสิ้น 18 ราย ใน 17 รายหลังถูกกัดหรือข่วนไม่ได้ไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า⁽¹⁾ ในพื้นที่เขตสาธารณสุขเขต 7 มีผู้เสียชีวิต 2 ราย ในปี 2560 จังหวัดร้อยเอ็ดเสียชีวิต 1 ราย ปี 2561 จังหวัดกาฬสินธุ์ เสียชีวิต 1 ราย ทั้งสองรายเสียชีวิตจากการที่ถูกสุนัขกัด/ข่วน และไม่ได้ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า กรมปศุสัตว์รายงานว่า ในปี 2560 สุนัขและแมวทั่วประเทศป่วยเป็นโรคพิษสุนัขบ้ามากกว่า 800 ตัว และปี 2561 พบว่า ในเดือนมกราคมเพียงเดือนเดียวมีสุนัขและแมวที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้ามากกว่า 135 ตัว ถึงแม้ว่าโรคนี้สามารถป้องกันได้โดยการฉีดวัคซีนป้องกันโรคทั้งในสัตว์และ แต่ยังพบว่าเชื้อโรคนี้ยังไม่หมดไปจากประเทศไทย⁽²⁾ จากการศึกษาของวันวิสาข์ วะชุม⁽³⁾ ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องในการเกิดโรคพิษสุนัขบ้าในสุนัขของพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนในระหว่างปี 2558-2562 ผลการศึกษาพบว่าพื้นที่ที่มีการพบโรคพิษสุนัขบ้าสูง (hot spots) อยู่ใน

พื้นที่ตอนกลางและตะวันตกของจังหวัดกาฬสินธุ์ พื้นที่ทางเหนือของจังหวัดร้อยเอ็ด พื้นที่ตะวันออกเฉียงเหนือ ของจังหวัดมหาสารคาม ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคพิษสุนัขบ้า คือ พื้นที่ที่มีประวัติการเกิดโรคใน 1 ปี มีโอกาสพบโรคพิษสุนัขบ้ามากกว่าพื้นที่อื่น 8.15 เท่า สุนัขที่เลี้ยงปล่อยนอกบ้านมีโอกาสพบโรคพิษสุนัขบ้ามากกว่าสุนัขที่เลี้ยงภายในบ้าน 3.30 เท่า และสุนัขที่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้ามีโอกาสพบเชื้อ 1.84 เท่า จากการศึกษาในพื้นที่ที่พบโรคพิษสุนัขบ้าสูง ต้องมีแผนการฉีดวัคซีนให้ครอบคลุม สร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังโรคระดับหมู่บ้าน สื่อสารให้ความรู้และรณรงค์ให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า และมีการศึกษาต่อถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคในพื้นที่ที่พบโรคสูง⁽³⁾ จากข้อมูลชี้ให้เห็นว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในพื้นที่สาธารณสุขที่ 7 ประชาชนมีความเสี่ยงติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า ดังนั้นความรอบรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลป้องกันตนเองเรื่องโรคพิษสุนัขบ้า นับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง ความเข้าใจในเรื่องระยะฟักตัวของเชื้อไวรัสโรคพิษสุนัขบ้า วิธีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคและการได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอย่างถูกต้องครบถ้วน จะช่วยให้สามารถรักษาสีชีวิตของสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ความตระหนักหรือความใส่ใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ถ้าหากประชาชนมีความตระหนักเพิ่มมากขึ้นจะสามารถส่งผลให้พฤติกรรมในการป้องกันโรคเพิ่มมากยิ่งขึ้น หากอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) ประจำหมู่บ้านมีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคพิษสุนัข

บ้าเพิ่มมากขึ้นจะสามารถทำให้การป้องกันการเสียชีวิตและยังลดการแพร่ระบาดของโรคในสัตว์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และถ้าหาก อสม. ประจำหมู่บ้านมีความตระหนักในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าทั้งในสัตว์และคนเพิ่มขึ้นจะช่วยเพิ่มการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่อง จากแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานโครงการสัตว์ปลอดโรคคนปลอดภัยฯ ประกอบด้วย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, กรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ นำมาซึ่งหลักเกณฑ์การสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าของประเทศไทย โดยในพื้นที่เขตสาธารณสุขที่ 7 ได้สนับสนุนส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการตามเกณฑ์การสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าและมีพื้นที่ที่ดำเนินการได้ตามเกณฑ์ ได้รับประกาศเป็นพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าทั้งในคนและสัตว์ และสิ่งแวดล้อม ของเขตสาธารณสุขที่ 7 ได้รับ “รางวัล Thailand Rabies Awards” ในระดับประเทศ ระหว่างปี 2559 - 2562 ได้แก่ เทศบาลตำบลวังชัย อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น, องค์การบริหารส่วนตำบล นาฝาย อำเภอกู่แก้ว จังหวัดขอนแก่น, องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกุง อำเภอกุดคำ จังหวัดมหาสารคาม, เทศบาลตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น, เทศบาลตำบลนาจารย์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์, องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยโจด อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น ทั้งนี้ความสำเร็จที่เกิดขึ้นส่วนหนึ่งได้รับความร่วมมือจากประชาชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่⁽⁴⁾ โดยเป็นเครือข่ายหลักที่สำคัญ

ของหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ร่วมสนับสนุนและส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานปศุสัตว์ และหน่วยงานอื่น ๆ

คณะวิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบความรอบรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าในกลุ่มแกนนำชุมชนที่ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาปศุสัตว์ ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน และประชาชนของพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า และไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ทั้งสองกลุ่มนี้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันหรือไม่ และมีความรู้ พฤติกรรมในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเป็นอย่างไร โดยพื้นที่เก็บข้อมูลสุ่มจากพื้นที่ที่ได้รับประกาศเป็นพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าจากโครงการ “รางวัล Thailand Rabies Awards” ในระดับประเทศ ระหว่างปี 2559 - 2562 และสุ่มพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่เขตสาธารณสุขที่ 7 ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอเป็นทางเลือกในแก้ไขปัญหาโรคพิษสุนัขบ้าต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของแกนนำชุมชนในพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าและพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ในเขตสุขภาพที่ 7
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคของพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าและพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในเขตสาธารณสุขที่ 7
3. เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของแกนนำชุมชนในพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าและไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในเขตสาธารณสุขที่ 7
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคพิษสุนัขบ้า ความรู้ และ

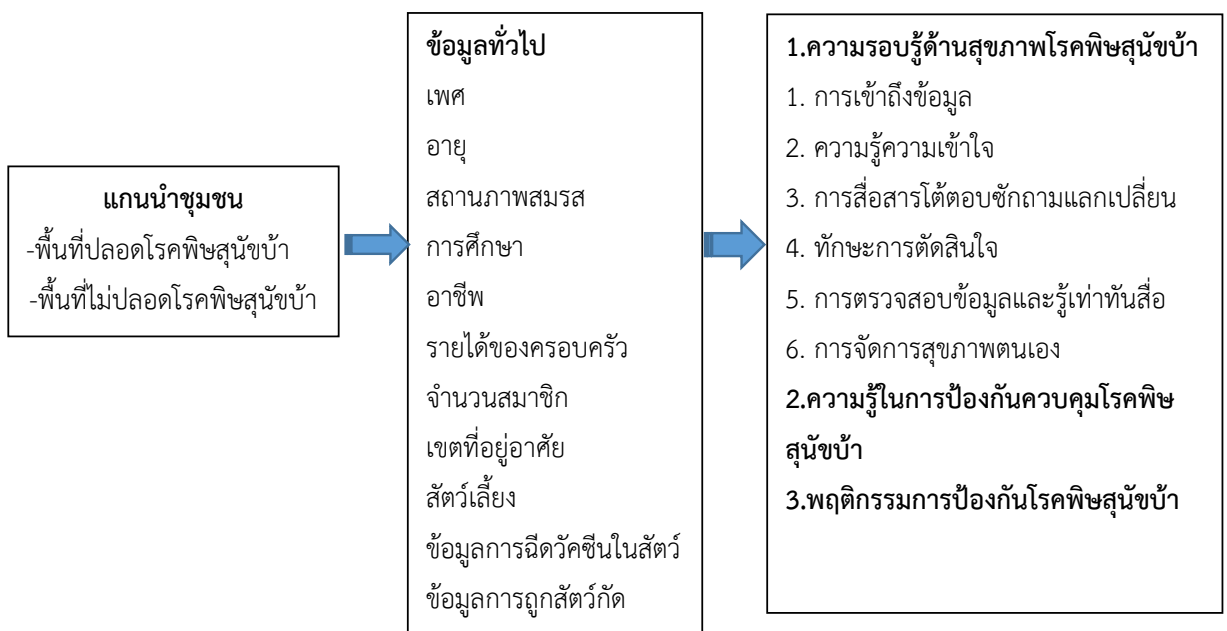
พฤติกรรมการป้องกันโรคของพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าและพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า

สมมติฐานการวิจัย

สถาบันวิจัย ระบบสาธารณสุข⁽⁵⁾ ได้ให้ความหมายของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง “ทักษะต่าง ๆ ทางการรับรู้ และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถ

ของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น” ดังนั้น แก่นนำชุมชนพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าควรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีความรู้ในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับดีกว่า แก่นนำชุมชนในพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ประโยชน์ที่จะได้รับ

ได้ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพโรคพิษสุนัขบ้า ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ของแก่นนำชุมชนในพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าและไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า เขตสาธารณสุขที่ 7 นำไปใช้เร่งรัดการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า

วิธีการดำเนินงานวิจัย

1. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรแก่นนำชุมชนระดับตำบลที่ร่วมมือกับองค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานปศุสัตว์ และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินงานป้องกันโรคควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า โดยกำหนดคุณลักษณะดังนี้

1. อายุ 18 ปีขึ้นไป
2. สามารถสื่อสารดี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
3. ยินดีเข้าร่วมและให้ข้อมูล

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (purposive Random sampling) ในพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าเขตสาธารณสุขที่ 7

ที่ได้รับรางวัล Thailand Rabies Awards ปี 2560 - 2561 จำนวน 3 ตำบล และกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ระดับตำบลในพื้นที่เขตสาธารณสุขที่ 7 ที่ยังไม่ได้รับการประกาศเป็นพื้นที่เขตปลอดโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 3 ตำบล รวม 6 ตำบล จำนวนขนาดตัวอย่าง 328 คน โดยใช้สูตรคำนวณตัวอย่างของ John⁽⁶⁾

2. รูปแบบการศึกษาวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

3. งานวิจัยผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัย ของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรมอนามัย รหัสโครงการวิจัย 024 รับรองตั้งแต่วันที่ 17 มีนาคม 2564 ถึง 16 มีนาคม 2565 “โครงการวิจัยเรื่อง: การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของแกนนำชุมชนในพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า และไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า พื้นที่เขตสาธารณสุขที่ 7 (Health Literacy of prevention and control rabies, community leaders in Rabies free area and Non-rabies free area of Health region 7 Khon-Kaen”

4. คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

4.1 พื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า หมายถึงพื้นที่ระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต./เมือง) 1) ต้องไม่พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าภายใน 2 ปี โดย ผู้เสียชีวิต/ผู้สงสัยทุกรายได้รับ การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ และติดตามผู้สัมผัสสัตว์มารับวัคซีนร้อยละ 100 2) ในสัตว์ ต้องไม่พบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์มีการส่งตรวจหัวสัตว์สงสัยตามนิยาม, ไม่พบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าจากตัวอย่างสุนัขหรือแมวหรือสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมอื่นที่สุ่มตรวจ โดยทั้งหมดต้องไม่พบเชื้อเป็นระยะเวลา 1 ปี

3) สำรวจข้อมูลประชากรสุนัขและแมวครอบคลุมทุกพื้นที่ 4) การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าสุนัขและแมวต้องได้รับวัคซีนร้อยละ 80 ขึ้นไป พร้อมทั้งมีการบริหารจัดการสุนัขและแมวที่ไม่มีเจ้าของ และ 5) เฝ้าระวังการเคลื่อนย้ายสุนัข/แมวที่เข้าออกในพื้นที่

*ผู้ว่าราชการจังหวัดสามารถเพิกถอนใบรับรองการปลอดโรคพิษสุนัขบ้า เมื่อท้องถิ่นนั้นไม่สามารถรักษาสถานภาพการปลอดโรคได้ตามหลักเกณฑ์การสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า⁽⁷⁾

4.2 พื้นที่ที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า หมายถึงพื้นที่ระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต./เมือง) ที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามหลักเกณฑ์พื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า⁽⁷⁾

4.3 แกนนำชุมชน (community leader) หมายถึง ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละแห่งเข้าร่วมกิจกรรมและมีบทบาท ซึ่งหมายถึงประชาชนทั่วไป ผู้นำ แกนนำ หรืออาสาสมัครที่มีบทบาทในการจัดการโรคพิษสุนัขบ้าร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายหน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานปศุสัตว์ รวมทั้งเครือข่ายเอกชน

4.4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในกรณีนี้เป็นความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคพิษสุนัขบ้า องค์การอนามัยโลก⁽⁸⁾ ได้ให้ความหมายว่า เป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและสมรรถนะที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสาร และบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้คงดีอยู่เสมอ ระดับสมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และปรับใช้ข้อมูลความรู้ และบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม งานวิจัยนี้หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคพิษสุนัขบ้า

ของแกนนำชุมชนในพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า และแกนนำชุมชนในพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งในการวิจัยนี้หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 องค์ประกอบ⁽⁹⁾ ได้แก่

1. การเข้าถึงข้อมูล (Access skill) หมายถึง แกนนำชุมชนมีความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ

2. ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive skill) หมายถึง แกนนำชุมชนมีความรู้ความเข้าใจและสามารถอธิบายถึงความถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ สามารถวิเคราะห์หรือเปรียบเทียบอย่างมีเหตุผล

3. การสื่อสารโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน (Communication skill) หมายถึง แกนนำชุมชนมีทักษะในการสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพ

4. ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) หมายถึง แกนนำชุมชนมีการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธหลีกเลี่ยง หรือเลือกวิธีการปฏิบัติโดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดีผลเสียเพื่อการปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยง พร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องหักล้างความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม

5. การตรวจสอบข้อมูลและรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) หมายถึง แกนนำชุมชนสามารถกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมายเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น รวมทั้งชี้แนะให้กับชุมชนได้อย่างถูกต้อง

6. การจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management) หมายถึง แกนนำชุมชนทบทวนตรวจสอบความถูกต้องความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่สื่อเสนอ นำวิธีการปฏิบัติตนตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

5. ขอบเขตของการวิจัย

คุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเสนอแบบสอบถามจากเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง และความตรงของเนื้อหา นำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เรียบร้อยก่อนจะนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม ด้านความรู้ด้านสุขภาพโรคพิษสุนัขบ้า 0.74 ด้านการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า 0.76 ด้านพฤติกรรมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า 0.75 โดยภาพรวมค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามมีค่า เท่ากับ 0.75

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วยทั้งหมด 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 10 ข้อ มีคำถามเปิดและปิด

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพโรคพิษสุนัขบ้า รวม 36 ข้อ ดังนี้

2.1 การเข้าถึงข้อมูลโรคพิษสุนัขบ้าและแหล่งบริการ 6 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน

2.2 ความเข้าใจข้อมูลเรื่องโรคพิษสุนัขบ้า 5 ข้อ คะแนนเต็ม 25 คะแนน

2.3 การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม 10 ข้อ คะแนนเต็ม 50 คะแนน

2.4 ทักษะการตัดสินใจ 5 ข้อ คะแนนเต็ม 5 คะแนน

2.5 ความรู้เท่าทันสื่อ 3 ข้อ คะแนนเต็ม 15 คะแนน

2.6 การจัดการสุขภาพตนเองให้ปลอดภัย 7 ข้อ คะแนนเต็ม 35 คะแนน

ข้อมูลวัดความรู้สุขภาพโรคพิษสุนัขบ้า องค์ประกอบที่ 2.1-2.3 และ 2.5-2.6 มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่าแต่ละข้อความมีคำตอบให้เลือกตามระดับความสำคัญ 5 ระดับมีเกณฑ์การให้คะแนน⁽¹⁰⁾ คือ

ระดับคะแนน 5 หมายถึง

ระดับการตัดสินใจมากที่สุด

ระดับคะแนน 4 หมายถึง

ระดับการตัดสินใจมาก

ระดับคะแนน 3 หมายถึง

ระดับการตัดสินใจปานกลาง

ระดับคะแนน 2 หมายถึง

ระดับการตัดสินใจน้อย

ระดับคะแนน 1 หมายถึง

ระดับการตัดสินใจน้อยที่สุด

ข้อมูลวัดความรู้สุขภาพโรคพิษสุนัขบ้า องค์ประกอบที่ 2.4 ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนนการคำนวณช่วงระดับคะแนนดังกล่าวแล้วนำค่าที่ได้จากการคำนวณมาแบ่งเป็นระดับ 5 ระดับดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง ดีมาก

ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง ดี

ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง ต่ำ

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง ต่ำมาก

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า 8 ข้อ คะแนนเต็ม 40 คะแนน

พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า 8 ข้อ

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) มีมาตราวัด 5 ระดับ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แสดงทั้งประเมิน และทิศทาง มีเกณฑ์การให้คะแนน⁽¹⁰⁾ ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนน
พฤติกรรมที่ไม่ปฏิบัติเลย	5 คะแนน
พฤติกรรมปฏิบัติบ้าง ๑ ครั้ง	4 คะแนน
พฤติกรรมปฏิบัติบางครั้ง	3 คะแนน
พฤติกรรมปฏิบัติบ่อย ๑	2 คะแนน
พฤติกรรมปฏิบัติประจำ	1 คะแนน

ส่วนที่ 4 ความรู้ของแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า 7 ข้อ คะแนนเต็ม 7 คะแนน

ความรู้ของแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) มีมาตราวัด 2 ระดับ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แสดงทั้งประเมิน และทิศทาง มีเกณฑ์การให้คะแนน⁽¹⁰⁾ ดังนี้

ตอบถูกได้ 1 คะแนน

ตอบผิดได้ 0 คะแนน

6. ระยะเวลาในการดำเนินงานวิจัย
ระหว่างเดือนสิงหาคม 2563 – มิถุนายน 2564

7. การรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง
โดยเข้าพบและแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ของการวิจัย ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยไม่เปิดเผยชื่อและที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่างใช้รหัสแทนให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ โดยไม่เกิดผลเสียต่ออย่างใด และจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

8. การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปด้วยสถิติเชิง

พรรณนา (Descriptive research) วิเคราะห์ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Arithmetic Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และสถิติเชิงพรรณนา⁽¹¹⁾ อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพโรคพิษสุนัขบ้า กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่างแกนนำพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าและกลุ่มตัวอย่างแกนนำพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า และวิเคราะห์ข้อมูลอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ของแกนนำชุมชนในพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า และพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) โดยกำหนดเกณฑ์การแปลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์⁽¹²⁾ ดังนี้

ค่า r ระดับของความสัมพันธ์

- 0.90 - 1.00 มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก
- 0.70 - 0.90 มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
- 0.50 - 0.70 มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
- 0.30 - 0.50 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
- 0.00 - 0.30 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

แกนนำชุมชนพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 แห่ง รวม 179 คน และแกนนำชุมชนในพื้นที่องค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่นที่ยังไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าจำนวน 3 แห่ง จำนวน 149 คน เขตสาธารณสุขที่ 7 รวม 328 คน ผลการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.34 อายุน้อยสุด 17 ปี อายุมากที่สุด 76 ปี สถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 62 การศึกษาจบมัธยม/ปวช ร้อยละ 36.96 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 38.08 รายได้เฉลี่ย 13,748.49 บาท S.D.=16,848.83 จำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย 3.8 คน S.D.=1.89 สัตว์เลี้ยงในครัวเรือนส่วนใหญ่เป็นสุนัข ร้อยละ 55.44 และนำไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 58.24 ส่วนใหญ่ไม่เคยถูกสัตว์กัด/ข่วน ร้อยละ 59.36 (ตารางที่ 1)

กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 149 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.59 อายุน้อยสุด 24 ปี อายุมากที่สุด 87 ปี สถานภาพส่วนใหญ่สมรส/คู่ ร้อยละ 79.73 การศึกษาส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 40.2 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 54.27 รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน 17,080 บาท S.D.=36,628.8 จำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย 4.12 คน S.D.=1.9 ที่อยู่ในเขต อบต. ร้อยละ 97.82 ที่บ้านเลี้ยงสุนัข ร้อยละ 54.36 นำฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าทุกปี ร้อยละ 55.61 ส่วนใหญ่ไม่เคยถูกสัตว์กัด/ข่วน ร้อยละ 69.01 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และค่าร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า (N = 179) และพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า (N=149) ในเขตสาธารณสุขที่ 7

ข้อมูลทั่วไป	พื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า			พื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า		
	จำนวน	ร้อยละ	SD	จำนวน	ร้อยละ	SD
เพศ			0.49			0.5
ชาย	71	39.66		72	48.24	
หญิง	108	60.34		77	51.59	
อายุ			1.29			11
อายุน้อยกว่า 30 ปี	19			11		
อายุ 31-40 ปี	25			22		
อายุ 41-60 ปี	135			116		
สถานภาพ			0.7			0.5
โสด	38	21.22		22	14.74	
สมรส / คู่	111	62		119	79.73	
หม้าย	16	8.96		3	2.01	
หย่าร้าง / แยกทาง	14	7.84		4	2.68	
การศึกษา			1.25			1.3
ประถมศึกษา	48	26.88		40	26.8	
มัธยมศึกษา/ ปวช.	66	36.96		60	40.2	

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และค่าร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า (N = 179) และพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า (N=149) ในเขตสาธารณสุขที่ 7 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	พื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า			พื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า		
	จำนวน	ร้อยละ	SD	จำนวน	ร้อยละ	SD
อนุสัญญา / ปวส.	11	6.16		11	7.37	
ปริญญาตรี	46	25.76		21	14.07	
สูงกว่าปริญญาตรี	8	4.48		16	10.72	
การประกอบอาชีพ			1.94			1.8
เกษตรกร	68	38.08		81	54.27	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	19	10.64		8	5.36	
พนักงานโรงแรม/ บริษัทเอกชน	-	-		3	2.01	
รับราชการ/พนักงาน/ รัฐวิสาหกิจ/พนักงานราชการ	51	28.56		33	22.11	
รับจ้างทั่วไป	23	12.88		16	10.72	
แม่บ้าน / พ่อบ้าน	6	3.36		1	0.67	
อื่นๆงานฟรีแลนซ์,พาร์ทไทม์	11	6.16		6	4.02	
ในรอบปีที่ผ่านมารายได้เฉลี่ย ของครอบครัวต่อเดือน โดยประมาณ	13,748.49		16,848.83	17,080.98		36,628.8
จำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย	3.8		1.89	4.12		1.9
ที่อยู่อาศัยปัจจุบัน			0.58			0.1
เขตเทศบาล	63	35.28		2	1.34	
เขต อบต	116	64.96		146	97.82	
ท่านเลี้ยงสัตว์ชนิดใดในบ้าน			1.36			1.2
สุนัข	99	55.44		81	54.36	
แมว	11	6.16		6	4.03	
สัตว์ชนิดอื่น ๆ	16	8.96		30	20.13	
ไม่เลี้ยงสัตว์	52	28		26	17.45	

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และค่าร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า (N = 179) และพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า (N=149) ในเขตสาธารณสุขที่ 7 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	พื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า			พื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า		
	จำนวน	ร้อยละ	SD	จำนวน	ร้อยละ	SD
สุนัข / แมว ของท่านได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหรือไม่			1.44			1.2
ฉีดประจำปี	110	58.24		83	55.61	
ฉีดบ้างไม่ฉีดบ้าง	11	6.16		6	4.02	
ไม่เคยฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	6	3.36		17	11.39	
ไม่ได้เลี้ยงสัตว์	52	32.48		40	26.8	
ท่านหรือสมาชิกในครอบครัวเคยถูกสัตว์กัด/ข่วนหรือไม่			1.23			1.1
เคย เป็นสัตว์เลี้ยงในบ้านกัด/ข่วน	32	17.93		20	13.4	
เคย เป็นสัตว์จรจัดกัด / ข่วน	10	5.6		4	2.68	
เคย เป็นสัตว์เพื่อนบ้านกัด/ข่วน	31	17.36		22	14.74	
ไม่เคยถูกสัตว์กัด / ข่วน	106	59.36		103	69.01	

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคพิษสุนัขบ้าของกลุ่มแกนนำชุมชนพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ภาพรวมค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.90, S.D.=0.95) เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบ 6 ข้อ ด้านการค้นหาข้อมูลและเข้าถึงแหล่งบริการอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.64,

S.D.=0.97), ด้านการสร้างความเข้าใจอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.73, S.D.=0.85), ทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.79, S.D.=0.85), ด้านทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}$ = 4.23, S.D.=1.33), ด้านความรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.94, S.D.=0.83) และด้านการจัดการสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.90, S.D.=0.85) (ตารางที่ 2)

ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของแกนนำชุมชนพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยระดับดี ($\bar{X}=3.52$, S.D.=0.83) เมื่อจำแนกองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ 6 ข้อ ได้แก่ ด้านการค้นหาข้อมูลและเข้าถึงแหล่งบริการอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.7$, S.D.=0.86), ด้านการสร้างความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.44$, S.D.=0.46),

ด้านทักษะการสื่อสารในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.83$, S.D.=0.83), ด้านทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=2.33$, S.D.=0.81), ด้านความรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.99$, S.D.=0.79) และด้านการจัดการสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.84$, S.D.=0.82) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า จำแนกรายองค์ประกอบของแกนนำชุมชนพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า และพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า เขตสาธารณสุขที่ 7

องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	พื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า			พื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า		
	ค่าเฉลี่ย	ส่วน	แปล	ค่าเฉลี่ย	ส่วน	แปล
	$\bar{X}$	เบี่ยงเบนมาตรฐาน S.D.	ผล	$\bar{X}$	เบี่ยงเบนมาตรฐาน S.D.	ผล
1 การค้นหาข้อมูล และเข้าถึงแหล่งบริการโรคพิษสุนัขบ้า	3.64	0.97	ดี	3.7	0.86	ดี
2 การสร้างความเข้าใจในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	3.73	0.85	ดี	3.44	0.81	ดี
3 ทักษะการสื่อสารในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	3.79	0.85	ดี	3.83	0.83	ดี
4 ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	4.23	1.33	ดีมาก	2.33	0.46	ต่ำ
5 ความรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	3.94	0.83	ดี	3.99	0.79	ดี
6 การจัดการสุขภาพตนเองในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	3.90	0.85	ดี	3.84	0.82	ดี
ภาพรวม	3.90	0.95	ดี	3.52	0.83	ดี

ผลการวิเคราะห์จัดกลุ่มคะแนนความรู้ด้านสุขภาพโรคพิษสุนัขบ้า ของแกนนำชุมชนในพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าและพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มไม่ดีพอ ค่าเฉลี่ย < 2.99, กลุ่มคะแนนพอใช้ได้

≥ 3.00 - < 3.99 และกลุ่มคะแนนดีมาก ≥ 4.00 ผลการจัดกลุ่มคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าภาพรวมส่วนใหญ่คะแนนอยู่ในกลุ่มพอใช้ได้ ร้อยละ 50.84 (90 คน) รองลงมาค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในกลุ่มดีมาก

ร้อยละ 47.49 (85 คน) และภาพรวมพื้นที่ไม่ปลอดภัยโรคพิษสุนัขบ้าส่วนใหญ่ค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในกลุ่มพอใช้ได้ ร้อยละ 55.04 (82 คน) รองลงมาอยู่ในกลุ่มดีมาก ร้อยละ 40.27 (60 คน) (ตารางที่ 3)

ภาพรวมของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคพิษสุนัขบ้ากลุ่มแกนนำชุมชนพื้นที่ปลอดภัยโรคพิษสุนัขบ้า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.84 (91 คน) พิจารณาองค์ประกอบ 6 ข้อของแกนนำชุมชนในพื้นที่ปลอดภัยโรคพิษสุนัขบ้า ปรากฏผลดังนี้ การเข้าถึงข้อมูลและบริการส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 46.92 (84 คน) รองลงมาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 39.66 (71 คน), การสร้างความเข้าใจส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มพอใช้ได้ ร้อยละ 50.27 (90 คน) รองลงมาอยู่ในกลุ่มดีมาก ร้อยละ 43.01 (77 คน), การสื่อสารและสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่คะแนนอยู่ในกลุ่มพอใช้ได้ ร้อยละ 53.08 (95 คน) รองลงมาอยู่ในกลุ่มดีมาก ร้อยละ 43.01 (77 คน), ทักษะการตัดสินใจส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มดีมาก ร้อยละ 68.71 (123 คน) รองลงมาอยู่ในกลุ่มพอใช้ได้ ร้อยละ 31.28 (56 คน), การตรวจสอบข้อมูลและรู้เท่าทันสื่อ ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มดีมาก ร้อยละ 57.54 (103 คน) รองลงมาอยู่ในกลุ่มพอใช้ได้ ร้อยละ 36.78 (66 คน), การจัดการสุขภาพตนเอง อยู่ในกลุ่ม

ดีมาก ร้อยละ 50.83 (91 คน) รองลงมาอยู่ในกลุ่มพอใช้ได้ ร้อยละ 42.45 (76 คน) (ตารางที่ 3)

คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคพิษสุนัขบ้าของแกนนำชุมชนในพื้นที่ไม่ปลอดภัยโรคพิษสุนัขบ้า ภาพรวมอยู่ในกลุ่มพอใช้ได้ ร้อยละ 55.04 (82 คน) เมื่อพิจารณา 6 องค์ประกอบปรากฏผลดังนี้ การเข้าถึงข้อมูลและบริการคะแนนส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มพอใช้ได้ ร้อยละ 56.23 (84 คน) รองลงมาอยู่ในกลุ่มดีมาก ร้อยละ 36.91 (55 คน), ความเข้าใจเกี่ยวกับการโรคพิษสุนัขบ้า คะแนนอยู่ในกลุ่มดีมาก ร้อยละ 49 (73 คน) รองลงมาคือกลุ่มพอใช้ได้ ร้อยละ 45.64 (68 คน), การสื่อสารและสนับสนุนทางสังคม คะแนนอยู่ในกลุ่มพอใช้ได้ ร้อยละ 51.68 (77 คน) รองลงมาในกลุ่มดีมาก ร้อยละ 42.95 (64 คน), ทักษะการตัดสินใจ คะแนนอยู่ในกลุ่มพอใช้ได้ ร้อยละ 81.2 (121 คน) รองลงมาอยู่ในกลุ่มไม่ดีพอ ร้อยละ 10.06 (15 คน), การตรวจสอบข้อมูลและรู้เท่าทันสื่อ คะแนนอยู่ในกลุ่มดีมาก ร้อยละ 69.12 (103 คน) รองลงมาอยู่ในกลุ่มพอใช้ได้ ร้อยละ 25.49 (38 คน), การจัดการสุขภาพตนเอง คะแนนอยู่ในกลุ่มดีมาก ร้อยละ 51.67 (77 คน) รองลงมาอยู่ในกลุ่มพอใช้ได้ ร้อยละ 44.96 (67 คน) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคพิษสุนัขบ้า ในแกนนำพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า และพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่เขตสาธารณสุขที่ 7

องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคพิษสุนัขบ้า			ค่าเฉลี่ยคะแนน (X) คะแนนเต็ม 5			องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ โรคพิษสุนัขบ้า			ค่าเฉลี่ยคะแนน (X) คะแนนเต็ม 5		
พื้นที่ ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า			ไม่ได้พอ	พอใช้ได้	ดีมาก	พื้นที่ ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า			ไม่ได้พอ	พอใช้ได้	ดีมาก
			< 2.99	≥3.00 - < 3.99	≥ 4.00				< 2.99	≥3.00 - < 3.99	≥ 4.00
1.การเข้าถึงข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	25	84	71	1.การเข้าถึงข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	10	84	55
			ร้อยละ	46.92	39.66				6.71	56.23	36.91
2.ความรู้ความเข้าใจ	จำนวน	ร้อยละ	11	90	77	2.ความรู้ความเข้าใจ	จำนวน	ร้อยละ	7	68	73
			ร้อยละ	50.27	43.01				4.69	45.64	49
3.การสื่อสารและสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ	7	95	77	3.การสื่อสารและสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ	7	77	64
			ร้อยละ	53.08	43.01				4.69	51.68	42.95
4.ทักษะการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ	11	56	123	4.ทักษะการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ	15	121	13
			ร้อยละ	26.28	68.71				10.06	81.2	8.72
5.ตรวจสอบข้อมูลและรู้เท่าทันสื่อ	จำนวน	ร้อยละ	10	66	103	5.ตรวจสอบข้อมูลและรู้เท่าทันสื่อ	จำนวน	ร้อยละ	7	38	103
			ร้อยละ	36.87	57.54				4.69	25.49	69.12
6.การจัดการสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ	12	76	91	6.การจัดการสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ	4	67	77
			ร้อยละ	42.45	50.83				2.68	44.96	51.67
ภาพรวมความรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ	3	91	85	ภาพรวมความรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ	7	82	60
			ร้อยละ	50.84	47.49				4.69	55.04	40.27

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของแกนนำชุมชนในพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า และพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า แกนนำชุมชนในพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าที่ดีมาก ร้อยละ 59.14 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า พฤติกรรมที่แกนนำชุมชนในพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าไม่ปฏิบัติเลยได้แก่ ไม่แยกสุนัขที่กำลังกัดกันด้วยมือเปล่า ร้อยละ 75.33 (S.D.=1.08) รองลงมาคือ ไม่อุ้มสุนัข/แมวตัวเล็ก ๆ มากอดหอม ร้อยละ 68, (S.D.=0.93) และ ไม่หยิบหรือเคลื่อนย้าย ชามข้าวขณะที่สุนัขหรือกำลังกิน

อาหาร ร้อยละ 65.84, S.D.=1.00) (ตารางที่ 4)

ระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้าของกลุ่มแกนนำชุมชนในพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า พฤติกรรมในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าที่ดีมาก ร้อยละ 58.29 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า พฤติกรรมที่แกนนำชุมชนในพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าไม่ปฏิบัติเลยคือ ไม่แยกสุนัขที่กำลังกัดกันด้วยมือเปล่า ร้อยละ 73.03, (S.D.= 0.94) รองลงมาคือไม่อุ้มสุนัขแมวตัวเล็ก ๆ มากอดหอม ร้อยละ 65.66, (S.D.=0.92) และไม่หยิบหรือเคลื่อนย้ายจานชามขณะที่สุนัขหรือแมวกำลังกินอาหาร ร้อยละ 61.64, (S.D.=0.86) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 แสดงร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคพิษ สุนัขบ้าของกลุ่มแกนนำในพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ในเขตสาธารณสุขที่ 7

ข้อ ที่	พฤติกรรม	ร้อยละ			$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
		ไม่ปฏิบัติ	บางครั้ง	ปฏิบัติ ประจำ			
1.	แยกให้สุนัขโมโห โกรธ หรือทำให้ตกใจ	54.12	29.01	15.32	2.37	1.24	ปานกลาง
2.	เล่นกับสุนัขหรือแมว โดยที่ไม่ทราบประวัติของสัตว์	56.35	31.24	11.71	2.08	1.39	ปานกลาง
3.	แยกสุนัขที่กำลังกัดกันด้วยมือเปล่า	75.33	23.99	10.6	2.65	1.08	ปานกลาง
4.	โดนสุนัขหรือแมวกัด ข่วน เลีย	47.43	41.28	10.59	2.37	1.09	ปานกลาง
5.	เล่นกับสุนัขหรือแมว ทั้งมีเจ้าของและไม่มีเจ้าของ	51.33	40.17	7.79	2.44	1.00	ปานกลาง
6.	หยิบ/เคลื่อนย้ายชามข้าวที่สุนัข/แมวกำลังกินอาหาร	65.84	23.98	8.91	2.56	1.00	ปานกลาง
7.	เลี้ยงสุนัขแมวแบบปล่อยวิ่งไปนอกบ้านได้	54.68	35.71	13.95	2.51	1.05	ปานกลาง
8.	มักจะอุ้มสุนัข/แมวตัวเล็ก ๆ มากอดหอม	68.07	24.54	6.68	2.62	0.93	ปานกลาง
ภาพรวมพฤติกรรม		59.14	31.23	9.62	2.45	1.06	ปานกลาง

ตารางที่ 5 แสดงร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้าของกลุ่มแกนนำในพื้นที่ที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ในเขตสาธารณสุขที่ 7

ข้อ ที่	พฤติกรรมที่	ร้อยละ			$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
		ไม่ปฏิบัติ	บางครั้ง	ปฏิบัติ ประจำ			
1.	ช่วยให้สุนัขโมโท โกรธ หรือทำให้ตกใจ	50.25	40.87	8.04	2.42	1.07	ปานกลาง
2.	เล่นกับสุนัขหรือแมว โดยที่ไม่ทราบประวัติของสัตว์	59.63	32.16	7.37	2.51	1.03	ปานกลาง
3.	แยกสุนัขที่กำลังกัดกันด้วยมือเปล่า	73.03	19.43	6.77	2.61	0.94	ปานกลาง
4.	โดนสุนัขหรือแมวกัด ข่วน เลีย	48.91	42.88	7.37	2.42	0.99	ปานกลาง
5.	เล่นกับสุนัขหรือแมว ทั้งมีเจ้าของและไม่มีเจ้าของ	52.26	37.52	9.38	2.43	1.03	ปานกลาง
6.	หยิบ/เคลื่อนย้ายขามข้าวที่สุนัข/แมวกำลังกินอาหาร	61.64	35.51	2.01	2.41	0.86	ปานกลาง
7.	เลี้ยงสุนัขแมวแบบปล่อยวิ่งไปนอกบ้านได้	54.94	37.52	6.7	2.44	1.00	ปานกลาง
8.	มักจะอุ้มสุนัข/แมวดูเล็ก ๆ มากอดหอม	65.66	28.81	4.69	2.61	0.92	ปานกลาง
	ภาพรวม	58.29	34.33	6.54	2.48	0.98	ปานกลาง

เมื่อพิจารณาค่าคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของแกนนำชุมชนในพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า พบว่าส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมที่ดีมาก 142 คน (ร้อยละ 79.32) พฤติกรรมพอใช้ได้ 21 คน (ร้อยละ 11.72) และพฤติกรรมไม่ดีพอ 16 คน (ร้อยละ 8.93) และ

พื้นที่ที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าแกนนำชุมชนมีพฤติกรรมส่วนใหญ่ระดับพฤติกรรมระดับที่ดีมาก 108 คน (ร้อยละ 72.48) ระดับพอใช้ได้ 33 คน (ร้อยละ 22.14) และระดับไม่ดีพอ 7 คน (ร้อยละ 4.69) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนพฤติกรรมแกนนำชุมชนในพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า และไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า

คะแนน	ระดับ	เกณฑ์	พื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า		พื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า	
			จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดีพอ	พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าไม่ถูกต้อง	16	8.93	7	4.69
≥60% - <80% ของคะแนนเต็ม	พอใช้ได้	พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าถูกต้องเป็นส่วนน้อย	21	11.72	33	22.14
≥80% ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าถูกต้องปลอดภัย	142	79.32	108	72.48

ส่วนที่ 4 ความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้า

ความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าของแกนนำชุมชนในพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ภาพรวมตอบคำถามได้ถูกต้องร้อยละ 71.92 (S.D.=0.54) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้มากที่สุดคือ โรคพิษสุนัขบ้าสามารถเกิดขึ้นได้กับสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมทุกชนิด ร้อยละ 89 (S.D.=0.5) รองลงมาคือ โค กระบือสามารถติดโรคพิษสุนัขบ้าได้ ร้อยละ 88.48 (S.D.=0.54) และการนำสุนัขแมวอายุ 2-4 เดือน ไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าได้ ร้อยละ 82.88 (S.D.=0.38) ในด้านความรู้ระดับต่ำ ได้แก่ สุนัขที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้าจะสังเกตได้จากอาการต้องดูรายทุกตัว ตอบได้

ถูกต้องเพียงร้อยละ 42.56 (S.D.=0.57) และผู้ป่วยเป็นโรคพิษสุนัขบ้าไม่สามารถรักษาหายได้ ต้องเสียชีวิตทุกราย ตอบถูกเพียงร้อยละ 48.72 (S.D.=0.56) (ตารางที่ 7)

ความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าในกลุ่มแกนนำชุมชนพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ภาพรวมตอบคำถามได้ถูกต้องร้อยละ 73.41 (S.D.=0.45) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่ตอบได้ถูกต้องมากที่สุด ได้แก่ การนำสุนัขและแมว อายุ 2-4 เดือน ไปรับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าได้ ร้อยละ 86.43 (S.D.=0.34) และ โค กระบือสามารถติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าได้ ร้อยละ 86.43 (S.D.=0.34) ในด้านข้อความรู้ระดับต่ำ ได้แก่ สุนัขที่เป็นโรค

พิษสุนัขบ้า จะสังเกตได้จากอาการต้องดุร้าย
ทุกตัว ตอบถูกเพียงร้อยละ 51.59 (S.D.=0.5)
รองลงมาคือ ผู้ป่วยเป็นโรคพิษสุนัขบ้าไม่สามารถ

รักษาให้หายได้ ต้องเสียชีวิตทุกราย ตอบถูกเพียง
ร้อยละ 55.61 (S.D.=55.61) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 แสดงจำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าของ
แกนนำชุมชน ในพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า และพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า

ข้อ ที่	ความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้า	พื้นที่ปลอด โรคพิษสุนัขบ้า			พื้นที่ไม่ปลอด โรคพิษสุนัขบ้า		
		ตอบถูกต้อง			ตอบถูกต้อง		
		จำนวน	ร้อยละ	SD	จำนวน	ร้อยละ	SD
1	โรคพิษสุนัขบ้าสามารถเกิดขึ้นได้กับสัตว์เลี้ยงลูก ด้วยนมทุกชนิด	159	89.04	0.50	123	82.41	0.44
2	โรคพิษสุนัขบ้าติดต่อผ่านทางลมหายใจหรือจาก การใกล้ชิดผู้ป่วย	146	81.76	0.40	122	81.74	0.38
3	การนำสุนัข/แมว อายุ 2-4 เดือน ไปรับวัคซีน ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เป็นการป้องกันการเกิด โรคพิษสุนัขบ้าได้	148	82.88	0.38	129	86.43	0.34
4	ผู้ป่วยเป็นโรคพิษสุนัขบ้าไม่สามารถรักษาหายได้ ต้องเสียชีวิตทุกราย	87	48.72	0.56	83	55.61	0.5
5	สุนัขที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้าจะสังเกตได้จากอาการ ต้องดุร้ายทุกตัว	76	42.56	0.57	77	51.59	0.5
6	โค กระบือ สามารถติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าได้	158	88.48	0.54	129	86.43	0.34
7	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีหน้าที่ในการป้องกัน ควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าเท่านั้น	125	70	0.74	104	69.68	0.63
ค่าเฉลี่ย		71.92			73.41		
		0.54			0.45		

จำนวน ร้อยละ ของคะแนนความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าของแกนนำชุมชนพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าและไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า

คะแนนความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าของแกนนำชุมชนในพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ได้ คิดเป็นร้อยละ 53.07 (จำนวน 95 คน) รองลงมาคือระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 35.2 (จำนวน 63 คน) และ

ความรู้ระดับไม่ดี ร้อยละ 9.49 (จำนวน 17 คน) (ตารางที่ 8)

คะแนนความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าของแกนนำชุมชนพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ส่วนใหญ่มีความรู้พอใช้ได้ ร้อยละ 55.03 (จำนวน 82 คน) รองลงมาคือความรู้ระดับดีมาก ร้อยละ 38.25 (57 คน) และระดับความรู้ไม่ดี ร้อยละ 6.04 (จำนวน 9 คน) (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนความรู้โรคพิษสุนัขบ้าของแกนนำชุมชนพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า และพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า

เกณฑ์	ระดับ	แปลผล	พื้นที่		พื้นที่	
			ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า		ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า	
			จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<60% ของ คะแนน เต็ม	ไม่ดี	ความรู้การปฏิบัติตนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าไม่ถูกต้อง	17	9.49	9	6.04
≥60% - <80% ของ คะแนน เต็ม	พอใช้ได้	ความรู้การปฏิบัติตนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าถูกต้องเป็นส่วนใหญ่	95	53.07	82	55.03
≥80% ของ คะแนน เต็ม	ดีมาก	มีความรู้ในการปฏิบัติตนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าถูกต้องปลอดภัย	63	35.2	57	38.25

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพโรคพิษสุนัขบ้าและพฤติกรรมการป้องกันโรคของพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า และพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าและพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัข

บ้า ด้วยค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ กับ ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ของกลุ่มแกนนำทั้งสองพื้นที่ไม่มีความสัมพันธ์กัน (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

ความรู้ด้านสุขภาพ	ค่าความสัมพันธ์ (r)	p - value
- ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับความรู้ในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ของกลุ่มแกนนำพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า	0.1128	0.133
- ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ของกลุ่มแกนนำพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า	-0.0407	0.589
- ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับความรู้ในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ของกลุ่มแกนนำพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า	0.1634	0.047
- ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ของกลุ่มแกนนำพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า	0.1053	0.202

บทสรุป และอภิปรายผลสรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างแกนนำชุมชนในพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.34 กลุ่มอายุ 41-60 ปี ร้อยละ 75.4 ภาพรวมของความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มแกนนำพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.90$, S.D.=0.95) เมื่อแยกตามองค์ประกอบของความรู้ด้าน

สุขภาพแล้วพบว่า ด้านทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 68.71 ($\bar{X} = 4.23$, S.D.=1.33) ข้อสังเกตว่า พื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้ามีภาพรวมของความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.52$, S.D.=0.83) เมื่อแยกตามองค์ประกอบพบว่าความรู้ด้านสุขภาพในด้านทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 8.72 ($\bar{X} = 2.33$, S.D.=0.81)

พฤติกรรมป้องกันโรคของพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า อยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.45$, S.D.=1.06) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า พฤติกรรมที่แกนนำชุมชนในพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ไม่ปฏิบัติตามที่สุดได้แก่ ไม่แยกสุนัขที่กำลังกัดกันด้วยมือเปล่า ร้อยละ 75.33 ($\bar{X} = 4.51$, S.D.=1.08) รองลงมาคือ ไม่อุ้มสุนัข/แมวตัวเล็ก ๆ มากอดหอม ร้อยละ 68.07 ($\bar{X} = 4.5$, S.D.=0.93) ด้านความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าของแกนนำชุมชนในพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ได้ คิดเป็นร้อยละ 53.07 (จำนวน 95 คน) ข้อคำถามความรู้ที่ได้คะแนนระดับต่ำได้แก่ สุนัขที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้า จะสังเกตได้จากอาการต้องร้ายทุกตัว ตอบได้ถูกต้องเพียงร้อยละ 42.56, S.D.=0.57 และผู้ป่วยเป็นโรคพิษสุนัขบ้าไม่สามารถรักษาหายได้ ต้องเสียชีวิตทุกราย ตอบถูกเพียงร้อยละ 48.72, S.D.=0.56 ซึ่งผลการศึกษาไม่แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างแกนนำชุมชนในพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.59 กลุ่มอายุ 41-60 ปี ร้อยละ 77.7 ภาพรวมค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโรคพิษสุนัขบ้าแกนนำชุมชนภาพรวมมีค่าเฉลี่ยระดับพอใช้ได้ ($\bar{X} = 3.52$, S.D.=0.83) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้าของกลุ่มแกนนำชุมชนในพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.48$, S.D.=0.98) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า พฤติกรรมที่แกนนำชุมชนในพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าไม่ปฏิบัติสูงสุดคือ ไม่แยกสุนัขที่กำลังกัดกันด้วยมือเปล่า ร้อยละ 73.03 ($\bar{X} = 4.51$, S.D.=0.94) รองลงมาคือ ไม่อุ้มสุนัขแมวตัวเล็ก ๆ มากอดหอม ร้อยละ 65.66 ($\bar{X} = 4.43$, S.D.=0.92) คะแนนความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าของแกนนำชุมชนพื้นที่ไม่

ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ส่วนใหญ่มีความรู้พอใช้ได้ ร้อยละ 55.03 (จำนวน 82 คน) รองลงมาคือ ความรู้ระดับดีมาก ร้อยละ 38.25 (57 คน)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า และพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ด้วยค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของกลุ่มแกนนำ ทั้งสองพื้นที่ ไม่มีมีความสัมพันธ์กัน

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชุมชนในพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าและไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า รวมทั้งศึกษาพฤติกรรม และความรู้ในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ไม่แตกต่างกันในภาพรวม แต่มีข้อสังเกตในประเด็นแยกย่อย ด้านองค์ประกอบของความรอบรู้ โดยเฉพาะด้านทักษะการตัดสินใจ แกนนำชุมชนในพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้ามีทักษะด้านการตัดสินใจในการป้องกันโรคที่ดีมาก แตกต่างจากแกนนำในพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าที่มีผลทักษะการตัดสินใจที่ต่ำ และผลการศึกษาพฤติกรรม ความรู้ในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของแกนนำชุมชนพบว่าไม่มีความแตกต่างกันในพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า และพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าเคยได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาจเนื่องจากผู้ตอบแบบสอบถามเคยถูกสัตว์กัดมาก่อน และไปขอรับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าจากสถานบริการสาธารณสุข จึงอาจได้รับสุขศึกษาเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงทำให้พฤติกรรม ความรู้ในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าทั้งสองพื้นที่ไม่แตกต่างกันมาก

แต่ประชาชนบางส่วนยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าไม่ถูกต้อง เช่น ยังคิดว่าโรคพิษสุนัขบ้าสามารถรักษาหายได้, สุนัขที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้า ต้องมีอาการดุร้ายเท่านั้น ตั้งแต่ ปี 2560 - 2563 ประเทศไทยมีแผนยุทธศาสตร์การดำเนินโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้าตามพระปณิธาน ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒนวรขัตติยราชนารี⁽¹³⁾ โครงการฯ ต่อเนื่อง ในระยะที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ.2564-2568 ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ 8 ประเด็น ได้แก่ 1) การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ 2) การจัดการระบบศูนย์พักพิงสัตว์ 3) การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม และดูแลรักษาโรคพิษสุนัขบ้าในคน 4) การขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคพิษสุนัขบ้าในท้องถิ่น 5) การประชาสัมพันธ์ 6) การบูรณาการและการบริหารจัดการข้อมูลโรคพิษสุนัขบ้า 7) การติดตามและประเมินผล และ 8) การพัฒนานวัตกรรมและถ่ายทอดเทคโนโลยี จากแผนยุทธศาสตร์การฯ กรมควบคุมโรค กรมส่งเสริมองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และกรมปศุสัตว์ได้ร่วมกันจัดทำเกณฑ์การสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าและแนวทางการประเมินพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า โดยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นขับเคลื่อนการดำเนินงานยุทธศาสตร์ที่ 4 บูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดทำกฎหมาย และส่งเสริมนวัตกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่⁽¹⁴⁾ ในยุทธศาสตร์ที่ 3 การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม และดูแลรักษาโรคพิษสุนัขบ้าในคน ยุทธศาสตร์ที่ 4 การขับเคลื่อนการดำเนิน

งานโรคพิษสุนัขบ้าในท้องถิ่น และยุทธศาสตร์ที่ 5 สนับสนุนการประชาสัมพันธ์ประชาชนความรู้ที่ถูกต้องและสร้างความเชื่อมั่นโครงการสัตว์ปลอดโรคคนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า รวมทั้งการดูแลสุนัขและแมวเพื่อลดการกระจายของโรค ให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความตระหนักเห็นความสำคัญ สนับสนุนให้ความร่วมมือ ทำให้แกนนำชุมชนเกิดการเรียนรู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น ทำให้การเลือกแนวทางและสิ่งทำให้เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเองและผู้อื่นได้ ทำให้เป็นส่วนหนึ่งของการเกิดพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า เมื่อพิจารณาผลการวิจัยและความสอดคล้องกับการศึกษาของพื้นที่อื่น ๆ ในประเทศไทยพบว่า ผลการวิจัยด้านคะแนนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในเกณฑ์ระดับดีมาก ร้อยละ 79.02 สอดคล้องกับการศึกษาของ กู้เกียรติและคณะ ในปี 2563 พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนอำเภอบางระกำจังหวัดพิษณุโลก อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 77.4⁽¹⁵⁾ แต่ในการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้ายังมีข้อมูลพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าไม่ถูกต้อง ร้อยละ 8.93 เช่น ในกลุ่มตัวอย่างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้ายังมีพฤติกรรม แหย่ให้สุนัขโมโห โกรธ หรือทำให้ตกใจในบางครั้ง ร้อยละ 40.87, ขอบเล่นกับสุนัขหรือแมวที่มีเจ้าของและไม่มีเจ้าของ ร้อยละ 37.52 หรือเลี้ยงสุนัขและแมวแบบปล่อยให้ไปวิ่งนอกบ้านได้ ร้อยละ 37.52 เป็นต้น สอดคล้องกับของ Keiko และคณะ⁽¹⁶⁾

ภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับพอใช้ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอรพริพนธ์ สการะเศรณี และคณะ⁽¹⁷⁾ จากการสำรวจความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติจากการสอบสวนกรณีผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า จังหวัดจันทบุรี ปี 2558 พบว่าประชาชนมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเรื่องโรคพิษสุนัขบ้าในระดับต่ำ ประชาชนมีความรู้ความเชื่อเกี่ยวกับโรคที่น้อย และไม่ถูกต้อง บ่งบอกว่าความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าไม่เพียงพอ โดยในพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ยังมีพฤติกรรมที่ปฏิบัติบ่อย ๆ คือ แหย่ให้สุนัขโมโห โกรธหรือทำให้ตกใจ ถูกสุนัขแมวกัดข่วนเลีย เล่นกับสุนัขที่มีเจ้าของไม่มีเจ้าของ และเลี้ยงสุนัขแมวปล่อยวิ่งไปนอกบ้านได้ เป็นต้น ซึ่งจะสอดคล้องกันการศึกษาพฤติกรรม การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า จังหวัดนครพนม พ.ศ. 2558⁽¹⁶⁾ พบผู้มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 61.50 โดยกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมคือ มีการให้อาหารสุนัขจรจัด, เคลื่อนย้ายขามอาหารสุนัขในขณะที่สุนัขกำลังกิน, ปล่อยให้สุนัขเลียหน้าหรือบาดแผลตนเอง, ปล่อยให้สุนัขตนเองกัดกับสุนัขตัวอื่นนอกบ้าน และปล่อยสุนัขให้เดินไปทั่วชุมชนตามลำพัง และจากการสำรวจข้อมูลของสำนักโรคติดต่อทั่วไปในปี 2558 พบว่า ประชาชนบางส่วนยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าไม่ถูกต้อง เช่น การไม่ฉีดวัคซีนให้ลูกสุนัข สุนัขแม่ลูกอ่อน แค่วางลูกไม่ว่ามีเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า เมื่อถูกกัดจึงไม่ฉีดวัคซีน เป็นต้น⁽¹⁹⁾ ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสอดคล้องกับผลการศึกษาความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าพบว่าพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้ามีความรู้ที่อยู่ในระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 55.03 สอดคล้องการการ

ศึกษาพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ของประเทศฟิลิปปินส์⁽¹⁶⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาหาปัจจัยหรือองค์ประกอบ ที่ทำให้พื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินการได้ตามยุทธศาสตร์การดำเนินโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้าตามพระปณิธาน ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒนวรขัตติยราชนารี⁽¹³⁾

2. ควรมีการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยกิจกรรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ประชาชนแกนนำชุมชน ซึ่งเป็นมาตรการที่จะทำให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น เกิดความตระหนักต่อตนเอง และชุมชน และสามารถปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันโรคได้อย่างถูกต้อง และทันเวลา จะส่งผลให้มีความเจ็บป่วยน้อยลง และเสียค่าใช้จ่ายน้อยลงด้วย การพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่⁽⁴⁾ โดยมีหน้าที่ในการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้นรวมทั้งการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน โดยมีติด้านการป้องกันโรคเป็นงานหนึ่งที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกำลังหลักและมีส่วนช่วยให้ประสบความสำเร็จในการป้องกันโรคในพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเผยแพร่องค์ความรู้ รวมทั้งยังทำหน้าที่ในการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการระบาดของโรคมามากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขยังมีหน้าที่ในการดำรงตนเป็นแบบอย่างที่ดีทางด้านสาธารณสุข เพื่อให้เพื่อนบ้านได้กระทำตามพฤติกรรมที่

เหมาะสม โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านถือเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่มากที่สุด จึงมีบทบาทและอิทธิพลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่และสามารถเป็นที่ปรึกษาของประชาชนในพื้นที่ด้านพฤติกรรมที่เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.เกษร แฉวโนนจัว นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ให้คำแนะนำ ในการจัดทำโครงการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซน์; 2560. แหล่งข้อมูล: <http://www.boe.moph.go.th>
2. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซน์; 2560.
3. วันวิสาข์ วะชุม 2563 ปัจจัยเสี่ยงและรูปแบบเชิงพื้นที่และเวลาของโรคพิษสุนัขบ้า ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย 2558-2562 ทะเบียนวิชาการ 63(2)-0116(4)-165 <http://region4.dld.go.th>
4. ธวัช วิเชียรประภา. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดจันทบุรี. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. มหาวิทยาลัยบูรพา.
5. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2541). นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ. (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี.
6. John WB. Research in Education. New Jersey: Prentice Hall; 1970
7. คู่มือปฏิบัติการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้ากรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซน์ที่มา [http://r36.ddc.moph.go.th/r36/uploads document/5384a59c4a0f5.pdf](http://r36.ddc.moph.go.th/r36/uploads/document/5384a59c4a0f5.pdf)
8. World Health Organization. (1998). Health Promoting Glossary. Geneva: World Health Organization
9. ดอน นัทปิม, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. ความฉลาดทางสุขภาพ [ออนไลน์]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: Downloads/071120161001448526_menuhome.pdf)
10. วิเชียร เกตุสิงห์, 2538. การสร้างเสริมสุขภาพ.
11. Best, J. W. (1977) .Research in Education.(3RD ed.) Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall
12. Hinkle DE, William W, Stephen GJ. Applied Statistics for the Behavior Sciences. 4thed. New York: Houghton Mifflin; 1988.
13. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การดำเนินโครงการสัตว์ปลอดโรคคนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้าตามพระปณิธาน ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จ

- พระเจ้าลูกเธอเจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี ปี 2560-ปี 2563. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.พ. 2561]. เข้าถึงได้จาก <http://r36.ddc.moph.go.th/r36/content/view/6/127/>)
14. แผนยุทธศาสตร์การดำเนินโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าลูกเธอเจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี ปี 2560 - ปี 2563 http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/?show_detail=T&art_id=2401 (วันที่สืบค้น 10 กรกฎาคม 2564)
 15. กู้เกียรติ ก้อนแก้ว, วรรณภา เรือนทอง, อรพรรณ อัดตะบูรณ์. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในเขตอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 29 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม - สิงหาคม 2563 601-607)
 16. Rabies preventive behaviors of dog owners in Nakhon Pathom Province of Thailand. Journal of Public Health and Development. [database on the internet]. 2015[cited 2016 oct 27]. Available from: [https://www.tcithaijo.org%2Findex.php%2FAIHDM U%2Farticle%2Fdownload%2F33604%2F31481&usg=AFQjCNEg7yRch_Wn4A-cfRZur_H1E_wM0A](https://www.tcithaijo.org%2Findex.php%2FAIHDM%20U%2Farticle%2Fdownload%2F33604%2F31481&usg=AFQjCNEg7yRch_Wn4A-cfRZur_H1E_wM0A))
 17. อรุณพร สการะเศรณี, เสาวพัตรอิน้อย, ธีระศักดิ์ ชักนำ, ธนวิ จันทร์เทียน, พรณนาราย สมิตสุวรรณ, นรินทร์จอย. การสำรวจความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติจากการสอบสวนกรณีผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า จังหวัดจันทบุรี ปี 2558. OSIR 2017; 10 (3): 1-8.)
 18. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. แนวทางเวชปฏิบัติโรคพิษสุนัขบ้า และคำถามที่พบบ่อย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2559.
 19. Factors Associated with Dog Rabies Vaccination in Bohol, Philippines : Results of a Cross-Sectional Cluster Survey Conducted Following the Island-Wide Rabies Elimination Campaign. Zoonoses Public Health. [database on the internet]. 2013 [cited 2016 oct 27]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3805987>

การพัฒนาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อจัดการปัญหา
ฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$)
ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

วิชัย ศรีฬา

(วันที่รับบทความ: 18 กันยายน 2564; วันที่แก้ไข: 19 พฤศจิกายน 2564; วันที่ตอบรับ: 29 พฤศจิกายน 2564)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$) ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีกลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 56 คน ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติที่ใช้คือสถิติเชิงพรรณนาและใช้สถิติเชิงอนุมาน

ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ มีระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีพฤติกรรมการจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$) โดยรวมอยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$) ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมและการตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$) โดยรวมของกลุ่มทดลอง หลังดำเนินการมากกว่า ก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

จากผลการวิจัยนี้ สะท้อนให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สามารถการเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ ส่งผลเกิดความเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม สามารถตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมและการตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพได้ ทำให้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก และมีพฤติกรรมการจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$) โดยรวมอยู่ในระดับมาก ส่งผลให้มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$) ได้

คำสำคัญ : ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม, ฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$), อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

สาธารณสุขอำเภอโซ่พิสัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโซ่พิสัย,

Corresponding author : วิชัย ศรีฬา e-mail : mohpe10@gmail.com

Developing environmental health literacy to tackle the problem of microscopic Particles (PM_{2.5}) in the village health volunteers, Sophisai District

Wichai Sripha

(Receive 18th August 2021; Revised: 15th November 2021; Accepted 29th November 2021)

Abstract

This research aims to study the development of environmental health awareness to address PM_{2.5} in the village health volunteers. The samples were sampled as village health volunteers. 56 people use qualitative and quantitative data collection tools. The statistics used are descriptive statistics and use inferred statistics.

The results showed that the village health volunteers were not the only one. Sopisai District, Bueng Kan Province There is a high level of overall health awareness. The management behavior of small particulate matter (PM_{2.5}) is highly overall. Factors associated with small particulate matter management (PM_{2.5}) behavior include access to environmental health information. Understanding Environmental Health Information Monitoring environmental health data and decision-making to prevent health is statistically significant at 0.05 and has an average of environmental health awareness scores to manage small particulate matter (PM_{2.5}) problems. Overall of the trial group, the latter performed more than before statistically significant at 0.5.

The findings reflect that village health volunteers Able to access environmental health information. The result is to understand environmental health information. Environmental health information and decisions can be reviewed to prevent health. As a result, the overall level of health awareness is high and the behavior of handling small particulate matter (PM_{2.5}) is not good. Overall, it's very level. As a result, there is an understanding of environmental health literacy to manage small particulate matter (PM_{2.5}).

Keywords: Environmental health literacy, Small Particulate Matter (PM_{2.5}), Village Health Volunteers

บทนำ (Introduction)

สถานการณ์ฝุ่น $PM_{2.5}$ ในประเทศไทย ฝุ่น $PM_{2.5}$ เกินค่ามาตรฐาน¹ ส่งผลให้คุณภาพอากาศอยู่ในระดับปานกลางถึงเริ่มมีผลกระทบต่อสุขภาพ เป็นช่วงที่เกิดขึ้นบ่อยในระยะ 1-2 ปีมานี้ และประเทศไทยมักถูกจัดอยู่ในลำดับต้น ๆ ของเมืองที่มีคุณภาพอากาศแย่ที่สุดในโลก โดยการจัดอันดับตามมาตรฐานของประเทศสหรัฐอเมริกา (US AQI)² อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 วัดค่าฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ ที่หน้าโรงพยาบาลโซ่พิสัย อ.โซ่พิสัย เฉลี่ยค่าฝุ่นอยู่ที่ 71.10 มคก./ลบ.ม.³ และสูงเกิน 50 มคก./ลบ.ม.³ เรื่อยมาซึ่งเป็นระดับที่เริ่มมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน สำหรับสาเหตุที่มีหมอกควันปกคลุมเกิดจากชาวบ้านเผาป่าเพื่อล่าสัตว์หรือหาของป่า เกษตรกรมีการเผาไร่นาเพื่อกำจัดเศษวัชพืชหรือเศษซากพืชที่เหลืออยู่ภายหลังการเก็บเกี่ยวเพื่อเตรียมพื้นที่เพาะปลูกในรอบต่อไป นอกจากนี้ยังพบว่า มีชาวบ้านเผาเศษใบไม้ใบหญ้าอย่างต่อเนื่อง จนส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและประชาชน⁴

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่าประชาชนยังขาดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทั้งในด้านการเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านการตรวจเช็คข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม⁵ ด้านการตรวจสุขภาพตนเองและชุมชนจาก $PM_{2.5}$ ซึ่งหากมีการพัฒนาเพื่อยกระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$) จะสามารถดูแลให้คำแนะนำแก่ประชาชนในชุมชนเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพ

ที่พึงประสงค์ สามารถตัดสินใจดูแลตนเองและครอบครัวได้

จากสถานการณ์ฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ ของอำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ มีค่าสูงเกิน 50 มคก./ลบ.ม.³ เรื่อยมาซึ่งเป็นระดับที่เริ่มมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน โดยมีสาเหตุจากเกษตรกรมีการเผาไร่นาเพื่อกำจัดเศษวัชพืชหรือเศษซากพืชที่เหลืออยู่ภายหลังการเก็บเกี่ยว⁶ ทำให้ต้องพัฒนาเพื่อยกระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$) ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)

1. เพื่อพัฒนาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$) ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ
2. เพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$) ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)⁷ 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ได้แก่ การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การสังเกตผล และการสะท้อนผลมีกระบวนการดำเนินงานวิจัยเป็น 3 ขั้นตอน คือ

ระยะที่ 1 เป็นการสำรวจ (Survey) เพื่อศึกษาสาเหตุของปัญหาในเรื่องความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทั้งในด้านการเข้าถึงข้อมูลอนามัย

สิ่งแวดล้อม ด้านการเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมด้านการตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านการตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพด้านพฤติกรรมเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชนจาก PM_{2.5}

ระยะที่ 2 เป็นกระบวนการดำเนินงานเพื่อได้แนวทางในการพัฒนาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM_{2.5}) ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ โดยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

ระยะที่ 3 เป็นการประเมินผลจากกระบวนการพัฒนาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM_{2.5}) ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 56 คน ระยะเวลาดำเนินการศึกษาวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม - มิถุนายน พ.ศ. 2564 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยเก็บข้อมูลในระยะแรกในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 จากนั้นจัดกิจกรรมระยะที่ 2 ระหว่างเดือนเมษายน - พฤษภาคม พ.ศ. 2564 และเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผลระยะที่ 3 ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling)⁸ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 56 คน โดยแบ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

(อสม.) ตำบลละ 8 คน จำนวน 7 ตำบล ของอำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก⁹ รายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดัดแปลงจากแบบสอบถามการประเมินความรอบด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน ซึ่งพัฒนาโดยรองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง¹⁰

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งผู้วิจัย ดัดแปลงจากแบบสอบถามการประเมินความรอบด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน ซึ่งพัฒนาโดยรองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง¹¹

2. แบบสัมภาษณ์ (Interview)¹² เกี่ยวกับความรู้ด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์ ความรอบด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน ซึ่งพัฒนาโดย กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิง

พรรณนา (Descriptive statistic)¹³ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

การแปลความหมายระดับความรู้ด้านสุขภาพในการจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$) แบ่งเป็น 5 ชั้น โดยการแบ่งช่วงเฉลี่ย (บุญชม ศรีสะอาด, 2554: 162)¹⁴ กล่าวคือ

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ระดับความรู้ที่น้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง ระดับความรู้ที่น้อย

ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ระดับความรู้ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ระดับความรู้มาก

ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ระดับความรู้มากที่สุด

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$) ในกลุ่มของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential

Statistics)¹⁵ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) เป็นค่าที่วัดความสัมพันธ์

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้รูปแบบการวิเคราะห์ข้อมูลแบบ thematic analysis¹⁶ ของข้อมูลที่ได้จากการประชุมสหสาขาวิชาชีพ

ผลการวิจัย (Result)

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.29 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 30-39 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 83.97 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ประถมศึกษา ร้อยละ 85.71 ระยะเวลาการเป็น อสม.ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 10-14 ปี ร้อยละ 50.00

2. ความรู้ด้านสุขภาพในการจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$) ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความรู้ด้านสุขภาพในการจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$) ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ (n=56)

ความรู้ด้านสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	SD	ระดับความรู้ด้านสุขภาพ
1.การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม	3.76	0.87	มาก
2.การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม	3.74	0.95	มาก
3.การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม	3.42	0.72	มาก
4.การตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพ	3.22	0.76	ปานกลาง
โดยรวม	3.54	0.91	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีระดับความรู้ด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.54 เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ย 3.76 การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ย 3.74 และการตรวจสอบ

ข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ย 3.42 อยู่ในระดับมาก ส่วนการตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.22

3. พฤติกรรมการจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$) ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$) ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ (n=56)

พฤติกรรมการจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$)	ค่าเฉลี่ย($\bar{x}$)	SD	ระดับการปฏิบัติ
1.พฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชนจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$)	4.25	0.87	มาก
2.พฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$)	3.67	0.95	มาก
โดยรวม	3.96	0.91	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีพฤติกรรมการจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$) โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.96 เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่าพฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชนจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.25 รองลงมาคือ

พฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$) มีค่าเฉลี่ย 3.67

4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$) ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรม
การจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$) ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ (n=56)

ความรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$)	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value*
1. การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม	0.5581	0.000**
2. การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม	0.6142	0.000**
3. การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม	0.7125	0.000**
4. การตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพ	0.7581	0.003**

หมายเหตุ *p-value < 0.05

จากตารางที่ 3 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$) ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$) ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม และการตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5. ผลของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ได้แก่ การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การสังเกตผล และ

การสะท้อนผล จากผลการดำเนินงานตามกระบวนการ พบว่าในขั้นตอนต่าง ๆ ผู้วิจัยได้ทำงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 56 คน ประชุมแสดงความคิดเห็นในประเด็นดังนี้

5.1 ความรู้ด้านสุขภาพในการจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$)¹⁷ ได้แก่

5.1.1 การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม

5.1.2 การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม

5.1.3 การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม

5.1.4 การตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพ

- 5.2 พฤติกรรมการจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM_{2.5})
 - 5.2.1 พฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชนจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM_{2.5})
 - 5.2.2 พฤติกรรมการป้องกันการ

สัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM_{2.5})
6. ผลของการพัฒนาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM_{2.5}) ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM_{2.5}) ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ (n=56)

การปฏิบัติงาน (Interventions)	ค่าเฉลี่ย($\bar{x}$)	SD	t	p-value
ก่อนดำเนินการ	2.76	0.38	-1.05	.299
หลังดำเนินการ	3.26	0.51	-3.84***	.000

หมายเหตุ *p-value < 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM_{2.5}) ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยรวมของกลุ่มทดลองหลังดำเนินการมากกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 3.84, p < .000)

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

การอภิปรายผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งอภิปรายประเด็นและข้อค้นพบที่สำคัญ ดังนี้

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ ที่เข้าร่วมการวิจัยสามารถพัฒนาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM_{2.5}) ได้ จากการวิจัย พบว่า อาสา

สมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ มีระดับความรู้ด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีพฤติกรรมการจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM_{2.5}) โดยรวมอยู่ในระดับมาก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM_{2.5}) ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม และการตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ สามารถการเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม สามารถ

ตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมและการตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพได้ ทำให้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก และมีพฤติกรรมจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$) โดยรวมอยู่ในระดับมาก

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ หลังเข้าร่วมการวิจัยมีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$) สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมการวิจัย จากการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ มีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$) ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยรวม ของกลุ่มทดลอง หลังดำเนินการ มากกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$) หลังดำเนินการเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ(Suggestion)

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1.1 จากข้อค้นพบ พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน คือ ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ดังนั้น อสม. จะเป็นผู้ที่มิบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังและป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน จึงควรจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านอนามัย

สิ่งแวดล้อมให้กับ อสม. ควรให้ความสำคัญหรือเพิ่มเนื้อหากิจกรรมเพื่อการทำความเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวกับฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน หรือมลพิษทางอากาศให้มากขึ้น

1.2 จากผลการสำรวจระดับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจาก $PM_{2.5}$ พบว่า ทั้งโดยรวมและรายองค์ประกอบอยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่า อสม. มีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจาก $PM_{2.5}$ ยังไม่เพียงพอต่อการดูแลและป้องกันสุขภาพของตนเองและชุมชนได้ ดังนั้น อสม.จึงมีความจำเป็นที่ต้องได้รับโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจาก $PM_{2.5}$ ของ อสม.

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัย

2.1 จากผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ควรทำการศึกษาวิจัยในระยะยาวว่า ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมจะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ในระยะยาวเป็นลักษณะโค้งพัฒนาการ หรือมีการเสื่อมล้าช่วงเวลาอย่างไร

2.2 ควรนำผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ ไปลงแก้ปัญหาในชุมชนด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อนำคนในชุมชนทั้งหมดมาร่วมกันแก้ปัญหา และแก้ไขปัญหาร่วมกับนักวิจัยเพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาลงไปป้องกันปัญหาผลกระทบทางสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$) ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ ในครั้งนี้เกิดขึ้นและสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้ทำวิจัยขอขอบพระคุณ ศ.ดร.วงศาล้ำหศิริวงศ์ คณะบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นและอาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่าน ซึ่งสละเวลาให้คำแนะนำในสิ่งที่จำเป็น ประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความละเอียดและให้คำปรึกษาแนะนำด้วยดีเสมอมา

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สรายุทธ บุญสุข รองอธิบดีกรมอนามัย และอาจารย์วิมล โรมานักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ กรมอนามัย ตลอดจนเจ้าหน้าที่โครงการอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้บริหารระดับสูงระดับอำเภอ (การส่งเสริมสุขภาพความรอบรู้ด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม) ทุกท่านที่ถ่ายทอดความรู้และช่วยเหลือ ให้คำแนะนำปรึกษาตลอดมา

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬและผู้ทรงคุณวุฒิในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬทุกท่านที่ให้คำแนะนำ ตรวจสอบเครื่องมือของงานวิจัย ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

และที่สำคัญที่สุดขอขอบพระคุณ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และประชุมกลุ่มระดมความคิดเห็น งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จเป็นรูปเล่มออกมาได้ ประโยชน์อันใดที่เกิดจากการทำวิจัย

ในครั้งนี้ย่อมเป็นผลมาจากความกรุณาของท่านดังกล่าวข้างต้น

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 - 2564 กรุงเทพฯ: 2560
2. Baker, W. E., & Sinkula, J. (1999). The synergistic effect of market orientation and learning orientation on organizational performance. *Academy of Marketing Science Journal*, 27(4), 411 - 427.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ : รายงานการเฝ้าระวังฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$) จังหวัดบึงกาฬ, บึงกาฬ 2564
4. กรมควบคุมมลพิษ. (2561). สถานการณ์และการจัดการปัญหามลพิษทางอากาศและเสียงของประเทศไทยปี 2561 กรุงเทพฯ: กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.
5. กรมอนามัย. (2561). ประกาศกรมอนามัย เรื่อง ค่าเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากกันละอองขนาดเล็กในบรรยากาศ. (ลงวันที่ 28 ธันวาคม 2561). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
6. กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ปี 2563. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

7. Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). The Action Research Planer (3rd ed.). Victoria : Deakin University.
8. นาถิอ มะโนชนธ์. (2548). การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตชนบท จังหวัดมุกดาหาร ปี 2548. กรุงเทพฯ : สถาบันพัฒนาสาธารณสุข อาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
9. แสงเดือน กิ่งแก้ว, นุสรา ประเสริฐศรี. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค.
10. อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : การวัดและการพัฒนา. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
11. อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2563). ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ
12. สัจจิตรา อูยถาวรยิ่ง. (2550). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดชัยนาท. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
13. สมฤทัย เพชรประยูร. (2555). อิทธิพลของการรับรู้ความรุนแรงของโรค ความแตกฉานด้านสุขภาพและการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล.
14. บุญชม ศรีสะอาด. (2554). หลักการวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.
15. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2551). ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ ฯ : จามจุรีโปรดักท์.
16. ชาตรี แมตสี (2549). โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแพร่. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
17. กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย. (2563). ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM_{2.5})

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7

สุพัตรา บุญเจียม

(วันที่รับบทความ: 1 ตุลาคม 2564; วันที่แก้ไข: 15 ตุลาคม 2564; วันที่ตอบรับ: 2 ธันวาคม 2564)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็ก เขตสุขภาพที่ 7 และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดู คุณลักษณะส่วนบุคคลของเด็ก พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก และคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7 ด้วยการสัมภาษณ์ผู้เลี้ยงดู จำนวน 800 คน ใช้เครื่องมือแบบประเมินคุณภาพชีวิต พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของผู้เลี้ยงดู ตรวจสอบสุขภาพช่องปากของเด็ก และตรวจพัฒนาการเด็กด้วยเครื่องมือ Denver II จำนวน 800 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (Multiple Logistic Regression)

ผลการวิจัยพบว่า เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 56.8 พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของผู้เลี้ยงดู อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.4 คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดู อยู่ในระดับดี ร้อยละ 77.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7 มี 6 ปัจจัยคือ 1) ช่วงอายุของเด็ก (AOR = 2.8; 95%CI: 2.02 to 3.97; p-value < 0.001) 2) อายุบิดา (AOR = 2.5; 95%CI: 1.81 to 9.15; p-value 0.007) 3) โรคประจำตัวของเด็ก (AOR = 1.9; 95%CI: 1.15 to 3.42; p-value 0.032) 4) พันธุ์ (AOR = 1.5; 95%CI: 1.14 to 2.05; p-value 0.026) 5) เล่านิทาน/เล่าเรื่องให้เด็กฟัง (AOR = 1.5; 95%CI: 1.12 to 2.06; p-value 0.007) และ 6) รายได้ครอบครัว (AOR = 1.4; 95%CI: 1.12 to 1.87; p-value 0.035) ดังนั้น เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยต้องส่งเสริมให้มีบุตรช่วงวัยเจริญพันธุ์ มีการวางแผนครอบครัว ฝากครรภ์ตามนัด ดูแลและป้องกันไม่ให้เกิดมีโรคประจำตัว ผู้เลี้ยงดูต้องมีการเล่านิทานหรือเล่าเรื่องให้เด็กฟัง ดูแลสุขภาพช่องปากเด็กให้ดีไม่ให้มีฟันผุ การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการตามช่วงวัยของเด็กต้องอย่างต่อเนื่อง และสร้างงานสร้างอาชีพในชุมชน เพื่อสร้างรายได้แก่ผู้เลี้ยงดู ให้ครอบครัวมีรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต

คำสำคัญ : เด็กปฐมวัย พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก คุณภาพชีวิต

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น,

Corresponding author : สุพัตรา บุญเจียม email : supattra4422gmail.com

Factors Associated with Development of Early Childhood in The Area Health Region VII

Supattra boonjeam

(Receive 1st October 2021; Revised: 15th October 2021; Accepted 2nd December 2021)

Abstract

The purposes of this Cross-sectional Analytical research were to study situation development of early childhood, early child parenting behavior, caregiver's quality of life in the area health region VII and the association among factors of socio-demographic characteristics, early child parenting behavior, and caregiver's quality of life with development of early childhood. Data collection was done by using a questionnaire to collect data from 800 caregivers of children, oral examination and assessment development of early child (0-5 years) 800 samples by using Denver Developmental Screening Test II (Denver II). The data was analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation and multiple logistic regressions.

The results revealed that situation of children normal development showed that 56.8%. Early child parenting behaviors were in moderate level at 50.4. Caregiver's quality of life was in good level at 77.1%. Factors associated with development of early childhood in the area health region VII were appeared of 6 factors as: 1) Age range of children (AOR = 2.8; 95%CI: 2.02 to 3.97; p-value < 0.001) 2) Age of father (AOR = 2.5; 95%CI: 1.81 to 9.15; p-value 0.007) 3) Disease of children (AOR = 1.9; 95%CI: 1.15 to 3.42; p-value 0.032) 4) Decayed tooth (AOR = 1.5; 95%CI: 1.14 to 2.05; p-value 0.026) 5) Storytelling/Narrate to children (AOR = 1.5; 95%CI: 1.12 to 2.06; p-value 0.007) and 6) family income (AOR = 1.4; 95%CI: 1.12 to 1.87; p-value 0.035) Therefore, the way to support the early childhood had normal development must be encouraged to have children during their reproductive years, family planning, antenatal follows the appointment and take care and prevent children from having congenital diseases. Caregivers need to storytelling/narrate to children. Take good care of your child's oral health to avoid tooth decay. Surveillance and promotion of the child's development according to the age range must be continued. Create jobs to create careers in the community to generate income for caregivers provide the family with sufficient income to sustain life.

Keywords: Early Childhood, Early Child Parenting Behavior, Quality of Life

Registered Nurse (Professional Level), Regional Health Promotion Center 7 Khon kaen
Corresponding author : Supattra boonjeam email : supattra4422gmail.com

บทนำ

เด็กเป็นทรัพยากรสำคัญของสังคม เด็กจึงต้องมีพัฒนาการเต็มศักยภาพเพื่อให้สามารถเติบโตเป็นคนดีมีคุณภาพและมีความสุข สามารถสร้างสรรค์และทำประโยชน์ต่อสังคม เด็กเป็นอนาคตที่สำคัญของประเทศเปรียบเสมือนการลงทุนทางสังคมเพื่ออนาคตซึ่งให้ผลตอบแทนสูง 6.7-17.6 เท่า⁽¹⁾ สุขภาพเด็กแรกเกิดถึงช่วงอายุ 5 ปี เป็นช่วงที่มีความสำคัญมากที่สุด เด็กจะมีพัฒนาการและการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ยังเป็นช่วงเวลาที่สำคัญของการสร้างรากฐานและคุณภาพชีวิต พัฒนาการเด็กมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา นับตั้งแต่ปฏิสนธิในครรภ์จนกระทั่งคลอดและเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงมีทั้งด้านร่างกาย ภาษาร่างกาย อารมณ์ และสังคม นอกจากนี้ยังมีปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเรียนรู้ที่เหมาะสม พัฒนาการเด็กในแต่ละช่วงวัยที่ล่าช้าจะส่งผลต่อการเรียนรู้และสติปัญญาของเด็ก ดังนั้นหน้าต่างแห่งโอกาสพัฒนา (Window of Opportunity) ชี้ให้เห็นว่าหากประเมินเด็กได้เร็วก่อนอายุ 6 ปี และได้รับการกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสมเด็กจะกลับมามีพัฒนาการที่สมวัย⁽²⁾ ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาพบว่า มีเด็กต่ำกว่า 5 ปี อย่างน้อย 200 ล้านคนมีพัฒนาการไม่สมวัย⁽³⁾ การสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยของสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ปี 2560 ด้วยเครื่องมือ DENVER II พบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 70.0 และผลการประเมินพัฒนาการในด้านต่างๆ พบว่าด้านที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้ามากกว่าด้านอื่นๆ ได้แก่ ด้านภาษา⁽⁴⁾

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ การ

เปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจ สังคม และครอบครัวไทยมีขนาดเล็กลง เมื่อพิจารณาอัตราเจริญพันธุ์รวมในปี 2560 ซึ่งมีค่า 1.5 แสดงว่าในปัจจุบันสตรีหนึ่งคนตลอดช่วงวัยเจริญพันธุ์จะมีบุตรเพียง 1.5 คนเท่านั้น การเกิดน้อยลง ภาระในการเลี้ยงดูผู้สูงอายุในอัตรา วัยแรงงาน 3.8 คนต่อผู้สูงอายุ 1 คน อัตราการพึ่งพิงสูง การพัฒนาเด็กปฐมวัยจึงเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด⁽⁵⁾ คนไทยมีสัดส่วนการหย่าร้างและแยกกันอยู่เพิ่มขึ้น ชี้ให้เห็นถึงความล้มเหลวของการใช้ชีวิตคู่และอาจมีผลกระทบต่อการอบรมเลี้ยงดูเด็ก ปัญหาครอบครัวและสังคมปัญหาที่เกิดขึ้นคือ เด็กไทยเกิดน้อยและด้อยคุณภาพ การลงทุนในเด็กปฐมวัยเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าที่สุดเพราะเป็นทั้งการเพิ่มคุณภาพทรัพยากรบุคคลของประเทศ และลดอัตราการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เด็กปฐมวัยที่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามช่วงวัยจะมีทักษะทางกายภาพ ความฉลาดทางสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์สูงจึงนำไปสู่การมีโอกาสนในการเรียนรู้ การเรียนต่อในระดับที่สูงขึ้นเป็นแรงงานคุณภาพที่มีรายได้สูง ดังนั้นอัตราการก่อคดีหรือสร้างปัญหาสังคมจึงน้อยลงด้วย⁽⁶⁾

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขระยะ 20 ปี ตามนโยบายของรัฐบาลที่จะนำประเทศไทยก้าวสู่ Thailand 4.0 ด้านสตรีและเด็กปฐมวัย กระทรวงสาธารณสุขได้ทำข้อตกลงการทำงานด้านเด็กปฐมวัยซึ่งเป็นการบูรณาการร่วม 4 กระทรวง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงศึกษาธิการ โดยสิ่งที่มุ่งเน้นคือ การทำงานในกลุ่มเป้าหมายเดียวกันคือ เด็กปฐมวัยซึ่งเป็นวัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการสร้างรากฐานคุณภาพชีวิตให้เด็กพัฒนาไปสู่ความ

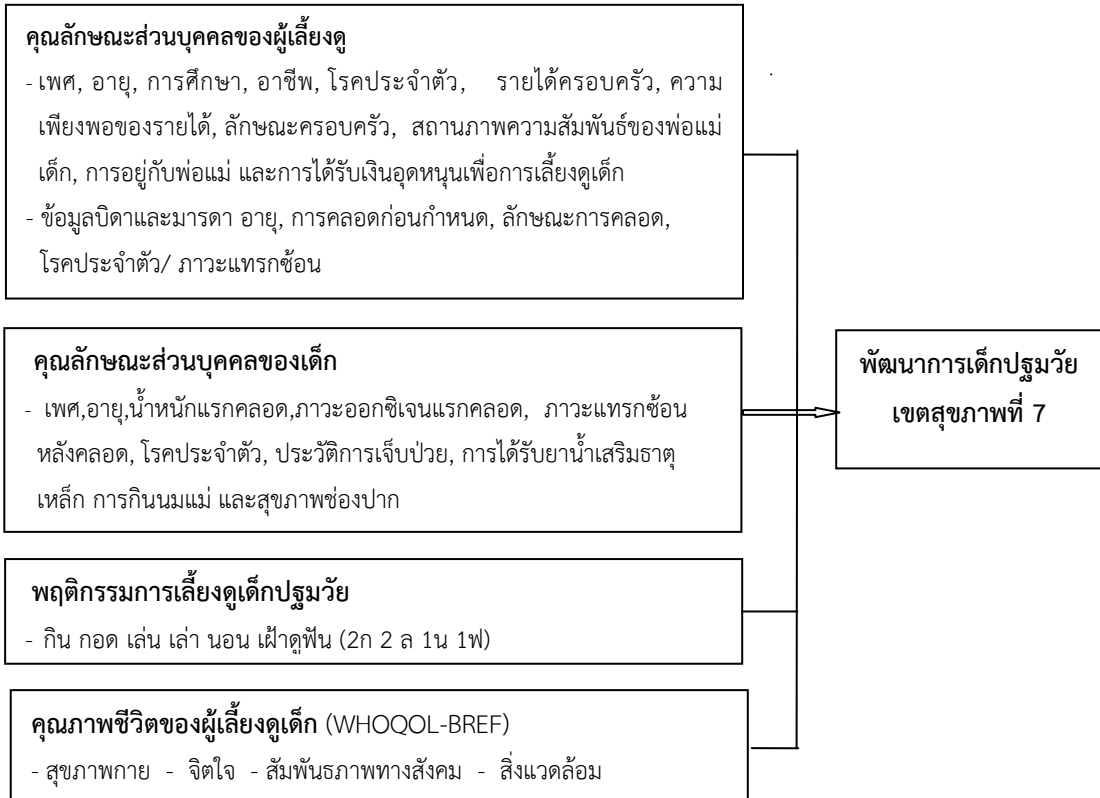
เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ โดยเด็กควรได้รับการดูแลให้มีการเจริญเติบโต และส่งเสริมการเรียนรู้อย่างเต็มศักยภาพเพื่อพัฒนาอนาคตเด็กไทยให้เป็นเด็กไทย 4.0 จึงดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนให้เกิดการสร้างเด็กไทยคุณภาพ (SMART KIDS) ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2564 ที่เกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัยประกอบด้วย ตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย⁽⁷⁾ การเลี้ยงดูเป็นปัจจัยสำคัญ มีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่า เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า มีความเชื่อมโยงกับการไม่ได้รับการเลี้ยงดูและการกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม ปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อการกระตุ้นพัฒนาการเด็กคือ การอ่านหนังสือร่วมกับเด็กจะส่งผลบวกด้านสติปัญญา มากกว่า 6 จุด⁽⁸⁾ และพบว่า ปัจจัยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีความสัมพันธ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ภาตะวัน ออกเฉียงเหนือ⁽⁹⁾

ที่ผ่านมาการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลกับพัฒนาการเด็กมีมากมายหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยด้านมารดา ด้านสภาพแวดล้อมและด้านเด็ก แต่ยังไม่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดู เขตสุขภาพที่ 7 ว่ามีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยหรือไม่ จึงมีความจำเป็นในการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการ และปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7 โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็ก และคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7 เพื่อเป็นการเฝ้าระวังปัญหาเรื่องพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลการศึกษารังนี้จะนำไปเป็นข้อมูลในการจัดบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้เด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7 มีพัฒนาการสมวัย เป็นทรัพยากรสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กเขตสุขภาพที่ 7
3. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กเขตสุขภาพที่ 7
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดู คุณลักษณะส่วนบุคคลของเด็ก พฤติกรรมเลี้ยงดูเด็ก และคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนเมษายน-กรกฎาคม 2564 กลุ่มตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) ของ Hsieh FY. และคณะ⁽¹⁰⁾ P (ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์) = 0.70 ค่า VIF = 3.33 ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ 800 คน ใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi Stages random Sampling) ขั้นที่ 1 สุ่มอำเภอ 2 อำเภอ

จาก 4 จังหวัด โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ได้ 8 อำเภอ ขั้นที่ 2 สุ่มเลือกตำบลโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เพื่อหาตำบล 4 ตำบล เป็นตัวแทนของอำเภอ ขั้นที่ 3 สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตพื้นที่ตำบลแต่ละแห่งตามจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มจากบัญชีรายชื่อเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) ของสาธารณสุขอำเภอ (โปรแกรม HoSxP PCU) สุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสุ่มเด็กจากบัญชีรายชื่อของแต่ละรพ.สต. โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ตำบลละ 25 คน เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ มีสัญชาติไทย อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 7 ผู้เลี้ยงดูเด็กต้องเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไปและมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตกับเด็กปฐมวัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ เด็กที่มีความพิการแต่กำเนิดที่มีผลต่อการพัฒนาการเด็ก เช่น Down syndromes ออทิสติก ความพิการทางสมอง (Cerebral palsy) เด็กที่มีประวัติชัก และได้รับยากันชัก เป็นต้น เด็กที่ไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจพัฒนาการ ตรวจสุขภาพช่องปาก

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูเด็ก ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว รายได้ครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะครอบครัว สถานภาพความสัมพันธ์ของพ่อแม่เด็ก การอยู่กับพ่อแม่ และการได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็ก

ข้อมูลบิดาและมารดา ประกอบด้วย อายุ การคลอดก่อนกำหนด ลักษณะการคลอด

โรคประจำตัว/ภาวะแทรกซ้อนและการติดเชื้อ

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนักแรกคลอด ภาวะออกซิเจนแรกคลอด ภาวะแทรกซ้อน โรคประจำตัว การเจ็บป่วย การได้รับยารักษาโรค การกินนมแม่ และสุขภาพช่องปาก

3. พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก ผู้วิจัยประยุกต์จากกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย การปฏิบัติของผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีต่อเด็ก เพื่อสนองความต้องการพื้นฐานของเด็กทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อให้เด็กมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี การแนะนำสั่งสอนอบรมให้เด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยมุ่งเน้นเรื่องกิจกรรมการกิน กอด เล่น เล่า นอน และเฝ้าดูฟัน เป็นการตอบคำถามในช่องว่าง พฤติกรรมที่ปฏิบัติเหมาะสมกับเด็กปฐมวัยตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนนโดยการแปลผลแบ่งระดับพฤติกรรม การเลี้ยงดูเด็ก นำคะแนนที่ได้แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1971)⁽¹¹⁾ คือ ระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 60-79) และระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60)

4. คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็ก ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF)⁽¹²⁾ 26 ตัวชี้วัด โดยดัดแปลงปรับปรุงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย (Physical) ด้านจิตใจ (Psychological) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Social relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) มี 5 ตัวเลือก ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL - 26 ข้อ การแปลผลคุณภาพชีวิต ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การแปลผลคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ ดังนี้

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านสุขภาพกาย	7-16	17-26	27-35
2. ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3-7	8-11	12-15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-60	61-95	96-130

5. การตรวจสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัยประกอบด้วย การมีฟันผุ การมีคราบจุลินทรีย์ฯ

6. พัฒนาการเด็กปฐมวัย ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบทดสอบ Denver Developmental Screening Test (Denver II)

การแปลผลข้อทดสอบโดยรวม จะแปลผลออกเป็น 2 ระดับคือ

1) ปกติ (Normal) เด็กที่ทำการประเมิน พัฒนาการเด็กโดยไม่มีข้อทดสอบ ล่าช้า และ/หรือมีข้อทดสอบ ควรระวัง เพียง 1 ข้อเท่านั้น

2) สงสัยล่าช้า (Suspect) เด็กที่ทำการประเมิน พัฒนาการเด็กมีข้อทดสอบ ควรระวัง ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป และ/หรือมีข้อทดสอบ ล่าช้า 1 ข้อขึ้นไป

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับผู้เลี้ยงดูเด็ก จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดู จำนวน 26 ข้อ ได้ผลเท่ากับ 0.82 พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

จำนวน 11 ข้อ ด้วยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20: KR20) โดยมีค่าจำแนกความยากง่ายค่า r มากกว่า 0.70 ขึ้นไป ได้ผลเท่ากับ 0.86

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะทางสังคมประชากรของผู้เลี้ยงดูและเด็กปฐมวัยอธิบายด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด มัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะทางสังคมประชากรของผู้เลี้ยงดูและเด็กปฐมวัย พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7 ใช้สถิติการถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (Multiple Logistic Regression) ด้วยวิธี Backward elimination method ที่ระดับนัยสำคัญ (p -value = 0.05) นำเสนอด้วยค่า odds ratio (OR), adjust odds ratio (AOR) และช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% (95% CIs) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม Stata version 13.1 (Stata Corp, College Station, TX)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรมอนามัย รหัสโครงการ 039 วันที่ 31 สิงหาคม 2564-30 สิงหาคม 2565

ผลการศึกษา

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดู

ผู้เลี้ยงดู 800 คน พบว่า ผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.4 อายุเฉลี่ย 43.8 ปีอายุน้อยที่สุด 16 ปี อายุมากที่สุด 77 ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.6 ประกอบอาชีพแม่บ้าน ไม่ทำงาน ร้อยละ 44.4 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 22.3 มีฐานะของรายได้ครอบครัวต่อเดือน 10,000 บาท รายได้ไม่เพียงพอ

ร้อยละ 43.2 ครอบครัวขยาย ร้อยละ 86.2 พ่อแม่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 82.2 อาศัยอยู่กับพ่อแม่เด็ก ร้อยละ 50.2 ได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็ก ร้อยละ 82.2 อายุของมารดาเด็กอายุเฉลี่ย 30.1 ปี อายุของบิดาเด็ก อายุเฉลี่ย 32.6 ปี คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 11.1 คลอดปกติ ร้อยละ 59.7 และแม่มีโรคประจำตัว/ภาวะแทรกซ้อนและการติดเชื้อ ร้อยละ 5.3 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย (n = 800)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	45	5.6
หญิง	755	94.4
อายุ (ปี)		
16 - 29	169	21.1
30 - 59	517	64.6
60 - 77	114	14.3
Mean: SD = 43.8: 14.0		
Median (Min: Max)	45.0	16: 77
การศึกษา		
ประถมศึกษา	381	47.6
มัธยม ปวช. ปวส.	358	44.8
ปริญญาตรีขึ้นไป	61	7.6

ตารางที่ 2 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย (n = 800) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
แม่บ้าน ไม่ทำงาน	355	44.4
เกษตรกร	235	29.4
ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว	185	23.1
รับราชการ พนักงานรัฐ	25	3.1
โรคประจำตัว		
มี	178	22.3
ไม่มี	622	77.7
รายได้ครอบครัว (บาท/เดือน)		
600 – 14,999	455	56.9
15,000 – 200,000	345	43.1
Mean: SD = 15,252.4: 14,994.8		
Median (Min: Max)	10,000.0	600: 200,000
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ เหลือเก็บ	160	20.0
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	294	36.8
ไม่เพียงพอ	346	43.2
ลักษณะครอบครัว		
เดี่ยว	110	13.8
ขยาย	690	86.2
สถานภาพความสัมพันธ์ของพ่อแม่เด็ก		
อยู่ด้วยกัน	658	82.2
หย่า/แยกทางกัน/หม้าย	142	17.8
การอยู่กับพ่อแม่ของเด็ก		
อยู่กับพ่อหรืออยู่กับแม่	111	13.9
ไม่ได้อยู่ร่วมกับพ่อแม่	287	35.9
อยู่กับพ่อและแม่	402	50.2

ตารางที่ 2 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย (n = 800) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็ก		
ไม่ได้รับ	142	17.8
ได้รับ	658	82.2
อายุมารดา (ปี)		
17 - 19	22	2.8
20 - 34	584	73.0
35 - 49	194	24.2
Mean: SD = 30.1: 6.3		
Median (Min: Max)	30.0	17: 49
อายุบิดา (ปี)		
17 - 19	94	11.8
20 - 34	404	50.5
35 - 55	302	37.7
Mean: SD = 32.6: 7.4		
Median (Min: Max)	32.0	17: 55
การคลอดก่อนกำหนด		
ก่อนกำหนด	89	11.1
ครบกำหนด	711	88.9
ลักษณะการคลอด		
คลอดปกติ	478	59.7
ผ่าท้องคลอด / เครื่องดูดสุญญากาศ	322	40.3
โรคประจำตัว/ภาวะแทรกซ้อนและ		
การติดเชื้อ		
มี	42	5.3
ไม่มี	758	94.7

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของเด็ก

เด็กปฐมวัย 800 คน พบว่า เด็กเป็นเพศหญิงและเพศชายเท่ากัน ร้อยละ 50.0 อายุเฉลี่ย 34.9 เดือนอายุน้อยที่สุด 9 เดือน อายุมากที่สุด 71 เดือน น้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ย 3,032.2 กรัม น้อยที่สุด 955 กรัม มากที่สุด 4,570 กรัม น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (LBW) ร้อยละ 10.6 มีภาวะ

พร่องออกซิเจนแรกคลอด (Birth Asphyxia) ร้อยละ 3.5 มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ร้อยละ 10.9 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 10.6 มีประวัติการเจ็บป่วยต้องนอนโรงพยาบาลภายใน 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 17.3 ได้รับยารักษาเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 67.5 กินนมแม่ ร้อยละ 91.0 และฟันไม่ผุ ร้อยละ 55.4 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของเด็กปฐมวัย (n = 800)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	400	50.0
หญิง	400	50.0
อายุ (เดือน)		
9 – 35	374	46.7
36 - 71	426	53.3
Mean: SD = 34.9: 17.1		
Median (Min: Max)	33.0	9: 71
น้ำหนักแรกคลอด (กรัม)		
955 – 2,499 (LBW)	85	10.6
2,500 – 4,570	715	89.4
Mean: SD =3,032.2: 467.6		
Median (Min: Max)	3,030.0	955: 4,570
ภาวะพร่องออกซิเจนแรกคลอด		
มี (Birth Asphyxia)	28	3.5
ไม่มี	772	96.5

ตารางที่ 3 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของเด็กปฐมวัย (n = 800) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด		
มี	87	10.9
ไม่มี	713	89.1
โรคประจำตัว		
มี	85	10.6
ไม่มี	715	89.4
การเจ็บป่วยต้องนอนโรงพยาบาล		
มี	138	17.3
ไม่มี	662	82.7
ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก		
ไม่ได้รับ	260	32.5
ได้รับ	540	67.5
กินนมแม่		
ไม่เคยกิน	72	9.0
กิน	728	91.0
สุขภาพช่องปาก		
ผุ	357	44.6
ไม่ผุ	443	55.4

พฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

พฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย พบว่า พฤติกรรมเลี้ยงดูอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.4 และเมื่อพิจารณารายด้านเรื่อง กิน กอด เล่น เล่า นอน และเฝ้าดูฟัน พบว่า เด็ก รับประทานอาหารได้เหมาะสมตามวัย ร้อยละ 85.9 เด็กดื่มนมเฉลี่ยวันละ 4.6 ถ้วย เด็กดื่มนมหวาน ร้อยละ 40.3 ผู้เลี้ยงดูกอดเด็กทุกวัน ร้อยละ 85.5 คนในครอบครัวได้เล่นกับเด็ก

ร้อยละ 94.1 เด็กใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (ทีวี โทรศัพท์ คอมพิวเตอร์ ไอแพดฯ) ร้อยละ 69.6 ใช้เวลาน้อยที่สุด 5 นาทีต่อวัน และใช้สูงสุด 10 ชั่วโมงต่อวัน คนในครอบครัวเล่านิทานให้เด็กฟัง ร้อยละ 49.3 เด็กนอนเฉลี่ย 12.2 ชั่วโมงต่อวัน และคนในครอบครัวได้ตรวจสอบความสะอาดฟันของเด็กหลังเด็กแปรงฟัน ร้อยละ 82.6 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับของพฤติกรรมการเล่นของเด็กปฐมวัยในภาพรวมและรายด้าน (n = 800)

พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย (คะแนนเต็ม 11 คะแนน)		จำนวน	ร้อยละ	
ต่ำ		159	19.8	
ปานกลาง		403	50.4	
สูง		238	29.8	
Mean: SD = 7.9: 1.4				
Median (Min: Max)		8.0	2: 10.5	
พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยรายด้าน				
กิน	ถูกวัย	รับประทานอาหารได้เหมาะสมกับวัย	687	85.9
		รับประทานอาหารไม่เหมาะสมกับวัย	113	14.1
	ดื่มนม	0 (ไม่ดื่ม)	8	1.0
		1 -16 กล่องต่อวัน	792	99.0
		Mean: SD = 4.6: 2.4		
		Median (Min: Max)	4	0: 16
	ประเภทของนมที่ดื่ม (792 คน)	นมจืด	470	58.7
นมหวาน		322	40.3	
กอด	ผู้เลี้ยงดูกอดเด็กทุกวัน	684	85.5	
	ผู้เลี้ยงดูไม่กอดเด็ก	116	14.5	
เล่น	(โดยไม่ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์)			
		คนในครอบครัวได้เล่นกับเด็ก	753	94.1
		คนในครอบครัวไม่เล่นกับเด็ก	47	5.9
	(ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์)	เด็กใช้สื่อระหว่างวัน	557	69.6
		เด็กไม่ใช้สื่อ	243	30.4
	ระยะเวลาที่ใช้สื่อ (ชั่วโมง)	5 นาที – 10 ชั่วโมง	557	69.6
		Mean: SD = 6.0: 1.6		
		Median (Min: Max)	1.0	5 นาที: 10 ชั่วโมง
เล่า	คนในครอบครัวเล่านิทาน/เล่าเรื่องให้เด็กฟัง	394	49.3	
	คนในครอบครัวไม่เล่านิทาน/เล่าเรื่องให้เด็กฟัง	406	50.7	

ตารางที่ 4 ระดับของพฤติกรรมการเล่นของเด็กปฐมวัยในภาพรวมและรายด้าน (n = 800) (ต่อ)

พฤติกรรมการเล่นของเด็กปฐมวัย (คะแนนเต็ม 11 คะแนน)	จำนวน	ร้อยละ
นอน ระยะเวลา 7 – 9 ชั่วโมง	18	2.2
10 – 17 ชั่วโมง	782	97.8
Mean: SD = 12.2: 1.4		
Median (Min: Max)	12.0	7:17
เผ่าดูฟัน คนในครอบครัวได้ตรวจสอบความสะอาดฟัน		
ตรวจสอบ	661	82.6
ไม่ได้ตรวจสอบ	139	17.4

คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็ก

คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย พบว่า
คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กในภาพรวมอยู่ใน
ระดับดี ร้อยละ 77.1 เมื่อพิจารณาแต่ละด้านพบว่า
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจมีคะแนนอยู่ในระดับดี

ร้อยละ 78.9 รองลงมาคือ ด้านสิ่งแวดล้อม
อยู่ในระดับดี ร้อยละ 72.2 ด้านสุขภาพกาย
อยู่ในระดับดี ร้อยละ 62.7 และด้านสัมพันธภาพ
ทางสังคม อยู่ในระดับดี ร้อยละ 61.5 ตามลำดับ
ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับของคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กในภาพรวมและรายด้าน (n = 800)

คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตในภาพรวม		
ไม่ดี	19	2.4
ปานกลาง	164	20.5
ดี	617	77.1
Mean: SD = 103.5: 11.3		
Median (Min: Max)	105.0	55: 130
ด้านสุขภาพกาย		
ไม่ดี	10	1.3
ไม่ดี ปานกลาง	288	36.0
ดี	502	62.7
ด้านจิตใจ		
ไม่ดี	1	0.1

ตารางที่ 5 ระดับของคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กในภาพรวมและรายด้าน (n = 800)

คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
ปานกลาง	168	21.0
ดี	631	78.9
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม		
ไม่ดี	2	0.3
ปานกลาง	306	38.2
ดี	492	61.5
ด้านสิ่งแวดล้อม		
ไม่ดี	10	1.3
ปานกลาง	212	26.5
ดี	578	72.2

พัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7

พัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 56.8 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า สงสัยล่าช้าด้านภาษามากที่สุด

ร้อยละ 33.8 รองลงมาคือ ด้านกล้ามเนื้อเล็กและการปรับตัว ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และกล้ามเนื้อใหญ่ ร้อยละ 11.8 3.4 และ 3.3 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละพัฒนาการเด็กปฐมวัยในภาพรวมและรายด้าน (n = 800)

พัฒนาการเด็กปฐมวัย	จำนวน	ร้อยละ
สมวัย	454	56.8
สงสัยล่าช้า	346	43.2
พัฒนาการสงสัยล่าช้ารายด้าน		
ภาษา	270	33.8
กล้ามเนื้อเล็กและการปรับตัว	94	11.8
สังคมและการช่วยเหลือตัวเอง	27	3.4
กล้ามเนื้อใหญ่	26	3.3

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย แบบ bivariate (Simple logistic regression) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ค่า P-value น้อยกว่า 0.25 คือ ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดู อาชีพของผู้เลี้ยงดู อายุมารดา อายุบิดา รายได้ ครอบครัว การคลอดก่อนกำหนด ช่วงอายุของเด็ก น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม(LBW) โรคประจำตัวของเด็ก ฟันผุ การเล่านิทาน/เล่าเรื่องให้เด็กฟัง ทั้งหมด 11 ปัจจัย เป็นปัจจัยรูปแบบตั้งต้น (Initial model) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่น (Multiple logistic regression) พบว่า มี 6 ปัจจัยคือ ช่วงอายุของเด็ก อายุบิดา โรคประจำตัวของเด็ก ฟันผุ เล่านิทาน/เล่าเรื่องให้เด็กฟัง และรายได้ ครอบครัว ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

เด็กที่อายุ 9 - 35 เดือน มีโอกาสพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กที่อายุ 36 - 71 เดือน 2.8 เท่า (AOR = 2.8; 95%CI: 2.02 to 3.97; p-value < 0.001)

เด็กที่มีบิดาอายุ 20 - 34 ปี มีโอกาสพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กที่มีบิดาอายุน้อยกว่า 20 ปี 2.5 เท่า (AOR = 2.5; 95%CI: 1.81 to 9.15; p-value 0.007) และเด็กที่มีบิดาอายุมากกว่า 35 ปี มีโอกาสพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กที่มีบิดาอายุน้อยกว่า 20 ปี 2.3 เท่า (AOR = 2.3; 95%CI: 1.76 to 8.74; p-value 0.007)

เด็กที่ไม่มีโรคประจำตัวมีโอกาสพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กที่มีโรคประจำตัว 1.9 เท่า (AOR = 1.9; 95%CI: 1.15 to 3.42; p-value 0.032)

เด็กที่ฟันไม่ผุมีโอกาสพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กที่ฟันผุ 1.5 เท่า (AOR = 1.5; 95%CI: 1.14 to 2.05; p-value 0.026)

เด็กที่ผู้เลี้ยงดูเล่านิทาน/เล่าเรื่องให้เด็กฟัง มีโอกาสพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กที่ผู้เลี้ยงดูไม่เล่านิทาน/เล่าเรื่องให้เด็กฟัง 1.5 เท่า (AOR = 1.5; 95%CI: 1.12 to 2.06; p-value 0.007)

เด็กที่อยู่กับครอบครัวที่มีรายได้ครอบครัวมากกว่า 15,000 บาท/เดือน มีโอกาสพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กที่อยู่กับครอบครัวที่มีรายได้น้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน 1.4 เท่า (AOR = 1.4; 95%CI: 1.12 to 1.87; p-value 0.035)

ตารางที่ 7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7 เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ ใช้สถิติ Multiple logistic regression

ปัจจัย	จำนวน	%	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	P - value
		พัฒนาการ สมวัย				
1. ช่วงอายุของเด็ก (เดือน)						<0.001
≥ 36 - 71	426	42.3	1	1		
9 - 35	374	69.5	3.1	2.8	2.02 – 3.97	

ตารางที่ 7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7 เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ ใช้สถิติ Multiple logistic regression (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	% พัฒนาการ สมวัย	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	P - value
2. อายุบิดา (ปี)						0.007
17 - 19	94	33.3	1	1		
20 - 34	404	57.6	2.7	2.5	1.81 - 9.15	
35 - 55	302	56.3	2.5	2.3	1.76 - 8.74	
3. โรคประจำตัวของเด็ก						0.032
มี	85	43.6	1	1		
ไม่มี	715	57.7	1.8	1.9	1.15 - 3.42	
4. สุขภาพช่องปาก						0.026
ดี	357	45.9	1	1		
ไม่ดี	443	65.5	2.2	1.5	1.14 - 2.05	
5. เล่านิทาน/เล่าเรื่องให้เด็กฟัง						0.007
ไม่เล่า	406	52.3	1	1		
เล่า	394	62.8	1.4	1.5	1.12 - 2.06	
6. รายได้ครอบครัว (บาท/เดือน)						0.035
600 - 14,999	455	53.0	1			
15,000 - 200,000	345	61.7	1.4	1.4	1.12 - 1.87	

อภิปรายผล

พัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7 พบว่าเด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 56.8 ซึ่งค่าเป้าหมายผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2564⁽⁷⁾ เด็กมีพัฒนาการสมวัยมากกว่าร้อยละ 85 พัฒนาการสมวัยมีอัตราต่ำกว่าค่าเป้าหมายตัวชี้วัดและสถิติองค์การอนามัยโลกที่พบ ร้อยละ 80 - 85 ของเด็กปฐมวัยทั่วโลก มีพัฒนาการสมวัย ไม่บรรลุค่าเป้าหมายตาม

แผนบูรณาการพัฒนาศักยภาพคนตามช่วงวัยที่กำหนดพัฒนาการสมวัยไว้ที่ร้อยละ 85 ซึ่งถือเป็นสิ่งที่ท้าทายที่ต้องหาทางแก้ไขและส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยไทยมีพัฒนาการที่สมวัยเพิ่มขึ้นเพื่อสร้างเด็กปฐมวัยคุณภาพให้เพิ่มขึ้นต่อไป

พฤติกรรมเลี้ยงดูเด็ก พบว่า พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.4 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 29.8 และระดับต่ำ ร้อยละ 19.8 พฤติกรรมการเลี้ยง

ดูเด็กในภาพรวมถือว่ายังไม่ดีพอเพราะอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 19.8 ควรส่งเสริมให้ความรู้และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยแก่ผู้เลี้ยงดูเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลี้ยงดูที่ถูกต้องและเหมาะสมกับเด็กปฐมวัย ส่วนพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูรายด้าน กิน กอด เล่น เล่า นอน และผ้าอ้อม สถานการณ์การเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยการศึกษาของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี 2558⁽¹³⁾ มีความใกล้เคียงกันกับการศึกษาครั้งนี้ จึงควรสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยแก่ผู้เลี้ยงดูเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลี้ยงดูที่ถูกต้องและเหมาะสมกับเด็กปฐมวัย

คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็ก พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กในภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 77.1 เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กแต่ละด้าน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ระดับดีและปานกลาง แสดงว่าผู้เลี้ยงดูเด็ก เขตสุขภาพที่ 7 ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดีพอสมควร สอดคล้องกับคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁽⁹⁾ คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กในภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 77.7

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7 เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่น (Multiple logistic regression) มี 6 ปัจจัยคือ ช่วงอายุของเด็ก อายุบิดา โรคประจำตัวของเด็ก ฟันผุ เล่านิทาน/เล่าเรื่องให้เด็กฟัง และรายได้ครอบครัว

ช่วงอายุของเด็กมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ทั้งนี้อาจเนื่องจากเด็กปฐมวัยไทยมีพัฒนาการล่าช้ามากที่สุดคือ เด็กอายุ 3 - 5 ปี และเป็นช่วงอายุที่เด็กมีปัญหาเรื่องสุขภาพช่องปากมากกว่าเด็กอายุ 0 - 2 ปี เมื่อพัฒนาการไม่สมวัย สุขภาพช่องปากไม่ดี

อาจทำให้การเจริญเติบโตไม่ดีจากการที่รับประทานอาหารไม่ได้เมื่อมีอาการปวดฟัน จึงส่งผลต่อสุขภาพเด็ก สอดคล้องกับเด็กที่มีปัญหาการพูดล่าช้าที่พบมากขึ้นในประเทศไทย ส่วนหนึ่งเกิดจากสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก การบริโภคอาหารตามสื่อโฆษณา และการปล่อยให้เด็กใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ตามลำพัง⁽¹⁴⁾ เด็กช่วงอายุ 3-5 ปี จึงมีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มเด็ก 0-2 ปี ผู้เลี้ยงดูจึงต้องใส่ใจและส่งเสริมพัฒนาการ การเจริญเติบโต และใส่ใจเรื่องสุขภาพช่องปากในเด็กช่วงอายุนี้อย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพที่จะตามมาในอนาคต

อายุของบิดามีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ทั้งนี้อาจเนื่องจากอายุที่เหมาะสมต่อการมีบุตรคือวัยเจริญพันธุ์ เมื่ออายุเริ่มมากขึ้น การวางแผนเรื่องการมีบุตรก็เป็นไปได้ยากขึ้น เนื่องจากระบบเจริญพันธุ์ของร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งปัญหานี้ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะฝ่ายหญิงเท่านั้นแต่ยังเกิดขึ้นในฝ่ายชายด้วย ยิ่งอายุมากขึ้น ระบบเจริญพันธุ์ภายในจะมีการผลิตอสุจิที่อ่อนแอลง อัตราการเคลื่อนไหวช้าลง เมื่อเทียบกับอายุ 30-35 ปี เป็นช่วงอายุที่อสุจิแข็งแรงที่สุด อายุที่มากขึ้นยังส่งผลต่อคุณภาพพันธุกรรมของอสุจิโดยตรง ซึ่งความบกพร่องคือ การเจริญพันธุ์ที่มีประสิทธิภาพลดลง เพิ่มโอกาสในการแท้งมากขึ้นเนื่องจากอสุจิไม่สมบูรณ์ เพิ่มอัตราเสี่ยงตอนคลอดที่อาจจะเสียชีวิตได้ง่ายกว่าปกติ (Stillbirth) เพิ่มความเสี่ยงของความพิการตั้งแต่กำเนิด และมีแนวโน้มที่บุตรจะมีอาการ Autism โรคไบโพลาร์ โรคจิตเภท Schizophrenia⁽¹⁵⁾

โรคประจำตัวของเด็กมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ทั้งนี้อาจเนื่องจาก การมีโรคประจำตัวและการเจ็บป่วยเป็นภาวะวิกฤต

ในชีวิตสำหรับเด็ก โดยเฉพาะโรคหรือการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่เด็กต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งที่อยู่สิ่งแวดล้อม และภาวะสุขภาพ ข้อยกจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ก้าวร้าว ร้องไห้แอง เศร้าโศก เป็นต้น หรืออาจส่งผลให้มีพัฒนาการที่ล่าช้าหรือสมวัยได้⁽¹⁶⁾

พันธุ์มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ทั้งนี้เนื่องจาก พันธุ์ทำให้เด็กมีการบาดเจ็บที่แยลง ส่งผลให้มีโอกาสเกิดการขาดสารอาหารเรื้อรัง แคระแกร็น สมองพัฒนาน้อยความสามารถในการเรียนรู้และพัฒนาการช้าได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของสุพัตรา บุญเจียม⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า ปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็ก เขตสุขภาพที่ 7 การตรวจสุขภาพช่องปากจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ คลินิกสุขภาพเด็กดีและที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกที่ต้องปฏิบัติตามอย่างจริงจังและต่อเนื่อง เด็กทุกคนต้องได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และเมื่อพบว่ามีปัญหาสุขภาพช่องปากต้องได้รับการแก้ไข

เล่นิทาน/เล่าเรื่องให้เด็กฟังมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ทั้งนี้เนื่องจาก ในช่วงที่ลูกยังเล็ก วิธีพัฒนาสติปัญญาและความฉลาดด้านต่างๆ คือ การพูดคุยและการเล่นิทาน ให้ฟังเป็นประจำจะทำให้เด็กรับรู้ถึงสายใยความรัก ความอบอุ่น ความห่วงใยที่พ่อแม่ส่งผ่านมากับกิจกรรมในครอบครัว เด็กที่ได้ฟังหรืออ่านนิทานเป็นประจำ จะช่วยให้เด็กเป็นคนช่างคิด ช่างถาม และพร้อมที่จะเรียนรู้ในทุกๆ เรื่อง เมื่อเด็กได้ฟังและเห็นภาพก็จะคิดตาม เป็นการสร้างจินตนาการที่ดีแก่เด็ก นอกจากเด็กจะได้รับความรู้ ความสนุกสนานเพลิดเพลิน ยังช่วยหล่อหลอมให้เป็นเด็กที่มีสมาธิ และขัดเกลาให้เด็กมีจิตใจที่อ่อนโยน มีคุณธรรม เป็นเด็กมีเหตุผล กล้า

ที่จะซักถามเมื่อไม่เข้าใจ สอดคล้องกับงานวิจัยของพนิต โล่เสถียรกิจ⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า การเล่นิทานมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย

รายได้ ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ทั้งนี้เนื่องจาก เด็กที่อยู่กับครอบครัวที่มีรายได้น้อย เด็กมีโอกาสดำเนินการเลี้ยงดูที่ไม่ดี การเข้าถึงสื่อการเรียนรู้ อาจได้รับการศึกษาน้อยกว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้ครอบครัวสูง บิดามารดา ผู้เลี้ยงดูต้องใช้เวลาไปกับการทำงานเพื่อหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว เวลาที่อยู่กับเด็กจึงน้อย ส่งผลต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของสุธรรม นันทมงคลชัย⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า รายได้ครอบครัวมีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็ก

สรุปผล

พัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7 พัฒนาการสมวัยต่ำกว่าค่าเป้าหมายตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข และองค์การอนามัยโลก พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของผู้เลี้ยงดูยังไม่ดีพอ คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กในภาพรวมอยู่ในระดับดี แสดงว่าผู้เลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ช่วงอายุของเด็ก อายุบิดา โรคประจำตัวของเด็ก พันธุ์ และการเล่นิทาน/เล่าเรื่องให้เด็กฟัง และรายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็ก ดังนั้นเพื่อให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยต้องส่งเสริมให้มีบุตรช่วงวัยเจริญพันธุ์ มีการวางแผนครอบครัว ฝากครรภ์ตามนัด ดูแลและป้องกันไม่ให้เด็กมีโรคประจำตัว ผู้เลี้ยงดูต้องมีการเล่นิทานหรือเล่าเรื่องให้เด็กฟัง ดูแลสุขภาพช่องปากเด็กให้ดีไม่ให้มีฟันผุ การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการตามช่วงวัยของเด็กต้องทำอย่างต่อเนื่อง และสร้างงานสร้างอาชีพในชุมชน เพื่อสร้างรายได้แก่ผู้เลี้ยงดูให้ครอบครัวมีรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต

ข้อเสนอแนะ

1. ปัญหาเรื่องพัฒนาการ สุขภาพช่องปาก ปัญหาจะชัดเจนและพบมากขึ้นเมื่อเด็กอายุ 3 - 5 ปี มากกว่าเด็ก 0 - 2 ปี การป้องกันตั้งแต่เด็กอายุน้อยและให้เหมาะสมกับช่วงวัยของเด็กเป็นสิ่งสำคัญ ต้องส่งเสริมและปฏิบัติกับเด็กอย่างต่อเนื่อง ไม่ทิ้งช่วงเพราะเด็ก 3 - 5 ปีมักถูกละเลย และให้การดูแลน้อยลงเพราะคิดว่าเด็กโตแล้ว ดังนั้นควรใส่ใจให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

2. พัฒนาการเด็กล่าช้าเป็นปัญหาเรื้อรังสำหรับประเทศไทย โดยเฉพาะล่าช้าด้านภาษา กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาหลักสูตรการจัดกิจกรรมเสริมสร้างพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี โดยยึดหลัก “กิน กอด เล่น เล่า นอน และเฝ้าดูฟัน” ในการดูแลเลี้ยงดูเด็ก และส่วนสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมต่อยอดความฉลาดของลูก ที่ขาดไม่ได้คือบุคคลสำคัญอย่างพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก ที่มีพฤติกรรมการเลี้ยงดูที่เหมาะสมและถูกวิธี โดยใช้คู่มือ เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ในการกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และเน้นสร้างความตระหนักและส่งเสริมกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการ เช่น การเล่านิทาน การเล่นกับเด็ก การใช้เวลาคุณภาพในการทำกิจกรรมร่วมกับเด็ก มากกว่าการปล่อยให้เด็กเล่นสื่ออิเล็กทรอนิกส์

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากเจ้าหน้าที่กลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ขอขอบคุณ นายชาติริ เมธธาธราธิป ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ที่สนับสนุนให้ดำเนินการศึกษา และขอขอบคุณ ผู้เลี้ยงดูเด็ก และเด็กปฐมวัยทุกคน ที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และให้ร่วมมือในการดำเนินการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. Walker SP, Wachs TD, Gardner JM, Lozoff B, Wasserman GA, Pollitt E, et al. Inequality in Early Childhood: Risk and Protective Factors for Early Child Development. Elsevier Ltd all Rights Reserved 2011; 378(9799): 1325-38.
2. นิตยา คชภักดี. พัฒนาการเด็ก. ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ : ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2552.
3. Walker SP, Wachs TD, Gardner JM, Lozoff B, Wasserman GA, Pollitt E, et al. Child development in developing countries 2: Child development: risk factor for adverse outcome in developing countries 2007; 164 (2344): 145-57.
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. โครงการสำรวจสถานการณ์พัฒนาการและพฤติกรรม การเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครอบครัวไทย ปี 2560. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
5. สำนักสถิติแห่งชาติ. การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมทั่วราชอาณาจักร และสำมะโนประชากรและเคหะ; 2560.
6. สำนักงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้ และคุณภาพเยาวชน. พัฒนาการเด็กปฐมวัย รากแก้วแห่งชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ 1: บริษัท สหมิตรพรินต์แอนด์พับลิชชิง จำกัด; 2557.
7. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2564. นนทบุรี; 2564.

8. Kozuki N, Katz J, LeClerq SC, Khatry SK, West KP Jr, Christian P. The associations of parity and maternal age with small-for gestational-age, preterm and neonatal and infant mortality: a meta-analysis. BMC Public Health 2013;13(3): 119-28.
9. สุพัตรา บุญเจียม. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตผู้เลี้ยงดูเด็กกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2564; 13(1): 3-20.
10. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Stat Med 1998;17: 1623-34.
11. Bloom BS. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company; 1971.
12. Group W. Development of the world health organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychological medicine 1998; 28(3): 551-58.
13. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์พัฒนาการและพฤติกรรม การเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครอบครัวไทย ปี 2558. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
14. American Academy of Pediatrics. Media and children educated health of all children; [Online]. 2014 [cited 2021 Jun 12]. Available from: <http://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/Pages/Media-and-Children.aspx>.
15. อายุ 40 มีลูกได้ไหม มีโอกาสตั้งครรภ์แค่ไหน. [ออนไลน์]. 2564 [สืบค้น 19 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://worldwideivf.com/others/อายุ-40-มีลูกได้ไหม>.
16. กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม. การส่งเสริมพัฒนาการเด็กป่วยวัยก่อนเรียน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ 2557; 17(34): 155-67.
17. สุพัตรา บุญเจียม. สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย เขตสุขภาพที่ 7. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2559; 8(1): 15-29.
18. พนิด โล่เสถียรกิจ. สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปี 2557. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
19. สุธรรม นันทมงคลชัย. ครอบครัว การอบรมเลี้ยงดู และพัฒนาการเด็กปฐมวัยในประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 2559; 46(3): 205-10.

ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน ในครัวเรือน พื้นที่เขตสุขภาพที่ 8

ภัทรพร ชูศรี¹, มาลินี ลามคำ², อรสา สัมมะสี³, ยุทธนา ชนะพันธ์⁴, ภัคชดา บ่อคำเกิด⁵

(วันที่รับบทความ: 8 กันยายน 2564; วันที่แก้ไข: 7 ตุลาคม 2564; วันที่ตอบรับ: 22 เมษายน 2564)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross sectional analytical study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐานในครัวเรือนพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ.2563 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2564 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้จากการสุ่มตัวแทนครัวเรือนที่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 8 แบบ Cluster sampling จำนวน 5,073 ครัวเรือน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Chi-Square และสถิติ Multiple-Logistic regression นำเสนอด้วยค่า p – value ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ค่า Odds Ratio และ 95% CI ผลการศึกษาพบ ครัวเรือนในเขตสุขภาพที่ 8 มีความชุกของการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐาน (20-40 PPM) ร้อยละ 64.91 (3,293 ครัวเรือน) บริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่ไม่ได้มาตรฐานร้อยละ 20.23 (1,026 ครัวเรือน) โดยแบ่งเป็นการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่มีความเข้มข้นของสารไอโอดีนเกินค่ามาตรฐาน (มากกว่า 40 PPM) ร้อยละ 12.80 (649 ครัวเรือน) บริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่มีความเข้มข้นของสารไอโอดีนต่ำกว่าค่ามาตรฐาน (น้อยกว่า 20 PPM) ร้อยละ 7.43 (377 ครัวเรือน) และบริโภคเกลือที่ไม่มีไอโอดีน ร้อยละ 14.86 (754 ครัวเรือน) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐาน โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปร พบว่ารายได้ต่อเดือน 15,001 - 20,000 บาท (ORadj=1.34 95% CI; 1.04-1.72) ความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนในระดับปานกลาง (ORadj=1.56 95% CI; 0.43-0.73) และระดับมาก (ORadj=1.70 95% CI; 0.52-0.94) ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการบริโภคสารไอโอดีนอยู่ในระดับมาก (ORadj=3.44 95% CI; 1.63-7.25) ความรู้เกี่ยวกับแหล่งของสารไอโอดีนในระดับปานกลาง (ORadj=2.05 95% CI; 1.60-2.63) และระดับมาก (ORadj=3.03 95% CI; 2.24-4.10) ความรู้เกี่ยวกับการเก็บเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลาง (ORadj=2.67 95% CI; 1.14-6.27) และระดับมาก (ORadj=3.18 95% CI; 1.-35-7.47) ทศคนคิดที่ดีเกี่ยวกับการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐานในระดับปานกลาง (ORadj=1.51 95% CI; 1.21-1.90) และระดับมาก (ORadj=4.06 95% CI; 2.82-5.86) พฤติกรรมการบริโภคสารไอโอดีนเป็นประจำ (ORadj=5.52 95% CI; 3.11-9.81) และบริโภคเป็นบางครั้ง (ORadj=8.93 95% CI; 4.95-16.10) รวมถึงพฤติกรรมการเก็บเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนที่ถูกต้องเป็นประจำ (ORadj=1.88 95% CI; 1.09-3.26) และ

เป็นบางครั้ง (ORadj=1.83 95% CI; 1.05-3.21) เป็นปัจจัยที่ช่วยเพิ่มโอกาสให้ได้รับการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐาน ($p < 0.05$) ผลการศึกษานี้สามารถใช้ข้อมูลเป็นแนวทางในการวางแผนการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ต่อไป

คำสำคัญ : เกลือบริโภคเสริมไอโอดีนตามมาตรฐาน, เขตสุขภาพที่ 8, ไอโอดีน

¹นักโภชนาการชำนาญการ, ^{2,5}พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ, ³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

⁴นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ^{1,2,3,4}ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี, ⁵โรงพยาบาลอุดรธานี

Corresponding author : ภัทราพร ชูศรี e-mail : Phattraporn.ch@kkumail.com

PREVALENCE AND FACTORS RELATED TO HOUSEHOLD CONSUMPTION OF IODIZED SALT IN REGIONAL HEALTH 8

Phattraporn Choosorn¹, Malinee lamkham², Orrasa Summalee³,
Yutthana Chanaphan⁴, Pukchuda Bokhumked⁵

Receive 18th August 2021; Revised: 15th November 2021; Accepted 29th November 2021

Abstract

This research is a cross-sectional analysis. The objective is to study the prevalence and factors related to standardized iodized salt consumption of households in the Regional Health 8. The study was conducted between December 2020 and May 2021. The number of samples was 5,073 people from the Cluster sampling randomly. Data were collected using questionnaire form. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-Square statistics and Multiple-Logistic regression statistics. Presented with the p-value at significance level 0.05, Odds Ratio and 95% CI. The results showed that 64.91% (3,293 households) of households in health zone 8 had a prevalence of standardized iodized salt (20-40 PPM) at 20.23 percent (1,026 households). By dividing into consumption of iodized salt with iodized concentration above the standard (more than 40 PPM) 12.80% (649 households) consumption of iodized salt with iodized concentration below the standard (less than 20 PPM). 7.43 percent (377 households) and 14.86% non-iodized salt consumption (754 households). Factors related to standardized iodized salt consumption by controlling the influence of variables It was found that the monthly income was 15,001 - 20,000 baht (ORadj=1.34 95% CI; 1.04-1.72). Knowledge about iodine deficiency was at a moderate level(ORadj=1.56 95% CI; 0.43-0.73) and at a high level(ORadj=1.70 95% CI; 0.52-0.94). Knowledge about the benefits of iodine consumption was at a high level(ORadj=3.44 95% CI; 1.63-7.25). Knowledge of moderate (ORadj=2.05 95% CI; 1.60-2.63) and high (ORadj=3.03 95% CI; 2.24-4.10) sources of iodine; knowledge of the correct storage of iodized edible salt at moderate (ORadj=2.67 95% CI; 1.14-6.27) and high levels (ORadj=3.18 95% CI; 1.-35-7.47). Positive attitudes about moderate (ORadj=1.51 95% CI; 1.21-1.90) and high (ORadj=4.06 95% CI; 2.82-5.86) standard iodized salt consumption; Regular consumption behaviors of iodine (ORadj=5.52 95% CI; 3.11-9.81) and occasional consumption

(ORadj=8.93 95% CI; 4.95-16.10) included regular correct iodized salt storage behaviors. (ORadj=1.88 95% CI; 1.09-3.26) and sometimes (ORadj=1.83 95% CI; 1.05-3.21). It was a factor that increased the likelihood of receiving standardized iodized salt intake ($p<0.05$). The results of this study can be used as a guideline for planning for iodine deficiency prevention and control in the Regional Health 8 Area.

Key words: Standard iodized salt, Regional Health 8, iodine

¹ Nutritionist (Professional Level), ^{2,5} Registered Nurse(Practitioner Level)

³ Registered Nurse (Professional Level) ⁴ Public Health Technical Officer (Professional Level)

¹⁻⁴ Health Promotion Center 8 Udon thani ⁵ Udonthani Hospital

Corresponding author : Phattraporn Choosorn E-mail : Phattraporn.ch@kkumail.com

บทนำ

โรคขาดสารไอโอดีน เป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศ เนื่องจากสารไอโอดีนมีความสัมพันธ์กับสติปัญญาของมนุษย์ ส่งผลต่อการพัฒนาเซลล์สมองและความสามารถในการเรียนรู้ของเด็กที่จะเติบโตเป็นกำลังสำคัญของประเทศชาติในอนาคต โดยเป็นสารตั้งต้นในการสร้างไทรอยด์ฮอร์โมน ซึ่งมีบทบาทในการควบคุมการเผาผลาญอาหารในร่างกาย ควบคุมการเจริญเติบโตของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายและการเจริญเติบโตของสมอง ผลต่อการสร้างใยสมองและการเจริญเติบโตของร่างกาย⁽¹⁾ โรคขาดสารไอโอดีนมีผลกระทบต่อประชากรทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งทารกที่อยู่ในครรภ์มารดาจนถึงอายุ 3 ปี หากหญิงตั้งครรภ์ขาดสารไอโอดีน สมองของตัวอ่อนในครรภ์จะเสียหายลูกที่ออกมาจะปัญญาอ่อน มีความพิการทางระบบประสาท แต่ถ้าหากขาดสารไอโอดีนรุนแรงอาจจะแท้งหรือลูกออกมาพิการได้ ในเด็กวัยเรียนจะส่งผลให้สมองเจริญเติบโตไม่เต็มที่ ลดความเฉลียวฉลาดหรือระดับสติปัญญาของเด็กไทยได้ถึง 10-15 จุด⁽²⁾ ส่งผลถึงความสามารถในการเรียนรู้ของเด็ก และกระทบต่อการเจริญเติบโตของร่างกายในผู้ใหญ่จะมีภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนต่ำ ทำให้มีอาการเกียจคร้าน อ่อนเพลีย เฉื่อยชา ประสิทธิภาพการทำงานลดลง

จากการเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์โรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์โดยการตรวจปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ พบว่าในปี พ.ศ.2553-2559 ค่ามัธยฐานปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ คือ 142.1, 181.2, 159.4, 156.8, 155.7, 147.1, 144.8

และปี พ.ศ.2562 คือ 153.4 ไมโครกรัมต่อลิตร ซึ่งมีแนวโน้มดีขึ้นแต่ยังมีปัญหาการขาดสารไอโอดีนในพื้นที่ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เขตสุขภาพที่ 8 มีพื้นที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วยจังหวัดนครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู และอุดรธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาการขาดสารไอโอดีนอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน โดยพบว่าค่ามัธยฐานปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ปี พ.ศ.2557-2562 คือ 124.6, 129.0, 102.2, 117.1, 102.0 และ 131.7 ไมโครกรัมต่อลิตร⁽³⁾

มาตรการเสริมไอโอดีนลงในเกลือบริโภคจึงเป็นมาตรการหลักในการดำเนินโครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนเพื่อให้ประชากรได้รับไอโอดีนที่เพียงพออย่างทั่วถึง และเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับประชาชนว่าได้รับ เกลือบริโภคเสริมไอโอดีนที่มีมาตรฐาน จึงมีการสุ่มตรวจคุณภาพเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนในครัวเรือนของประเทศไทย โดยใช้ชุดทดสอบไอโอดีนในเกลือเสริมไอโอดีน (I-Kit) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2558-2562 ซึ่งพบว่าร้อยละของเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐาน (20-40 พีพีเอ็ม) เท่ากับร้อยละ 78.9 ร้อยละ 79.9 ร้อยละ 74.8 ร้อยละ 78.3 และร้อยละ 80.2 ในเขตสุขภาพที่ 8 พ.ศ.2560-2561 เท่ากับร้อยละ 84.06 และร้อยละ 89.45⁽³⁾ ซึ่งการสุ่มตรวจยังพบว่ามีความต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดคือ ร้อยละ 90

ดังนั้นเพื่อเป็นการหาความชุกของการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน และค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน ซึ่งจะนำไปสู่การหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา

ดังกล่าว และนำไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงานด้านการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในพื้นที่ จึงมีการศึกษาเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนในเขตสุขภาพที่ 8

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประมาณค่าความชุกของการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือนพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ พฤติกรรมกับการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือนพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8

รูปแบบการวิจัย (Research Methodology)

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross sectional analytical study) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือนพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 โดยทำการสำรวจข้อมูลด้วยวิธีการใช้แบบสอบถามในรูปแบบ google form ที่ประกอบด้วยข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือน โดยการศึกษาในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 7 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู และอุดรธานี ในเดือนธันวาคม 2564 - พฤษภาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Populations and Samples)

ศึกษาในครัวเรือนที่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 8 รวมทั้งสิ้น 1,507,651 ครัวเรือน (ข้อมูลสถิติประชากรและบ้านจากระบบสถิติทางการ

ทะเบียน) นำมาคำนวณขนาดประชากรตามสูตรการประมาณค่าสัดส่วนที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน ดังต่อไปนี้

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

N = ขนาดครัวเรือนที่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 8 รวมทั้งสิ้น 1,507,651 ครัวเรือน

P = ค่าสัดส่วนการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพ มีค่า 0.86

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ เท่ากับ 0.01

$Z_{\alpha/2}$ = ค่า Z ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 งานวิจัยนี้ = 1.96

ดังนั้นเมื่อแทนค่าตามสูตร $n=4,611$ กำหนดค่า Non-response rate ร้อยละ 10 คิดเป็น 462 ครัวเรือน ดังนั้นจำนวนตัวอย่างทั้งหมด (n) = 5,073 ครัวเรือน

หลักเกณฑ์การสุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้หลักเกณฑ์การสุ่มตัวตัวอย่างแบบ Random Cluster sampling โดยแบ่งออกเป็นระดับจังหวัด มีทั้งหมด 7 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 8 และใช้วิธีการเลือกตัวอย่างโดยที่แต่ละหน่วยมีโอกาสหรือความน่าจะเป็นที่จะถูกเลือกมาเป็นตัวอย่างเท่ากันโดยการสุ่มอย่างง่ายจาก 7 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี 728 ตัวอย่าง จังหวัดเลย 724 ตัวอย่าง จังหวัดสกลนคร 724 ตัวอย่าง จังหวัดหนองบัวลำภู 724 ตัวอย่าง จังหวัดหนองคาย 724 ตัวอย่าง จังหวัดบึงกาฬ 724 ตัวอย่าง จังหวัดนครพนม 725 ตัวอย่าง จำนวน 5,073 ตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย (Research Instrument)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย โดยสร้างขึ้นตามแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะและพฤติกรรม และมีเนื้อหาสอดคล้องกับคำถามและวัตถุประสงค์การศึกษาวิจัย ซึ่งแบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ สมาชิกในครอบครัว ข้อคำถามมีจำนวน 7 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ และทัศนคติ ได้แก่ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีน ประโยชน์ของ การบริโภคไอโอดีน แหล่งของ ไอโอดีน การเก็บเกลือบริโภคเสริมไอโอดีน ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน จำนวน 20 ข้อ โดยข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบตามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย และมีการให้ค่าคะแนนของแต่ละระดับตามลักษณะข้อคำถาม

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน มีทั้งหมด 7 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบลงในช่องว่าง

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1. กำหนดวัตถุประสงค์ของแบบสอบถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย
2. ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากตำรา วารสารวิชาการ บทความวิชาการ และทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. กำหนดประเภทแบบสอบถาม ข้อคำถาม และร่างแบบสอบถาม
4. นำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ในแบบสอบถาม จำนวน 3 ท่าน

5. แก้ไขปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

6. นำแบบสอบถามไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความตรงของแบบสอบถาม

7. นำแบบสอบถามที่ได้จากการเก็บข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยสถิติ Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.85

8. จัดทำแบบสอบถามผ่าน google form

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลทั่วไปและข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว สมาชิกในครอบครัวและใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Chi-Square, และ Multiple logistic regression ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ และวิเคราะห์สถิติโดยใช้โปรแกรม Stata 10 ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรมอนามัย รหัสโครงการวิจัย 020 พิจารณารับรองวันที่ 9 ธันวาคม 2563

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่าครัวเรือนในเขตสุขภาพที่ 8 มีความชุกของการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐาน (20-40 PPM) ร้อยละ 64.91

(3,293 ครั้วเรือน) บริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่ไม่ได้มาตรฐานร้อยละ 20.23 (1,026 ครั้วเรือน) โดยแบ่งเป็นการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่มีความเข้มข้นของสารไอโอดีนเกินค่ามาตรฐาน(มากกว่า 40 PPM) ร้อยละ 12.80 (649 ครั้วเรือน) บริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่มีความเข้มข้นของสารไอโอดีนต่ำกว่าค่ามาตรฐาน (น้อยกว่า 20 PPM) ร้อยละ 7.43 (377 ครั้วเรือน) และบริโภคเกลือที่ไม่มีไอโอดีนร้อยละ 14.86 (754 ครั้วเรือน) โดยพบความชุกของการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐานจังหวัดอุดรธานี ร้อยละ 49.86 (363 ครั้วเรือน) จังหวัดหนองบัวลำภู ร้อยละ 58.70 (425 ครั้วเรือน) จังหวัดหนองคาย ร้อยละ 76.10 (551 ครั้วเรือน) จังหวัดบึงกาฬ ร้อยละ 47.65 (345 ครั้วเรือน) จังหวัดเลย ร้อยละ 66.10 (479 ครั้วเรือน) จังหวัดสกลนคร ร้อยละ 80.39 (582 ครั้วเรือน) และจังหวัดนครพนม ร้อยละ 75.59 (548 ครั้วเรือน)

เมื่อนำข้อมูลทั่วไป และข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐานของครั้วเรือน ด้วยสถิติ Chi-square test พบว่าข้อมูลทั่วไป และลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เขตการปกครอง ($p<0.001$) สถานภาพในครั้วเรือนของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ($p<0.001$) เพศ ($p=0.002$) อายุ ($p<0.001$) สถานภาพสมรส ($p<0.001$) ระดับการศึกษา ($p<0.001$) อาชีพ ($p<0.001$) และรายได้ ($p<0.001$)

เมื่อนำความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ภาพรวมอยู่ใน

ระดับมาก ร้อยละ 84.28 ความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 77.67 ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการบริโภคไอโอดีนมีคะแนนอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 95.97 ความรู้เกี่ยวกับแหล่งของไอโอดีนมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.73 และความรู้เกี่ยวกับการเก็บเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนที่ถูกต้องมีคะแนนอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 94.97 ทักษะเกี่ยวกับการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐาน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.00 S.D.±0.24) พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคสารไอโอดีน พบว่ามีพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคสารไอโอดีนเป็นประจำ (Mean=2.48 S.D.±0.42) และมีพฤติกรรมการเก็บเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนที่ถูกต้องเป็นประจำ (Mean=2.63 S.D.±0.54)

เมื่อนำความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Chi-square test พบว่าความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

เมื่อนำข้อมูลทั่วไป ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม วิเคราะห์หาความสัมพันธ์อย่างหยาบในแต่ละตัวแปรที่สัมพันธ์กับการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐาน พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเนื่อง ความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีน ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการบริโภคสารไอโอดีน ความรู้เกี่ยวกับแหล่งของสารไอโอดีน ความรู้เกี่ยวกับการเก็บเกลือบริโภคเสริมไอโอดีน ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่ไดมาตรฐาน ทักษะเกี่ยวกับการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน พฤติกรรมการบริโภค

สารไอโอดีน และพฤติกรรมการเก็บเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนที่ถูกต้องมีความสัมพันธ์กับการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐาน โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปร พบว่ารายได้ต่อเดือน 15,001 - 20,000 บาท (ORadj=1.34 95% CI; 1.04-1.72) ความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนในระดับปานกลาง (ORadj=0.56 95% CI; 0.43-0.73) และระดับมาก (ORadj=0.70 95% CI; 0.52-0.94) ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการบริโภคสารไอโอดีนอยู่ในระดับมาก (ORadj=3.34 95% CI; 1.63-7.25) ความรู้เกี่ยวกับแหล่งของสารไอโอดีนในระดับปานกลาง (ORadj=2.05 95% CI; 1.60-2.63) และระดับมาก (ORadj=3.03 95% CI; 2.24-4.10) ความรู้เกี่ยวกับการเก็บเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลาง (ORadj=2.67 95% CI; 1.14-6.27) และระดับมาก (ORadj=3.18 95% CI; 1.35-7.47) ทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐานในระดับปานกลาง (ORadj=1.51 95% CI; 1.21-1.90) และระดับมาก (ORadj=4.06 95% CI; 2.82-5.86) พฤติกรรมการบริโภคสารไอโอดีนเป็นประจำ (ORadj=5.52 95% CI; 3.11-9.81) และบริโภคเป็นบางครั้ง (ORadj=8.93 95% CI; 4.95-16.10) รวมถึงพฤติกรรมการเก็บเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนที่ถูกต้องเป็นประจำ (ORadj=1.88 95% CI; 1.09-3.26) และเป็นบางครั้ง (ORadj=1.83 95% CI; 1.05-3.21) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

อภิปรายและสรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐานร้อยละ 64.91 มีการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่ไม่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 20.23 และบริโภคเกลือที่ไม่มีไอโอดีนร้อยละ 14.86 ซึ่งสอดคล้องกับรายงานผลการสุ่มตรวจเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนในครัวเรือนที่มีคุณภาพ 20-40 ppm ในเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2563 โดยใช้ I-Kit พบว่าครัวเรือนในเขตสุขภาพที่ 8 ส่วนใหญ่มีการใช้เกลือบริโภคเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐานร้อยละ 86.12

การวิเคราะห์ปัจจัยข้อมูลทั่วไป และลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐาน โดยการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรโดยสถิติ multivariate analysis พบว่ารายได้ต่อเดือน 15,001-20,000 บาท มีโอกาสบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐานมากกว่าผู้มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท 1.34 เท่า (ORadj=1.34 95% CI; 1.04-1.72) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของโสพิณหมอกมาเมิน (2562)⁽⁴⁾ ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนของประชาชนในหมู่บ้านบ่อหลวง ตำบลบ่อเกลือใต้ อำเภอบ่อเกลือ จังหวัดน่าน พบว่ารายได้ครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน ($p = 0.029$)

การวิเคราะห์ปัจจัยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐาน โดยการควบคุมอิทธิพลของตัวแปร

ปัจจัยด้านความรู้ พบว่าผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนในระดับปานกลาง และ

ระดับมาก มีโอกาสบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่มีมาตรฐานเป็น 0.56 เท่า (ORadj=0.56, 95% CI; 0.43-0.71) และ 0.70 เท่า (ORadj=0.70, 95% CI; 0.52-0.94) ของผู้ที่มีความรู้อยู่ในระดับน้อย ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการบริโภคสารไอโอดีนอยู่ในระดับมาก มีโอกาสบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐานเป็น 3.34 เท่า (ORadj =3.34, 95% CI; 1.63-7.25) ของผู้ที่มีความรู้อยู่ในระดับน้อย ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับแหล่งของสารไอโอดีนในระดับปานกลาง และระดับมาก มีโอกาสบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐานเป็น 2.05 เท่า (ORadj =2.05, 95% CI; 1.60-2.63) และ 3.03 เท่า (ORadj=3.03, 95% CI; 2.24-4.10) ของผู้ที่มีความรู้ในระดับน้อย ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการเก็บเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลาง และระดับมาก มีโอกาสบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐานเป็น 2.67 เท่า (ORadj=2.67, 95% CI; 1.14-6.27) และ 3.18 เท่า (ORadj=3.18, 95% CI; 1.35-7.47) ของผู้ที่มีความรู้อยู่ในระดับน้อย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของของรณนัท หาญมนตรี (2562)⁽⁵⁾ ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับไอโอดีนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และสอดคล้องกับงานวิจัยของกัลยา บัวบาน (2562)⁽⁶⁾ ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการขาดสารไอโอดีนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์มากที่สุด ($\beta = .614$, $p < .01$)

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของจิรพิชชา บุญพอ (2562)⁽⁷⁾ ที่พบว่าความรู้ของนักเรียนเกี่ยวกับสารไอโอดีนมีความสัมพันธ์กับการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($P < 0.05$)

ปัจจัยด้านทัศนคติ พบว่าผู้ที่มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐานในระดับ ปานกลาง และระดับมาก มีโอกาสบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐานเป็น 1.51 เท่า (ORadj=1.51, 95% CI; 1.21-1.90) และ 4.06 เท่า (ORadj=4.06, 95% CI; 2.82-5.86) ของผู้ที่มีทัศนคติที่ดีอยู่ในระดับน้อย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของรณนัท หาญมนตรี (2562)⁽⁵⁾ ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์อำเภอภูผาหมื่น จังหวัดอุดรธานี พบว่าทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์เฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean= 3.62 S.D. $\pm$ 0.98) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคไอโอดีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยด้านพฤติกรรม พบว่าที่บริโภคสารไอโอดีนเป็นประจำ และบริโภคเป็นบางครั้ง มีโอกาสบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่มีมาตรฐานเป็น 5.52 เท่า (ORadj=5.52, 95% CI; 3.11-9.81) และ 8.93 เท่า (ORadj=8.93, 95% CI; 4.95-16.10) ของผู้ที่ไม่เคยบริโภคสารไอโอดีน และผู้ที่มีพฤติกรรมการเก็บเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนที่ถูกต้องเป็นประจำ และเป็นบางครั้ง มีโอกาสบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่มีมาตรฐานเป็น 1.88 เท่า (ORadj =1.88, 95% CI; 1.09-3.26) และ 1.83 เท่า (ORadj=1.83, 95% CI; 1.05-3.21) ของผู้ที่ไม่เคยเก็บเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนที่ถูกต้องซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของรณนัท หาญมนตรี (2562) ที่พบว่าพฤติกรรม

เกี่ยวกับการรับประทานไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์เฉลี่ยอยู่ในระดับสูงที่สุด ($= 4.66 \text{ S.D.} = 0.70$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคไอโอดีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาพบว่าตัวแปรที่เป็นปัจจัยที่ช่วยเพิ่มโอกาสให้ได้รับการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐาน คือรายได้ต่อเดือน 15,001-20,000 บาท ซึ่งเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถเข้าไปเปลี่ยนแปลงหรือควบคุมปัจจัยนี้ได้โดยตรง ความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนในระดับปานกลาง และระดับมาก ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการบริโภคสารไอโอดีนอยู่ในระดับมาก ความรู้เกี่ยวกับแหล่งของสารไอโอดีนในระดับปานกลาง และระดับมาก ความรู้เกี่ยวกับการเก็บเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลาง และระดับมาก ทศนคติที่ดีเกี่ยวกับการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐานในระดับปานกลาง และระดับมาก พฤติกรรมการบริโภคสารไอโอดีนเป็นประจำ และบริโภคเป็นบางครั้ง รวมถึงพฤติกรรมการเก็บเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนที่ถูกต้องเป็นประจำ และเป็นบางครั้ง เป็นปัจจัยที่ช่วยเพิ่มโอกาสให้ได้รับการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐาน ดังนั้นการวางแผนแนวทางการส่งเสริมให้ประชาชนได้รับสารไอโอดีนที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐาน เพื่อป้องกันและควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนในพื้นที่นั้น ควรสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีน ประโยชน์ของการบริโภคสารไอโอดีน แหล่งของสารไอโอดีน และการเก็บเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนที่ถูกต้อง ให้ครอบคลุมในประชาชนทุกกลุ่มวัยเพื่อให้เกิดความยั่งยืน โดยเน้นการ

สื่อสารประชาสัมพันธ์ความรู้ที่ถูกต้อง เข้าถึงได้ง่าย (Social marketing) สามารถนำไปใช้ได้ในชีวิตประจำวัน เหมาะสมกับแต่ละช่วงอายุ และที่สำคัญจะต้องเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อให้เกิดความตระหนักต่อความสำคัญของการบริโภคสารไอโอดีนที่เพียงพอ และนำไปสู่พฤติกรรมการบริโภคสารไอโอดีนที่ถูกต้อง และสม่ำเสมอ จนเกิดเป็นความยั่งยืนในพื้นที่ นอกจากนี้แล้วยังต้องมีการควบคุมคุณภาพเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนให้เป็นไปตามมาตรฐาน ตั้งแต่กระบวนการผลิต การกระจาย และการบริโภค โดยความร่วมมือระหว่างผู้ผลิตเกลือบริโภคเสริมไอโอดีน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำหน้าที่ตรวจสอบคุณภาพเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนในกระบวนการผลิตและกระบวนการกระจาย รวมถึงการเฝ้าระวังคุณภาพเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนในครัวเรือน และชุมชน โดย อสม. ผู้นำชุมชน หรือประชาชนที่ทำหน้าที่ในการตรวจสอบคุณภาพเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ทั้งนี้หากมีการศึกษาในครั้งต่อไปควรศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบและวิธีการของการสร้างความรอบรู้ ความตระหนักเกี่ยวกับการบริโภคสารไอโอดีนที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยเน้นให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรดิตถ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ คุณภาพเครื่องมือ คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณาจริยธรรมการวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคน ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. มหาวิทยาลัยมหิดล. โรคขาดสารไอโอดีน. ค้นเมื่อวันที่ 5 ตุลาคม 2563. จาก <https://il.mahidol.ac.th>
2. นภาพรณ วิริยะอุตสาหกรรม. สมอที่ดีเริ่มที่ไอโอดีน. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
3. สำนักโภชนาการ. ผลการเฝ้าระวังการขาดสารไอโอดีนในประเทศไทย. ค้นเมื่อวันที่ 5 ตุลาคม 2563. จาก <https://nutrition2.anamai.moph.go.th>
4. โสพิน หมอกมาเมิน. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนของประชาชน ในหมู่บ้านบ่อหลวง ตำบลบ่อเกลือใต้ อำเภอบ่อเกลือ จังหวัดน่าน. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา 2562; 9(2): 32-45.
5. รานนท์ หาญมนตรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา 2562; 2(2): 16-25.
6. กัลยา บัวบาน. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2562; 27(3): 1-9.
7. จิรพิชชา บุญพอ. การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว. ลำปางเวชสาร 2562; 40(2): 60-70.

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือนของกลุ่มตัวอย่าง

จังหวัด	ไม่มีไอโอดีน		น้อยกว่า 20 PPM		20-40 PPM		มากกว่า 40 PPM	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อุดรธานี	60	8.24	36	4.95	363	49.86	269	36.95
หนองบัวลำภู	170	23.48	22	3.04	425	58.70	107	14.78
หนองคาย	70	9.67	56	7.73	551	76.10	47	6.50
บึงกาฬ	183	25.27	114	15.75	345	47.65	82	11.33
เลย	126	17.40	88	12.15	479	66.16	31	4.29
สกลนคร	91	12.57	16	2.21	582	80.39	35	4.83
นครพนม	54	7.45	45	6.20	548	75.59	78	10.76
เขตสุขภาพที่ 8	754	14.86	377	7.43	3,293	64.91	649	12.80

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป และข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐานของครัวเรือนด้วยการใช้สถิติ Chi-square test

ข้อมูลทั่วไป และลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มที่บริโภคเกลือ เสริมไอโอดีนไม่ได้		กลุ่มที่บริโภคเกลือ เสริมไอโอดีนที่ได้		X ²	p- value
	มาตรฐาน		มาตรฐาน			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เขตการปกครอง					39.510	<0.001
เทศบาลนคร	2	25.00	6	85.00		
เทศบาลเมือง	58	26.72	159	73.28		
เทศบาลตำบล	416	29.42	998	70.58		
องค์การบริหารส่วนตำบล	1,304	37.97	2,130	62.03		
สถานภาพในครัวเรือนของ ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์					93.55	<0.001
หัวหน้าครัวเรือน	885	42.92	1,177	57.08		
สมาชิกในครัวเรือน	895	29.72	2,116	70.28		

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป และข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐานของครัวเรือนด้วยการใช้สถิติ Chi-square test (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป และลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มที่บริโภคเกลือเสริมไอโอดีนไม่ได้		กลุ่มที่บริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้		χ ²	p-value
	มาตรฐาน		มาตรฐาน			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ					9.286	0.002
ชาย	501	38.57	798	61.43		
หญิง	1,279	33.88	2,495	66.12		
อายุ					52.251	<0.001
15-29 ปี	7	17.07	34	82.93		
30-44 ปี	1,236	32.61	2,554	67.39		
45-59 ปี	573	43.24	705	56.76		
สถานภาพสมรส					23.444	<0.001
โสด	114	27.53	300	72.47		
สมรส/อยู่ด้วยกัน	1,405	34.80	2,632	65.20		
หม้าย/อย่าร้าง/แยกกันอยู่	261	41.96	361	58.04		
ระดับการศึกษา					37.420	<0.001
ไม่ได้ศึกษา	31	53.45	27	46.55		
ประถมศึกษา	1,090	37.48	1,818	62.52		
มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช.	321	30.40	735	69.60		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/	268	34.49	509	65.51		
ปวส.	65	25.19	193	74.81		
ปริญญาตรี	5	31.25	11	68.75		
สูงกว่าปริญญาตรี						
อาชีพ					13.375	0.02
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	256	37.76	422	62.24		
เกษตรกร/รับจ้างทั่วไป	1,289	35.16	2,377	64.84		
รับราชการ/พนักงานบริษัท	87	28.81	215	71.19		
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	141	36.25	248	63.75		

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป และข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐานของครัวเรือนด้วยการใช้สถิติ Chi-square test (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป และลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มที่บริโภคเกลือ เสริมไอโอดีนไม่ได้		กลุ่มที่บริโภคเกลือ เสริมไอโอดีนที่ได้		χ ²	p- value
	มาตรฐาน		มาตรฐาน			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อสม./ผู้นำชุมชน	3	33.33	6	66.67	32.207	<0.001
นักเรียน/นักศึกษา	4	13.79	25	86.21		
รายได้ต่อเดือน						
ต่ำกว่า 5,000 บาท	560	40.43	825	59.57		
5,000-15,000 บาท	955	33.79	1,871	62.21		
15,0001-20,000 บาท	145	27.83	376	72.17		
20,0001-30,000 บาท	60	33.15	121	66.85		
30,000 บาทขึ้นไป	60	37.50	100	62.50		

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐาน

ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม เกี่ยวกับการ บริโภคเกลือเสริม ไอโอดีน	กลุ่มที่บริโภค เกลือเสริม ไอโอดีนที่ไม่ได้ มาตรฐาน		กลุ่มที่บริโภค เกลือเสริม ไอโอดีนที่ได้ มาตรฐาน		รวม		χ ²	p- value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรู้เกี่ยวกับ โรคขาดสาร ไอโอดีน	78.87	±21.7	77.02	±22.2	77.67	±22.0	47.80	<0.001
		0		4		7		
ความรู้เกี่ยวกับ ประโยชน์ของการ บริโภคสาร ไอโอดีน	94.21	±13.2	96.67	±10.5	95.97	±11.6	34.73	<0.001
		8		7		3		

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐาน (ต่อ)

ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม เกี่ยวกับการ บริโภคเกลือเสริม ไอโอดีน	กลุ่มที่บริโภค เกลือเสริม ไอโอดีนที่ไม่ได้ มาตรฐาน		กลุ่มที่บริโภค เกลือเสริม ไอโอดีนที่ได้ มาตรฐาน		รวม		X ²	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรู้เกี่ยวกับ แหล่งของสาร ไอโอดีน	68.07	±17.3	72.17	±16.5	70.73	±16.9	75.13	<0.001
		1		7		4		
ความรู้เกี่ยวกับ การเก็บเกลือ บริโภคเสริม ไอโอดีนที่ถูกต้อง	94.21	±13.5	95.38	±11.8	94.97	±12.4	15.90	<0.001
		8		3		8		
ความรู้เกี่ยวกับ การบริโภคเกลือ เสริมไอโอดีนที่ได้ มาตรฐาน	83.56	±9.70	84.67	±9.40	84.28	±9.52	20.93	<0.001
ทัศนคติเกี่ยวกับ การบริโภคสาร ไอโอดีน	1.90	±0.35	2.00	±0.32	2.00	±0.24	84.91	<0.001
พฤติกรรมการ บริโภคสาร ไอโอดีน	2.35	±0.45	2.55	±0.39	2.48	±0.42	245.13	<0.001
พฤติกรรมการ เก็บเกลือบริโภค เสริมไอโอดีนที่ ถูกต้อง	2.52	±0.62	2.68	±0.48	2.63	±0.54	159.60	<0.001

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่มีมาตรฐาน พิจารณาความสัมพันธ์โดยสถิติ logistic regression (multivariate analysis) จากค่า Odd Ratio ที่ปรับแล้ว

ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	1	
5,000-15,000 บาท	1.14	0.98-1.32
15,0001-20,000 บาท	1.34*	1.04-1.72
20,0001-30,000 บาท	1.05	0.73-1.51
30,000 บาทขึ้นไป	0.89	0.61-1.29
ความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีน		
น้อย	1	
ปานกลาง	0.56**	0.43-0.73
มาก	0.70*	0.52-0.94
ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการบริโภคสารไอโอดีน		
น้อย	1	
ปานกลาง	2.11	0.99-4.46
มาก	3.34**	1.63-7.25
ความรู้เกี่ยวกับแหล่งของสารไอโอดีน		
น้อย	1	
ปานกลาง	2.05**	1.60-2.63
มาก	3.03**	2.24-4.10
ความรู้เกี่ยวกับการเก็บเกลือบริโภคเสริมไอโอดีน		
น้อย	1	
ปานกลาง	2.67*	1.14-6.27
มาก	3.18*	1.35-7.47
ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคสารไอโอดีน		
ทัศนคติที่ดีน้อย	1	
ทัศนคติที่ดีปานกลาง	1.51**	1.21-1.90
ทัศนคติที่ดีมาก	4.06**	2.82-5.86

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่มีมาตรฐาน พิจารณาความสัมพันธ์โดยสถิติ logistic regression (multivariate analysis) จากค่า Odd Ratio ที่ปรับแล้ว (ต่อ)

ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI
พฤติกรรมการบริโภคสารไอโอดีน		
ไม่เคย	1	
บางครั้ง	5.52**	3.11-9.81
เป็นประจำ	8.93**	4.95-16.10
พฤติกรรมการเก็บเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนที่ถูกต้อง		
ไม่เคย	1	
บางครั้ง	1.88*	1.09-3.26
เป็นประจำ	1.83*	1.05-3.21

*P-value<0.05 ** P-value<0.001

ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนที่มารับบริการวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ณ จุดบริการโรงพยาบาลขอนแก่น

สงกรานต์ กลั่นดวง

(วันที่รับบทความ: 23 พฤศจิกายน 2564; วันที่แก้ไข: 13 ธันวาคม 2564; วันที่ตอบรับ: 25 มกราคม 2565)

บทคัดย่อ

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนที่มารับบริการวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ณ จุดบริการโรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนกรกฎาคม – กันยายน 2564 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งเป็นเครื่องมือในการดำเนินงานเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ ปีงบประมาณ 2563 (แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคโควิด-19) ของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 310 คน สามารถอ่านออกเขียนได้ และสนใจที่จะให้ข้อมูล วิเคราะห์โดยใช้เชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานใช้ t-test และ Anova.

ผลการศึกษา พบว่า ร้อยละ 62.90 เป็นเพศหญิง อยู่ในกลุ่มอายุ 20 - 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 59.68 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 40 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.10 การศึกษา อยู่ในระดับปริญญาตรี/ปวส. ร้อยละ 59.68 รองลงมาเป็น ระดับ มัธยมศึกษา/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 33.23 ด้านความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 99.68 และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดีมากเช่นกัน ร้อยละ 89.35 เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไวรัสโควิด-19 พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p - value = 0.023$ ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า มีเฉพาะระดับการศึกษาที่ต่างกันมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p - value 0.05$ แต่ยังค้นเคยกับวิถีชีวิตเดิมทุกเพศทุกวัยต้องการไปร่วมงานสังสรรค์หรือมีกิจกรรมรวมกลุ่ม ดังนั้น จึงควรมีการให้คำแนะนำการป้องกันตนเอง การให้ข้อมูลข่าวสารการป้องกันโรคโควิด-19 ผ่านช่องทางสื่อโซเชียลต่างๆ หรือวิทยุโทรทัศน์อย่างต่อเนื่อง ที่สำคัญทุกภาคส่วนต้องช่วยกันกระตุ้นหรือจัดสถานที่ การใช้อุปกรณ์ในการป้องกันตนเองของผู้ใช้บริการ เช่น การตรวจวัดอุณหภูมิ, การเว้นระยะห่างทางสังคม, สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย, การล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์, งดรับประทานอาหารและเครื่องดื่มร่วมกัน รวมทั้งการจัดกิจกรรมของภาครัฐต้องเน้นย้ำเป็นไปในรูปแบบใหม่ในทุกกิจกรรมเพื่อเป็นแบบอย่างให้กับประชาชน

คำสำคัญ : ความรู้ด้านสุขภาพ, โรค โควิด-19, พฤติกรรมสุขภาพ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลขอนแก่น,

Corresponding author : สงกรานต์ กลั่นดวง email : songord.k@gmail.com

Health literacy and preventative behaviors for coronavirus disease-2019 (COVID-19) of the people who received the Vaccines against COVID-19 service at the service point of Khon Kaen Hospital

Songkran Klunduang

(Receive 23th November 2021; Revised: 13th December 2021; Accepted 25th January 2022)

บทคัดย่อ

This study aimed to descriptive study was to know health literacy and preventative behaviors for coronavirus disease-2019 (COVID-19) of the people who received the vaccines against COVID-19 service at the service point of Khon Kaen Hospital between July – September 2021. Data were collected by using a questionnaire on health behavior monitoring tools for fiscal year 2020 (Health literacy and health behaviors for the prevention of COVID-19) of the Division of Health Education Ministry of Health, calculate the sample size for 310 people, able to read and write and voluntarily provide information. Data analysis was done by descriptive statistic and analyzed the association with t-test, one-way anova statistics.

The relevant results shown that, 62.90 % were female, the age group 59.68 % were 20-39 years, 27.10 % of 40-59 years and graduated with Bachelor's degree/ High Vocational bachelor degrees. 59.68% followed by high school/vocational level accounted for 33.23%. 99.68 % Basic health knowledge in the prevention of COVID-19 and 89.35% behaviors in the prevention of COVID-19 at a very good level.

Compare basic health literacy and health behaviors in the prevention of COVID-19 males and females, it was found that Female baseline health literacy was significantly higher than that of males, p – value = 0.023. In terms of health behaviors, it was found that only different educational levels had mean scores on health behaviors that were significantly different p -value 0.05. but people are still familiar with the way of life and there need to had group activities for all ages and genders want to attend a party or have group activities. Therefore, self-protection advice should be given, providing information on the prevention of COVID-19, through various social media channels or radio, television continuously. Importantly, all sectors must help each other to stimulate, arrange a place or symbols.

User access to self-protection devices such as Testing, Social Distancing, Mask Wearing, Mask Wearing, No food or drink, including activities of government emphasis must be placed on being in a new way in every activity to be a role model for the people.

Keywords: Health Literacy, COVID-19, Health Behaviors

Registered Nurse (Professional Level), Health Education KhonKean Hospital

Corresponding author : email: songord.k@gmail.com

ความสำคัญและความเป็นมา

การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 (Covid-19) ได้เริ่มต้นเมื่อปลายปี พ.ศ. 2562 และลุกลามไปทั่วโลก สร้างความหวาดกลัวและส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจของประชากร และ เมื่อต้นเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 มีการระบาดใหญ่ (pandemic) ซึ่งเป็นการติดเชื้อทั่วโลกอย่างรวดเร็ว ตามประกาศขององค์การอนามัยโลก เมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563¹ จากสถิติเมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2564 ทั่วโลกมีผู้ป่วยติดเชื้อ 267 ล้านคน เสียชีวิต 5.24 ล้านคน สำหรับการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 รอบแรกในประเทศไทย พบผู้ป่วยต้องสงสัยรายแรกเมื่อวันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2563 เป็นนักท่องเที่ยวหญิงชาวจีน อายุ 74 ปี ซึ่งเดินทางมาถึงกรุงเทพมหานคร โดยเที่ยวบินจากนครอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน และจากการรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล ณ วันที่ 8 ธันวาคม 2564 พบผู้ป่วย 2.15 ล้านคน เสียชีวิต 21,034 คน ประเทศไทยได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) (ศบค.) ซึ่งเป็นคณะกรรมการบริหารโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 แห่งชาติ ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ได้ประกาศภาวะฉุกเฉินของประเทศไทย โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนอยู่บ้าน (stay at home) ปฏิบัติงานที่บ้าน (Work from home: WFH) รักษาระยะห่างทางกายภาพ (physical distancing) รักษาระยะห่างทางสังคม (social distancing) สวมหน้ากากอนามัย และล้างมือบ่อยๆ² (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ซึ่งการประกาศ

ภาวะฉุกเฉิน ส่งผลให้ประชาชนต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทั้งหมดแม้ระบบควบคุมโรคของประเทศไทย มีการแยกผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งมีการติดตามผู้ที่สัมผัสเชื้อทุกราย และมีการตรวจเชื้อจากผู้ป่วยให้ได้อย่างรวดเร็ว แต่การระบาดในประเทศไทยก็ยังคง ดำเนินอย่างต่อเนื่อง และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของประชาชน เนื่องจาก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทางสังคม เศรษฐกิจ และการใช้เทคโนโลยี เหล่านี้ล้วนมีผลกระทบต่อตัวบุคคลทั้งสิ้น เช่น การเรียนตักงาน สมาชิกครอบครัวต้องอยู่ห่างกัน และมีการรักษาระยะห่างทางสังคม (social distancing) รวมถึง สัมพันธภาพในครอบครัว และชุมชนลดลง ทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนไปเกิดผลกระทบกับรายได้ รวมทั้งการใช้ชีวิตประจำวันที่ต้องปรับเปลี่ยนไป³ สำหรับสถานการณ์การระบาดและการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในจังหวัดขอนแก่น ข้อมูล ณ วันที่ 8 ธันวาคม 2564 พบว่า มีผู้ป่วยสะสม 26,181 คน เสียชีวิต 86 คน เฉพาะอำเภอเมืองขอนแก่นผู้ป่วยสะสม 8,336 คน เสียชีวิต 24 คน จังหวัดขอนแก่นมีมาตรการในการเฝ้าระวังติดตามผู้ที่เดินทางกลับมาจากประเทศกลุ่มเสี่ยงที่มีการระบาดของ เชื้อไวรัสโควิด-19 โดยความร่วมมือทั้งจากฝ่ายปกครอง สาธารณสุข กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัคร สาธารณสุข (อสม.) เฝ้าระวังในพื้นที่อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง และนับถึงวันที่ 1 ก.ค. 2564 ได้มีประกาศจังหวัดขอนแก่น 12 เรื่องมาตรการการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ฉบับที่ 44 เพื่อให้การดำเนินมาตรการด้านสาธารณสุข โดยมุ่งเน้นความปลอดภัยของประชาชนใน

เขตพื้นที่จังหวัดขอนแก่นเป็นสำคัญสามารถขับเคลื่อนควบคู่ไปกับกิจกรรมทางเศรษฐกิจและสังคม จึงมีความจำเป็นต้องยกระดับมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคจนกว่าสถานการณ์ในภาพรวมจะเป็นปกติ เช่น ห้ามจัดกิจกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่โรคงดจำหน่ายสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ห้ามดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในร้าน มาตรการป้องกันโรคของสถานประกอบการ เช่น บริการตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย ทุกคนสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า จัดให้มีที่ล้างมือด้วยสบู่ แอลกอฮอล์ หรือน้ำยาฆ่าเชื้อโรค เป็นต้น⁴

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นกระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อประกอบการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเองให้ดีอยู่เสมอ⁵ สาธารณสุขไทยให้ความสำคัญและได้กำหนดไว้ใน แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ข้อที่หนึ่ง กำหนดไว้ว่า “ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มากขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง” ถ้าประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดี ทำให้บุคคลสามารถเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ สามารถให้ข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้อง มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ในทางตรงกันข้ามหากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ดีจะส่งผลมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมป้องกันโรคน้อยลง การเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลบ่อยครั้งขึ้น ไม่เข้าใจเกี่ยวกับ

การปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องตามคำแนะนำ และส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น⁶ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกเป็น 3 ระดับ⁷ คือ 1) ระดับพื้นฐาน (Functional health literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และ เขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและการมีพหุทธิปัญญา และ 3) ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น ซึ่งระดับนี้จะเน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล และการมีส่วนร่วมผลักดันสังคมไปพร้อมกัน ถึงแม้ระดับที่ 3 จะเป็นระดับความรอบรู้ที่ต้องการแต่ความรอบรู้ระดับพื้นฐานเป็นเรื่องจำเป็นในการดูแลสุขภาพสำหรับทุกคนที่ควรจะต้องมีและอยู่ในระดับดีขึ้นจากการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องโรคการปฏิบัติตัวและการได้รับวัคซีนโควิด-19 ของประชาชน กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานผู้สูงอายุและผู้พิการพบว่าอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 19.6⁸ การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี 2562 พบว่าภาพรวมคนไทยและเขตสุขภาพที่⁷ รวมทั้งการศึกษา ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและหลักพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของบุคลากรครู ในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง, ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง^{10,11} ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ในการป้องกันตนเองจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดภูเก็ต ระดับดี¹² จะเห็นได้ว่าการศึกษาในแต่ละพื้นที่ แต่ละ

ช่วงเวลา และกลุ่มเป้าหมายมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตาม โรคอุบัติใหม่อย่างโรคโควิด-19 เป็นโรคระบาดที่องค์การอนามัยโลกหรือแม้แต่กระทรวงสาธารณสุขของไทยได้มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 สำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง ที่ประชาชนทุกคนจำเป็นต้องปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองจากการจากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนที่มารับบริการวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ณ จุดบริการโรงพยาบาลขอนแก่น

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนที่มารับบริการวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ณ จุดบริการโรงพยาบาลขอนแก่น
2. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของประชาชนที่มารับบริการวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ณ จุดบริการโรงพยาบาลขอนแก่น

นิยามศัพท์เฉพาะ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ความรอบรู้และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคล ในการที่จะกลั่นกรอง ประเมินและตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการ และผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 หมายถึง การปฏิบัติ หรือไม่ปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันและลดการแพร่เชื้อโควิด-19 ตามคำแนะนำ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 3 มกราคม 2564

การดำเนินการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Studies) กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่มารับบริการวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ณ จุดบริการโรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนกรกฎาคม – กันยายน 2564 คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง การประมาณค่าสัดส่วนกรณีไม่ทราบจำนวนประชากรหรือไม่สามารถนับจำนวนได้¹³ จากการรายงานผลการเฝ้าระวังสถานการณ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานและพฤติกรรมดูแลสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวและคนต่างด้าว ตำบลท่าจีน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร โดย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2563 ผลการประเมินระดับพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานระดับดีมาก ร้อยละ 72 คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 310 คน สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจงตามคัดเลือกรandom sampling คือ กลุ่มผู้มารับบริการวัคซีน ณ จุดบริการโรงพยาบาลขอนแก่น สามารถอ่านออกเขียนได้ สมารถใจที่จะให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถามครบถ้วน

เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้เครื่องมือในการดำเนินงานเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ ปีงบประมาณ 2563 (แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคโควิด-19) ของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข¹⁴

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยมีการใช้รหัสของข้อมูลแทนการระบุตัวตนรวมถึงในส่วนของการตอบแบบสอบถาม หากอาสาสมัครวิจัยรู้สึกไม่สบายใจในการให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถามสามารถขอถอนตัวจากการวิจัยได้ทันที ข้อมูลขออาสาสมัครผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ เฉพาะนักวิจัยเท่านั้นที่เข้าถึงข้อมูลได้ จะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และจะทำลายข้อมูลทันทีที่วิเคราะห์ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานใช้ t-test และ Anova

ผลการศึกษา พบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 37.10 เพศหญิง ร้อยละ 62.90 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 20 - 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 62.9 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 40 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.10 ระดับการศึกษาส่วนมาก อยู่ในระดับปริญญาตรี/ปวส. ร้อยละ 59.68 รองลงมาเป็น ระดับ มัธยมศึกษา/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 33.23 การประกอบอาชีพส่วนมากมีอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 30.32 รองลงมาเป็นข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 17.10 และ พนักงานบริษัท คิดเป็นร้อยละ 8.06 กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลในครั้งนี้นั้นส่วนมากมารับวัคซีนเข็มที่ 1 ร้อยละ 89.35 และเข็มที่ 2 ร้อยละ 10.56

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

	รายละเอียด	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	N=310		
	ชาย	115	37.10
	หญิง	195	62.90
อายุ	ต่ำกว่า 20 ปี	18	5.81
	อายุ 20 – 39 ปี	195	62.90

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

รายละเอียด	จำนวน	ร้อยละ
อายุ 40 – 59 ปี	84	27.10
อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	13	4.19
การศึกษา		
1. ประถมศึกษา	22	7.10
2. มัธยมศึกษา/ปวช.	103	33.23
3. ปริญญาตรี/ปวส.	185	59.68
อาชีพ		
1. เกษตรกรรม	30	9.68
2. อุตสาหกรรม	20	6.45
3. รับจ้างทั่วไป	5	1.61
4. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	53	17.10
5. พนักงานบริษัท	25	8.06
6. ค้าขาย	94	30.32
7. อื่น ๆ ระบุ	83	26.77
ค้าขาย	26	
พนักงานรัฐ	20	
ธุรกิจส่วนตัว	10	
แม่บ้าน ลูกจ้าง ว่างงาน	27	
การมารับบริการ		
มารับวัคซีนเข็มที่ 1	277	89.35
มารับวัคซีนเข็มที่ 2	33	10.65

ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานในการป้องกันโรคโควิด-19

ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในการป้องกันโรคโควิด-19 จะมุ่งเน้นการวัดความสามารถและทักษะที่จำเป็นขั้นต้น 2 ทักษะคือ ทักษะการเข้าถึงแหล่งข้อมูล/บริการสุขภาพที่ถูกต้อง และทักษะการมีความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ในการป้องกันโรคโควิด-19

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกเป็น 4 ระดับคือ ระดับไม่ดี ระดับพอใช้ ระดับดี ระดับดีมาก โดยมีระดับเป้าหมาย ควรเป็นระดับดีมาก ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 99.68 คือความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก ส่งผลต่อการมีพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 อย่างถูกต้อง มีความผิดพลาดน้อยมาก ซึ่งเป็นความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับเป้าหมาย และอยู่ในระดับดี จำ คิดเป็นร้อยละ 0.32 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในการป้องกันโรคโควิด-19 เท่ากับ 11.68 (SD= 0.92) ซึ่งเป็นค่าเฉลี่ยที่อยู่ในระดับเป้าหมาย

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในการป้องกันโรคโควิด-19

ระดับความรอบรู้	ความหมายของระดับความรอบรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี ส่งผลต่อการมีพฤติกรรม	1	0.32
ระดับดีมาก	หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างถูกต้อง มีความผิดพลาดน้อยมาก	309	99.68

ค่าเฉลี่ย 11.68 (SD = 0.92) ค่าคะแนนต่ำสุด 7 คะแนน ค่าคะแนนสูงสุด 14 คะแนน

ตอนที่ 3 การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการโรคโควิด-19 ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

คะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 หมายถึง การปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตัว เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพฯ จำแนกออกเป็น 4 ระดับ คือ ระดับไม่ดี ระดับพอใช้ ระดับดี ระดับดีมาก โดยมีระดับเป้าหมาย ควรเป็นระดับดีถึงดีมาก

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19

อยู่ในระดับดีมากคิดเป็นร้อยละ 89.35 คือ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้องในระดับดีมาก มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 น้อย รองลงมาเป็นระดับดีมากคิดเป็นร้อยละ 2.90 แต่ยังมีกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับไม่ดีคิดเป็นร้อยละ 6.13 กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมในระดับเป้าหมาย (ดีถึงดีมาก) คิดเป็นร้อยละ 92.26 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 มีค่าเฉลี่ย 8.43 (sd= 2.28) ซึ่งเป็นค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในระดับดีมาก

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19

ระดับพฤติกรรม	ความหมายของพฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่ดี	แสดงว่า มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพยังไม่เพียงพอ มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 สูง	19	6.13
ระดับพอใช้	แสดงว่า มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้องระดับพอใช้ มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 ปานกลาง	5	1.61
ระดับดี	แสดงว่า มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้องในระดับดี มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 ค่อนข้างน้อย	9	2.90
ระดับดีมาก	แสดงว่า มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้องในระดับดีมาก มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 น้อย	277	89.35

ค่าเฉลี่ย 8.43 (SD = 2.28) ค่าคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน ค่าคะแนนสูงสุด 10 คะแนน

เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไวรัสโควิด-19 ระหว่างเพศชายและเพศหญิง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าเพศชาย 0.29 (SD =1.34) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

p – value = 0.023 (95% CI 0.04-0.53) และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไวรัสโควิด-19 พบว่า เพศหญิงมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าเพศชาย แต่ทั้งเพศชายและเพศหญิงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ p – value = 0.65 (95% CI 0.41-0.65)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานและพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันโรคไวรัสโควิด-19 ระหว่างเพศชายและเพศหญิง

	Obs	Mean	SD	Mean.diff	sd.diff	p - value	95% CI
ความรู้ด้านสุขภาพ							
ชาย	115	11.46	1.05	0.35	0.11	<u>0.023</u>	0.04-0.53
หญิง	195	11.75	0.80				
พฤติกรรมสุขภาพ							
ชาย	115	8.35	2.23	0.12	0.27	0.65	0.41-0.65
หญิง	195	8.47	2.32				

เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไวรัสโควิด-19 ระหว่างจำแนกตามอายุ การศึกษาและอาชีพ ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพพบว่าทั้งอายุ การศึกษาและอาชีพมีความแตก

ต่างกันอย่างไม่มีความสำคัญทางสถิติ p-value 0.95, 0.68 และ 0.39 ตามลำดับ ด้านพฤติกรรมสุขภาพพบว่า มีเฉพาะระดับการศึกษาที่ต่างกันเท่านั้นมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value 0.05

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกตามอายุ การศึกษา อาชีพ

รายละเอียด	Sum of square	df	Mean	F	Sig.
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ					
อายุ					
ระหว่างกลุ่ม	0.31	3	0.10	0.12	0.95
ภายในกลุ่ม	258.71	306	0.85		

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกตามอายุ การศึกษา อาชีพ (ต่อ)

รายละเอียด	Sum of square	df	Mean	F	Sig.
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ					
การศึกษา					
ระหว่างกลุ่ม	0.64	2	0.32	0.38	0.68
ภายในกลุ่ม	258.38	307	0.84		
อาชีพ					
ระหว่างกลุ่ม	5.34	6	0.89	1.06	0.39
ภายในกลุ่ม	253.68	303	0.84		
พฤติกรรมสุขภาพ					
อายุ					
ระหว่างกลุ่ม	0.58	3	0.19	0.04	0.99
ภายในกลุ่ม	1611.22	306	5.27		
การศึกษา					
ระหว่างกลุ่ม	31.41	2	15.71	3.05	0.05*
ภายในกลุ่ม	1580.38	307	5.15		
อาชีพ					
ระหว่างกลุ่ม	33.58	6	5.60	1.07	0.38
ภายในกลุ่ม	1578.21	303	5.21		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 99.68 และมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 11.68 (SD=0.92) คือความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก ซึ่งเป็นความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับเป้าหมายซึ่งสอดคล้องกับรายงานผลการเฝ้าระวังสถานการณ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน ครั้งที่ 3⁹ พบว่าส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 99.5 แต่แตกต่างจากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ในการป้องกันตนเองจากไวรัสโคโรนาพันธุ์ใหม่ 2019 ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดภูเก็ต พบว่าอยู่ในระดับดี¹² และโครงการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องโรค การปฏิบัติตัวและการได้รับ วัคซีนโควิด-19 ของประชาชน กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ พบว่าอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 19.6⁸ แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ประชาชนยังเข้าไม่ถึงและมีบางส่วนร้อยละ 11.11 ไม่รู้ว่าเป็นสายด่วน 1422 เป็นแหล่งข้อมูลความรู้เรื่องโรคโควิด-19 ด้านพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 พบว่าอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 89.35 และค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.43 (sd= 2.28) คือ มีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่ถูกต้องในระดับดีมาก เป็นพฤติกรรมในระดับเป้าหมาย (ดีถึงดีมาก) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ

ไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี¹⁵ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99.80 สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน การรับรู้ความรุนแรงและพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของวัยรุ่นในเขตตำบลสะเต็งนอก อำเภอเมือง จังหวัดยะลา¹⁶ พบว่า วัยรุ่นมีความถี่ในการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ระดับมากร้อยละ 91.4 และพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID19) ของกำลังพลที่ปฏิบัติงาน สายแพทย์ ศูนย์อำนวยการแพทย์ จังหวัดชายแดนภาคใต้¹¹ พบว่า การรับรู้และพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมากที่สุด ($\mu = 4.50$, $O = 0.44$) และ ($\mu = 4.50$, $SD = 0.44$) และสอดคล้องกับการเฝ้าระวังสถานการณ์ “พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. แนววิถีชีวิตใหม่ (New normal)” ของประชาชน¹⁷ พบว่า อยู่ในระดับดี ร้อยละ 97.3 และค่าคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย เท่ากับ 13.78 (SD.=1.25) รายงานผลการเฝ้าระวังสถานการณ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน และพฤติกรรมดูแลสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน ครั้งที่ 3⁹ พบว่า การปฏิบัติตัวส่วนใหญ่อยู่ในระดับเป้าหมาย ร้อยละ 99.3 และอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 97.4 ระดับดีร้อยละ 1.9 และการศึกษาพฤติกรรม ของประชากรโลกในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19¹⁸ พบว่า คนไทยมีพฤติกรรม การสวมหน้ากากอนามัยบ่อยและบ่อยที่สุด ร้อยละ 95 และล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ ร้อยละ 89 ซึ่งถือว่าสูงที่สุดในกลุ่มประเทศอาเซียน จาก การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการใช้ของ ส่วนตัว เช่น จาน ช้อน ส้อม แก้วน้ำ ผ้าเช็ดหน้า

โทรศัพท์ ฯลฯ ร่วมกับผู้อื่นและยังไปร่วมงานสังสรรค์ หรือกิจกรรมการรวมกลุ่ม การที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารจากศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินที่ได้ให้ข้อมูลทุกวันและมีการเน้นย้ำให้เห็นถึงความรุนแรงของโรคที่มีต่อสุขภาพและอาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของประชาชนที่ถูกต้องได้¹⁹

เมื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไวรัสโควิด-19 พบว่า เพศต่างก็มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ $p - value = 0.023$ และระดับการศึกษาที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไวรัสโควิด-19 ต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ $p-value 0.05$ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าเพศชาย เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไวรัสโควิด-19 ระหว่างเพศชายและเพศหญิง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p - value = 0.023$ ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า มีเฉพาะระดับการศึกษาที่ต่างกันมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p-value 0.05$ ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 โดยรวมต่างกัน เพศหญิงมีความระมัดระวังใส่ใจต่อสุขภาพมากกว่าเพศชาย ทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ที่แตกต่างจากเพศชาย เช่น การใส่ใจในความสะอาดของการล้างมือหลังการเข้าห้องน้ำที่แตกต่างจาก

เพศชาย และสอดคล้องกับการ สอดคล้องกับการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกำลังพลที่ปฏิบัติงานสายแพทย์ ศูนย์อำนวยการแพทย์จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า กำลังพลที่มีการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป ปฏิบัติงานในส่วน บ.ก. และมีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป มีการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่ากำลังพลมีการศึกษาด้านต่ำกว่าปริญญาตรี คนที่มีความรู้มากจะมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดีมาก มากกว่ากลุ่มที่มีความรู้ต่ำ และความรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง ($r = .327$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับใด ($p-value = .000$) ธานี กล่อมใจ^{20,21,22,23} หากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงหรือเพียงพอจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี เช่น มีภาวะสุขภาพที่ดี ลดอัตราป่วย ลดอัตราการเข้ารักษาในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ²⁴ ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีจะมีการสืบค้นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพไม่ดี²⁵ ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวทำให้ไม่สามารถประเมินภาวะสุขภาพหรือจัดการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดความล่าช้าในการมารับบริการ ถ้าหากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมเนื่องจากประชาชนขาดการดูแลตนเอง ทำให้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น ต้องใช้ยารักษาโรคที่มีราคาแพง โรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพต้องรับ

ภาระหนักและไม่สามารถสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้²⁶

จากการศึกษานี้ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี แต่ประชาชนยังคุ้นเคยกับวิถีชีวิตเดิม และมีความต้องการที่จะมีกิจกรรมการรวมกลุ่มทุกเพศทุกวัย ต้องการไปร่วมงานสังสรรค์หรือมีกิจกรรมรวมกลุ่ม ดังนั้น จึงควรมีการให้คำแนะนำการป้องกันตนเอง การให้ข้อมูลข่าวสาร การป้องกันโรคโควิด-19 อย่างต่อเนื่อง การให้ข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อกระตุ้นเตือนให้ใส่ใจในการป้องกันตนเอง ให้ตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้น ที่สำคัญทั้งภาครัฐและเอกชนต้องร่วมมือกันสื่อสารส่งเสริมสนับสนุนการให้ประชาชนได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ให้รวดเร็วและมากที่สุด ซึ่งเป็นแนวทางที่องค์การอนามัยโลกใช้เป็นเครื่องมือในการป้องกันโรคโควิด-19

ข้อเสนอแนะ

1. การให้ความรู้และการกระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่องในประเด็นที่ประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคโควิด-19 ได้แก่

(1) การใช้ของส่วนตัว เช่น จาน ช้อน ส้อม แก้วน้ำ ผ้าเช็ดตัว โทรศัพท์ ฯลฯ ร่วมกับผู้อื่น

(2) การไปร่วมงานสังสรรค์ หรือกิจกรรมการรวมกลุ่ม

(3) การกินอาหารร่วมกับผู้อื่น

ผ่านช่องทางสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ เช่น ไลน์ Facebook หรือสื่อทางวิทยุ โทรทัศน์ อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้ประชาชนตระหนักเห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง

2. การศึกษาการจัดกิจกรรมการรวมกลุ่ม

ตามวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่นในยุค New normal เพื่อป้องกันการเกิด cluster ใหม่ในรูปแบบใหม่ๆ เช่น งานเลี้ยงอาหารชุด งานเลี้ยงอาหารกล่อง หรือร่วมงานเลี้ยงแต่ห่ออาหารกลับไปกินที่บ้าน

3. ศึกษาประชาชนที่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 แล้ว มีการติดเชื้อโควิดและมีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโควิด-19 หรือไม่ อย่างไร

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น ผู้บริหาร และคณะทำงานศูนย์บริการวัคซีนโควิด-19 ของโรงพยาบาลขอนแก่น หัวหน้ากลุ่มงานสุขศึกษา เจ้าหน้าที่กลุ่มงานสุขศึกษาและผู้รับบริการวัคซีนป้องกันโควิด-19 ทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือทุกขั้นตอน ที่ทำให้การดำเนินงานวิจัยนี้ประสบผลสำเร็จ ขอขอบคุณที่ปรึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. [เข้าถึงเมื่อ 9 พฤศจิกายน 2564]. แหล่งที่มา: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no604-290864.pdf>
2. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 9 พฤศจิกายน 2564]. แหล่งที่มา: <https://ddc.moph.go.th>
3. บัญชา เกิดมณี, สุรัชย์ ธรรมทวีธิกุล, ญาณพินิจ วชิรสุรงค์, บดินทร์ชาติ สุขบท, และสมบัติ ทิมทรัพย์, 2563. แนวคิดและทิศทางการแก้ปัญหาโควิด-19. วารสารก้าวหน้าโลกวิทยาศาสตร์ ปีที่ 20 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2563.

4. (ประกาศจังหวัดขอนแก่น เรื่องมาตรการ การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ฉบับที่ 44 จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค โควิด -19 มีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมและ ผู้ติดเชื้อรายใหม่ของประเทศ.[อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 9 ธันวาคม 2564]. แหล่งที่มา: http://www.khonkaen.go.th/khonkaen6/COVID19/COVID_DOC/COVID19-44.pdf)
5. World Health Organization. Health Promotion Glossary. Geneva: WHO; 1998. p.1-10
6. ชนวนทอง ธนสุกาญจน์. [อินเทอร์เน็ต]. 2560. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. [เข้าถึงเมื่อ 8 พฤศจิกายน 2564]. แหล่งที่มา: http://doh.hpc.go.th/data/HL/HLO_chanuanthong.pdf
7. Nutbeam, D. (2008). Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into Health 21st Century. Health Promotion International, 15(8), printed in Great Britain
8. ชนวนทอง ธนสุกาญจน์, วุฒรา รั้วไพบูลย์, นริมาลย์ นิละไพจิตร และณัฐนารี เอมยงค์. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องโรคการปฏิบัติตัว และการได้รับวัคซีนโควิด-19 ของประชาชน กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุและผู้พิการทางการเห็น. [เข้าถึงเมื่อ 8 พฤศจิกายน 2564]. แหล่งที่มา: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/5436/hs2723.pdf>
9. วิมล โรมาและสายชล คล้อยเอี่ยม. 2562. รายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข.
10. อรณรงค์ คงเรือง, อมรชัย ไตรคุณากรวงศ์, อนุรัตน์ สงค์อินทร์และ สิริมา มงคลสัมฤทธิ์. 2562. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและ หลักพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของบุคลากร ครูในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มีนาคม 2563 - สิงหาคม 2563
11. พัชรินทร์ มณีพงศ์, วลัยพร สิงห์จ้อย, สัญญา สุขชาและเพชรน้อย ศรีผุดผ่อง. 2563. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้าน สุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรี. The Journal of Boromarjonani College of Nursing Suphanburi Vol.3 No. 2 July – December2020)
12. ชญานิศ ลือวานิชและคณะ. 2563. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดำเนินชีวิต วิถีใหม่ในการป้องกันตนเองจากไวรัส โควิดสาายพันธุ์ใหม่ 2019' ของประชาชน ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดภูเก็ต. วารสารการ พยาบาลและสุขภาพ ปีที่ 14 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2563.
13. ธานินทร์ ศิลป์จารุ.2551. การวิจัยและ วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. พิมพ์ ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: บิสนิเนสอาร์แอนด์ดี. หน้า 46)

14. กองสุขศึกษา.[อินเทอร์เน็ต].2563. เครื่องมือในการดำเนินงานเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ ปีงบประมาณ 2563. เครื่องมือเฝ้าระวังสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (HL) และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ (HB) ในการป้องกันโรคโควิด-19 กลุ่มประชาชนทั้ง 12 เขตสุขภาพ. [เข้าถึงเมื่อ 8 พฤศจิกายน 2564]. แหล่งที่มา: <https://sites.google.com/view/hbhc-hed2563> <https://drive.google.com/file/d/13xailnOMvbE0pXnMhALUXoMvAmWISCDy/view>
15. ญัฐวรรณ คำแสน .2564. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2564.
16. ชูดา แวหะยี่. 2563. การรับรู้ความรุนแรง และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของวัยรุ่นในเขตตำบลสะเต็งนอก อำเภอเมือง จังหวัดยะลา. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน ปีที่ 6 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2563
17. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. การเฝ้าระวังสถานการณ์ “พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. แนววิถีชีวิตใหม่ (New normal)” ของประชาชน. [เข้าถึงเมื่อ 8 พฤศจิกายน 2564]. แหล่งที่มา: <https://drive.google.com/file/d/1zoGdFpdYT4vqUMnsy1jgXAewlyrhlp6/view>
18. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. 2564. การศึกษาพฤติกรรมของประชากรโลกในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19. วารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน พ.ศ.2563.
19. ธาณี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ และ ทักษิภา ชัยวรรัตน์. 2563. ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา ปีที่ 21 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2563.
20. จุฑาวรรณ ใจแสน. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของพนักงานสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. [เข้าถึงเมื่อ 8 พฤศจิกายน 2564]. แหล่งที่มา: <https://mmm.ru.ac.th/MMM/IS/sat16/6114060102.pdf> เข้าถึงข้อมูลเมื่อ 9 พ.ย. 2564.
21. ภักดิ์ฐ์ วีระขจร, โชคชัย ขวัญพิชิต, กิตติพร เนาว์สุวรรณ 3 และ นกษา สิงห์วีระธรรม 4. 2563.. การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกำลังพลที่ปฏิบัติงานสายแพทย์ ศูนย์อำนวยการแพทย์ จังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ.
22. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษาปีที่ 21 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2563. อัมมะห์ ภูนา, สุริยา จอมสุริยะ, สุปรียา แก้วสวัสดิ์และพัฒนศักดิ์ คำณินจันทร์. 2563.. การประเมินภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

2019 ในผู้สูงอายุ ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา. วารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพ ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม พ.ศ.2563

23. ธาณี กล่อมใจ จรรยา แก้วใจบุญ ทักษิมา ชัยวรรัตน์. 2563. ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา ปีที่ 21 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2563.
24. Cho, Young Ik & Lee, Shou-Yih D. & Arozullah, Ahsan M. & Crittenden, Kathleen S., 2008. “Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly,” Social Science & Medicine, Elsevier, vol. 66(8), pages 1809-1816, April.
25. Gladdar, Valerio, Carsia, & Hansen, [อินเทอร์เน็ต].2012. Adolescent Health Literacy: The Importance of Credible Sources for Online Health Information. [เข้าถึงเมื่อ 9 พฤศจิกายน 2564]. แหล่งที่มา: <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2011.00664>.
26. WHO. Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region. Individual Empowerment Conference Working Document. 7th Global Conference on Health Promotion. Kenya: Nairobi; 2009.

การพัฒนาโปรแกรม Triple P เพื่อกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ 7

ลักษณา สกุลทอง¹, ศรีญทิพย์ ชาลีเครือ²

(วันที่รับบทความ: 1 ตุลาคม 2564; วันที่แก้ไข: 21 พฤศจิกายน 2564; วันที่ตอบรับ: 25 มกราคม 2565)

บทคัดย่อ

การสร้างวินัยเชิงบวก เป็นการสร้างความผูกพันระหว่างผู้ดูแลและเด็ก มีความสำคัญต่อพัฒนาการทางร่างกายและจิตใจของเด็ก โดยพบว่า ระดับสติปัญญา และความสามารถในการอยู่ในสังคม มีความสัมพันธ์กับความผูกพันทางอารมณ์ที่มั่นคงระหว่างมารดากับเด็ก การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยโปรแกรม Triple-P (โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม DSPM Family Preschool Parenting Program) ที่มีต่อความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างเด็กและผู้เลี้ยงดูหลักที่ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองเด็กปฐมวัยที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 20 คู่ เด็ก - ผู้เลี้ยงดูหลัก โดยแบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 10 คู่ กลุ่มควบคุม 10 คู่ โดยที่กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรม Triple-P จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที แต่ละครึ่งทางกัน 1 สัปดาห์ รวม 4 กิจกรรม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลด้วยรูปแบบที่มีอยู่เดิม โดยประเมินซ้ำเมื่อจบโปรแกรมภายใน 2 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความถี่ในการสร้างวินัยเชิงบวกสูงกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าผู้เกี่ยวข้องควรนำกิจกรรม Triple-P ไปดำเนินการเพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะให้กับผู้ปกครองเด็กปฐมวัยขยายผลสู่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเลี้ยงดูเด็ก ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ต่อไป

คำสำคัญ : การสร้างวินัยเชิงบวกด้วยโปรแกรม Triple-P

¹นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ, ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7, ²ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น,

Corresponding author : ลักษณา สกุลทอง email : luxana2021@gmail.com

The Development of Triple-P, a DSPM-base Preschool Parenting Program for Enhancing Early Childhood Development in Area 7

Luxana Sakulthong Sarintip Charleekrua

(Receive 1st October 2021; Revised: 21st November 2021; Accepted 25th January 2022)

บทคัดย่อ

Positive discipline can positively create a bond between caregivers and children which is vital to the physical and mental development of children. It has been found that the level of intellectual abilities and abilities to live in society is associated with a stable emotional bond between a mother and a child. This quasi-experimental research aimed to study the effects of the Triple-P Program on an early childhood development program, focusing on the emotional bond between children and primary caregivers. The current study was carried out in Wapi Pathum District, Maha Sarakham Province. The sample group consisted of parents of early childhood children who voluntarily participated in the research activity. The participants were twenty pairs of a child and a caregiver. Ten pairs were put in an experimental group of ten pairs while another ten pairs were in a control group. The experimental group participated in the Triple-P activity four times for sixty minutes each time. Each time was one week apart with a total of four activities. The control group, on the other hand, had to follow the traditional model. The assessment was repeated at the end of the program within two weeks. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and independent t-test statistics.

The results showed the experimental group had a significantly higher level of frequency of positive discipline than those of the control group ($p < .05$). The results of this study suggest that stakeholders should implement Triple-P activities to enhance and build knowledge and skills for parents of children who are in early childhood. The results can be further extended to serve as a guideline for those involved in raising children in Area 7 in the future.

Keywords: positive discipline, Triple-P Program

¹Clinical Psychologist (Senior Professional Level), Mental Health center 7 khon kaen

²Dentist (Senior Professional Level), Regional Health Promotion Center 7 Khon kaen

Corresponding author : luxana Sakulthong email : email : luxana2021@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) เน้นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Development : HRD) เพราะเป็นกระบวนการสำคัญที่เสริมสร้างเปลี่ยนแปลงพัฒนาบุคลากรในด้านต่างๆ ทั้งด้านความรู้ความสามารถ ทักษะ และทัศนคติ อันจะนำไปสู่การ ปรับวิธีการ ทำงานให้มี ประสิทธิภาพสร้างความเข้มแข็งในการทำงาน จึงมีความสำคัญยิ่งในการวางรากฐานให้กับเด็กและเยาวชนที่จะเติบโตเป็นอนาคตสำคัญของประเทศชาติ ในการพัฒนาชาติบ้านเมืองให้เจริญและมั่นคง การเตรียมความพร้อมให้เด็กทุกคน สามารถก้าวสู่การแข่งขันด้านต่างๆ ในเวทีโลกได้นั้น เด็กต้องได้รับการพัฒนาอย่างเต็มศักยภาพ โดยเฉพาะด้านสติปัญญา เนื่องจากสติปัญญาหรือเชาวน์ปัญญา (IQ : Intelligence quotient) คือความสามารถในการแก้ปัญหา (problem solving ability) ด้วยหลักเกณฑ์ที่มีเหตุและผล มีความคิดที่แสดงความสามารถ ในเชิงภาษา ทักษะการสื่อสารด้วยคำพูดและมีทักษะทางสังคมมีความสนใจผู้อื่นตลอดจนสร้างปฏิสัมพันธ์ต่อกัน อย่างมีประสิทธิภาพ (Sternberg และคณะ, 1981 อ้างถึงใน จำลอง ดิษยวณิช, 2543.) ในความเป็นจริง เด็กแต่ละคน มีความแตกต่างกันมีพัฒนาการทางสติปัญญาไม่เท่าเทียมกัน ผู้ปกครอง และครูจำเป็นต้องตระหนัก และคำนึงถึงความแตกต่างของเด็ก และจำเป็นต้องส่งเสริมให้เด็กได้พัฒนาตามศักยภาพของตน

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่มีภารกิจสำคัญในการศึกษามิติส่งเสริม ป้องกัน และรักษาสุขภาพจิตของประชาชน ระดับสติปัญญาเป็นมิติสำคัญที่

เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตโดยตรง จึงได้ทำการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญา (IQ : Intelligence quotient) ของเด็กนักเรียนไทยในปี 2554 พบว่า IQ เฉลี่ยมีค่า 98.59 ซึ่งต่ำกว่าค่ากลางมาตรฐานสากล ซึ่งกำหนด IQ=100 เมื่อศึกษาในรายละเอียด ของประเทศพบว่า เด็กนักเรียนเกือบครึ่ง (48.5%) มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ต่ำ (IQ<100) มีนักเรียนระดับสติปัญญาบกพร่อง (IQ<70) อยู่ถึง 6.5% ซึ่งสูงกว่ามาตรฐานสากลที่ไม่ควรเกิน 2% (กรมสุขภาพจิต, 2554)

การวัดระดับสติปัญญาเป็นการเปรียบเทียบให้ทราบว่าเด็กคนหนึ่งมีความสามารถอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยสูงกว่าหรือต่ำกว่าระดับอายุ เมื่อเทียบกับเด็กที่อยู่ในระดับอายุเดียวกัน หลักสำคัญในการวัดเชาวน์ปัญญา คือ คัดกรองเด็กที่มีความต้องการพิเศษในด้านการเรียนรู้ ออกจากเด็กปกติ ทั้งเด็กนักเรียนที่มีความบกพร่องในการเรียนรู้ และเด็กนักเรียนที่มีอัจฉริยภาพสูง ทั้งนี้เพราะเด็กที่มีระดับสติปัญญาต่ำจะมีปัญหาความบกพร่องเรื่องการเรียนรู้ ไม่สามารถเรียนหนังสือได้ทันกับเพื่อนที่มีอายุวัยเดียวกัน เช่น เด็กอายุ 8 ปี แต่อายุสมองเท่ากับเด็กอายุ 6 ปี หากเรียนในชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 เหมือนเพื่อนวัยเดียวกัน จะมีปัญหาเรียนไม่ทันเพื่อน ครูอาจแก้ปัญหา โดยจัดให้เรียนคละชั้นกับเด็กอายุ 6 ปี โดยจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้ มีพัฒนาการเหมาะสมกับวัย ซึ่งในทาง ตรงกันข้าม เด็กที่มีระดับสติปัญญามากกว่าอายุจริง เช่น เด็กนักเรียนอายุ 8 ปี อายุสมองเท่ากับเด็กอายุ 12 ปี หากต้องเรียนในชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 กับเด็กอายุ 8 ปีเท่ากัน จะทำให้เด็กเบื่อ ไม่สนใจเรียน พ่อแม่ หรือครูอาจคิดว่า เด็กเกร ไม่ยอมเรียนหนังสือจึงลงโทษ ทำให้เด็กยิ่งเสีย

โอกาสในการพัฒนาสมองให้เต็มศักยภาพ (จันทน์กฤษณา ผลวิวัฒน์, 2557) การศึกษาระดับสติปัญญาของนักเรียนจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ได้ข้อมูล สำหรับการออกแบบกระบวนการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาระดับสติปัญญาของเด็กนักเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม

ผลการศึกษาระดับสติปัญญาของเด็กนักเรียนไทยในปี 2554 พบว่าในกลุ่มนักเรียนที่อยู่ในกลุ่มมีระดับสติปัญญา ต่ำกว่าเกณฑ์ 10 อันดับจังหวัด มีจังหวัดมหาสารคามมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 95.28 จึงเกิดข้อคำถาม ว่าเหตุใด จังหวัดที่มีชื่อว่าเป็นเมือง “ดักสिला” เป็นจังหวัดที่มีสถานศึกษามากมายเป็นศูนย์รวมของสถาบันการศึกษาระดับสูงเหตุใดเด็กนักเรียนจึงมีค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อให้มีความชัดเจนในข้อมูลจึงต้องมีการทดสอบซ้ำเพื่อให้ได้ข้อมูลยืนยันที่ชัดเจน ซึ่งจะ เป็นสารสนเทศ ให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาได้นำไปกำหนดนโยบาย แนวทางในการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ และกระบวนการเรียนรู้ ที่ช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองพัฒนาสมองให้เต็มศักยภาพ เพื่อให้ นักเรียนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ

สอดคล้องกับการสำรวจระดับสติปัญญา ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ประจำปี 2559 ของกรมสุขภาพจิต ด้วย SPM parallel version (Standard Progressive Matrices) พบว่า ระดับสติปัญญา เฉลี่ยของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในเขตสุขภาพที่ 7 เท่ากับ 94.28 โดยจังหวัดกาฬสินธุ์ เท่ากับ 93.33, ขอนแก่น พะ 93.12 มหาสารคาม 95.09 และ จังหวัดร้อยเอ็ด 96.15 ซึ่งเป็นระดับสติปัญญาที่ จัดอยู่ในระดับเกณฑ์

เฉลี่ยค่อนข้างมาทางต่ำ (ระดับสติปัญญาเกณฑ์ เฉลี่ย = 90 - 109) และพบนักเรียนกลุ่มเสี่ยง/ มีปัญหาจากแบบประเมิน

พฤติกรรมเด็ก (SDQ) และแบบสังเกต พฤติกรรม จำนวน 620 คน จากทั้งหมด ที่ทำการสำรวจ 1,191 คน คิดเป็นร้อยละ 52.06 นอกจากนี้ยังพบว่า เด็กมีปัญหาด้านความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ด้านดี ร้อยละ 13.45 ด้านเก่ง ร้อยละ 20.03 และด้านสุข ร้อยละ 15.65

สอดคล้องกับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการดำเนินงาน ในการส่งเสริมสุขภาพ ประจำปี งบประมาณ 2563 มีโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เพื่อ ส่งเสริมพัฒนาการทางด้าน IQ EQ ซึ่งกรมสุขภาพจิตได้เข้าร่วมดำเนินการด้วย โดยมีเป้าหมายในการดำเนินงาน คือ เด็กวัย 0-5 ปีมีพัฒนาการสมวัย

ร้อยละ 90 ซึ่งถือว่ายังเป็นปัญหาสำคัญ และเร่งด่วน ต้องรีบแก้ไขจาก การวิเคราะห์สถานการณ์ อย่างต่อเนื่อง เพื่อค้นหาปัจจัยที่ ส่งผลต่อระดับสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กไทยตั้งแต่ปี 2556 เป็นต้นมา พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อระดับสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กที่สำคัญ คือปัจจัยด้านครอบครัว ผู้ดูแลเด็ก ซึ่งขณะนี้พบว่าเด็กไทยมีโอกาสน้อยอยู่กับครอบครัวลดลง โดยอยู่กับพ่อและแม่ครบถ้วนเพียง ร้อยละ 62 มีเด็กถูกละเลยโดยพ่อหรือแม่ร้อยละ 14 คือ พ่อแม่ทำงานอยู่คนละจังหวัดร้อยละ 49 พ่อแม่แยกทางกันร้อยละ 32 พ่อหรือแม่เสียชีวิต ร้อยละ 8 และพบว่าประมาณร้อยละ 6 ของครัวเรือนทั่วประเทศ มากกว่า 1.4 ล้านครัวเรือน พ่อแม่ ไม่มีเวลาดูแลลูก เด็กถูกปล่อยให้อยู่กับ

ผู้สูงอายุหรือพี่เลี้ยงหรือฝากไว้ ที่ศูนย์เด็กเล็ก ทำให้ขาดการส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสม ขาดความรักความอบอุ่นระหว่างพ่อแม่ลูก ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของพัฒนาการที่ดีในทุกๆ ด้าน อีกทั้งยังขาดความรู้และทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ตามช่วงวัยที่เหมาะสม โภชนาการทางด้านอาหารยังไม่ครบถ้วนเพียงพอต่อการเจริญเติบโตที่สมวัย ส่งผลให้เด็กที่มีพัฒนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติกลับพัฒนาได้ไม่เต็มศักยภาพ และเติบโตมาเป็นเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ระดับสติปัญญาบกพร่อง เกิดความไม่มั่นคงทางอารมณ์และเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม อารมณ์

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 เล็งเห็นความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการและเตรียมความพร้อมของเด็ก ในช่วงปฐมวัย ผ่านการเลี้ยงดูที่มีคุณภาพโดยมีเป้าหมายของการเลี้ยงดูที่มีคุณภาพคือการที่เด็กมีความผูกพันทางอารมณ์กับผู้เลี้ยงดูที่มั่นคง ซึ่งจะส่งผลต่อเนื่องไปยังพัฒนาการที่ดีเต็มศักยภาพในทุกๆ ด้านรวมถึงการมีสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ที่ดีเมื่อเด็กเติบโตขึ้น จึงจัดทำโครงการพัฒนาเด็กไทยให้คิดเป็น คิดดี คิดให้ ด้วย โปรแกรม Triple - P (Positive Parenting Program) Base on DSPM (Developmental Surveillance and Promotion Manual) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้ พัฒนาทักษะและสร้างความเข้าใจด้านการดูแลเด็ก ปฐมวัยที่เหมาะสมแก่ผู้ปกครอง ผ่านกิจกรรมเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์และความผูกพันในครอบครัว การสร้างวินัยเชิงบวก รวมถึงการสร้างทักษะและทัศนคติที่ดีของผู้ปกครอง

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (DSPM Family Preschool Parenting Program : TIPPLE P กับผู้ปกครอง ให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7

สมมติฐานการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมสามารถเพิ่มทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกผู้ปกครองในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้

ขอบเขตการดำเนินการ

พื้นที่นำร่อง อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดมหาสารคาม

กรอบแนวคิดการวิจัย

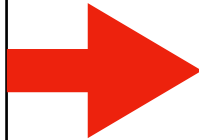
โปรแกรม Triple - P (Positive Parenting Program) การเสริมสร้างวินัยเชิงบวกที่พัฒนาโดยสถาบัน พัฒนาการเด็กราชชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2561) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1. การสร้างสายใย 2. การสร้างวินัย 3. การสร้างเด็กเก่งครั้งที่ 1 และ 4. การสร้างเด็กเก่งครั้งที่ 2 ซึ่งจะส่งผลต่อ ความรู้และทักษะการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง โดยมีสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. หลังสิ้นสุดโปรแกรม Triple P ผู้ปกครองมีพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปรต้น

โปรแกรมTriple P

- 1.การสร้างสายใย
- 2.การสร้างวินัย
- 3.การสร้างเด็กเก่งครั้งที่1
- 4.การสร้างเด็กเก่งครั้งที่ 2



ตัวแปรตาม

เพิ่มทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกผู้ปกครอง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ปกครองและครูศพด. มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลเด็กปฐมวัยที่เหมาะสม
2. เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการที่สมวัยจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลี้ยงดูของผู้ปกครองและครู ศพด.
3. เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างเป็นรูปธรรม

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ปกครองและครูศพด. นำโปรแกรม Triple P ไปใช้ในการเลี้ยงดูเด็ก
2. เด็กที่ผู้ปกครองเข้าร่วมโปรแกรม Triple P มีพัฒนาการที่สมวัย

วิธีการศึกษา

การทดลองหาประสิทธิภาพของโปรแกรม Triple P ที่พัฒนามาจากเครื่องมือกระตุ้นพัฒนาการเด็ก DSPM เพื่อกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย จังหวัดมหาสารคาม ครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Design) ชนิด Non-Equivalent Control Group Pretest – Posttest Design

กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรม Triple P เพื่อกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ปฐมวัยจังหวัดมหาสารคาม กลุ่มควบคุมไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม

Triple P เพื่อกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ปฐมวัย จังหวัดมหาสารคาม

การควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองโดยใช้หลัก Max Min Con

1. ใช้โปรแกรมTriple P เพื่อกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยจังหวัดมหาสารคาม ที่ผ่านการรับรองโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มาจัดกิจกรรมให้กลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมให้เรียนตามปกติ (Max)

2. ใช้เครื่องมือที่ได้หาคุณภาพก่อนนำไปทำการทดลอง (Min)

3. ใช้วิธีการจับคู่ (Matching) ทำให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนทักษะการกระตุ้นพัฒนาการก่อนการทดลองมีความเท่าเทียมกัน (Con)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรม Triple P เพื่อกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย จังหวัดมหาสารคาม คือ ผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในเขตพื้นที่วิจัย อำเภอกวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) โดยผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกผู้ปกครองเกณฑ์การคัดเลือกตามคุณสมบัติดังนี้

1. ผู้ปกครองที่มีเด็กปฐมวัยในปกครอง มีอายุระหว่าง 30 – 60 ปี
2. เป็นหลักในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัว
3. อาศัยอยู่จริงในพื้นที่วิจัย
4. สามารถพูดคุยกันรู้เรื่อง และสามารถตอบแบบสอบถามได้
5. มีความสนใจสมัครเข้าร่วมโครงการ
6. ให้ความร่วมมือในการวิจัยตลอดโครงการ

การคัดเลือกตามเกณฑ์และคุณสมบัติ ผู้วิจัยสุ่มอย่างง่ายอีกครั้งหนึ่งเลือกตัวแทนในตำบลเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมตัวแปร ที่ใช้ในการวิจัย คือแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 10 คู่ และกลุ่มควบคุม จำนวน 10 คู่ โดยวิธีการอาสาสมัครและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยกลุ่มตัวอย่างยินดีและเต็มใจให้ความช่วยเหลือและร่วมมือในการวิจัยตลอดโครงการ

เกณฑ์การคัดออก ในกรณีที่อาสาสมัครกระทำการใด ๆ อันส่งผลกระทบต่อโดยรวมทางด้านร่างกาย จิตใจ ตลอดจนสร้างเหตุรำคาญที่เป็นอุปสรรคต่อผู้วิจัย และต่ออาสาสมัครบุคคลอื่น ๆ หรือกรณีที่อาสาสมัครเสียชีวิต บุคคลนั้นจะถือว่าสิ้นสุดการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

ส่วนกลุ่มควบคุม จะได้รับความรู้จากคลินิกเด็กดี ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์เด็กเล็กตามปกติ

ตัวแปรที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรม Triple P เพื่อฝึกทักษะผู้ปกครองในการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ปฐมวัยจังหวัดมหาสารคาม คือ

- 1) ตัวแปรจัดกระทำ ได้แก่ โปรแกรม Triple P เพื่อฝึกทักษะผู้ปกครองในการกระตุ้นพัฒนาการ เด็กปฐมวัยจังหวัดมหาสารคาม (Training)

- 2) ตัวแปรตาม ได้แก่ ทักษะการกระตุ้นพัฒนาการของผู้ปกครอง

ขั้นตอนการดำเนินการ

ขั้นเตรียมการ ก่อนเริ่มโครงการและนำโปรแกรม Triple P เพื่อกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย จังหวัดมหาสารคาม โดยครอบครัวมีส่วนร่วม ลงไปปฏิบัติในกลุ่มเป้าหมาย ทีมแกนนำที่ประกอบไปด้วย ภาศิเครือข่ายในพื้นที่นัดหมายประชุมเพื่อระดมสมองวิเคราะห์บริบทปัจจัยที่มีผลต่อการทำกิจกรรม รวมทั้งวางแผนการดำเนินงานในระยะแรก มีข้อสรุปและความคิดเห็นประเด็นสำคัญอยู่ 2 ประเด็น

ประเด็นที่ 1 การสร้างพัฒนาทีมแกนนำในพื้นที่ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการใช้โปรแกรม Triple P เพื่อกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นการสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นบ้าน ครอบครัว ชุมชน บุคลากรทางการศึกษา และบุคลากรทางด้านสาธารณสุข

ประเด็นที่ 2 ทำแผนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทของเด็กและผู้ปกครองในพื้นที่ ส่วนนี้เป็นการ เตรียมแกนนำหรือทีมในพื้นที่ให้มีความพร้อม แต่ในส่วนของการนำโปรแกรมไปใช้ มีการเตรียมผู้นำกลุ่ม ด้วยการศึกษาคำความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการ หลักการส่งเสริมพัฒนาการ การจัดกิจกรรม เตรียมอุปกรณ์เตรียมเด็กและผู้ปกครองผ่านการประสานโรงเรียนและชุมชน เตรียมเครื่องมือที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คู่มือ เฝ้ารวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย Development Surveillance and Promotion Manual (DSPM) แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ และแบบประเมินทักษะผู้ปกครอง ในการฝึกวินัยเชิงบวก และการส่งเสริมพัฒนาการของพ่อแม่และผู้เลี้ยงดูในการ

ประเมินทั้งก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมครั้งนี้

ขั้นตอนการ เป็นการนำเอาโปรแกรม Triple P

เพื่อกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยจังหวัดมหาสารคาม นำลงสู่การปฏิบัติกับเป้าหมายนั้นคือเด็กปฐมวัยและพ่อแม่ ผู้ปกครองจำนวน 4 ครั้ง ซึ่งแต่ละครั้งมีระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับเด็กเมื่อเกิดสัมพันธภาพที่ดีจึงจะสร้างวินัย และความเก่งของเด็กได้ตามลำดับ กิจกรรมครั้งที่ 1 สร้างสายใย กิจกรรมครั้งที่ 2 สร้างวินัย กิจกรรมครั้งที่ 3 สร้างเด็กเก่ง 1 กิจกรรมครั้งที่ 4 สร้างเด็กเก่ง 2 ก่อนการจัดกิจกรรมแต่ละครั้งจะมีการประเมินพัฒนาการเด็กที่เข้าร่วมโปรแกรมด้วยคู่มือ เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย Development Surveillance and Promotion Manual (DSPM)

ขั้นตอนติดตามและประเมินผล

เป็นการสรุปบทเรียนจากการดำเนินงานเพื่อพัฒนาและปรับปรุงงานการใช้โปรแกรม Triple P เพื่อกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยจังหวัดมหาสารคามโดยครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วม ในขั้นนี้เป็นการประเมิน พัฒนาการเด็กที่เข้าร่วมโปรแกรมด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย Development Surveillance and Promotion Manual (DSPM) ครั้งที่ 4 (ครั้งสุดท้าย) ประเมินความฉลาดทางอารมณ์ โดยผู้ปกครองและครูศพด. และประเมินทักษะผู้ปกครองในการฝึกวินัยเชิงบวก และการส่งเสริมพัฒนาการ ของพ่อแม่ และ ผู้เลี้ยงดู รวมทั้งจากการสัมภาษณ์พ่อแม่ ผู้ปกครอง ที่ได้เข้าร่วมโครงการ มี 2 ประเด็น

คือ ความคิดเห็นของ พ่อแม่ผู้ปกครองและครูศพด. ต่อกิจกรรมที่ชอบและนำไปใช้ และสิ่งที่เกิดขึ้นหรือเปลี่ยนแปลง จากการที่ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรม ทั้งนี้ก็เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อเด็ก พ่อแม่หรือผู้ปกครอง ครูศพด. และคนในชุมชน ในระยะยาวต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติที่ใช้ในการอภิปรายผล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าพิสัย ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของพ่อแม่ผู้ปกครอง ก่อนการทดลองกับหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติที่เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของพ่อแม่ผู้ปกครองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติที่เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนการดำเนินการวิจัย โครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย ผู้วิจัยให้ข้อมูลการวิจัย และทำความเข้าใจเรื่องกระบวนการดำเนินการเก็บข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นความลับ จึงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตัดสินใจลงนามในหนังสือยินยอม

ตารางที่ 1 ระดับคะแนนเฉลี่ยทักษะสร้างวินัยเชิงบวกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับทักษะการ ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ของพ่อแม่ผู้ปกครอง	กลุ่มทดลอง				กลุ่มเปรียบเทียบ			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
สูง (3.67 – 5.00)	13	(32.5)	40	(100.0)	8	(20.0)	4	(10.0)
ปานกลาง (2.34 – 3.66)	27	(67.5)	0	(0.0)	32	(80.0)	36	(90.0)
ต่ำ (1.00 – 2.33)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
Min, Max	2.52, 4.00		3.68, 4.59		2.50, 4.00		2.48, 3.88	

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนทักษะการสร้างวินัยเชิงบวก กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ทักษะการสร้างวินัยเชิงบวก		n	M	S.D	t	p-value
กลุ่มทดลอง	ก่อนเข้าร่วม	10	3.47	0.39	8.68	<0.001*
	หลังเข้าร่วม	10	4.07	0.24		
กลุ่มควบคุม	ก่อนเข้าร่วม	10	3.37	0.37	-0.73	<0.473
	หลังเข้าร่วม	10	3.34	0.30		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนทักษะการสร้างวินัยเชิงบวก ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ทักษะการสร้างวินัยเชิงบวก		n	M	S.D	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	กลุ่มทดลอง	10	3.47	0.39	1.15	<0.254
	กลุ่มควบคุม	10	3.38	0.37		
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	กลุ่มทดลอง	10	4.06	0.24	12.01	<0.001*
	กลุ่มควบคุม	10	3.34	0.30		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

อภิปรายผล

การนำเอาโปรแกรม Triple P เพื่อกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยจังหวัดมหาสารคาม นำลงสู่การปฏิบัติ กับเป้าหมายนั้น คือการที่ต้องใช้กระบวนการที่ต้องอาศัยความรู้และทักษะ พัฒนาการและหลักการ การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย การสร้างความผูกพันเพื่อสร้างสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้เลี้ยงดู การสร้างวินัยเชิงบวก และความฉลาดทางอารมณ์ในกลุ่มเด็กปฐมวัยและพ่อแม่ ผู้ปกครอง และครูศพด.จำนวน 4 ครั้ง ซึ่งแต่ละครั้งมีระยะเวลาห่างกัน 1 เดือน กิจกรรมครั้งที่ 1 สร้างสายใย กิจกรรมครั้งที่ 2 สร้างวินัย กิจกรรมครั้งที่ 3 สร้างเด็กเก่ง 1 กิจกรรมครั้งที่ 4 สร้างเด็กเก่ง 2 (ตามโปรแกรม) พบว่าผู้ปกครองมีความรู้และทักษะในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยมากขึ้น เช่น ลดการตี เน้นคำชม มีการกอดการสัมผัสด้วยความรัก ส่งเสริมพัฒนาการให้เด็กเกิดความมั่นใจ นำความรู้ไปใช้กับตนเองและแลกเปลี่ยนกับคนในชุมชนได้เป็นอย่างดี เด็กได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในครอบครัว และชุมชน

สรุปผล

- 1) โปรแกรม Triple-P ส่งผลให้ผู้ปกครองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเชิงบวกเพิ่มมากขึ้น
- 2) ความผูกพันทางอารมณ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
- 3) กลุ่มทดลองมีความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเชิงบวกเพิ่มมากขึ้น และมากกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1) ผู้ที่จะนำโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการ

และสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (Preschool Parenting Program : Triple P) ควรได้รับการอบรมเพื่อให้เข้าใจวัตถุประสงค์ เกิดความรู้และทักษะ สามารถถ่ายทอดให้ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยสามารถนำไปใช้ในการเลี้ยงดูเด็กในชุมชนให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

- 2) การนำโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (Preschool Parenting Program: Triple P) ไปใช้ ควรศึกษาความเหมาะสมของกิจกรรมที่จะนำไปใช้ ให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายตลอดจนบริบทของพื้นที่ และควรมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและสถานการณ์ปัจจุบัน

- 3) หลักในการเลือกเพลงและกิจกรรมที่จะนำมาใช้ในการจัดกิจกรรม ควรมีความหมายชัดเจน ไม่มีความหมายอื่น เช่น ภาษาถิ่น พื้นบ้าน ยกตัวอย่างเช่น “ต๊ะตุ่มตวง” นิทานพื้นถิ่นควรเลือกเนื้อหาที่ให้ข้อคิด สอดแทรกคติธรรม สามารถเลือกได้ตามความเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการทำการศึกษากับกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 เพื่อส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กให้สมวัย
- 2) เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่สามารถประเมินผลหลังการจัดกิจกรรม 1 เดือน เพื่อติดตามความคงทนของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (Preschool Parenting Program: Triple P) เพื่อสร้างเป็นการสร้างความน่าเชื่อถือของโปรแกรมให้มากยิ่งขึ้นควรมีการติดตามผล เพื่อให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2539). *คู่มือวิทยากร โรงเรียนสำหรับพ่อแม่*. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต (2559). ผลการสำรวจ ไอคิวเด็กไทย 2559. สืบค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2564 จาก <https://www.dmh.go.th/ebook/result2.asp?id=383>
- กระทรวงศึกษาธิการ. (2541). *แผนพัฒนาการศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม ระยะที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544)*. กรุงเทพฯ : กระทรวงศึกษาธิการ.
- (2542). *แนวทางการดำเนินงานการปฏิรูปการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ*. กรุงเทพฯ : กระทรวงศึกษาธิการ.
- กลุ่มงานปฏิรูปการศึกษาขั้นพื้นฐาน. (2543). *การสร้างเครือข่ายพ่อแม่ผู้ปกครองที่มีบทบาท ในการศึกษาตามแนวพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ.
- กุลยา ตันติผลาชีวะ. (2544, ตุลาคม). “การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองกับโรงเรียน,” *การศึกษาปฐมวัย*. 5(4) : 30-37.
- ครูประถม.คอม. (2560). ทฤษฎี เชวอน ปัญญา. สืบค้นเมื่อวันที่ 16 ตุลาคม 2564 จาก https://www.krupatom.com/education_554
- เครือข่ายแกนนำ พ่อแม่ผู้ปกครอง และกลุ่มงานปฏิรูปการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. (2543). *ความร่วมมือระหว่างบ้านและโรงเรียน*. กรุงเทพฯ : ถ่ายเอกสาร.
- จรรจา สุวรรณทัต. (2545). “ระบบครอบครัวกับระบบสังคม,” ใน *ประมวลสารระชุดวิชาจิตวิทยา ครอบครัวและครอบครัวศึกษา หน่วยที่ 5-7*. หน้า 1-44. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- จันทน์กฤษณา ผลวิวัฒน์. (2547). *การวิเคราะห์แนวคิดและรูปแบบการจัดการศึกษา โดยครอบครัวในประเทศไทย*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- เชวอนปัญญา. สืบค้นเมื่อวันที่ 16 ตุลาคม 2564 จาก <http://blog.bru.ac.th/wp-content/uploads/bp-attachments/29418/บทที่-6-เชวอนปัญญา.pdf>
- ทีมงานทรูปลูกปัญญา. (2556). *ปัจจัยที่มีผลต่อระดับสติปัญญา*. สืบค้นเมื่อวันที่ 16 ตุลาคม 2564 จาก <https://www.trueplookpanya.com/tcas/article/detail/16553>
- ชีระ รุญเจริญ. (2545). *สภาพและปัญหาการบริหารและจัดการการศึกษาขั้นพื้นฐานของสถานศึกษา ในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ วิ.ที.ซี.คอมมิวนิคชั่น.
- นกนต ธรรมบวร. (2541). *รายงานการวิจัยประกอบการร่างพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ: บทบาทของครอบครัวกับการศึกษา*. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.
- นัยพินิจ คชภักดี. (2545). *พัฒนาสมองลูกให้ล้ำเลิศ*. กรุงเทพฯ : แพลน พับลิชชิง. ประเวศ วะสี. (2538, มกราคม). “ยุทธศาสตร์ทางปัญญาแห่งชาติ,” *ทิศทางไทย*. 10(13) :
- ปรีดาพรรณ อินทนิลศรี. (2541). *การศึกษาความต้องการของผู้ปกครองนักเรียนเกี่ยวกับกิจกรรมให้บริการชุมชนของโรงเรียนประชานิเวศน์ เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร*. ปริญญาโท กศ.ม.

- (การศึกษาผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ไผท สิทธิสุนทร. (2543 ก, เมษายน). “บทบาทของผู้ปกครองในโรงเรียน,” *สานปฏิรูป*. 3(25) : 22-23.
 - พนม พงษ์ไพบูลย์. (2542 ก). “การบริหารการศึกษากระทรวงเดียว,” ใน *การบริหารการศึกษา กระทรวงเดียว*. กรุงเทพฯ : คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. _____ . (2542 ข, ตุลาคม). “บทบาทใหม่ของโรงเรียนตามแนวทางแห่งพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ,” *วิชาการ*. 2(10) : 8.
 - พัทยา สายหู. (2541). ความเข้าใจเกี่ยวกับ *กลไกของสังคม*. กรุงเทพฯ : เคล็ดไทย.
 - พิมพ์พรรณ เทพสุเมธานนท์. (2527, กุมภาพันธ์). “การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครอง ของนักเรียนและครู,” *รวมคำแหง*. 9(2): 60-65.
 - รุ่ง แก้วแดง และปรีชา คัมภีรปกรณ. (2541). “การวางแผนด้านบุคลากร,” ใน *เอกสารการสอน ชุดวิชาการวางแผนพัฒนาโรงเรียน หน่วย 1-7*. หน้า 211-232. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
 - วิโรจน์ สารรัตน์. (2542). การบริหาร : หลักการ ทฤษฎี และประเด็นทางการศึกษา. กรุงเทพฯ
 - ศันสนีย์ ฉัตรคุปต์. (2542). *สิ่งแวดล้อมและการเรียนรู้สร้างสมองเด็กให้ฉลาดได้อย่างไร*. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ.
 - ศิริจันทร์รัตน์ ทองปาน. (2544). *รูปแบบและบทบาทการมีส่วนร่วมที่พึงประสงค์ของผู้ปกครอง : ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ปกครองที่เป็นกรรมการโรงเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ สส.ม.(สังคมสงเคราะห์ทางการศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
 - สุนน อมรวิวัฒน์. (2543). *ปฏิรูปการเรียนรู้ ผู้เรียนสำคัญที่สุด ฉบับพ่อแม่*. กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี.
 - สุทัศน์ ขอบคำ. (2540). รูปแบบการกระจายอำนาจการจัดการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ. *ปริญญาานิพนธ์ กศ.ด.(การบริหารการศึกษา)*. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
 - สุพัตรา สุภาพ. (2531). *สังคมและวัฒนธรรม*. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. _____ . (2539). *สังคมวิทยา*. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
 - เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์. (2537). “ปัญหาและแนวโน้มเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารการศึกษา,” ใน *สัมมนาปัญหาและแนวโน้มทางการบริหารการศึกษาหน่วย 5-8*. หน้า 177-266. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. (2539). *การบริหารโรงเรียนตามแนวทางปฏิรูปการศึกษา*. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ.

- _____. (2543 ก). พระราชบัญญัติ การศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์การศาสนา.
- _____. (2543 ข). รายงานการวิจัย รูปแบบและพัฒนากิจการการจัดการศึกษา โดยครอบครัวในสังคมไทย. กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี.
- _____. (2543 ค). *Partnership for Family Involvement in Education*. กรุงเทพฯ : กลุ่มงานบริการข้อมูล อินเทอร์เน็ต.
- _____. (2544 ค). บทบาทเครือข่าย พ่อแม่ ผู้ปกครองและครูในการร่วมพัฒนา การเรียนรู้ สำนักงานคณะกรรมการ การศึกษาแห่งชาติ. (2544 จ). สรุปข้อคิด เห็นเครือข่ายพ่อแม่ ผู้ปกครองเพื่อการปฏิรูปการเรียนรู้. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการ การศึกษาแห่งชาติ.
- _____. (2544 ฉ). *สาระสำคัญ การปฏิรูปการเรียนรู้ ผู้เรียนสำคัญที่สุด*. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการ การศึกษาแห่งชาติ.
- _____. (2544 ช). *สาระสำคัญที่ เกี่ยวกับบทบาทของบิดามารดา ผู้ปกครอง ชุมชนและผู้เรียนตามแนวทางพระราช บัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการ การศึกษาแห่งชาติ.
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน กระทรวงศึกษาธิการ. (2536). “มาตรฐาน คุณภาพการศึกษาของสถานศึกษาเอกชน,” การศึกษาเอกชน. กรุงเทพฯ : กรมศาสนา.
 - อภิญญา เวชยชัย. (2544). รายงานการ วิจัย เรื่องการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ ผู้ปกครองในการพัฒนาการศึกษา. กรุงเทพฯ : วัฒนาพานิช.
 - อุ้นตา นพคุณ. (2528). “การมีส่วนร่วม ของประชาชนในกระบวนการพัฒนา,” การศึกษากับการมีส่วนร่วมของประชาชน. กรุงเทพฯ : กลุ่มศึกษาปัญหาและทิศทาง การศึกษาไทย.
 - อำไพ สุจริตกุล และคณะ. (2533). *การอบรมเลี้ยงดูเด็กตามวิถีไทย: การศึกษา เชิงมนุษยวิทยา*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
 - Berger, E.H. (1995). *Parents as Partners in Education*. New Jersey: Merrill.
 - Douglass, M. (1970. May). “Some Perspective on the Phenomenon of Participation,” *Adult Education Journal*. 20 (2) : 88-98.
 - Dusseldorp, V.D. (1981). *Participation in Planned Development*. New York : Wageningen.
 - Epstein, J.L. (1982. July). “Teachers’ Reported Practices of Parent Involvement: Problems and Possibilities,” *The Elementary School Journal*. 83(2) : 103-113.
 - Epstein, J.L. & Becker. H.J. (1982. November). “Parent Involvement : A Survey of Teacher Practices,” *The Elementary School Journal*. 83(2) : 85-102.

- Epstein, J.L. and others. (1997). School, family, community partnerships : Your handbook for action. Thousand Oaks : Corwin Press.
- Grolnick, S.W. & Slowiaczek, L.M. (1994, December). "Parent's Involvement in Children's Schooling : A Multidimensional Conceptualization and Motivational Model.," *Child Development*. 65 (7) : 237-252.
- Shadid, W., Wil P. and others (1982). Access and Participation : A Theoretical Approach in Participation of the poor in Development. NewYork : McGraw-Hill.
- Whitmann, R.F. & Boase, P.H. (1983). Speech Communication : Principles and Contexts. New York : Macmillan Publishing.
- This entry was posted in การพยาบาลเด็ก. Bookmark the perma



ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

195 ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

โทร. 043-235902-5 โทรสาร. 043-243416

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johpc7>