

JPHRI

วารสารวิจัย และนวัตกรรมทางสาธารณสุข

Journal of Public Health Research and Innovation

ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 (กันยายน - ธันวาคม 2567)

Vol. 2 No. 3 (September - December 2024)

ISSN : 2822-0382



ชื่อวารสาร	วารสารวิจัย และนวัตกรรมทางสาธารณสุข Journal of Public Health Research and Innovation	
เจ้าของ ที่ปรึกษา	คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ คณบดีคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา รองคณบดีฝ่ายวิจัย และบริการวิชาการ รองศาสตราจารย์ สราวุธ สุธรรมาสา	
บรรณาธิการ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตัม บุญรอด	
กองบรรณาธิการ	ศาสตราจารย์ ดร.พรพิมล กองทิพย์	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นุจริัย แซ่จิว	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนันญา จิระพรกุล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤตปักษ์ ตันต้อมรกุล	มหาวิทยาลัยพะเยา
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิริณธ์ กิตติพิชัย	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชฎาภรณ์ อึ้งเจริญ	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
	ดร.ปทุมรัตน์ ศรีพันธุ์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
	เภสัชกรหญิง ดร.บุญศรีสมิ์ ศิริทรัพย์	กระทรวงสาธารณสุข
	ดร.เจษฎา สุวรรณธรณ์	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น
	ดร.สุภาวดี พันธุมาศ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ดร.พิชชาดา ประสทธิโชค	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
	รองศาสตราจารย์ ดร.โสเมศรี เดชารัตน์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดุชนิย์ สุวรรณคง	มหาวิทยาลัยทักษิณ
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์.ดร. วันลก ดิษสุวรรณ	มหาวิทยาลัยทักษิณ
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิรุณรัตน์ แซ่ลิ้ม	มหาวิทยาลัยทักษิณ
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยมล พิทักษ์ ภาวศุทธิ	มหาวิทยาลัยทักษิณ
กองจัดการวารสาร	อาจารย์วิชาดา สิมลา	มหาวิทยาลัยทักษิณ
	ดร.สุพานต์ มณีโลกย์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
	อาจารย์สุธีร์ อินทร์รักษา	มหาวิทยาลัยทักษิณ
	อาจารย์วิชาดา สิมลา	มหาวิทยาลัยทักษิณ
	นางสาวอาทิตยา จันทระ	มหาวิทยาลัยทักษิณ

วัตถุประสงค์	1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ 2. เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ข่าวสาร ความคิดเห็นประสบการณ์ทางด้านสาธารณสุข 3. เพื่อส่งเสริมให้เกิดความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ 4. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมงานวิชาชีพ
กำหนดออก	กำหนดออก ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม
รูปแบบเล่มขนาด	A4
การเผยแพร่	ออนไลน์ (Online)
การติดต่อ	กองจัดการวารสารวิจัย และนวัตกรรมการสาธารณสุข คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ เลขที่ 222 หมู่ 2 ตำบลอบ้านพร้าว อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง 93210 Phone: 074 - 609613 ต่อ 4218 Email: btum@tsu.ac.th

บทบรรณาธิการ

วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสาธารณสุข (Journal of Public Health Research and Innovation) ได้ออกปีที่ 2 ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม 2567) มีบทความวิจัย จำนวน 4 เรื่อง โดยเฉพาะที่มีเนื้อหาที่เป็นองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับโรค COVID-19 การส่งเสริมสุขภาพ และงานโภชนาการสาธารณสุข ได้แก่ 1) พฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ของประชาชนในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล 2) ระยะเวลา และปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิด ในครัวเรือน อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง 3) ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษา อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง 4) ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการตรวจสอบกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ในนามของบรรณาธิการวารสารขอขอบคุณคณะที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิ (peer review) ที่กรุณาประเมินบทความวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์สำหรับการปรับปรุงบทความให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ตลอดจนผู้สนับสนุนที่เตรียมต้นฉบับตรงตามรูปแบบตามที่วารสารกำหนด เป็นไปตามมาตรฐาน

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสาธารณสุข คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ มุ่งมั่นที่จะเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ ด้วยความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ เป็นสื่อกลางสำหรับการแลกเปลี่ยนความรู้ ข่าวสาร ความคิดเห็นประสบการณ์ทางด้านสาธารณสุข ตลอดจนสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมงานวิชาชีพเพื่อพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพได้มาตรฐานที่กำหนด วารสารขอเชิญชวนผู้ที่มีผลงานด้านสาธารณสุข และสาขาที่เกี่ยวข้อง ส่งผลงานเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์

ท้ายสุดนี้วารสารขอขอบคุณผู้อ่านทุกท่านที่ให้ความสนใจวารสารนี้ (<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jphri/index>) หากมีข้อเสนอแนะประการใดกรุณาส่งมาได้ที่กองบรรณาธิการวารสารวิจัย และนวัตกรรมทางสาธารณสุข btum@tsu.ac.th จะเป็นพระคุณยิ่ง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตัม บุณรอด

บรรณาธิการวารสารวิจัย และนวัตกรรมทางสาธารณสุข

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการตรวจส่องกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี Effects of a Structured Educational Information Program on Patients Anxiety Before Cystoscopy at Surat Thani Hospital รัชฎาภรณ์ เรืองจันทร์ Ratchadaporn ruangjun	1
พฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) ของประชาชนในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล Self-protective behavior during the COVID-19 pandemic among people in Thung Wa District, Satun Province กรรณิกา ปานศิริ, วรณัฐ สงเกิด, อภิชาติ ไชยจิตต์ Kannika Pansiri, Worranut Songkaed, Apichat Chaiyajit	12
ระยะเวลา และปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดในครัวเรือน อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง Duration and risk factor for infection with Covid-19 among household contacts in Kong Ra District, Phatthalung Province วรรณภา สุตาติ, วิลาสินี มากชุม, สุดา ขำนุรักษ์ Wannapa Sutati, Wilasinee Makchumco, Suda Khumnurak	24
ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษา อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง The effect of nutritional promotion program among school children in Kong-Ra district, phatthalung province วรารณ หวันมาแสะ, โนริซัน ลีเฮียง, สุดา ขำนุรักษ์ Waraporn Wanmasae, Norisan Leehang, Suda Khumnurak	40

JPHRI

วารสารวิจัย และนวัตกรรมทางสาธารณสุข

Journal of Public Health Research and Innovation



Original research

Citation:

รัชฎาภรณ์ เรืองจันทร์. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการตรวจสอบกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในอำเภอรังษี จังหวัดสงขลา. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสาธารณสุข. 2567;2(3):1-11.

วันรับ: 4 ต.ค. 2567

วันแก้ไข: 22 พ.ย. 2567

วันตอบรับ: 23 ธ.ค. 2567

ผู้นิพนธ์ประสานงาน:

รัชฎาภรณ์ เรืองจันทร์;

Email: ruanganr@gmail.com

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการตรวจสอบกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

รัชฎาภรณ์ เรืองจันทร์¹

¹โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

บทคัดย่อ

บทนำ: การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนแก่ผู้ป่วยก่อนการตรวจสอบกล้องระบบทางเดินปัสสาวะเป็นการเตรียมความพร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการตรวจ ส่องกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ รวมถึงผู้ป่วยที่ขาดความรู้ความเข้าใจ การปฏิบัติตัวเรื่องการตรวจสอบกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ เมื่อได้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนช่วยลดความวิตกกังวลได้

วิธีการศึกษา: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อน และหลังการทดลอง (Two-group quasi-experimental research with a pre-test and a post-test) วัดดูประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการตรวจสอบกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีกับกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการคลินิกระบบทางเดินปัสสาวะ จำนวน 60 ราย กลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) คู่มือการปฏิบัติตัวก่อนการส่องกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบสอบถามความวิตกกังวล ที่มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.98 และค่าความเชื่อมั่นโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test, Fisher exact test, Paired t-test, Independent t-test

ผลการศึกษา หลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการตรวจ ส่องกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ ระหว่างกลุ่มทดลอง (Mean = 38.10, SD = 6.14) และกลุ่มควบคุม (Mean = 41.00, SD = 3.59) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value < 0.05)

สรุปผล: โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการตรวจสอบกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ ดังนั้นควรนำโปรแกรมนี้นี้มาใช้กับผู้ป่วยก่อนได้รับการตรวจสอบกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ความวิตกกังวล การตรวจสอบกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ

Original research

Effects of a Structured Educational Information Program on Patients Anxiety Before Cystoscopy at Surat Thani Hospital

Citation:

Ratchadaporn ruangjun. Effects of a Structured Educational Information Program on Patients Anxiety Before Cystoscopy at Surat Thani Hospital. Journal of Public Health Research and Innovation. 2024;2(3):1-11.

Ratchadaporn ruangjun¹

¹ Surat Thani Hospital, Surat Thani Province

Abstract

Introduction: Providing patients with structured information with a pre-urinary tract examination guide is a preparation for both physical and mental, resulting in patients behaving correctly and preventing complications after cystoscopy, as well as reducing anxiety.

Methods: This research was a quasi-experimental design with two groups of pretest-posttest design. The objective was to compare the structured information provision with the manual on the anxiety of patients before cystoscopy at Surat Thani Hospital with the group receiving normal information. The sample consisted of 60 patients receiving services at the urology clinic, divided into an experimental group of 30 patients and a control group of 30 patients. The samples were selected by purposive sampling. The tools used in this research were. 1) Guidelines for conduct before cystoscopy, 2) Personal data questionnaire, and 3) Anxiety questionnaire before cystoscopy, which had a content validity index of 0.98 and a reliability value by Cronbach's alpha coefficient of 0.96. Data were analyzed using descriptive statistics, mean, percentage, standard deviation, and inferential statistics, including the Chi-square test, Fisher exact test, Paired t-test, and independent t-test.

Results: After participating in the structured information provision program. The results showed that the experimental group had moderate anxiety (Mean = 38.10, SD = 6.14), while the control group had moderate anxiety (Mean = 41.00, SD = 3.59). The difference was statistically significant at (p-value < 0.05).

Conclusions: The structured information program can reduce the anxiety of patients before cystoscopy. Therefore, this program should be used in patients before cystoscopy.

Keywords: The structured information program, anxiety, cystoscopy

Received: 4 Oct 2024

Revised: 22 Nov 2024

Accepted: 23 Dec 2024

Correspondence to

Ratchadaporn ruangjan;
Email: ruangjanr@gmail.com

บทนำ

โรกระบบทางเดินปัสสาวะเป็นโรคที่พบบ่อย และเป็นสาเหตุทำให้มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ประเทศสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์ผู้ที่เป็นโรคทางเดินปัสสาวะเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะเพิ่มขึ้น 75% แต่ยังไม่แพร่กระจายไปยังกล้ามเนื้อ และมีการเกิดซ้ำ 50-70 % ของผู้ป่วย¹ โรคมะเร็งต่อมลูกหมากก็มีอัตราการกลับมาเป็นซ้ำสูง² จากสถิติสมาคมระบบทางเดินปัสสาวะนานาชาติ พบว่ามีผู้ป่วยโรกระบบทางเดินปัสสาวะที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ร้อยละ 46.2³ จากข้อมูลของสำนักงานนโยบาย และยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีพ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีผู้ป่วยระบบทางเดินปัสสาวะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล 58,526 คน โดยภูมิภาคที่มีผู้ป่วยสูงสุด คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 25,631 คน คิดเป็นอัตราป่วย 116.67 คน ต่อประชากร 100,000 คน⁴ สำหรับโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ แผนกผู้ป่วยนอก มีผู้ป่วยโรกระบบทางเดินปัสสาวะ ปิงปประมาณ 2564-2566 มีจำนวน 5,875, 5,238 และ 5,430 ตามลำดับ⁵ คลินิกศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะรักษาผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากหลายโรค เช่น การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่นี้วในระบบทางเดินปัสสาวะ มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ โรคต่อมลูกหมากโต ปัสสาวะเป็นเลือด ซึ่งมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง

การส่องกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ (Cystoscope) เป็นหัตถการที่มีความสำคัญ และจำเป็นสำหรับการตรวจรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง ทำให้แพทย์สามารถมองเห็นพยาธิสภาพของท่อปัสสาวะ หูด ต่อมลูกหมาก รูเปิดท่อไตทั้งสองข้างและกระเพาะปัสสาวะได้อย่างชัดเจนโดยทำการใส่เครื่องมือผ่านทางท่อปัสสาวะเพื่อตรวจวินิจฉัยหาสาเหตุของโรคและรักษาโรกระบบทางเดินปัสสาวะ ปัจจุบันเครื่องมือสำหรับการส่องกล้องมี 2 ประเภท คือ เครื่องมือแบบยืดหยุ่นได้ (Flexible cystoscope) สามารถโค้งงอได้ตามกายวิภาคของท่อปัสสาวะทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดน้อยขณะทำการหัตถการ และเครื่องมือแบบทื่อตรง (Rigid cystoscope) กล้องมีความคงทน ดูแลรักษาง่ายและมีราคาถูกกว่ากล้องแบบยืดหยุ่นได้⁶ หลังจากส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะเสร็จสิ้นแล้ว อาจมีความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น ปวดบริเวณท่อปัสสาวะ ปัสสาวะมีสีแดงจางๆ ปัสสาวะออกเป็นลิ่มเลือด หรือปัสสาวะไม่ออก

ปัสสาวะแสบขัด และมีไข้สูง

ก่อนการตรวจสอบกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ ความไม่รู้ข้อมูลหรือเหตุการณ์ที่คุกคามเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล⁷ ความวิตกกังวลมีผลทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระดับความ วิตกกังวลของผู้ป่วยแต่ละคน⁸ ความวิตกกังวลจะแสดงออกมาใน ลักษณะอาการไม่สบายใจ ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา หรือหลีกเลี่ยง การตรวจรักษา cystoscopy นอกจากนี้ความวิตกกังวลจะส่งผลกระทบต่อร่างกายทำให้เกิดอาการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อเกร็งนอนไม่หลับ อ่อนล้า และอาจตื่นต่อด้านไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจ³ ความวิตกกังวลจึงเป็นอุปสรรคอย่างมากในการตรวจเพื่อวินิจฉัยและหาสาเหตุที่แท้จริงของโรคทางเดินปัสสาวะ สอดคล้องกับการศึกษาของ Gleason ในปี ค.ศ.2013 ที่พบปัญหาของกลุ่มผู้ใหญ่รวมถึงผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาโรคทางเดินปัสสาวะมีความ วิตกกังวล และต้องการความรู้จากบุคลากรทางสุขภาพก่อนเข้ารับการรักษาหัตถการ⁹

การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนแก่ผู้ป่วยด้วยคู่มือการปฏิบัติตัวก่อนได้รับการตรวจสอบกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย เป็นการเตรียมความพร้อมทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ¹⁰ ปัจจุบันมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อลดความวิตกกังวล มากมาย การให้การดูแลอย่างมีแบบแผนจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยและญาติ⁹ และจากการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยในผู้ป่วย ผ่าตัดช่องท้องต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด พบว่า ภายหลังที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ความวิตกกังวลลดลง⁷ ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าผู้ป่วยที่ขาดความรู้ความเข้าใจ การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนด้วยคู่มือการปฏิบัติตัว แก่ผู้ป่วยก่อนการตรวจสอบกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังตรวจการส่องกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ รวมทั้งสามารถลดความวิตกกังวลลงได้ ซึ่งผู้วิจัยหวังว่าการศึกษานี้จะช่วย ให้ หน่วยงานคลินิกศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ มีคู่มือการปฏิบัติตัวก่อนได้รับการ

ตรวจสอบกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ ส่งผลทำให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบทางเดินปัสสาวะมีคุณภาพ ยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนของผู้ป่วยก่อนได้รับการตรวจสอบกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนกับกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Two groups, pretest-posttest control group design) มีระเบียบวิธีการวิจัย ดังนี้

กลุ่มประชากร ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกระบบทางเดินปัสสาวะที่แพทย์นัดการส่องกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 60 ราย ระหว่างเดือนมกราคม 2567– เดือนมีนาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกระบบทางเดินปัสสาวะที่แพทย์นัดการส่องกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 60 ราย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม จำนวน 30 ราย และกลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย ผู้วิจัยได้เลือกเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในช่วงระหว่าง เดือนมกราคม 2567– เดือนมีนาคม 2567 กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive random sampling) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรม G*Power โดยการเลือก Means : difference between two independent means (Two groups) และกำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ 0.82 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significance) ที่ระดับ 0.05 ($\alpha = 0.05$) และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ระดับ 0.80 จากค่าอิทธิพลของงานวิจัยที่ได้ศึกษามีค่าเท่ากับ 1.29 มีค่ามากกว่า 0.80 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ ในการศึกษาครั้งนี้ จึงใช้ขนาดอิทธิพล

เท่ากับ 0.80 คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 27 ราย คำนวณตัวอย่างเพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10^{11} คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องระบบทางเดินปัสสาวะเป็นครั้งแรกไม่เคยเข้ารับการผ่าตัดใดๆ มาก่อน 2) อายุอยู่ระหว่าง 20-70 ปี เพราะส่วนใหญ่ผู้รับบริการเป็นผู้สูงอายุ 3) ยินยอมเข้าโครงการวิจัย 4) รู้สึกตัวดี สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการอ่าน การฟัง และการเขียนได้ 5) ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกพิเศษศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะแผนกผู้ป่วยนอก เกณฑ์การคัดออก ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (Exclusion criteria) ผู้ร่วมวิจัยไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบทุกข้อ

โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างสลับกันโดยสัปดาห์แรกเป็นกลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่สองเป็นกลุ่มทดลองสลับกันไปจนครบตามจำนวน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 ราย เป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 30 ราย และกลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูล 9 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 1, 3, 5, 7, 9 เก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมและสัปดาห์ที่ 2, 4, 6, 8 เก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง (Contamination) ในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย หากพบว่ามีภาวะแทรกซ้อนหรือมีอาการของโรคกำเริบจะพิจารณาให้กลุ่มตัวอย่างหยุดเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งส่งผู้ป่วยพบแพทย์เพื่อดำเนินการรักษาอาการให้ดีขึ้นในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ไม่พบกลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) คู่มือการปฏิบัติตัวก่อนเข้ารับการส่องกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนได้รับการส่องกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. สร้างคู่มือการปฏิบัติตัวก่อนการตรวจสอบกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ มีขั้นตอนการพัฒนา ดังนี้

1.1. ศึกษาเนื้อหาความรู้ในคู่มือการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับวิธีการส่องกล้องทางเดินปัสสาวะขั้นตอนการตรวจสอบกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ ความหมายของการตรวจสอบ

กล้องระบบทางเดินปัสสาวะมีภาพประกอบ จากเอกสารและตำราต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

1.2. ความรู้ในการให้คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองและวิธีการส่องกล้องทางเดินปัสสาวะประโยชน์ของการส่องกล้องทางเดินปัสสาวะและการปฏิบัติตัวภายหลังการส่องกล้องรวมถึงภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ให้บริการ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ทั้งหมด 7 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยอ่าน และกาเครื่องหมายกากลงในแบบสอบถาม

3. แบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ป่วยซึ่งผู้วิจัยนำมาจาก Spielberger¹² ชื่อว่า Stage Anxiety : From X-I ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยแล้วโดย ธาตรี นนทศักดิ์ สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต และดราวรรณ ต๊ะปินตา¹³ จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ได้รับการยอมรับว่ามีความตรงและเป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลาย ซึ่งแบบสอบถามความวิตกกังวลนี้ประกอบด้วยข้อถามแสดงถึงความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลแบ่งระดับความรู้สึกเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ เป็นความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ ได้แก่ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และข้อที่ 20 ส่วนข้อที่เป็นความรู้สึกทางลบ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 และข้อ 18 การให้คะแนนขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อคำถาม ดังนี้ ข้อความที่แสดงความรู้สึกทางลบ ความวิตกกังวลในระดับมากที่สุด ให้ 4 คะแนน และความวิตกกังวลไม่มีเลย ให้ 1 คะแนน ส่วนข้อความที่แสดงความรู้สึกทางบวก ความวิตกกังวลในระดับมากที่สุด ให้ 1 คะแนน และความวิตกกังวลไม่มีเลย ให้ 4 คะแนน คะแนนความวิตกกังวล เป็นคะแนนรวมซึ่งมีค่าต่ำสุด 20 คะแนน สูงสุด 80 คะแนน เมื่อได้คะแนนรวมแล้วนำคะแนนมาแบ่ง 3 ระดับ แบ่งระดับคะแนนได้ ดังนี้

คะแนนรวมน้อยกว่า 41 หมายถึง ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 41-60 หมายถึง ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนรวมมากกว่า 60 หมายถึง ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คู่มือการปฏิบัติตัวก่อนการส่องกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนได้รับการส่องกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ เสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญการส่องกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านวิชาการ อีก 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนนความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item objective congruence: IOC) เมื่อพบว่าความครอบคลุมทางเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา พิจารณาความสอดคล้อง ระหว่างสาระคำถามกับนิยามตัวแปร รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง และนำไปหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.98 ซึ่งค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ที่มีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ ที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป และค่าความเชื่อมั่นโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.96 หลังจากนำเครื่องมือทดสอบความเที่ยงคลินิ ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขออนุญาตรับรองจริยธรรมในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีพร้อมโครงร่างวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขออนุมัติในการดำเนินการวิจัย

2. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่าง และแนะนำตัวกับกลุ่มทดลองเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าโครงการชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ประโยชน์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับกิจกรรม และอธิบายการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย และให้กลุ่มทดลองลงนามในแบบฟอร์มใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นจึงเริ่มดำเนินการกิจกรรมตามที่กำหนดกับกลุ่มทดลอง และให้การพยาบาลในรูปแบบปกติกับกลุ่มควบคุม

3. นำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ แปลผล และสรุปผลการวิจัยต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยวิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกสลับกันโดยสุ่มแบบง่ายเป็นกลุ่มควบคุมสุ่มแบบง่ายเป็นกลุ่มทดลองสลับกันไปจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 60 ราย เป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย กลุ่มทดลอง 30 ราย ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูล 9 สัปดาห์

1.1. สัปดาห์ที่ 1 ,3 ,5, 7, 9 เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุม ที่ได้รับการให้ข้อมูลตามปกติของพยาบาล ครั้งที่ 1 ดำเนินการที่ห้องตรวจคัดกรองทางเดินปัสสาวะ ภายหลังพบแพทย์ ขออนุญาต ให้ข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนได้รับการส่องกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ (Pre- test) โดยอธิบายการรักษาโดยการส่องกล้องทางเดินปัสสาวะ การนัดหมายและการเตรียมความพร้อมก่อนส่องกล้องทางเดินปัสสาวะ ใช้เวลาประมาณ 5 นาที หลังจากนั้นประเมินผล (Post-test) ครั้งที่ 2 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวล ในวันนัดก่อนรับการส่องกล้องระบบทางเดินปัสสาวะซึ่งเป็นชุดเดียวกับระยะก่อนการทดลอง (Pre-test) ใช้เวลา ประมาณ 8 นาที

1.2 สัปดาห์ที่ 2, 4, 6, 8 เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง ที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนด้วยคู่มือการปฏิบัติตัวก่อนเข้ารับการส่องกล้องระบบทางเดินปัสสาวะหลังพบแพทย์นัดส่องกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบครั้งที่ 1 โดย การสร้างสัมพันธภาพขออนุญาต ให้ข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างแบบสอบถาม (Pre-test) ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวลและให้คู่มือการปฏิบัติตัวก่อนเข้ารับการส่องกล้องระบบทางเดินปัสสาวะรวมทั้งใบนัดกลับบ้าน ใช้เวลาประมาณ 8 นาที พบกลุ่มตัวอย่าง ครั้งที่ 2 ในวันนัดมาส่องกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนด้วยคู่มือการปฏิบัติตัวก่อนเข้ารับการส่องกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม (Post-test) แบบประเมินความวิตกกังวลก่อนการส่องกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ ใช้เวลา ประมาณ 10 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Chi-square test, Fisher exact test 2) เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลภายใน กลุ่มด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนและหลังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test) 3) เปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนและหลังในกลุ่มทดลอง และก่อนและหลังในกลุ่มควบคุม (Paired t-test)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ฉบับที่ 014/67 ลงวันที่ 29 มกราคม 2567

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุม เป็นเพศชาย 22 คน ร้อยละ 73.30 เพศหญิง 8 คน ร้อยละ 26.70 มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 36.70 ซึ่งเท่ากับอายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 36.70 (Mean = 63.60, SD = 14.60) สถานภาพคู่ ร้อยละ 66.67 รองลงมาสถานภาพหม้าย ร้อยละ 26.66 จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.30 รองลงมาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 10.00 มีรายได้อยู่ในช่วง 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 40.00 รองลงมา ได้แก่ ผู้มีรายได้ 15,001-20,000 บาท ร้อยละ 26.67 และใช้สิทธิ์การรักษาประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ร้อยละ 76.70 รองลงมาใช้สิทธิ์ข้าราชการเบิกจ่ายตรง/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 13.30

กลุ่มทดลอง เป็นเพศชาย 20 คน ร้อยละ 66.70 เพศหญิง 10 คน ร้อยละ 33.30 มีอายุอยู่ 70 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 40.00 รองลงมา อายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 23.30 (Mean = 59.10, SD = 12.80) สถานภาพคู่ ร้อยละ 66.67 รองลงมาหม้าย ร้อยละ 30.00 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 รองลงมาไม่เรียนหนังสือ ร้อยละ 30.00 มีรายได้อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 50.00 รองลงมา อยู่ในช่วง 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 30.00 และใช้สิทธิ์การรักษาประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ร้อยละ

70.00 รองลงมาใช้สิทธิ์ข้าราชการเบิกจ่ายตรง/รัฐวิสาหกิจ สถิติ Fisher exact test พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ร้อยละ 30.00 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่ม ทางสถิติ (p-value > 0.05) ดังตารางที่ 1

ควบคุม และกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-Square) และ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		χ^2 / F* (p-value)
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
เพศ					2.222 (0.136)
ชาย	22	73.30	20	66.70	
หญิง	8	26.70	10	33.30	
อายุ					7.905* (0.095)
30 - 39 ปี	3	10.00	1	3.30	
40 - 49 ปี	1	3.30	7	23.30	
50 - 59 ปี	4	13.30	5	16.70	
60 - 69 ปี	11	36.70	5	16.70	
70 ปีขึ้นไป	11	36.70	12	40.00	
Mean (SD)	63.60(14.60)		59.10(12.80)		
ระดับการศึกษา					8.779 (0.067)
ไม่เรียนหนังสือ	2	6.70	9	30.00	
ประถมศึกษา	22	73.30	15	50.00	
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	6.70	0	00.00	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	10.00	3	10.00	
ปริญญาตรี	1	3.30	3	10.00	
สถานภาพ					0.392 (0.822)
โสด	2	6.67	1	3.33	
คู่	20	66.67	20	66.67	
หม้าย	8	26.66	9	30.00	
อาชีพ					4.093* (0.534)
ข้าราชการ/พนักงาน	1	3.33	1	3.30	
รัฐวิสาหกิจ					
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	5	16.67	2	6.70	
เกษตรกร	9	30.00	9	30.00	
รับจ้าง	5	16.67	7	23.30	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10	33.33	11	36.70	

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		χ^2 / F* (p-value)
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
รายได้					5.030 (0.170)
5,001 – 10,000 บาท	7	23.33	15	50.00	
10,001 – 15,000 บาท	12	40.00	9	30.00	
15,001 – 20,000 บาท	8	26.67	5	16.70	
มากกว่า 20,001 บาท	3	10.00	1	3.30	
Mean (SD)	12,292.68 (5724.94)		11,083.33 (4,263.72)		
สิทธิในการรักษาพยาบาล					2.730* (0.604)
สิทธิประกันสุขภาพ (บัตรทอง)	23	76.70	21	70.00	
ประกันสังคม	3	10.00	0	0.00	
ชำระเงินเอง	0	0.00	0	0.00	
ข้าราชการเบิกจ่ายตรง/ รัฐวิสาหกิจ	4	13.30	9	30.00	

χ^2 = Chi-square test
F* = Fisher exact test

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวล ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (กลุ่มทดลอง Mean = 41.10, SD = 3.95 และ กลุ่มควบคุม Mean = 41.03, SD = 4.22 และไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value > 0.05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	Mean	SD	ความวิตกกังวล	t	p-value
กลุ่มทดลอง	30	41.10	3.95	ระดับปานกลาง	-0.140	0.774
กลุ่มควบคุม	30	41.03	4.22	ระดับปานกลาง		

*p-value <0.05

ระดับความวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังทดลอง พบว่า 1) กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลก่อนทดลองระดับปานกลาง (Mean = 41.10, SD = 3.95) หลังทดลองมีความวิตกกังวลระดับต่ำ (Mean = 38.10, SD = 6.14) และความวิตกกังวลหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value <0.001) ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) กลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังทดลองมีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (ก่อนทดลอง Mean = 41.03, SD = 4.22 หลังทดลอง Mean = 41.00, SD = 3.59) และไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value > 0.05) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
		Mean	SD	Mean	SD		
กลุ่มทดลอง	30	41.10	3.95	38.10	6.14	9.818	<0.001*
กลุ่มควบคุม	30	41.03	4.22	41.00	3.59	4.176	0.083

*p-value <.05

ระดับความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลในระดับต่ำ (Mean = 38.10, SD = 6.14) และกลุ่มควบคุมมีความวิตกกังวล ระดับปานกลาง (Mean = 41.00, SD = 3.59) และระดับความ

วิตกกังวลของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value <0.001) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	Mean	SD	ระดับความวิตกกังวล	t	p-value
กลุ่มทดลอง	30	38.10	6.14	ต่ำ	6.058	<0.001*
กลุ่มควบคุม	30	41.00	3.59	ปานกลาง		

*p-value < 0.05

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล อย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการ ตรวจสอบกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนได้รับการ ตรวจสอบกล้องระบบทางเดินปัสสาวะเมื่อเปรียบเทียบกับระดับ ความวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม หลังทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลในระดับต่ำ (Mean = 38.10, SD = 6.14) และกลุ่มควบคุมมีความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Mean = 41.00, SD = 3.59) ระดับความวิตกกังวลของกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้สามารถ อภิปรายได้ว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่าง มีแบบแผนก่อนได้รับการตรวจสอบกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ ส่งผลให้ความ วิตกกังวลของผู้ป่วยลดลงตามแนวคิดทฤษฎีการ ควบคุมตนเอง¹⁶ (Self-regulation theory) ซึ่งระดับความวิตก กังวลต่ำ จะทำให้ผู้ป่วยแก้ปัญหาและทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดีขึ้น กระตุ้นให้ผู้ป่วย ตื่นตัวในการแก้ปัญหาการเจ็บป่วย เรียนรู้สิ่ง ต่างๆ ง่ายขึ้น ส่วนความวิตกกังวลระดับปานกลางจะทำให้การ

รับรู้เรื่องราวต่างๆ ได้น้อยลง สมองง่าย ไม่มีสมาธิ หงุดหงิด ความ สนใจความเข้าใจลดลงและการตัดสินใจไม่ดี โปรแกรมการให้ ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนได้รับการตรวจสอบกล้องระบบทาง เดินปัสสาวะ สามารถทำให้ความวิตกกังวล อาจเนื่องมาจาก กิจกรรมที่พยาบาลให้กับผู้ป่วย ตั้งแต่วันแรกที่มีการนัดจนถึง วันที่ผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องระบบทางเดินปัสสาวะตามนัด โดยในวันนัดผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวิธีการ ขั้นตอน การส่องกล้องทางเดินปัสสาวะ ความหมาย และประโยชน์ของ การส่องกล้องทางเดินปัสสาวะรวมถึงการปฏิบัติตัว ภาวะ แทรกซ้อนภายหลังการส่องกล้องระบบทางเดินปัสสาวะทำให้ ผู้ป่วย เข้าใจและยอมรับในการตรวจ รวมทั้งผู้ป่วยจะได้รับคู่มือ แนะนำการปฏิบัติตัว กลับไปทบทวนความรู้ที่บ้าน สามารถ ศึกษาได้ด้วยตนเอง ในสถานการณ์ที่ต้องพบจริง ทำให้ผู้ป่วย สามารถคุมการตอบสนองและ พฤติกรรมของตนเองในการเผชิญ กับสถานการณ์การส่องกล้องระบบทางเดินปัสสาวะจริงได้ และ มีความรู้สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัย ของพจนา หลุยเจริญและคณะ^๑ เรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแล ผู้ป่วยก่อนส่องกล้องตรวจหลอดลมต่อความวิตกกังวลของ ผู้ป่วย ในสถาบันโรคทรวงอก พบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลใน

ระดับต่ำ ($\bar{X} = 34.33$, $SD = 4.50$) และ กลุ่มควบคุมมีความวิตกกังวลระดับปานกลาง ($\bar{X} = 43.64$, $SD = 7.81$) และระดับความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$)⁹ และงานวิจัยของฉันทนา โสวัตรและคณะ¹⁵ เรื่อง ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวล ของบุคคลที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงซึ่งมารับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอกพบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง ($M = 38.70$, $SD = 9.14$) ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($M = 46.73$, $SD = 5.10$), $t(58) = 6.018$, $p < 0.001$, $d = 1.55$) ส่วนการศึกษา ของ Nilsson, Dahlberg, & Jaensson¹⁶ พบว่า เมื่อผู้ป่วยและญาติเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามแนวทางการให้บริการอย่างเหมาะสม การผ่าตัดจะมีโอกาส ประสบความสำเร็จได้สูง และผู้ป่วยสามารถฟื้นฟุได้เร็วขึ้น

สรุปผล

จากผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการตรวจสอบกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนด้วยคู่มือปฏิบัติในผู้ป่วยก่อนได้รับการตรวจสอบกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ พบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลในระดับต่ำ ($Mean = 38.10$, $SD = 6.14$) และกลุ่มควบคุมมีความวิตกกังวลระดับปานกลาง ($Mean = 41.00$, $SD = 3.59$) และระดับความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการตรวจสอบกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ ที่ได้จากการพัฒนาในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดการส่องกล้องชนิดอื่น หรือการทำหัตถการอื่น ๆ เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและเพิ่มคุณภาพการพยาบาลได้

2. ด้านการศึกษา โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการตรวจสอบกล้องระบบทางเดินปัสสาวะสามารถนำไปเป็นแนวทางในการวิจัย

ออกแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสอบกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ กับหน่วยงานอื่นๆ เช่น โรงพยาบาลทั่วไป หรือหอผู้ป่วยใน เป็นต้น

3. ด้านปฏิบัติการพยาบาล บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วย สำหรับเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการผ่าตัดและการทำหัตถการอื่น ๆ เพื่อลดความวิตกกังวล และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดอบรมแก่บุคลากรเพื่อพัฒนาความรู้ของผู้ปฏิบัติให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้ในครั้งนี้ มีข้อจำกัด คือ ผู้ป่วยก่อนได้รับการตรวจสอบกล้องระบบทางเดินปัสสาวะอาจมีความแตกต่างกันในการวินิจฉัยโรคที่แตกต่างกัน ถ้าสามารถเจาะจงเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะโรค จะทำให้ข้อมูลที่ได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้การระบุกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยก่อนได้รับการตรวจสอบกล้องระบบทางเดินปัสสาวะเป็นครั้งแรกแต่ผู้ป่วยอาจมีประสบการณ์ ส่องกล้องชนิดอื่นมาแล้ว ซึ่งทำให้มีประสบการณ์ในการตรวจสอบกล้องระบบทางเดินปัสสาวะอาจมีผลต่อระดับความวิตกกังวล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาแนะนำ และให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุนให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย ส่งผลให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Lotan Y, Trinity JB, William D. Blue light flexible cystoscopy with hexaminolevulinate in non-muscle-invasive bladder cancer: review of the clinical evidence and consensus statement on optimal use in the USA — update 2018. *Nature Reviews Urology*. 2019;16(6),377–386.

2. Lee J, Heo JE, Kang SK, Lee KS, Han H, Jang WS, Choi YD. Noninvasive studies may have potential to replace cystoscopy in non-muscle invasive bladder cancer follow-up. *Scientific reports*. 2022;12(1):21677.
3. Kawnaul W, Choowattanapakorn T. The effect of education and movement mindfulness meditation program on anxiety among older persons before cystoscopy .*Journal of The Police Nurses*. 2016;9(2):33-42. (in Thai)
4. Ministry of Public Health ,Information Divission. Summary of the report of illnesses 2019.2019.85
5. Medical record information. Medical record information for the year 2022. Surat Thani Hospital. 2022.
6. Somburus D,Nursing care for patients with obstructive uropathy under cystoscopy and double J stent placement: a case study. *Journal of Health and Environmental Eucation*. 2023;8 (4):285-294. (in Thai)
7. Thuchart S, Asdornwised U, Pinyopasakul W, Trakarnsanga A.The Effects of concrete-objective information program on pre-operative anxiety in abdominal surgery patients. *Nursing Science Journal of Thailand*. 2019; 37(2):78-91. (in Thai)
8. Luicharom P, Normsars R, Chityen T. The Effect of the nursing care program for the pre-bronchoscopic patients on their anxiety level at the central chest Institute of thailand. *Journal of the Department of Medical*. 2018;43(1):85-89. (in Thai)
9. Gleason JL. Cystoscopy and other urogynecologic procedures. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 2013;40(4):773-785
10. Sapworarit O. Effect of Structured Health Education to decrease Anxiety and Satisfaction of Patient with Extra Corporeal Shock Wave Lithotripsy: ESWL) at Suratthani Hospital. 2017;31(4):639-648
11. Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
12. Spielberger C, Sydeman S, Maruish MJH, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. *State-trait anxiety inventory and state-trait anger expression inventory. The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment*. 1994:292-321.
13. Thapinta D. Reduction of anxiety of staff nurses working with aids patients through cognitive restructuring and mindfulness. Bangkok: Graduate School of Chulalongkorn University; 1992. (in Thai)
14. Johnson JE. Self-regulation theory and coping with physical illness. *Res Nurs Health*. 1999;22(6):435-48
15. Sowat C, Yotkhamlue K, Sumridpeam P, Promsombut A. Effect of a planned Information provision program on the anxiety levels of persons with hypertension receiving ambulatory anesthesia. *Journal of Health and Nursing Education*. 2021;27(1):122-136. (in Thai)
16. Nilsson, U., Dalhberg, K., & Jaensson, M. Low preoperative mental and physical. health is associated with poorer postoperative recovery in patients undergoing day surgery: A secondary analysis from randomized controlled study. *Journal of Advanced Nursing*, 2019;50(12):1630-1638

Original research

Citation:

กรรณิกา ปานศิริ, วรณัฐ สงเกิด, อภิชาติ ไชยจิตต์. พฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ของประชาชนในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสาธารณสุข. 2567;2(3):12-23.

พฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ของประชาชนในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล

กรรณิกา ปานศิริ¹, วรณัฐ สงเกิด², อภิชาติ ไชยจิตต์³

¹สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง

²คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

³โรงพยาบาลทุ่งหว้า จังหวัดสตูล

บทคัดย่อ

บทนำ: สถานการณ์การติดเชื้อ COVID-19 ของจังหวัดสตูล เมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2564 พบยอดผู้ติดเชื้อสะสม 3,720 คน เสียชีวิตสะสม จำนวน 33 คน สำหรับอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล มียอดผู้ติดเชื้อสะสม จำนวน 104 คน อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าจะมีการใช้มาตรการการป้องกันควบคุมโรคโดยเน้นสวมหน้ากาก ล้างมือบ่อยๆ และเว้นระยะห่าง รวมถึงหลีกเลี่ยงการสัมผัสจุดเสี่ยงที่สัมผัสร่วมกันบ่อยๆ แต่การระบาดของโรคก็ยังไม่มียอดที่ลดลง ดังนั้นผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 388 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.95 ตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.85 สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ และ Logistic regression

ผลการศึกษา: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ อายุระหว่าง 30-44 ปี ($OR=2.0$; $p\text{-value} = 0.014$) และทัศนคติของบุคคลต่อโรค COVID-19 ($OR=2.0$; $p\text{-value} = 0.002$) สำหรับเพศ อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค COVID-19 และความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผล: อายุระหว่าง 30-44 ปี และทัศนคติของบุคคลต่อโรค COVID-19 มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ดังนั้นการสื่อสารองค์ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ เป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความเข้าใจ และปรับทัศนคติของประชาชนได้

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ทัศนคติ พฤติกรรม

วันรับ: 10 ธ.ค. 2567

วันแก้ไข: 28 ธ.ค. 2567

วันตอบรับ: 30 ธ.ค. 2567

ผู้นิพนธ์ประสานงาน:

กรรณิกา ปานศิริ;

Email: Kannikapansiri@hotmail.com

Original research

Self-protective behavior during the COVID-19 pandemic among people in Thung Wa District, Satun Province

Citation:

Kannika Pansiri, Worranut Songkaed, Apichat Chaipayjit. Self-protective behavior during the COVID-19 pandemic among people in Thung Wa District, Satun Province. Journal of Public Health Research and Innovation. 2024;2(3):12-24.

Kannika Pansiri¹, Worranut Songkaed², Apichat Chaipayjit³

¹ Pak phayun District Health Office, Phatthalung

² Faculty of Health and Sport Science, Thaksin University, Phatthalung

³ Thungwa Hospital, Satun

Abstract

Background: The COVID-19 infection situation in Satun Province as of October 21, 2021, reported a total of 3,720 cumulative cases and 33 deaths. In Thung Wa District, Satun Province, the cumulative total of cases stood at 104. However, despite the implementation of disease prevention and control measures such as wearing masks, frequent handwashing, maintaining social distancing, and avoiding contact with high-risk shared surfaces, the outbreak has not shown a declining trend. Therefore, the researcher is interested in studying the factors associated with COVID-19 prevention behaviors in Thung Wa District, Satun Province.

Methods: The study design is analytical, involving a sample of 388 participants selected through a systematic sampling method. Data were collected using a questionnaire, with content validity verified by three experts, yielding an IOC score of 0.95. The instrument's reliability was assessed with a Cronbach's alpha coefficient of 0.85. Statistical methods used included percentages, mean, standard deviation, median, Percentile, and logistic regression analysis.

Results: Factors significantly associated with COVID-19 prevention behaviors (p-value < 0.05) included age between 30-44 years (OR = 2.0; p-value = 0.014) and individuals' attitudes toward COVID-19 (OR = 2.0; p-value = 0.002). Gender, occupation, marital status, income, access to COVID-19-related information, and knowledge about COVID-19 were not significantly associated with COVID-19 prevention behaviors at the 0.05 significance level.

Conclusions: Age between 30-44 years and attitudes toward COVID-19 are associated with COVID-19 prevention behaviors. Therefore, disseminating knowledge through various media is essential for fostering understanding and shaping public attitudes.

Keywords: COVID-19, knowledge, Behavior

Received: 10 Dec 2024

Revised: 28 Dec 2024

Accepted: 30 Dec 2024

Correspondence to

Kannika Pansiri;

Email: Kannikapansiri@hotmail.com

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ได้เริ่มต้นเมื่อปลายปี พ.ศ. 2562 และลุกลามไปทั่วโลก สร้างความหวาดกลัว และส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจของประชากร และเมื่อต้นเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 มีการระบาดใหญ่ (Pandemic) ซึ่งเป็นการติดเชื้อทั่วโลกอย่างรวดเร็ว¹⁻⁴ จากสถิติเมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ประชากรทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อ 219,456,675 คน และตาย 4,547,782 คน โดย 5 ลำดับแรกของประเทศมีผู้ติดเชื้อสูงสุดคือ ประเทศสหรัฐอเมริกา (46,395,307 คน) เป็นอันดับหนึ่งตามด้วยอินเดีย (34,344,6838 คน) บราซิล (21,862,458 คน) สหราชอาณาจักร (9,241,916 คน) และรัสเซีย (9,241,916 คน) และเมื่อพิจารณา 5 ลำดับแรกของประเทศที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ สหรัฐอเมริกา (753,517 คน) บราซิล (609,060 คน) อินเดีย (460,265 คน) รัสเซีย (239,245 คน) และ สหราชอาณาจักร (141,588 คน) ตามลำดับ⁵

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) รอบแรกในประเทศไทย พบผู้ป่วยต้องสงสัย รายแรกเมื่อ วันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2563 เป็นนักท่องเที่ยวหญิงชาวจีนอายุ 74 ปี ซึ่งเดินทางมาถึงกรุงเทพมหานคร โดยเที่ยวบินจากนครอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน และจากสถิติ เมื่อวันที่ 22 เมษายน พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีการระบาดและมีจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 2,826 คน จำนวนผู้รักษาหาย 2,352 คน คิดเป็นร้อยละ 83.2 ร้อยละของการรักษาหายอยู่ในลำดับที่ 2 ของโลกรองจากประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน⁶ ส่วนการระบาดรอบที่ 2 ในประเทศไทยนั้น เริ่มช่วงปลายเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ซึ่งเป็นการติดเชื้อจากแรงงานชาวเมียนมาในตลาดกุ่ม แม้ระบบควบคุมโรคของประเทศไทยมีการแยกผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้อย่างรวดเร็วรวมทั้งมีการติดตาม ผู้ที่สัมผัสเชื้อทุกราย และมีการตรวจเชื้อจากผู้ป่วยให้ได้อย่างรวดเร็ว แต่การระบาดในประเทศไทยก็ยังคงดำเนินอย่างต่อเนื่อง ส่วนการระบาดในระลอกที่ 3 พบเชื้อโควิดสายพันธุ์อังกฤษเป็นครั้งแรกที่ทำให้เกิดการระบาดได้รวดเร็วขึ้นมากกว่าโควิด-19 สายพันธุ์เดิม ถึง 1.7 เท่า ทำให้มีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้น⁷

ประเทศไทยได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา (COVID-19) (ศบค.) ซึ่งเป็นคณะกรรมการบริหารโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 แห่งชาติที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ได้ประกาศภาวะฉุกเฉินของประเทศไทย โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนอยู่บ้าน (Stay at Home) ปฏิบัติงานที่บ้าน (Work From Home: WFH) รักษาระยะห่างทางกายภาพ (Physical Distancing) รักษา ระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) สวมหน้ากากอนามัย และล้างมือบ่อยๆ ซึ่งการประกาศภาวะฉุกเฉินส่งผลให้ประชาชนต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทั้งหมด นอกจากนี้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 นี้ได้ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของประชาชนทั้งทางสังคม และเศรษฐกิจ เช่น ตกลง หรือถูก เลิกจ้าง สมาชิกครอบครัวต้องอยู่ห่างกัน และมีการรักษาระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) รวมถึงสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชนลดลง ทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนไป เกิดปัญหาการขาดรายได้ และ ชีวิตประจำวันที่ต้องปรับเปลี่ยนไป^{1, 8-10}

ถึงแม้ว่าหลายๆ ประเทศจะมีมาตรการต่างๆ เพื่อใช้ในการควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 แต่กลับยังพบว่าในปัจจุบันได้มีการแพร่กระจายของเชื้อ COVID-19 ทั่วโลกที่ยืนยันแล้วเมื่อวันที่ 7 สิงหาคม 2564 จำนวน 201,774,782 ราย ผู้เสียชีวิต 4,281,742 ราย ซึ่งประเทศไทยที่มียอดผู้ติดเชื้อสะสมอยู่ในอันดับที่ 37 จากทั่วโลก ประเทศไทยมีจำนวนผู้ติดเชื้อ COVID-19 เพิ่มขึ้นทุกวัน ในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประเทศไทยมีอัตราการติดเชื้อเพิ่มสูงเป็นอันดับ 12 ของโลก เมื่อวันที่ 7 สิงหาคม 2564 ยอดผู้ติดเชื้อสะสม 736,522 ราย ยอดผู้เสียชีวิต 6,066 ราย¹¹ สถานการณ์การติดเชื้อ COVID-19 ของจังหวัดสตูล วันที่ 21 ตุลาคม 2564 ยอด ผู้ติดเชื้อสะสม 3,720 ราย เสียชีวิตสะสม 33 ราย¹²

สำหรับสถานการณ์การระบาดและการติดเชื้อไวรัส COVID-19 ของอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล วันที่ 21 ตุลาคม 2564 มียอดผู้ติดเชื้อ 2 คน ยอดติดเชื้อสะสม 104 คน¹² อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าจะมีการใช้มาตรการการป้องกันควบคุมโรคหลาย มาตรการ และการให้คำแนะนำโดยยึดหลัก DMHTTA โรคระบาด นั้นก็ยังไม่มียอดที่ลดลง ดังนั้นผู้วิจัยมีความสนใจในประเด็น การป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 จึงมุ่งศึกษาความสัมพันธ์

ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของประชาชนช่วงอายุ 18-59 ปี ในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล เพื่อนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนมาตรการการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ COVID-19

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study)

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขต ตำบลทุ่งหว้า อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 18 ถึง 59 ปี จำนวน 4,361 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

- 1) อายุระหว่าง 18 ถึง 59 ปี
- 2) มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร

สามารถอ่าน และเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) ผู้ที่ไม่เต็มใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้
- 2) ผู้ที่เคยป่วยหรือเป็นโรค COVID-19

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วน กรณีทราบประชากร¹³⁻¹⁴

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

$Z_{\alpha/2}$ คือ ระดับความเชื่อมั่นที่กำหนด 95% ($Z = 1.96$)

P คือ สัดส่วนของประชาชนที่มีพฤติกรรมการป้องกัน COVID-19 ในระดับดี ($P = 0.428$)

N คือ จำนวนประชากร ($N = 4,361$ คน)

d คือ ค่าการกระชับของการประมาณ ($d = 0.04708$)

กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณเท่ากับ 386 คน แต่เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลที่อาจเกิดขึ้นจากการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจึงเก็บจำนวนตัวอย่างเพิ่มอีก 5% โดยใช้สูตร¹⁵

$$n_{\text{adjust}} = \frac{N}{1-d} = \frac{386}{1-0.05} = 407.12$$

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงจะเก็บจำนวนข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 408 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค COVID-19

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับอาการทางคลินิก ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการแพร่เชื้อ ความรู้เกี่ยวกับวิธีการรักษา ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มเสี่ยงต่ออาการ ที่รุนแรง ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุม

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรค COVID-19 ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกัน COVID-19

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา วัตถุประสงค์ที่ศึกษา และความชัดเจนของภาษาที่ใช้ ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC 0.85 หลังจากนั้นตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชาชนทั่วไปที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่ใช่พื้นที่ศึกษา จำนวน 30 คน นำแบบสอบถามที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค¹⁶ ได้เท่ากับ 0.70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ติดต่อประสานงานผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น เพื่อขออนุญาตลงพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล

2) ประสาน อสม. ในพื้นที่เพื่อช่วยในการวางแผนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3) ตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนของข้อมูล หลังจากที่ได้แบบสอบถามกลับคืนมา

4) นำแบบสอบถามที่ได้ตรวจสอบความถูกต้องแล้วทำการบันทึกลงในคีย์ลงในโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด
- 2) สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Logistic regression เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดระดับการยอมรับหรือปฏิเสธสมมติฐาน คือ 0.05

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยทักษิณ (COA No. TSU 2021_220) ลงวันที่ 22 ธันวาคม 2564 และให้การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย

ผลการศึกษา

ลักษณะส่วนบุคคลของตัวอย่าง พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.1 เพศชาย ร้อยละ 30.9 มีอายุอยู่ระหว่าง 30-44 ปี มากที่สุด ร้อยละ 39.5 รองลงมาคือ 45-59 ปี ร้อยละ 38.9 และ 18-29 ปี ร้อยละ 21.6 ค่ามัธยฐานเท่ากับ 40 ปี เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 เท่ากับ 30 และ 49 ปี ประกอบอาชีพรับจ้าง

ทั่วไป ร้อยละ 30.2 และรองลงมาคือ ค้าขาย ร้อยละ 19.6 และ ประมง ร้อยละ 12.4 สถานะสมรส ร้อยละ 66.0 และรองลงมาคือ โสด ร้อยละ 24.2 และหม้าย ร้อยละ 6.4 รายได้น้อยกว่า หรือเท่ากับ 8,000 บาท ร้อยละ 67.0 และรองลงมาคือ 8,001-12,000 บาท ร้อยละ 26.8 และ 12,001-16,000 บาท ร้อยละ 3.4 ค่ามัธยฐานเท่ากับ 6,600 บาท เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 เท่ากับ 5,000 และ 9,000 บาท การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค COVID-19 ทางโทรทัศน์ มากที่สุด ร้อยละ 75.5 และ รองลงมาคือ วิทยุ ร้อยละ 47.2 และอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 35.8 ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.2 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 18.3 และระดับต่ำ ร้อยละ 1.5 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เท่ากับ 9.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.7 ส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 51.2 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 48.5 และระดับต่ำ ร้อยละ 0.3 ค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติเท่ากับ 55.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.2 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.9 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 29.1 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเท่ากับ 66.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.5 ดังตาราง 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=388)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	268	69.1
ชาย	120	30.9
อายุ(ปี)		
18-29	84	21.6
30-44	153	39.5
45-59	151	38.9
Median (25 th , 75 th percentile)	40 (30, 49)	
อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	117	30.2
ค้าขาย	76	19.6
ประมง	48	12.4
ว่างงาน	44	11.3

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=388) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เกษตรกรรวม	43	11.1
นักศึกษา	27	7.0
ข้าราชการ	21	5.3
พนักงานบริษัท	7	1.8
ธุรกิจส่วนตัว	5	1.3
สถานภาพ		
โสด	94	24.2
สมรส	256	66.0
หม้าย	25	6.4
หย่าร้าง	13	3.4
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8,000	260	67.0
8,001-12,000	104	26.8
12,001-16,000	13	3.4
16,001-20,000	7	1.8
20,000 ขึ้นไป	4	1.0
Median (25 th , 75 th percentile)	6,600 (5,000, 9,000)	
การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค COVID-19		
โทรทัศน์	293	75.5
วิทยุ	183	47.2
อินเทอร์เน็ต	139	35.8
บุคลากรทางการแพทย์	108	27.7
หนังสือพิมพ์	13	3.4
โซเชียลมีเดีย	12	3.1
บุคคลข้างเคียง	9	2.3
ระดับความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19		
ระดับต่ำ (0-6 คะแนน)	6	1.5
ระดับปานกลาง (7-9 คะแนน)	311	80.2
ระดับสูง (10-12 คะแนน)	71	18.3
Mean (SD)	9.0 (0.7)	

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=388) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรค COVID-19		
ระดับต่ำ (0-32 คะแนน)	1	0.3
ระดับปานกลาง (33-34 คะแนน)	199	51.2
ระดับสูง (45-75 คะแนน)	188	48.5
Mean (SD)	55.3 (4.2)	
ระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับโรค COVID-19		
ระดับต่ำ (0-47 คะแนน)	0	0
ระดับปานกลาง (48-63 คะแนน)	113	29.1
ระดับสูง (64-80 คะแนน)	275	70.9
Mean (SD)	66.7 (6.5)	

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม ระหว่าง 18-29 ปี สำหรับ เพศ อาชีพ สถานภาพ รายได้ และการป้องกันโรค COVID-19 พบว่า ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 30-44 ปี มีพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อยู่ในระดับ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค COVID-19 ไม่มีสัมพันธ์ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทาง ต่ำเป็น 2 เท่า (OR=2.0) เมื่อเทียบกับกลุ่มประชาชนที่มีอายุ สถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		OR	p-value	95% CI
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
เพศ							
ผู้หญิง	194	70.5	74	65.5	Ref		
ผู้ชาย	81	29.5	39	34.5	0.7	0.328	0.4 - 1.2
อายุ (ปี)							
18-29	52	18.9	32	28.3	Ref		
30-44	118	42.9	35	31.0	2.0	0.014	1.1 - 3.7
45-59	105	38.2	46	40.7	1.4	0.235	0.8 - 2.4
อาชีพ							
ว่างงาน	28	10.2	16	14.2	Ref		
รับจ้างทั่วไป	76	27.7	41	36.3	0.4	0.437	0.04 - 4.2
ค้าขาย	54	19.6	22	19.4	0.5	0.463	0.05 - 4.2
ประมง	35	12.7	13	11.4	0.6	0.614	0.06 - 5.8

ตารางที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		OR	p-value	95% CI
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
เกษตรกรรม	38	13.8	5	4.4	0.7	0.673	0.06 - 6.5
นักศึกษา	18	6.5	9	8.0	0.5	0.900	0.17 -20.5
ข้าราชการ	18	6.5	3	2.7	0.5	0.500	0.04 - 5.1
พนักงานบริษัท	4	1.5	3	2.7	0.7	0.500	0.12 -18.4
ธุรกิจส่วนตัว	4	1.5	1	0.9	0.4	0.333	0.02 - 4.7
สถานภาพ							
โสด	67	24.4	27	23.9	Ref		
สมรส	179	65.1	77	68.1	0.9	0.806	0.5 - 1.5
หม้าย	18	6.5	7	6.2	1.0	0.943	0.3 - 2.7
หย่าร้าง	11	4.0	2	1.8	2.2	0.321	0.4 - 10.6
รายได้							
น้อยกว่า 8,000	185	67.3	75	66.4	Ref	0.855	0.5 - 1.5
8,001-12,000	73	26.6	31	27.3	0.9	0.654	0.3 - 5.0
16,001-20,000	4	1.5	3	2.7	1.3	0.428	0.4 - 2.4
16,001-20,000	4	1.5	3	2.7	0.5	1.216	0.1 - 11.8
20,000 ขึ้นไป	3	1.1	1	0.9	1.2	0.855	0.5 - 1.5
การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค COVID-19							
โทรทัศน์							
ไม่เลือก	69	25.1	26	23.0	Ref		
เลือก	206	74.9	87	77.0	0.8	0.665	0.5 - 1.4
วิทยุ							
ไม่เลือก	269	97.8	107	94.7	Ref		
เลือก	6	2.2	6	5.3	0.1	0.398	0.1 - 1.2
อินเทอร์เน็ต							
ไม่เลือก	173	62.9	76	67.3	Ref		
เลือก	102	37.1	37	32.7	0.4	1.211	0.7 - 1.9
โซเชียลมีเดีย							
ไม่เลือก	139	50.5	66	58.4	Ref		
เลือก	136	49.5	47	41.6	1.5	1.374	0.8 - 2.1

ตารางที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		OR	p-value	95% CI
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
หนังสือพิมพ์							
ไม่เลือก	139	50.5	66	58.4	Ref		
เลือก	136	49.5	47	41.6	1.5	0.338	0.8 - 2.1
บุคลากรทางการแพทย์							
ไม่เลือก	192	69.8	88	77.9	Ref		
เลือก	83	30.2	25	22.1	1.5	0.109	0.9 - 2.5
บุคคลข้างเคียง							
ไม่เลือก	267	97.1	112	99.1	Ref		
เลือก	8	2.9	1	0.9	3.3	0.258	0.4 - 27.1

สำหรับความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ไม่มีความสัมพันธ์ 95% (95% CI = 1.2-3.1) ประชาชนที่มีทัศนคติระดับสูงมีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญ พฤติกรรมป้องกันโรค COVID-19 อยู่ในระดับดีเป็น 2 เท่าทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% แต่ทัศนคติของบุคคลมี (OR=2.0) เมื่อเทียบกับกลุ่มประชาชนที่มีทัศนคติระดับต่ำ และความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อย่างมีระดับปานกลาง ดังตารางที่ 3 นัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.002) ที่ระดับความเชื่อมั่น

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับโรค COVID-19 กับพฤติกรรมการป้องกัน โรค COVID-19

ตัวแปร	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		OR	p-value	95% CI
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
ระดับความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19							
ระดับต่ำ และระดับปานกลาง	228	82.9	87	77.0	Ref		
ระดับสูง	47	17.1	26	23.0	0.6	0.177	0.4 - 1.1
ระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรค COVID-19							
ระดับต่ำ และระดับปานกลาง	128	46.5	72	63.7	Ref		
ระดับสูง	147	53.5	41	36.3	2.0	0.002	1.2 - 3.1

อภิปรายผล

อายุมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 30-44 ปี มีพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อยู่ในระดับดี เป็น 2 เท่า (OR=2.0, 95%CI : 1.1-3.7) เมื่อเทียบกับกลุ่มประชาชนที่มีอายุระหว่าง 18-29 ปี (p-value = 0.014) เนื่องจากกลุ่มคนที่มีอายุมากกว่า มีความคิด ความรับผิดชอบ ต่อสังคม มีวิสัยทัศน์ มีความสามารถไตร่ตรอง รอบคอบมากกว่า คนอายุน้อย รู้จักคิด รู้จักใช้ชีวิตอย่างมีสติ และมีเหตุผลมากกว่า คนอายุน้อยกว่า จึงทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 มากขึ้นกว่ากลุ่มคนที่อายุน้อยกว่า สอดคล้องกับงานวิจัยของ Damaris, et.al. (2021) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR=2.54, $p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษา ของ Deriba Bedane พบว่า ประชาชนในเมือง JIMMA ประเทศเอธิโอเปียที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี ขึ้นไปมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR = 2.85; 95% CI = 1.24–6.53)¹⁷

ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อาชีพ สถานภาพ รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เนื่องจากการระบาดหลายระลอกมาเป็นระยะเวลานาน ทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันเป็นไปอย่างยากลำบาก ขาดรายได้ หายงาน หายุดเรียน เป็นต้น ไม่ว่าจะเป็น เพศ อาชีพ หรือสถานภาพแบบใด ดังนั้นประชาชนในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เริ่มปรับตัวกับการแพร่ระบาดและเริ่มคุ้นชินกับโรค COVID-19 เพื่อให้การดำเนินชีวิตประจำวันของตนเองเป็นไปอย่างปกติทำให้บุคคลเกิดความตระหนักที่จะปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองจากโรค COVID-19 และมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรค COVID-19 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.9 ปัจจัยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค COVID-19 ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค COVID-19 ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 เนื่องจากเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการเก็บข้อมูลอาศัยอยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงกัน มีการดำเนินชีวิตและ กิจกรรมประจำวันที่ใกล้เคียงเหมือนกัน

ซึ่งส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.9 จะเห็นได้ว่าทุกคนเริ่มปรับตัวกับการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรค COVID-19 เป็นไปในทิศทางเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Delshad Noghabi A พบว่า การศึกษา สถานภาพสมรรถาธิบายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ในช่วงของการระบาด ($p = 0.115$, $p = 0.119$, $p = 0.265$)¹⁸ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Chunphen Upake ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในผู้สูงอายุของกรุงเทพฯ ประเทศไทย ($B = -0.093$; $Beta = -0.102$; $t = -2.186$; $p\text{-value} = 0.02$)¹⁹

ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ที่มีความรู้ในระดับปานกลาง ยังขาดความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ในด้านของอาการทางคลินิกแต่มีความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมโรคเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้อง กับงานวิจัยของ Gutu B พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $APR = 2.1$ (95% C.I = 1.2, 3.9) ผู้ที่มีความรู้เพียงพอจะมีพฤติกรรมการป้องกันมากเป็น 2.1 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีความรู้ไม่เพียงพอ²⁰ และ Limkunakul C พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -0.911$; 95%CI = $-1.587, -0.234$; $p\text{-value} = 0.009$)²¹ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Chunphen Upake ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในผู้สูงอายุของกรุงเทพฯ ประเทศไทย ($B = 0.155$; $Beta = 0.110$; $t = 2.237$; $p\text{-value} = 0.01$)¹⁹

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของประชาชนในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล พบว่า ทัศนคติของบุคคลมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีอยู่ในระดับสูง และมีทัศนคติเชิงบวกในด้านของมาตรการในการป้องกันโรค COVID-19 ประชาชนส่วนใหญ่เห็นด้วยเป็นอย่างยิ่งว่า โรค COVID-19 เป็นโรคที่สามารถ

ป้องกันได้ และการสวมหน้ากากอนามัยก่อนออกจากบ้าน หรือไปในที่สาธารณะ การล้างมือบ่อยๆ และการลดกิจกรรมทางสังคมนอกบ้าน ฯลฯ นั้นจะช่วยป้องกันการติดเชื้อโรค COVID-19 ได้อย่างแน่นอน ดังนั้นจึงนำมาสู่การเกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรค COVID-19 ไปในทางที่ดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Lee S. พบว่า ทักษะการรับมือโรคโควิด-19 ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรค COVID-19 ของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = 0.53$; $t = 9.04$; $p\text{-value} = 0.000$)²²

สรุปผล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 388 คน พบว่า เป็นเพศหญิงร้อยละ 69.1 เพศชายร้อยละ 30.9 มีอายุอยู่ในช่วง 30-44 ปี ร้อยละ 39.4 ค่ามัธยฐานเท่ากับ 40 ปี เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 เท่ากับ 30 และ 49 ปี ประกอบอาชีพ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 30.2 สถานะสมรส ร้อยละ 66 มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8,000 บาท ร้อยละ 67.0 ค่ามัธยฐานเท่ากับ 6,600 บาท เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 เท่ากับ 5,000 และ 9,000 บาท การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค COVID-19 มากที่สุด ทางโทรทัศน์ ร้อยละ 75.5 จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 พบว่า อายุ และทัศนคติของบุคคลมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 อยู่ในระดับปานกลาง และไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ดังนั้นสถานบริการทางสาธารณสุขควรให้ความสำคัญ กับการให้ความรู้ที่ถูกต้อง และเหมาะสมโดยเฉพาะลักษณะอาการทางคลินิก อาการหลงเหลือเมื่อหายจากโรค โควิด (Long COVID) เป็นต้น รวมทั้งการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ด้วยสื่อโปสเตอร์จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งนำเสนอในรูปแบบที่เข้าใจง่าย และสามารถนำไปใช้ได้จริง

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

(COVID-19) มาพิจารณาเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดการป้องกันตนเองที่เหมาะสม และถูกต้อง

2) ควรศึกษาลักษณะข้อมูลเชิงลึกมากขึ้นเพื่อจะได้รับข้อมูลที่มีรายละเอียดและมีคุณภาพขึ้น เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วมควบคู่ไปกับการตอบแบบสอบถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สอดคล้องกับสภาพจริงมากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งหว้าที่ให้ ความอนุเคราะห์พื้นที่ในการทำงานวิจัย ทรัพยากร และสถานที่ต่างๆ ตลอดจนบุคลากรของโรงพยาบาลทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะงานวิจัยสำเร็จไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Pokhrel S, Chhetri RJHeftf. A literature review on impact of COVID-19 pandemic on teaching and learning. 2021;8(1):133-41.
2. Forni G, Mantovani AJCD, Differentiation. COVID-19 vaccines: where we stand and challenges ahead. 2021;28(2):626-39.
3. Sachs JD, Karim SSA, Akinin L, Allen J, Brosbøl K, Colombo F, et al. The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic. 2022;400(10359):1224-80.
4. Kim JH, Marks F, Clemens JDJNm. Looking beyond COVID-19 vaccine phase 3 trials. 2021;27(2):205-11.
5. World Health Organization. Number of COVID-19 cases reported to WHO: WHO; 2021 [cited 2021 Nov 4]. Available from: <https://data.who.int/dashboards/covid19/cases?n=c>.
6. Department of Disease Control. Corona Virus Disease (COVID-19) Bangkok: Ministry of Public Health; 2020 [cited 2020 Jan 21]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>.
7. Control DoD. Corona Virus Disease (COVID-19) Bangkok: Ministry of Public Health; 2020 [cited

- 2020 Dec 1]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/eng/index.php>.
8. Verma AK, Prakash SJJoGB. Impact of covid-19 on environment and society. 2020;9(5):7352-63.
 9. Cheval S, Mihai Adamescu C, Georgiadis T, Hermegger M, Piticar A, Legates DRJJoer, et al. Observed and potential impacts of the COVID-19 pandemic on the environment. 2020;17(11):4140.
 10. Debata B, Patnaik P, Mishra AJJopa. COVID-19 pandemic! It's impact on people, economy, and environment. 2020;20(4):e2372.
 11. World Health Organization. Number of COVID-19 cases reported to WHO: WHO; 2021 [cited 2021 Aug 7]. Available from: <https://data.who.int/dashboards/covid19/cases?n=c>.
 12. Department of Disease Control. Corona Virus Disease (COVID-19) Bangkok: Ministry of Public Health; 2021 [cited 2021 Oct 21]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>.
 13. Lwanga SK, Lemeshow S, Organization WH. Sample size determination in health studies: a practical manual: World Health Organization; 1991.
 14. Machin D, Campbell MJ, Tan SB, Tan SH. Sample sizes for clinical, laboratory and epidemiology studies: John Wiley & Sons; 2018.
 15. Suresh K, Chandrashekara SJJohrs. Sample size estimation and power analysis for clinical research studies. 2012;5(1):7-13.
 16. Amirrudin M, Nasution K, Supahar SJJM, Statistika dan Komputasi. Effect of variability on Cronbach alpha reliability in research practice. 2021;17(2):223-30.
 17. Bedane D, Abdissa D, Leta B, Gerema U, Lomboro A, Kune G, et al. Assessment of COVID-19 prevention practice and associated factors in Jimma town, Ethiopia: A mixed study. 2022;10.
 18. Delshad Noghabi A, Mohammadzadeh F, Yoshany N, Javanbakht S. The prevalence of preventive behaviors and associated factors during the early phase of the COVID-19 pandemic among Iranian People: Application of a Health Belief Model. Journal of preventive medicine and hygiene. 2021;62(1):E60-e6.
 19. Upake C, Nanthamongkolchai S, Taechaboonsersak P, Yodmai K, Suksatan W. Factors Predicting the Coronavirus Disease 2019 Preventive Behaviors of Older Adults: A Cross-Sectional Study in Bangkok, Thailand. 2022;19(16):10361.
 20. Gutu B, Legese G, Fikadu N, Kumela B, Shuma F, Mosisa W, et al. Assessment of preventive behavior and associated factors towards COVID-19 in Qellam Wallaga Zone, Oromia, Ethiopia: A community-based cross-sectional study. PLOS ONE. 2021;16(4):e0251062.
 21. Limkunakul C, Phuthomdee S, Srinithiwat P, Chanthanaroj S, Boonsawat W, Sawanyawisuth K. Factors associated with preventive behaviors for COVID-19 infection among healthcare workers by a health behavior model. Tropical Medicine and Health. 2022;50(1):65.
 22. Lee S, Jung GH, Song HY. Factors Related to the COVID-19 Prevention Behaviors of Adolescents: Focusing on Six Middle and High Schools in Korea. Healthcare (Basel). 2023;11(20).

Original research

Citation:

วรรณภา สุตาดี, วิลาสินี มากชุม, สุธา ชำนุรักษ์. ระยะเวลา และปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดในครัวเรือน อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสาธารณสุข. 2567;2(3):24-39.

ระยะเวลา และปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดในครัวเรือน อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง

วรรณภา สุตาดี¹, วิลาสินี มากชุม², สุธา ชำนุรักษ์³

¹ โรงพยาบาลสะทิงพระ จังหวัดสงขลา

² คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

³ โรงพยาบาลกงหรา จังหวัดพัทลุง

บทคัดย่อ

บทนำ: จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ 1 เมษายน พ.ศ.2565 พบ ผู้ป่วยสะสม จำนวน 1,433,291 ราย มีผู้เสียชีวิตรายวันอยู่ที่ 92 ราย สำหรับในพื้นที่จังหวัดพัทลุง มีจำนวนผู้ป่วยสะสม 18,285 ราย สำหรับพื้นที่อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยสะสม 1,001 ราย จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ระยะเวลา และปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการติดเชื้อไวรัส โคโรนา (COVID-19) ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิด ในครัวเรือน อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระยะเวลาของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา COVID-19 และปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดในครัวเรือน อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ป่วยโรค COVID-19 จำนวน 484 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชทะเบียนการตรวจคัดกรองโรค COVID-19 ได้รับการวินิจฉัยด้วยวิธี RT-PCR ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ค่า IOC เท่ากับ 0.85 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ 0.80 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และ Logistic regression

ผลการศึกษา: ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดในครัวเรือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ได้แก่ เพศ (p -value < 0.001 ; 95% CI =1.6-4.4) อายุ (p -value = 0.044; 95% CI =1.0-2.6) อาชีพ (p -value = 0.018; 95% CI =0.1-0.8) การสัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยยืนยันและแสดงอาการ (p -value < 0.001 ; 95% CI =4.6-246.4) กลุ่มคนที่มีดัชนีมวลกายอ้วนระดับ 1 (p -value = 0.050; 95% CI =1.0-5.0) และอ้วนระดับ 3 (p -value = 0.044; 95% CI =1-19)

สรุปผล: เพศ อายุ อาชีพ การสัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยแสดงอาการ และค่าดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดในครัวเรือน ดังนั้นหน่วยบริการสาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการป้องกันโรค COVID-19

คำสำคัญ: โรคโควิด 19 ปัจจัยเสี่ยง การติดเชื้อในครัวเรือน

วันรับ: 13 ธ.ค. 2567

วันแก้ไข: 28 ธ.ค. 2567

วันตอบรับ: 30 ธ.ค. 2567

ผู้นิพนธ์ประสานงาน:

วรรณภา สุตาดี;

Email: wannapa.2024@hotmail.com

Original research

Citation:

Wannapa Sutati, Wilasinee Makchumco, Suda Khumnurak. Duration and risk factor for infection with Covid-19 among household contacts in Kong Ra District, Phatthalung Province. Journal of Public Health Research and Innovation. 2024;2(3):24-39.

Duration and risk factor for infection with Covid-19 among household contacts in Kong Ra District, Phatthalung Province

Wannapa Sutati¹, Wilasinee Makchumco², Suda Khumnurak³

¹ Sathing Phra Hospital, Songkhla

² Faculty of Health and Sport Science, Thaksin University, Phatthalung

³ Kongrha Hospital, Phatthalung

Abstract

Background: As of April 1, 2022, during the COVID-19 outbreak in Thailand, there were 1,433,291 cumulative cases and 92 daily fatalities. In Phatthalung Province, the total number of cases was 18,285, with 1,001 cases reported in Kong Ra District. Given this situation, the researcher aims to study the duration and risk factors influencing the transmission of COVID-19 among close household contacts in Kong Ra District, Phatthalung Province.

Methods: The study design is analytical, involving a sample of 388 participants selected through a systematic sampling method. Data were collected using a questionnaire, with content validity verified by three experts, yielding an IOC score of 0.95. The instrument's reliability was assessed with a Cronbach's alpha coefficient of 0.85. Statistical methods used included percentages, mean, standard deviation, median, and logistic regression analysis.

Results: Factors significantly associated with COVID-19 prevention behaviors (p-value < 0.05) included age between 30-44 years (OR = 2.0; p-value = 0.014) and individuals' attitudes toward COVID-19 (OR = 2.0; p-value = 0.002). Gender, occupation, marital status, income, access to COVID-19-related information, and knowledge about COVID-19 were not significantly associated with COVID-19 prevention behaviors at the 0.05 significance level.

Conclusions: Age between 30-44 years and attitudes toward COVID-19 are associated with COVID-19 prevention behaviors. Therefore, disseminating knowledge through various media is essential for fostering understanding and shaping public attitudes.

Keywords: COVID-19, risk factor, household contacts

Received: 13 Dec 2024

Revised: 28 Dec 2024

Accepted: 30 Dec 2024

Correspondence to

Wannapa Sutati;

Email: wannapa.2024@hotmail.com

บทนำ

การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 (COVID-19) ได้เริ่มต้นเมื่อปลาย ปี พ.ศ. 2562 โดยเกิดจากการติดเชื้อไวรัสที่มีชื่อว่า SARS-CoV-2 ซึ่งมีต้นตอการพบเชื้อครั้งแรกที่ตลาดอาหารทะเลในเมือง อู่ฮั่น ประเทศจีน และแพร่ระบาดสู่ประเทศอื่นๆ อย่างรวดเร็ว จนกระทั่งมีการพบผู้ติดเชื้อในเกือบทุกประเทศทั่วโลก¹ ข้อมูลวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2565 พบว่าสถานการณ์โรคโควิด 19 ทั่วโลกรายงานผู้ป่วยสะสมทั้งสิ้น 487,091,409 ราย เสียชีวิต 487,091,409 ราย และหายป่วย 421,968,507 ราย ติดเชื้อโควิด-19 มากที่สุด 10 อันดับแรก ได้แก่ สหรัฐฯ อินเดีย บราซิล ฝรั่งเศส เยอรมัน สหราชอาณาจักร รัสเซีย ตุรกีและอิตาลี² สำหรับประเทศไทยเริ่มมีการนำเชื้อเข้ามาจากผู้ป่วยชาวจีนรายแรกเมื่อวันที่ 8 มกราคม 2563 หลังจากนั้นพบผู้ป่วย วันที่ 31 มกราคม 2563 ประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยชาวไทยรายแรก³ เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ผ่านทางฝอยละอองขนาดใหญ่ และขนาดเล็กเข้าไปในทางเดินหายใจของผู้รับเชื้อ การแพร่เชื้อผ่านทางฝอยละอองขนาดเล็ก (Aerosol) จะเกิดขึ้นได้เมื่อมีผู้ติดเชื้อมาแพร่เชื้อในห้องหรือสถานที่อากาศไม่ถ่ายเท ผู้ติดเชื้อ และผู้รับเชื้อมาอยู่ร่วมกันในห้องนานเป็นชั่วโมง รวมถึงการแพร่เชื้อโดยการสัมผัส การจับมือกันหรือมือจับของใช้สาธารณะที่ปนเปื้อนเชื้อ แล้วมาแตะจมูกหรือเช็ดตาตนเองแล้วติดเชื้อมีความเป็นไปได้ แต่ไม่ได้ทำให้เกิดการระบาดเป็นกลุ่มก้อนใหญ่อย่างรวดเร็ว⁴⁻⁶ นอกจากนี้ผู้ป่วยด้วยโรคโควิด-19 สามารถแพร่เชื้อต่อไปยังผู้สัมผัสใกล้ชิดโดยเฉพาะคนในครอบครัว⁷⁻⁸ โดยพบว่า กลุ่มผู้ติดต่อในครัวเรือนและการติดต่อบ่อยครั้งมีความเสี่ยงในการติดเชื้อสูงสุด 17.2% และ 16.8% ตามลำดับ⁹⁻¹⁰ เมื่อเทียบกับความเสี่ยงในการติดเชื้อในกลุ่มญาติที่ไม่ใช่ครัวเรือน¹¹ ส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อผ่านการแพร่เชื้อในห้องที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากการแพร่เชื้อภายในครัวเรือน¹² โดยพบว่า ครัวเรือนที่มีความแออัดและหลายรุ่นเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เป็นอิสระสำหรับผู้ต้องสงสัยโควิด -19 ในช่วงเริ่มต้นของการเพิ่มขึ้นของกรณี COVID มาตรการทางสังคมที่เพิ่มจำนวนประชากรที่ถูกกักตัวในบ้านเดียวกันเพิ่มความเสี่ยงในการแพร่เชื้อ SARS-CoV-2 ในประชากรเหล่านี้¹³

ผลกระทบทางลบจากการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโควิด-19 จึงเกิดปัญหามาก ทั้งในด้านสุขภาพที่ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยและรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิต ด้านเศรษฐกิจ¹⁴ ที่จำนวนคนว่างงานสูงขึ้น ขาดรายได้เนื่องจากผลกระทบจากมาตรการต่างๆ รวมถึงผลกระทบจากโรคโควิด-19 ด้านสังคม ได้แก่ คนจำนวนมาก ไม่สามารถเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุขได้เท่ากับคนที่มีฐานะ เด็กในครอบครัวยากจนมีความสามารถในการเรียนรู้ออนไลน์น้อยกว่าเด็กฐานะดี¹⁵ ผู้ปกครองก็มีความพร้อมและความสามารถในการเรียนร่วมกับลูกน้อยกว่า คนแก่ที่มีโรคประจำตัวในครอบครัวเปราะบางก็เข้าถึงบริการทางการแพทย์ลดลงมากกว่า เป็นต้น¹⁶

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทย ข้อมูลเมื่อวันที่ 1 เมษายน พ.ศ.2565 พบว่ามีผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 28,379 ราย ตัวเลขผู้เสียชีวิตรายวันอยู่ที่ 92 ราย ผู้ป่วยสะสม 1,433,291 ราย (ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565) สำหรับในพื้นที่จังหวัดพัทลุงมีจำนวนสะสม ข้อมูลเมื่อวันที่ 1 เมษายน พ.ศ.2565 พบว่ามีผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 426 ราย ผู้ป่วยสะสม 18,285 ราย โดย 5 อำเภอแรกที่มียอดการติดเชื้อ ได้แก่ อำเภอเมือง พัทลุง จำนวน 5,631 ราย รองลงมาคือควนขนุน จำนวน 2,706 ราย ตะโหมด จำนวน 1,731 ราย เขาชัยสน จำนวน 1,669 ราย และป่าบอน จำนวน 1,661 ราย สำหรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง ข้อมูลเมื่อวันที่ 1 เมษายน พ.ศ.2565 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยสะสม 1,001 ราย ซึ่งส่วนใหญ่ติดเชื้อสายพันธุ์เดลต้าที่มีการแพร่เชื้ออย่างรวดเร็ว (ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565)¹⁷

จากสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงจากการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อมีปริมาณสูงขึ้นด้วยเช่นเดียวกัน ส่งผลกระทบต่อคนในพื้นที่ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสาธารณสุข จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการศึกษาเกี่ยวกับ ระยะเวลาและปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดในครัวเรือน อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษามาเป็นแนวทางในการวางมาตรการในการลดปัจจัยเสี่ยงส่งผลต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดในครัวเรือน อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง เพื่อเป็น

แนวทางสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวมถึงคนในชุมชนในการวางแผนการในการลดปัจจัยเสี่ยงส่งผลต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดในครัวเรือนอำเภอองครักษ์ จังหวัดพิจิตรต่อไป

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากร: ผู้สัมผัสใกล้ชิดในครัวเรือนที่เสี่ยงสูงต่อการรับเชื้อโควิด-19 ในพื้นที่อำเภอองครักษ์ จังหวัดพิจิตร ที่ผ่านการคัดกรองโควิด-19 ด้วยวิธี RT-PCR

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria): 1) อายุระหว่าง 18 ปีขึ้นไป 2) ผู้สัมผัสใกล้ชิดในครัวเรือน ที่เสี่ยงสูงต่อการรับเชื้อโควิด-19 โดยผ่านการคัดกรองและยืนยันด้วยผล RT-PCR 3) มีประวัติข้อมูลตามเวชระเบียนของโรงพยาบาลและอาศัยในพื้นที่อำเภอองครักษ์ จังหวัดพิจิตร

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria): 1) ผู้ที่ไม่เต็มใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ 2) ผู้ที่ไม่สามารถมาติดตามผลการรักษาได้

ขนาดตัวอย่าง: โดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนกรณีทราบประชากร¹⁸⁻¹⁹

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{e^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

โดยที่ n คือ ขนาดตัวอย่าง N คือ จำนวนประชากร (N = 550) ค่า Z คือ ค่าระดับความเชื่อมั่นที่ 95% เท่ากับ 1.96 ค่า p = สัดส่วนปัญหาการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วยร่วมบ้าน เท่ากับ 0.10¹² และค่า e คือ ค่าการกระชับของการประมาณ (e = 0.01)

ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ 471 คน คน เพื่อป้องกันความผิดพลาด และเพื่อความสมบูรณ์ของเนื้อหา ผู้วิจัยจึงเก็บจำนวนตัวอย่างเพิ่มอีก 1% โดยใช้สูตร²⁰ ผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างมาจำนวน 484 คน ซึ่งมากกว่าขั้นต่ำของประชากรที่คำนวณได้

$$n_{\text{adjust}} = \frac{n}{1 - d} = \frac{471}{1 - 0.01} = 484$$

การสุ่มตัวอย่าง: เป็นการสุ่มแบบมีระบบ (Systematics random sampling) ผู้สัมผัสใกล้ชิดในครัวเรือนที่เสี่ยงสูงต่อการรับเชื้อโควิด-19 พื้นที่อำเภอองครักษ์ จังหวัดพิจิตร จำนวน 484 คน จากทะเบียนการตรวจคัดกรองโรคด้วยวิธี RT-PCR

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบบันทึกข้อมูลซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบสร้างขึ้นเองจากการรวบรวมและศึกษาข้อมูลที่ได้จากตำราเอกสาร แนวความคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งแบบบันทึกข้อมูลเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ

ตอนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการติดเชื้อในครัวเรือน ได้แก่ จำนวนคนติดเชื้อในครัวเรือนระยะเวลาการติดเชื้อจากผู้ป่วยรายแรก ระยะเวลาแสดงอาการ การแสดงอาการ ข้อมูลการรักษาประวัติการรับวัคซีน และประวัติเสี่ยงในช่วง 14 วัน

ตอนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของครัวเรือน ได้แก่ ขนาดครัวเรือน จำนวนคนในครัวเรือน สัดส่วนคนในครัวเรือน สัดส่วนของเพศในครัวเรือน

ตอนที่ 4 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว และค่าดัชนีมวลกาย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ: ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC = 0.89 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค²¹ได้เท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ศึกษาค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา ระบบสุขภาพ และรายงาน Case Report ของผู้ป่วย ในเขตพื้นที่ของอำเภอองครักษ์ จังหวัดพิจิตร

2) ประสานงาน และติดต่อชี้แจงผู้อำนวยการโรงพยาบาลองครักษ์ จังหวัดพิจิตร เพื่อขอความยินยอมในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3) สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยพิจารณาราย Case Report ของผู้ป่วยแยกเป็นความเสี่ยงสูง และความเสี่ยงต่ำ จากข้อมูลเวชระเบียนของโรงพยาบาลโดยตรง และบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูล โดยได้รับข้อมูลในรูปแบบ Excel เกี่ยวกับผลการติดเชื้อจากฝ่ายระบาด และแบบรายงานผู้ป่วย

โรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ฉบับย่อ

4) ตรวจสอบเกี่ยวกับความถูกต้องของข้อมูลและตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และทำการคัดเลือกโดยนำเอา Case Positive และ Case Negative มารวมกันทำการแยกบ้านเลขที่ที่เป็น Household จากนั้นดูจำนวนบ้านเลขที่ว่ามีผู้ป่วยจำนวนกี่คนในบ้านเดียวกัน และทำการคัดบ้านที่มีผู้ป่วยจำนวน 1 รายออก ส่วนที่มีมากกว่า 2 ราย จัดกลุ่มอายุน้อยกว่า 18 ปี และมากกว่า 18 ปี

5) วิเคราะห์ผลข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติในการวิเคราะห์ซึ่งได้นำข้อมูลจากแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมได้

การวิเคราะห์ข้อมูล: การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติในการวิเคราะห์ซึ่งได้นำข้อมูลจากแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมได้มาเปลี่ยนเป็นรหัสตัวเลข (Code) แล้วบันทึกลงโปรแกรม เพื่อดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1) สถิติเชิงพรรณนา ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยควอไทล์

2) สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Logistic Regression

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยทักษิณ

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	ติดร่วมบ้าน (n=400)		ไม่ติดร่วมบ้าน (n=84)		รวม (n=484)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	170	42.5	56	66.7	226	46.7
หญิง	230	57.5	28	33.3	258	53.3
สถานภาพสมรส						
โสด	170	42.5	31	36.9	201	41.6
สมรส	230	57.5	53	63.1	283	58.4

เอกสารรับรองหมายเลข (COA No. TSU 2021_231 REC No. 0474) ลงวันที่ 4 มกราคม 2565

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่มีการติดเชื้อร่วมบ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.5 เพศชาย ร้อยละ 42.5 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21 – 59 ปี ร้อยละ 72.2 รองลงมาคือ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 21.7 และ 18 - 20 ปี ร้อยละ 6.0 ค่าเฉลี่ย 45.3 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 18.1 ปี ส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 57.5 รองลงมาคือ โสด ร้อยละ 42.5 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 56.7 รองลงมาคือ รับจ้าง ร้อยละ 14.0 และว่างงาน ร้อยละ 13.0 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงปกติ ร้อยละ 41.3 และรองลงมาคือ อ้วนระดับ 2 ร้อยละ 23.8 ค่าเฉลี่ย 23.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.6 ดังตารางที่ 1

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีการติดเชื้อร่วมบ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.6 เพศหญิงร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21 – 59 ปี ร้อยละ 72.6 รองลงมาคือ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 19.0 และ 18 - 20 ปี ร้อยละ 8.3 ค่าเฉลี่ย 41.0 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 17.9 ปี ส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 63.1 รองลงมาคือ โสด ร้อยละ 36.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 41.6 รองลงมาคือ รับจ้าง ร้อยละ 27.3 และนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 14.2 ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงปกติ ร้อยละ 46.4 และรองลงมาคือ อ้วนระดับ 2 ร้อยละ 29.8 ค่าเฉลี่ย 22.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.2 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ติดร่วมบ้าน (n=400)		ไม่ติดร่วมบ้าน (n=84)		รวม (n=484)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ						
เกษตรกร	227	56.8	35	41.7	262	54.1
รับจ้าง	56	14.0	23	27.3	79	16.3
ค้าขาย	15	3.8	2	2.4	17	3.5
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	8	2.0	3	3.6	11	2.3
พนักงานบริษัท	1	0.3	2	2.4	3	0.6
นักเรียน/นักศึกษา	41	10.1	12	14.3	53	11.0
ว่างงาน	52	13.0	7	8.3	59	12.2
อายุ						
18 – 20 ปี	24	6.0	7	8.3	31	6.4
21 – 59 ปี	289	72.2	61	72.7	350	72.4
60 ปีขึ้นไป	87	21.8	16	19.0	103	21.2
Mean (SD)	45.3 (18.1)		41 (17.9)		44.6 (18.1)	
ดัชนีมวลกาย						
ปกติ (18.5-22.9)	165	41.3	39	46.4	204	42.1
น้อยกว่ามาตรฐาน (< 18.5)	26	6.5	10	11.9	36	7.4
อ้วนระดับ 1 (23-24.9)	76	19.0	8	9.5	84	17.4
อ้วนระดับ 2 (25-29.9)	95	23.7	25	29.8	120	24.8
อ้วนระดับ 3 (≥30)	38	9.5	2	2.4	40	8.3
Mean (SD)	23.8 (4.6)		22.8 (4.2)		23.7 (4.5)	

กลุ่มตัวอย่างที่มีการติดเชื้อร่วมบ้าน ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการสัมผัสผู้ติดเชื้อ 1-7 วัน ร้อยละ 98.7 และ 8-15 วัน ร้อยละ 1.3 ส่วนใหญ่ไม่มีอาการแสดง ร้อยละ 71.0 และมีอาการแสดง ร้อยละ 29.0 ส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับวัคซีนเข็มที่ 1, 2, 3 ร้อยละ 80.5, 88.2, 100 ดังตารางที่ 2

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีการติดเชื้อร่วมบ้าน ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการสัมผัสผู้ติดเชื้อ 1-7 วัน ร้อยละ 99.0 และ 8-15 วัน ร้อยละ 1.0 ส่วนใหญ่ไม่มีอาการแสดง ร้อยละ 75.8 และมีอาการแสดง ร้อยละ 24.2 ส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับวัคซีนเข็มที่ 1, 2, 3 ร้อยละ 76.2, 82.1, 100 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะการติดเชื้อในครัวเรือน

ข้อมูลทั่วไป	ติดเชื้อร่วมบ้าน (n=400)		ไม่ติดเชื้อร่วมบ้าน (n=84)		รวม (n=484)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาการติดเชื้อ						
1 – 7 วัน	395	98.7	84	100	479	99.0
8 – 15 วัน	5	1.3	0	0	5	1.0
อาการแสดง						
ไม่แสดงอาการ	284	71.0	83	98.9	367	75.8
แสดงอาการ	116	29.0	1	1.1	117	24.2
ไข้						
ไม่มี	311	77.8	82	97.7	393	81.2
มี	89	22.2	2	2.3	91	18.8
ไอ						
ไม่มี	363	90.8	84	100	447	92.4
มี	37	9.2	0	0	37	7.6
จุกไม่ไ้กลืน						
ไม่มี	391	97.8	84	100	475	98.1
มี	9	2.2	0	0	9	1.9
หวัด						
ไม่มี	400	100	84	100	484	100
มี	0	0	0	0	0	0
ปวดเมื่อย						
ไม่มี	394	98.5	84	100	478	98.8
มี	6	1.5	0	0	6	1.2
เจ็บคอ						
ไม่มี	371	92.8	84	100	455	94.0
มี	29	7.2	0	0	29	6.0
มีผื่น						
ไม่มี	400	100	84	100	484	100
มี	0	0	0	0	0	0
หายใจไม่สะดวก						
ไม่มี	398	99.5	84	100	482	99.6
มี	2	0.5	0	0	2	0.4

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะการติดเชื้อในครัวเรือน (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ติดรวมบ้าน (n=400)		ไม่ติดรวมบ้าน (n=84)		รวม (n=484)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ถ่ายเหลว						
ไม่มี	399	99.8	84	100	483	99.8
มี	1	0.2	0	0	1	0.2
ปวดศีรษะ						
ไม่มี	399	99.8	84	100	483	99.8
มี	1	0.2	0	0	1	0.2
ตาแดง						
ไม่มี	400	100	84	100	484	100
มี	0	0	0	0	0	0
น้ำมูก						
ไม่มี	389	97.2	84	100	473	97.7
มี	11	2.8	0	0	11	2.3
มีอาการระบบทางเดินหายใจ						
ไม่มี	391	97.8	84	100	475	98.1
มี	9	2.2	0	0	9	1.9
คัดจมูก						
ไม่มี	397	99.2	84	100	481	99.4
มี	3	0.8	0	0	3	0.6
ชนิดตัวอย่าง						
NPS	400	100	84	100	484	100
จำนวนวัคซีน						
ไม่ได้รับ	257	64.2	51	60.7	308	63.6
ได้รับ	143	35.8	33	39.3	176	36.4
วัคซีนเข็มที่ 1						
ยังไม่ได้รับ	322	80.5	64	76.2	386	79.8
Sinovac (Sv)	70	17.6	13	15.4	83	17.1
AstraZeneca (Az)	5	1.2	1	1.1	6	1.2
Pfizer (Pz)	3	0.7	0	0	3	0.6

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะการติดเชื้อในครัวเรือน (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ติดร่วมบ้าน (n=400)		ไม่ติดร่วมบ้าน (n=84)		รวม (n=484)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
วัคซีนเข็มที่ 2						
ยังไม่ได้รับ	353	88.2	69	82.1	422	87.2
Sinovac (Sv)	6	1.5	0	0	6	1.2
AstraZeneca (Az)	40	10.0	14	16.6	54	11.2
Sinopharm (BIBP)	0	0	1	1.1	1	0.2
วัคซีนเข็มที่ 3						
ยังไม่ได้รับ	400	100	84	100	484	100

กลุ่มตัวอย่างที่มีการติดเชื้อร่วมบ้าน สัมผัสร่วมบ้าน ผู้ป่วยยืนยันมากที่สุด ร้อยละ 52.0 รองลงมาคือ สัมผัสผู้ป่วยยืนยัน ร้อยละ 43.7 และมีอาการเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค ร้อยละ 4.2 ส่วนใหญ่พักอาศัยแบบ บ้านเดี่ยว ร้อยละ 100 มีสมาชิกในครัวเรือนตั้งแต่ 4 คนขึ้นไป ร้อยละ 71.2 รองลงมาคือ ตั้งแต่ 1-3 คน ร้อยละ 28.7 ดังตารางที่ 3

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีการติดเชื้อร่วมบ้าน สัมผัสร่วมบ้าน ผู้ป่วยยืนยันมากที่สุด ร้อยละ 79.7 และสัมผัสผู้ป่วยยืนยัน ร้อยละ 20.2 ส่วนใหญ่พักอาศัยแบบบ้านเดี่ยว ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครัวเรือนตั้งแต่ 4 คนขึ้นไป ร้อยละ 89.2 รองลงมาคือ ตั้งแต่ 1-3 คน ร้อยละ 10.7 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยลักษณะครัวเรือน

ข้อมูลทั่วไป	ติดร่วมบ้าน (n=400)		ไม่ติดร่วมบ้าน (n=84)		รวม (n=484)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความเสี่ยง						
สัมผัสผู้ป่วยยืนยัน	175	43.8	17	20.2	192	39.7
สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยยืนยัน	208	52.0	67	79.8	275	56.8
มีอาการเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค	17	4.2	0	0	17	3.5
ลักษณะที่พักอาศัย						
บ้านเดี่ยว	400	100	84	100	484	100
สัดส่วนสมาชิก						
1 – 3 คน	115	28.8	9	10.8	124	25.6
4 คนขึ้นไป	285	71.2	75	89.2	360	74.4

กลุ่มตัวอย่างที่มีการติดเชื้อร่วมบ้าน ส่วนใหญ่ไม่มีโรค
ประจำตัว ร้อยละ 86.5 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 13.5 ป่วย
ด้วยโรคไทรอยเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคไขข้อ
ร้อยละ 0.5, 8.0, 7.9, 1.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีการติดเชื้อร่วมบ้าน ส่วนใหญ่ไม่มี
โรคประจำตัว ร้อยละ 90.4 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 12.8
ป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคไขข้อ ร้อยละ 1.1,
1.1, 2.3 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านสุขภาพ

ข้อมูลด้านสุขภาพ	ติดเชื้อร่วมบ้าน (n=400)		ไม่ติดเชื้อร่วมบ้าน (n=84)		รวม (n=484)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว						
ไม่มี	346	86.5	76	90.4	422	87.2
มี	54	13.5	8	9.6	62	12.8
โรคไทรอยเรื้อรัง						
ไม่เป็น	398	99.5	84	100	482	99.6
เป็น	2	0.5	0	0	2	0.4
โรคเบาหวาน						
ไม่เป็น	368	92.0	83	98.9	451	93.2
เป็น	32	8.0	1	1.1	33	6.8
โรคความดันโลหิต						
ไม่เป็น	369	92.2	83	98.8	452	93.4
เป็น	31	7.9	1	1.1	32	6.6
ผู้ป่วยติดเชื้อ						
ไม่เป็น	399	99.9	84	100	483	99.8
เป็น	1	0.2	0	0	1	0.2
โรคไขข้อ						
ไม่เป็น	396	99.0	82	97.7	478	98.8
เป็น	4	1.0	2	2.3	6	1.2

ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)
ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดในครัวเรือน

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019

จากการศึกษา พบว่า เพศ อายุ และอาชีพมีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ร่วมบ้าน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยพบว่า เพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อโควิด-19 ร่วมบ้านเป็น 3 เท่า เมื่อเทียบกับ

กับเพศชาย (95% CI =1.6-4.4) กลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไปมีโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อร่วมบ้านเป็น 1.6 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มช่วงอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี (95% CI =1.0-2.6) อาชีพรับจ้างและอาชีพพนักงานบริษัทมีโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อร่วมบ้านเป็น 0.3 และ 0.1 เท่า ตามลำดับเมื่อเทียบกับอาชีพว่างงาน (95% CI =0.1-0.8, 95% CI =0-0.9) ส่วนสถานภาพไม่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ปัจจัยส่วนบุคคล	ติดเชื้อร่วมบ้าน (n=400)		ไม่ติดเชื้อร่วมบ้าน (n=84)		p-value	OR	95% CI
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ			
เพศ							
ชาย	170	42.5	56	66.7	Ref.	Ref.	Ref.
หญิง	230	57.5	28	33.3	<0.001	3.0	1.6-4.4
อายุ							
< 35	130	32.5	37	44.1	Ref.		
35 ปีขึ้นไป	270	67.5	47	55.9	0.044	1.6	1.0-2.6
สถานภาพ							
โสด	170	42.5	31	36.9	Ref.		
สมรส	230	57.5	53	63.1	0.345	0.8	0.5-1.3
อาชีพ							
ว่างงาน	1	0.3	2	2.4	Ref.		
เกษตรกรรม	227	56.8	35	41.7	0.759	0.9	0.4-2.1
รับจ้าง	56	14.0	23	27.3	0.018	0.3	0.1-0.8
ค้าขาย	52	13.0	7	8.3	0.991	1.0	0.2-5.4
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	41	10.1	12	14.3	0.193	0.3	0.1-1.7
พนักงานบริษัท	15	3.8	2	2.4	0.036	0.1	0-0.9
นักเรียน/นักศึกษา	8	2.0	3	3.6	0.135	0.4	0.2-1.3

ความสัมพันธ์ระหว่างอาการแสดงกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการแสดงอาการ และอาการไข้มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ร่วมบ้านอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่น

95% โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่แสดงอาการมีโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อโควิด-19 ร่วมบ้านเป็น 33.9 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่แสดงอาการ (95% CI =4.6-246.4) และกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการไข้มีโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อโควิด-19 ร่วมบ้านเป็น 11.7 เท่า เมื่อเทียบกับอาการอื่นๆ เท่า (95% CI =2.8-4.86) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างการแสดงอาการ กับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การแสดงอาการ	ติดเชื้อร่วมบ้าน (n=400)		ไม่ติดเชื้อร่วมบ้าน (n=84)		p-value	OR	95% CI
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ			
การแสดงอาการ							
ไม่แสดงอาการ	284	71.0	83	98.8	Ref.		
แสดงอาการ	116	29.0	1	1.2	<0.001	33.9	4.6-246.4

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างการแสดงอาการ กับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ต่อ)

การแสดงอาการ	ติดเชื้อรวมบ้าน (n=400)		ไม่ติดเชื้อรวมบ้าน (n=84)		p-value	OR	95% CI
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ			
ไข้							
ไม่มีอาการ	311	81.2	82	97.6	Ref.		
มีอาการ	89	22.3	2	2.4	0.001	11.7	2.8-48.6

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะครัวเรือนกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จากการศึกษา พบว่า ประสิทธิภาพในช่วง 14 วัน และสัดส่วนคนในครัวเรือนความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยการสัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยยืนยันมีโอกาสติดเชื้อร่วมบ้านเป็น 0.2 เท่า เมื่อเทียบกับการสัมผัสผู้ป่วยยืนยัน (95% CI =0.2-0.5) และสัดส่วนคนในครัวเรือนในช่วง 4 - 9 คน มีโอกาสติดเชื้อร่วมบ้านเป็น 0.3 เท่า (95% CI =0.2-0.7) และถ้าจำนวน 10 คนขึ้นไปมีโอกาสติดเชื้อร่วมบ้านเป็น 0.2 เท่า (95% CI =0.2-0.6) เมื่อเทียบกับสัดส่วนคนในครัวเรือนในช่วง 1- 3 คน ดังตาราง 7

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครัวเรือนกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ปัจจัยครัวเรือน	ติดเชื้อรวมบ้าน (n=400)		ไม่ติดเชื้อรวมบ้าน (n=84)		p-value	OR	95% CI
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
ประสิทธิภาพในช่วง 14 วัน							
สัมผัสผู้ป่วยยืนยัน	192	48.0	17	20.2	Ref.		
สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยยืนยัน	208	52.0	67	79.8	<0.001	0.2	0.2-0.5
สัดส่วนคนในครัวเรือน							
1 – 3 คน	115	28.7	9	10.7	Ref.		
4 - 6 คน	189	47.3	45	53.6	0.004	0.3	0.2-0.7
7 – 9 คน	70	17.5	21	25.0	0.002	0.3	0.1-0.6
≥10 คน	26	6.5	9	10.7	0.004	0.2	0-0.6

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสุขภาพกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จากการศึกษาข้อมูลปัจจัยสุขภาพกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย อ้วนระดับ 1 มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อร่วมบ้านเป็น 2.2 เท่า เมื่อเทียบกับระดับปกติ (95% CI = 1-5) ค่าดัชนีมวลกาย อ้วนระดับ 3 มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อร่วมบ้านเป็น 4.4 เท่า เมื่อเทียบกับระดับปกติ (95% CI = 1.0-19.0) สำหรับโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อร่วมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสุขภาพกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ปัจจัยสุขภาพ	ติดร่วมนบ้าน (n=400)		ไม่ติดร่วมนบ้าน (n=84)		p-value	OR	95% CI
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
โรคประจำตัว							
ไม่มีโรคประจำตัว	346	86.5	76	90.5	Ref.		
มีโรคประจำตัว	54	13.5	8	9.5	0.324	1.5	0.7-3.2
โรคเบาหวาน							
ไม่เป็น	368	92.0	83	98.8	Ref.		
เป็น	32	8.0	1	1.2	0.053	7.2	1-53.6
โรคความดันโลหิต							
ไม่เป็น	369	92.3	83	98.8	Ref.		
เป็น	31	7.7	1	1.2	0.058	7.0	1.0-52.0
โรคไขมัน							
ไม่เป็น	396	99.0	82	97.6	Ref.		
เป็น	4	1.0	2	2.4	0.313	0.414	0.1-2.3
ดัชนีมวลกาย							
ปกติ	165	41.3	39	46.4	Ref.		
น้อยกว่ามาตรฐาน	26	6.5	10	11.9	0.238	0.6	0.2-1.3
อ้วนระดับ 1	76	19.0	8	9.5	0.050	2.2	1.0-5.0
อ้วนระดับ 2	95	23.7	25	29.8	0.708	0.8	0.5-1.5
อ้วนระดับ 3	38	9.5	2	2.4	0.044	4.4	1.0-19.0

อภิปรายผล

เพศ มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อร่วมนบ้านอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ทั้งนี้เนื่องจากเพศที่แตกต่างกันทำให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ป้องกันตนเองจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่แตกต่างกัน โดยเพศหญิงมีการดูแลป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนเพศชายจะคิดว่าตนเองมีภูมิคุ้มกันทำให้ละเลยในการป้องกันตนเอง และเพศชายมีการนั่งสังสรรค์กับเพื่อนหรือบุคคลอื่นๆ มากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Hualei Xin et al. ที่ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิด COVID-19 ในกลุ่มบุคคลในครัวเรือนที่สัมผัสกับผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันว่าติดเชื้อ COVID-19 ในเขต Qingdao Municipal ประเทศจีน พบว่า

ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการเกิด COVID-19 ในกลุ่มผู้ติดต่อในครัวเรือนมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่เป็นผู้หญิง ([aHR] = 3.84, 95% CI = 1.07–13.78)²²

อายุ มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อร่วมนบ้านอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแนวทางในการป้องกันจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยประชาชนที่มีอายุน้อยกว่ามีการเข้าถึงข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ได้มากกว่าประชาชนที่มีอายุมากกว่า สอดคล้องกับงานวิจัยของ Alberto Arnedo-Pena et al. พบว่า อายุเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในครัวเรือนของ Castellon (Spain) ผู้ป่วยที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป

มีโอกาสเสี่ยงเป็น 56.82 เท่าเมื่อเทียบกับ ผู้ป่วยที่มีอายุ 0-24 ปี ($RR = 56.82$; 95% $CI = 7.52-429.37$; $p < 0.000$)²³ และ Amjad Khan et al. ที่ได้ศึกษาอัตราการเกิดโรคโควิด-19 เข้าในครัวเรือนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศปากีสถาน พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 61 ปีขึ้นไปมีโอกาสเสี่ยงเป็น 42.5 เท่าเมื่อเทียบกับ ผู้ป่วยที่มีอายุ 0-25 ปี ($RR = 42.5$; 95% $CI = 13.1-62.5$; $p < 0.001$)²⁴

สัดส่วนจำนวนคนในครัวเรือนมีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อร่วมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สัดส่วนจำนวนในช่วง 8-9 คนมีโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อร่วมบ้านเป็น 0.3 เท่า เมื่อเทียบกับครัวเรือนที่มี 1 – 3 คน สัดส่วนคนในครัวเรือนจำนวน ≥ 10 คน มีโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อร่วมบ้านเป็น 0.2 เท่า เมื่อเทียบกับครัวเรือนที่มี 1 – 3 คน ทั้งนี้เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวมีความใกล้ชิดกัน และขาดความรู้เรื่องการเว้นระยะห่างความปลอดภัยของการติดเชื้อ โควิด 19 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ronel Sewpaul et al. พบว่า ขนาดครัวเรือนที่ใหญ่ขึ้น และความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการเว้นระยะห่างทางสังคม มีความเกี่ยวข้องกับการสัมผัสกับผู้คนมากกว่า 50 คน ของผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19²⁵

ค่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อร่วมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มคนที่มีดัชนีมวลกาย อ้วนระดับ 1, 3 มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อร่วมบ้านสูงเมื่อเทียบกับกลุ่มคนที่มีดัชนีมวลกายปกติ ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลที่มีดัชนีมวลกายมากทำให้เกิดโรคได้มากขึ้นกว่าคนดัชนีมวลกายที่ปกติ และเกิดจากการที่ตัวบุคคลนั้นรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง ขาดแรงจูงใจในการออกกำลังกาย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Brenda Cabrera-Mendoza et al. พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย เกี่ยวข้องกับโรค COVID-19 ($OR = 1.51$, $CI = 1.24-1.84$, $P = 3.01e-05$)²⁶ และ Manoj Nagar et al. ที่ได้ศึกษาดัชนีมวลกายกับความรุนแรงของ COVID-19: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนมีความเสี่ยงของการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น²⁷

ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดในครัวเรือน ประวัติความเสี่ยงในช่วง 14 วันที่ผ่านมามีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อร่วมบ้าน ทั้งนี้เนื่องจากช่วงระยะฟักตัวของโรค 1-14 วัน สามารถแพร่เชื้อได้ในกลุ่มเสี่ยงที่มาจากแหล่งระบาดของโรค จึงต้องเก็บตัวที่บ้าน

14 วัน หลักเลี่ยงการใช้ของร่วมกันคือการสัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยยืนยัน มีโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อร่วมบ้านเป็น 0.2 เท่าเมื่อเทียบกับการสัมผัสผู้ป่วยยืนยันซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chayanon Phucharoena et al. ที่ได้ศึกษาลักษณะการแพร่เชื้อโควิด-19 จากผู้ป่วยสู่ผู้สัมผัสเสี่ยงสูง การวิเคราะห์ทางสถิติจากข้อมูลการติดตามผู้สัมผัส พบว่า การแพร่เชื้อภายในครัวเรือน มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการแพร่เชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01¹²

สรุปผล

เพศ อายุ 35 ปีขึ้นไป อาชีพ การแสดงอาการ กลุ่มคนที่ยังไม่ได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 และเข็มที่ 2 การสัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยยืนยัน สัดส่วนคนในครัวเรือนช่วง 4 - 9 คน ค่าดัชนีมวลกาย อ้วนระดับ 1 และอ้วนระดับ 3 มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อร่วมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

- 1) จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อร่วมบ้าน มีปัจจัยลักษณะครัวเรือน ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยการติดเชื้อในครัวเรือน ดังนั้น ควรมีการป้องกันและออกมาตรการควบคุมที่เหมาะสมเพื่อไม่ให้เกิดการติดเชื้อในครัวเรือน
- 2) ควรมีการส่งเสริมในเรื่องการดูแลสุขภาพในพื้นที่ทั้งในการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการปฏิบัติตนร่วมกันในครัวเรือนที่มีผู้ติดเชื้อ และสร้างความตระหนักให้ประชาชนในหมู่บ้านให้เฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ข้อเสนอสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรศึกษาปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อโควิด-19 ร่วมบ้านเพื่อการเรียนรู้หลากหลายปัจจัยและเพื่อเป็นแนวทางในป้องกันการติดเชื้อร่วมบ้านที่อาจจะเกิดจากปัจจัยที่ได้ศึกษา
- 2) ควรมีการศึกษาเรื่องของมาตรการที่เป็นข้อบ่งใช้ในการรักษาตัวที่บ้านของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเพื่อเป็นแนวทางในการลดการแพร่ระบาดภายในครัวเรือน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกษัตริย์ให้
ความอนุเคราะห์สถานที่ในการทำงานวิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ของโรงพยาบาลทุกคนที่ได้อำนวยความสะดวกในการเก็บ
รวบรวมข้อมูลงานวิจัย ตลอดจนอาสาสมัครสาธารณสุขทุกคน
จนทำให้งานวิจัยดำเนินการสำเร็จตามเป้าหมายไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Cao X. COVID-19: immunopathology and its implications for therapy. *Nature Reviews Immunology*. 2020;20(5):269-70.
2. World Health Organization. Number of COVID-19 cases reported to WHO: WHO; 2022 [cited 2022 Apr 1]. Available from: <https://data.who.int/dashboards/covid19/cases?n=c>.
3. Department of Disease Control. Corona Virus Disease (COVID-19) Bangkok: Ministry of Public Health; 2021 [cited 2021 Oct 21]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>.
4. Brodin PJNm. Immune determinants of COVID-19 disease presentation and severity. 2021;27(1):28-33.
5. Nalbandian A, Sehgal K, Gupta A, Madhavan MV, McGroder C, Stevens JS, et al. Post-acute COVID-19 syndrome. 2021;27(4):601-15.
6. van de Veerdonk FL, Giamarellos-Bourboulis E, Pickkers P, Derde L, Leavis H, van Crevel R, et al. A guide to immunotherapy for COVID-19. 2022;28(1):39-50.
7. Giordano G, Blanchini F, Bruno R, Colaneri P, Di Filippo A, Di Matteo A, et al. Modelling the COVID-19 epidemic and implementation of population-wide interventions in Italy. 2020;26(6):855-60.
8. Gray BJ, Kyle RG, Song J, Davies ARJJECH. Characteristics of those most vulnerable to employment changes during the COVID-19 pandemic: a nationally representative cross-sectional study in Wales. 2022;76(1):8-15.
9. Gholipour HF, Tajaddini R, Farzanegan MRJEE. Governments' economic support for households during the COVID-19 pandemic and consumer confidence. 2023;65(3):1253-72.
10. Vargas ED, Sanchez GRJJoE, Race,, Policy. COVID-19 is having a devastating impact on the economic well-being of Latino families. 2020;3(4):262-9.
11. Tian J, Yuan X, Xiao J, Zhong Q, Yang C, Liu B, et al. Clinical characteristics and risk factors associated with COVID-19 disease severity in patients with cancer in Wuhan, China: a multicentre, retrospective, cohort study. 2020;21(7):893-903.
12. Phucharoen C, Sangkaew N, Stosic K. The characteristics of COVID-19 transmission from case to high-risk contact, a statistical analysis from contact tracing data. *EClinicalMedicine*. 2020;27:100543.
13. Ghosh AK, Venkatraman S, Soroka O, Reshetnyak E, Rajan M, An A, et al. Association between overcrowded households, multigenerational households, and COVID-19: a cohort study. *Public health*. 2021;198:273-9.
14. Almeida V, Barrios S, Christl M, De Poli S, Tumino A, Van der Wielen WJTJoEI. The impact of COVID-19 on households income in the EU. 2021;19(3):413-31.
15. Martin A, Markhvida M, Hallegatte S, Walsh BJEod, change c. Socio-economic impacts of COVID-19 on household consumption and poverty. 2020;4(3):453-79.
16. Tomikawa S, Niwa Y, Lim H, Kida MJJoUM. The impact of the "COVID-19 life" on the Tokyo metropolitan area households with primary school-aged children: A study based on spatial characteristics. 2021;10(2):139-54.
17. Department of Disease Control. Corona Virus Disease (COVID-19) Bangkok: Ministry of Public Health; 2021 [cited 2021 Apr 21]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>.

18. Lwanga SK, Lemeshow S, Organization WH. Sample size determination in health studies: a practical manual: World Health Organization; 1991.
19. Machin D, Campbell MJ, Tan SB, Tan SH. Sample sizes for clinical, laboratory and epidemiology studies: John Wiley & Sons; 2018.
20. Suresh K, Chandrashekar SJ. Sample size estimation and power analysis for clinical research studies. 2012;5(1):7-13.
21. Amirrudin M, Nasution K, Supahar SJJM, Statistika dan Komputasi. Effect of variability on Cronbach alpha reliability in research practice. 2021;17(2):223-30.
22. Xin H, Jiang F, Xue A, Liang J, Zhang J, Yang F, et al. Risk factors associated with occurrence of COVID-19 among household persons exposed to patients with confirmed COVID-19 in Qingdao Municipal, China. Transboundary and emerging diseases. 2021;68(2):782-8.
23. Arnedo-Pena A, Sabater-Vidal S, Meseguer-Ferrer N, Pac-Sa MR, Mañes-Flor P, Gascó-Laborda JC, et al. COVID-19 secondary attack rate and risk factors in household contacts in Castellon (Spain): Preliminary report. 2020;19(2):64-70.
24. Khan A, Mushtaq MH, Muhammad J, Sule A, Akbar A, Junaid K, et al. Household COVID-19 secondary attack rate and associated determinants in Pakistan; A retrospective cohort study. PLoS One. 2022;17(4):e0266277.
25. Sewpaul R, Mabaso M, Dukhi N, Naidoo I, Vondo N, Davids AS, et al. Determinants of Social Distancing Among South Africans From 12 Days Into the COVID-19 Lockdown: A Cross Sectional Study. Frontiers in public health. 2021;9:632619.
26. Cabrera-Mendoza B, Wendt FR, Pathak GA, De Angelis F, De Lillo A, Koller D, et al. The association of obesity-related traits on COVID-19 severity and hospitalization is affected by socio-economic status: a multivariable Mendelian randomization study. International journal of epidemiology. 2022;51(5):1371-83.
27. Nagar M, Geevarughese NM, Mishra R, Joshi A, Galwankar S, Yunus M, et al. Body-mass index COVID-19 severity: A systematic review of systematic reviews. Journal of family medicine and primary care. 2022;11(9):5351-60.

Original research

Citation:

วรารณ์ หวันมาสะ, โนรีชน ลิเอ็ง, สุดา ข่านุรักษ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษา อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสาธารณสุข. 2567;2(3):40-55.

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษา อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง

วรารณ์ หวันมาสะ¹, โนรีชน ลิเอ็ง², สุดา ข่านุรักษ์³

¹สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมะนัง จังหวัดสตูล

²คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

³โรงพยาบาลกงหรา จังหวัดพัทลุง

บทคัดย่อ

บทนำ: จากสถานการณ์ภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียน อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง ปี 2558 และ ปี 2562 พบว่า นักเรียนที่มีภาวะสูงตีสมส่วน ลดลงจากร้อยละ 65.33 เป็นร้อยละ 65.05 ภาวะ อ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.02 เป็นร้อยละ 11.65 และเตี้ยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.47 เป็นร้อยละ 10.39 วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ สารอาหารที่ได้รับในแต่ละวัน และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทักษะการเลือกบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการของ เด็กวัยเรียนหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยประยุกต์ ทฤษฎีปัญญาสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และผู้ปกครอง โดยมีจำนวนตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 62 คน และกลุ่ม ควบคุม 62 คน ระยะเวลาศึกษา 8 สัปดาห์ เก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์การบริโภคอาหาร ย้อนหลัง 24 ชั่วโมง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test, Independent t-test, Wilcoxon Sign Rank test, Mann-Whitney U test, McNemar test, Fisher exact test

ผลการศึกษา: ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการในเด็กนักเรียนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.001) แต่ไม่พบความแตกต่างด้านการรับรู้ ความสามารถของตนเองในการเลือกบริโภคอาหาร สำหรับปริมาณแคลเซียม วิตามินเอ และ วิตามินซีที่ได้รับในแต่ละวัน พบว่า แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (p -value < 0.001) แต่ไม่พบความเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการ ได้แก่ น้ำหนักต่ออายุ ส่วนสูงต่ออายุ และน้ำหนักต่อส่วนสูง สำหรับกลุ่มผู้ปกครอง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ และทัศนคติต่อ การบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (p -value > 0.05)

สรุปผล: โปรแกรมนี้ช่วยเพิ่มความรู้ และการรับรู้ความสามารถในเด็กวัยเรียน แต่ควรเพิ่มความถี่ ของการกระตุ้น และกิจกรรมสำหรับกลุ่มผู้ปกครองเพื่อให้เด็กวัยเรียนมีภาวะโภชนาการที่ดี

คำสำคัญ: เด็กวัยเรียน โภชนาการศึกษา ภาวะโภชนาการ ทฤษฎีปัญญาสังคม

วันรับ: 22 ธ.ค. 2567

วันแก้ไข: 29 ธ.ค. 2567

วันตอบรับ: 30 ธ.ค. 2567

ผู้นิพนธ์ประสานงาน:

วรารณ์ หวันมาสะ;

Email: warapornwanmasae@

gmail.com

Original research

Citation:

Waraporn Wanmasae, Norisan Leehang, Suda Khumnurak. The effect of nutritional promotion program among school children in Kong-Ra district, phatthalung province. Journal of Public Health Research and Innovation. 2024;2(3):40-55.

The effect of nutritional promotion program among school children in Kong-Ra district, phatthalung province

Waraporn Wanmasae¹, Norisan Leehang², Suda Khumnurak³

¹ Manang District Health Office, Satun

² Faculty of Health and Sport Science, Thaksin University, Phatthalung.

³ Kongrha Hospital, Phatthalung

Abstract

Background: The nutritional status of school-age children in Kong Ra District, Phatthalung Province, was assessed in 2015 and 2019. The proportion of students with normal height and weight decreased from 65.33% to 65.05%. Meanwhile, the prevalence of obesity increased from 8.02% to 11.65%, and the prevalence of stunting rose from 6.47% to 10.39%. The study aims to compare knowledge about nutrition, daily nutrient intake, self-perceived abilities, food selection skills, and the nutritional status of school-age children between the experimental group and the control group following the implementation of a nutritional promotion program.

Methods: This program was applied Social Cognitive Theory in order to change food consumption among school children. The sample group was a pair of school students in grade 5 and their parents. The sample in experimental group was 62 people and the control group of was 62 people. They were involved in this program for 8-week. Data were collected using questionnaires and the 24-hour dietary recall and analyzed by descriptive statistics and inferential statistics that included Paired t-test, Independent t-test, Wilcoxon Sign Rank test, Mann–Whitney U test, McNemar test and Fisher exact test

Results: The results showed statistically significant differences in score for nutrition knowledge between the experimental group and the control group (p-value=0.001). Furthermore, self-efficacy for healthy food choices score was same between group. Daily intake of calcium, vitamin A and vitamin C among experimental group were increased than control group (p-value < 0.05). However, this program could not improve nutritional status (weight for age, height for age and weight for height). For parents group, the knowledge and attitudes for children's nutrition did not differ between groups (p-value > 0.05).

Conclusion: This program improved knowledge and daily intake among school-aged children. However, the lesson for the parent group that in order to promote good nutritional status among school-age children.

Keywords: School children, Nutrition education, Nutritional status, Social cognitive theory

Received: 22 Dec 2024

Revised: 29 Dec 2024

Accepted: 30 Dec 2024

Correspondence to

Waraporn Wanmasae;

Email: warapornwanmasae@gmail.com

บทนำ

อาหารมีความสำคัญในทุกเพศและทุกวัย โดยเฉพาะสำหรับเด็กวัยเรียน ซึ่งเป็นวัยที่ร่างกายกำลังเจริญเติบโต และเป็นช่วงที่สมองกำลังพัฒนา อาหารจึงมีความสำคัญอย่างมากสำหรับวัยนี้ ดังนั้นควรรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ ซึ่งในแต่ละหมู่ต้องมีความหลากหลายและปริมาณให้เพียงพอเพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอและเหมาะสม¹

จากสถานการณ์ภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียนของประเทศไทยพบว่า นักเรียนที่มีภาวะสูงตีสมส่วน ลดลงจากร้อยละ 64.96 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 62.44 ในปี 2562 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียนยังคงเป็นปัญหาอยู่ โดยพบว่านักเรียนมีภาวะอ้วนและเตี้ยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.24 และร้อยละ 7.47 เป็นร้อยละ 12.89 และร้อยละ 9.89 ในส่วนของจังหวัดพัทลุง พบว่านักเรียนที่มีภาวะโภชนาการที่ไม่ดีเพิ่มขึ้น โดยพบว่าการเปรียบเทียบข้อมูลในปี 2558 และ ปี 2562 พบว่านักเรียนที่มีภาวะสูงตีสมส่วนลดลงจากร้อยละ 61.99 เป็น ร้อยละ 59.29 ภาวะอ้วนและเตี้ยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.08 และร้อยละ 5.48 เป็นร้อยละ 14.58 และร้อยละ 8.95 ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลในปี 2558 และ 2562 พบว่า ในพื้นที่อำเภอกงหรา นักเรียนที่มีภาวะสูงตีสมส่วน ลดลงจากร้อยละ 65.33 เป็นร้อยละ 65.05 ภาวะอ้วนและเตี้ยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.02 และร้อยละ 6.47 เป็นร้อยละ 11.65 และร้อยละ 10.39²

ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาทุพโภชนาการในเด็กนักเรียนนั้นพบว่า มี 3 ปัจจัย ได้แก่ ส่วนบุคคล พฤติกรรม และอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม ทั้งปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่บ้านและโรงเรียน ที่มีส่วนทำให้เด็กนักเรียนมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม พบว่า ผู้ปกครองมักมีพฤติกรรมที่ไม่กล้าขัดใจ ทำให้มีเด็กลักษณะนิสัยการกินที่ไม่เหมาะสมจนกลายเป็นนิสัย เลือกซื้ออาหารที่อร่อยมากกว่าที่จะคำนึงถึงประโยชน์ของอาหาร และเด็กมีพฤติกรรมการกินอาหารหรือขนมขณะดู โทรทัศน์/โทรศัพท์³ รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่โรงเรียน พบว่าสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมโภชนาการที่ดี โดยเฉพาะการจัดเมนูอาหารกลางวันในโรงเรียนจัดให้อาใจไม่ได้มาตรฐาน หรือจัดอาหารตามที่เด็กชอบไม่ค่อยมีผัก จึงได้รับสารอาหารไม่เพียงพอสำหรับเด็กวัยกำลังเจริญเติบโตที่ควรจะได้รับ⁴

จากการลงพื้นที่ และสอบถามถึงวิถีชีวิตของคนในพื้นที่อำเภอกงหรา พบว่าวัฒนธรรมและประเพณีที่เกี่ยวข้องกับศาสนาจึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนในพื้นที่ พฤติกรรมการบริโภค และประกอบอาหารภายในครอบครัว และสื่อโฆษณาพฤติกรรมเหล่านี้ล้วนส่งผลให้ประชาชน และเด็กในพื้นที่อำเภอกงหรา มีภาวะโภชนาการที่ไม่ดี รวมถึงการจัดเมนูอาหารกลางวันในโรงเรียนที่จัดตามความชอบส่วนตัวของนักเรียนทำให้ได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของเด็กนักเรียน และเด็กนักเรียนสามารถเข้าถึงแหล่งขายอาหารอาหารที่ล้นให้พลังงานสูงทำให้เด็กเกิดปัญหาภาวะโภชนาการเกินได้ง่ายจากร้านค้ารอบๆ โรงเรียน

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ามีงานวิจัยหลายงานที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory)⁵⁻⁶ กล่าวถึงการเรียนรู้ของบุคคลเกิดจากการสังเกตและเลียนแบบบุคคลอื่น และบุคคลสามารถเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จากการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลและสิ่งแวดล้อม มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียน และพบว่าสามารถทำให้เด็กในกลุ่มทดลองมีการบริโภคที่ดีขึ้น และยังคงสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาการบริโภคอาหารในเด็กนักเรียนที่ปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมของตัวนักเรียน และสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลให้มีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ผู้วิจัยจึงจัดโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการในเด็กวัยเรียนขึ้น โดยมีกิจกรรมการให้ความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของนักเรียนด้วยการเรียนรู้แบบสังเกตและการส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่บ้านและโรงเรียน เพื่อให้เด็กนักเรียนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้เหมาะสมส่งผลให้มีสุขภาพที่ดี

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาคือ การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) สองกลุ่มวัดผล หลังการทดลอง (two-group post-test only design)

ประชากร คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 2,607 คน และผู้ปกครองของเด็กนักเรียนดังกล่าว จำนวน 2,607 คน ในอำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง รวมทั้งหมด 5,214 คน

เกณฑ์การคัดเลือก คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 และผู้ปกครองที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ได้แก่ เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถเข้าใจ และสื่อสารภาษาไทยได้ เกณฑ์คัดออกคือ ขณะเข้าร่วมโปรแกรมนักเรียนมีปัญหาสุขภาพที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมต่อ และนักเรียนมีการย้ายสถานศึกษา

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่ม โดยมีสูตร ดังนี้⁷

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

เมื่อ n แทน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง $Z_{\alpha/2}$ แทน ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (1.96) Z_β แทน ค่าอำนาจการทดสอบที่ 80% (0.84) σ แทน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน μ_1 แทน ค่าเฉลี่ยคะแนน ในกลุ่มทดลอง μ_2 แทน ค่าเฉลี่ยคะแนนในกลุ่มเปรียบเทียบ ขนาดตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณเท่ากับ 28 คน ผู้วิจัยคำนึงถึงกลุ่มตัวอย่างที่ขาดหายไประหว่างการวิจัย (Drop out)⁸ โดยกำหนดให้ค่าอัตราการสูญเสีย (R) เท่ากับร้อยละ 10 ($R = 0.10$) จึงได้คำนวณการปรับขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คาดว่าจะหายจากสูตร ดังนี้

$$n_{\text{drop-out}} = \frac{n}{1-R} = \frac{28}{1-0.10} = 31$$

ดังนั้น เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างเข้าร่วมทดลอง ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนอีก จำนวน 3 คน จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 31 คน

ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) ได้เป็นกลุ่มเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และผู้ปกครองของนักเรียนดังกล่าว จำนวน 31 คู่ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รวมขนาดตัวอย่างทั้งสิ้นที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัยนี้ คือ จำนวน 124 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ประกอบด้วยกิจกรรมการเรียนรู้ 6 กิจกรรม ใช้ระยะในการทดลองโปรแกรม 8 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ แบบสอบถาม 7 ส่วน คือ

- 1) ข้อมูลทั่วไปของเด็กนักเรียน
- 2) ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง
- 3) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโภชนาการในเด็กนักเรียน จำนวน 22 ข้อ เป็นคำถามเลือกตอบ ใช่-ไม่ใช่ ตอบใช่ได้ 1 คะแนน โดยใช้เกณฑ์ประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom⁹
- 4) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโภชนาการในเด็กนักเรียนสำหรับผู้ปกครอง จำนวน 18 ข้อ เป็นคำถามเลือกตอบ ใช่-ไม่ใช่ ตอบใช่ได้ 1 คะแนน โดยใช้เกณฑ์ประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom

5) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถการเลือกบริโภคอาหาร จำนวน 12 ข้อ ให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ 5 คะแนน หมายถึง แน่ใจมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง แน่ใจ 3 คะแนน หมายถึง ไม่แน่ใจ 2 คะแนน หมายถึง ไม่ทราบ 1 คะแนน หมายถึง เฉยๆ

6) แบบสอบถามทัศนคติต่อการบริโภคอาหารสำหรับเด็ก จำนวน 13 ข้อ ให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วย 3 คะแนน หมายถึง ไม่แน่ใจ 2 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

7) แบบสัมภาษณ์การบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง (24 hours dietary recall)

ตรวจสอบด้านความตรงเชิงเนื้อหา โดยครอบคลุมข้อคำถาม ความถูกต้อง ความครอบคลุมสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ภาษาและความชัดเจน โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 0.82 หลังจากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 จำนวน ในเขตพื้นที่ตำบลคลองทรายขาว อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาคุณภาพของเครื่องมือด้วยสูตรการหาความเชื่อมั่นแบบ Cronbach's alpha (α)¹⁰ การรับรู้ความสามารถการเลือกบริโภคอาหารเท่ากับ 0.75 และทัศนคติต่อการบริโภคอาหารสำหรับเด็กในกลุ่มผู้ปกครองเท่ากับ 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยก็เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการวิจัยและดำเนินการเก็บข้อมูล ซึ่งมีการดำเนินโปรแกรมมาเป็นเวลาทั้งหมด 2 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม – กุมภาพันธ์ 2564

2) ประเมินผลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยการสัมภาษณ์การบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมงเป็นเวลา 3 วัน ซึ่งนำหนัก วัดส่วนสูงของเด็กวัยเรียน

3) กิจกรรมที่ 1 “Good Food Menu” บรรยายให้ความรู้ และแลกเปลี่ยนทัศนคติกับคุณครู ในเรื่องโภชนาการในเด็กนักเรียนพร้อมสื่อประกอบโดยใช้เป็นคู่มือแนวทางการส่งเสริมโภชนาการในเด็กนักเรียน (คุณครู) และร่วมกันประชุมปรึกษาหารือกับคุณครูที่มีส่วนเกี่ยวข้องถึงการจัดเมนูอาหารกลางวัน และวางแผนจัดเมนูอาหารกลางวันในโรงเรียน

4) กิจกรรมที่ 2 “Knowledge Sharing” บรรยายให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง เรื่องโภชนาการในเด็กนักเรียนพร้อมสื่อประกอบโดยใช้เป็นคู่มือแนวทางการส่งเสริมโภชนาการในเด็กนักเรียน (ในผู้ปกครอง) และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ปกครองกับผู้วิจัย ในเรื่องทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องโภชนาการ ให้เห็นถึงในเรื่องผลกระทบจากการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องในเด็กนักเรียน

5) กิจกรรมที่ 3 “Food for Health” บรรยายให้ความรู้พร้อมสื่อประกอบ เกี่ยวกับภาวะโภชนาการในเด็กนักเรียนธงโภชนาการและโภชนบัญญัติ เล่นเกมบัตรคำกลุ่มอาหารและสัดส่วนการกินอาหารในแต่ละกลุ่ม ใบงาน เรื่องการฝึกจัดกลุ่มอาหารที่ปรากฏในธงโภชนาการ การสุ่มสารอาหารที่สำคัญจากกล่องสุ่ม บรรยายให้ความรู้พร้อมสื่อประกอบ เรื่องการอ่านฉลากโภชนาการ มีการสาธิตการอ่านฉลากโภชนาการจากซองขนม และให้สาธิตย้อนกลับการอ่านฉลากโภชนาการจากซองขนมของแต่ละคน และทำใบงาน ส่งตัวแทนนักเรียน 1-2 คนสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้

6) กิจกรรมที่ 4 “Choose Me Please!” บรรยายให้ความรู้ประกอบสไลด์ เรื่องภาวะโภชนาการ มีการฝึกทักษะในการประเมินภาวะโภชนาการได้ สามารถบอกผลจากการประเมินได้ด้วยตนเอง และเรียนรู้ผลกระทบต่างๆ ถ้า

หากอยู่ในเกณฑ์นั้นๆของภาวะโภชนาการจากการนำผลที่ได้มาเทียบกับโมเดล ‘วงล้อ การเจริญเติบโต’

7) กิจกรรมที่ 5 “My Food” นักเรียนและผู้ปกครองแบ่งกลุ่มย่อยคิดเมนูอาหาร และทำเมนูอาหารเพื่อประกวดโดยการเลือกเมนูอาหารที่มีสารอาหารครบตามหลักโภชนาการ และเหมาะกับการเจริญเติบโตของเด็กวัยเรียนมากที่สุด พร้อมมอบรางวัลเมนูที่ชนะเลิศ ผู้วิจัยและครูกล่าวชมเชย

8) กิจกรรมที่ 6 “My Idol” ให้นักเรียนเขียนถึงต้นแบบของตัวเองที่จะเป็นในอนาคต เรียนรู้จากการสังเกตผ่านทางการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์เพื่อให้การรับรู้ความสามารถตนเอง โดยการชมวิดิทัศน์เรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้านทักษะการเลือกบริโภคอาหาร เพื่อรับรู้ผลที่เกิดจากการเลือกบริโภคอาหารว่าเป็นอย่างไ่ ส่งผลให้นักเรียนปฏิบัติตัวจากการเลือกบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้อง และถอดบทเรียนจากการชมวิดิทัศน์ และส่งตัวแทนนักเรียน 1-2 คนสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ได้แก่ 1) สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้การแจกแจงความถี่ หาค่าจำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัยควอไทล์ 2) สถิติเชิงอนุมาน กรณีข้อมูลแจกแจงเป็นโค้งแบบปกติจะใช้สถิติ Independent t-test และสถิติ Paired t-test ในกรณีข้อมูลแจกแจงไม่เป็นโค้งแบบปกติ จะใช้สถิติ Non-Parametric Statistics คือ Mann-Whitney U test, Wilcoxon Signed Rank test และสถิติ Fisher’s Exact test และ McNemar test for significance of change ใช้สำหรับการวิเคราะห์เปรียบเทียบภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียน และ 95% CI ของผลต่างโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยทักษิณ (COA No. TSU 2020-087) และให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัยโดยเด็กและผู้ปกครองได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิและการรักษาความลับ แล้วให้อ่านเอกสารชี้แจงและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและ

ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง ลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
นักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะส่วนบุคคล ไม่แตกต่างกัน โดยทั้งสองกลุ่มเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 11 ปี 1 เดือน ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม นักเรียนกลุ่มทดลองมีน้ำหนัก 36.0-50.0 กิโลกรัม ร้อยละ 48.4 ($\bar{X}$ =42.2, S.D.=17.0) ส่วนสูง 151.0-160.0 เซนติเมตร ร้อยละ 38.7 ($\bar{X}$ =148.4, S.D.=8.8) นักเรียนกลุ่มควบคุมน้ำหนัก 21.0-35.0 กิโลกรัม ร้อยละ 48.3 ($\bar{X}$ =38.0, S.D.=16.0) ส่วนสูง 141.0-150.0 เซนติเมตร ร้อยละ 48.4 ($\bar{X}$ =147.3, S.D.=6.9) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละของคุณลักษณะทั่วไปของนักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=31)		กลุ่มควบคุม (n=31)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	13	41.9	11	35.5
หญิง	18	58.1	20	64.5
อายุเฉลี่ย (ปี)				
Median : Min-Max	11.1 : 11.0-12.0		11.1 : 11.0-12.0	
ศาสนา				
ไทยพุทธ	8	25.8	2	6.5
อิสลาม	23	74.2	29	93.5
น้ำหนัก (กิโลกรัม)				
21.0-35.0	9	29.0	15	48.3
36.0-50.0	15	48.4	10	32.3
51.0-65.0	6	19.4	4	12.9
66.0-80.0	1	3.2	2	6.5
Median (IQR)	42.2 (17.0)		38.0 (16.0)	
ส่วนสูง (เซนติเมตร)				
131.0-140.0	6	19.3	4	12.9
141.0-150.0	11	35.5	15	48.4
151.0-160.0	12	38.7	12	38.7
161.0-170.0	2	6.5	0	0.0

ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะส่วนบุคคลไม่แตกต่างกัน โดยทั้งสองกลุ่มเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 40-59 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ผู้ปกครองกลุ่มทดลองจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.6 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 41.9 ผู้ปกครองกลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 38.7 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 29.0 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และร้อยละของคุณลักษณะทั่วไปของผู้ปกครองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=31)		กลุ่มควบคุม (n=31)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	5	16.1	8	25.8
หญิง	26	83.9	23	74.2
อายุ (ปี)				
17-19	1	3.2	0	0.0
20-39	6	19.4	12	38.7
40-59	18	58.0	19	61.3
≥ 60	6	19.4	0	0.0
Median (IQR)	45.0 (13.0)		42.0 (9.0)	
ศาสนา				
ไทยพุทธ	8	25.8	1	3.2
อิสลาม	23	74.2	30	96.8
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้ศึกษา	1	3.2	2	6.5
ประถมศึกษา	16	51.6	9	29.0
มัธยมศึกษา/ปวช.	10	32.3	12	38.6
อนุปริญญา/ปวส.	1	3.2	2	6.5
ปริญญาตรี	3	9.7	6	19.4
อาชีพ				
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	3.2	2	6.5
ลูกจ้าง/พนักงานบริษัท	1	3.2	4	12.9
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	6	19.4	4	12.9
เกษตรกร	13	41.9	8	25.8
รับจ้างทั่วไป	5	16.1	9	29.0
แม่บ้าน	3	9.7	1	3.2
ว่างงาน	2	6.5	3	9.7

2. ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการในเด็กวัยเรียน ผลการวิเคราะห์พบว่าเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโภชนาการในเด็กวัยเรียนระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001 และ 95% CI = 7.2 ถึง 9.6) ดังตารางที่ 3

3. การรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะการเลือกบริโภคอาหารในเด็กวัยเรียน ผลการวิเคราะห์พบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ระหว่างเด็กวัยเรียน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value> 0.05 และ 95% CI = -2.3 ถึง 4.6) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความรู้ด้านโภชนาการ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะการเลือกบริโภคอาหารในเด็กวัยเรียน ทั้งก่อน – หลัง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value
	Mean (SD)	Mean (SD)	
ความรู้ด้านโภชนาการในเด็กวัยเรียน			
ก่อนการทดลอง	15.0 (4.0) [†]	16.0 (3.0) [†]	<0.001 ^{**}
หลังการทดลอง	21 (1.0) [†]	14.0 (4.0) [†]	
p-value	<0.001 ^b	<0.001 ^b	
การรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะการเลือกบริโภคอาหาร			
ก่อนการทดลอง	42.4 (3.7)	42.3 (6.2)	>0.05 [*]
หลังการทดลอง	46.4 (4.2)	44.2 (6.8)	
p-value	0.001 ^a	0.379 ^a	

* Independent t-test **Mann Whitney U test ^aPaired t-test ^bWilcoxon matched-pairs signed-ranks test

[†]Median (IQR)

4. ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการในเด็กวัยเรียนสำหรับผู้ปกครอง ผลการวิเคราะห์พบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโภชนาการในเด็กวัยเรียนสำหรับผู้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้ปกครองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value> 0.05) ดังตารางที่ 4

5. ทักษะการเลือกบริโภคอาหารสำหรับเด็กในผู้ปกครอง ผลการวิเคราะห์พบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนทักษะการเลือกบริโภคอาหารสำหรับเด็กในผู้ปกครอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value>0.05 และ 95% CI = -0.9 ถึง 5.6) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความรู้ด้านโภชนาการและ ทักษะการเลือกบริโภคอาหารสำหรับเด็กในผู้ปกครองทั้งก่อน – หลัง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value
	Median (IQR)	Median (IQR)	
ความรู้ด้านโภชนาการในผู้ปกครอง			
ก่อนการทดลอง	14.0 (3.0)	14.0 (2.0)	>0.05**
หลังการทดลอง	15 (1.0)	14.0 (1.0)	
p-value	0.179 ^b	<0.001 ^b	
ทัศนคติต่อการบริโภคอาหารสำหรับเด็กในผู้ปกครอง			
ก่อนการทดลอง	41.0 (7.0)	42.0 (4.0)	>0.05**
หลังการทดลอง	43.0 (10.0)	42.0 (3.0)	
p-value	0.113 ^b	0.379 ^b	

**Mann Whitney U test ^bWilcoxon matched-pairs signed-ranks test

6. พลังงานและปริมาณสารอาหารที่ได้รับในแต่ละวัน ผลการวิเคราะห์ พบว่า พลังงานทั้งเพศชาย และหญิงในกลุ่มทดลองมีการปรับให้สอดคล้องกับ DRI ให้มากขึ้น มีค่าเฉลี่ยของพลังงานเพิ่มขึ้น แต่เมื่อเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในเพศชาย และหญิงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) คาร์โบไฮเดรต ทั้งเพศชายและหญิง ในกลุ่มทดลองมีการปรับให้สอดคล้องกับ DRI ให้มากขึ้น มีค่าเฉลี่ยของคาร์โบไฮเดรตเพิ่มขึ้น แต่เมื่อเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า เฉพาะในเพศหญิงที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ไขมันทั้งเพศชายและหญิงในกลุ่มทดลองมีการปรับให้สอดคล้องกับ DRI ให้มากขึ้น แต่เมื่อเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าเฉพาะในเพศหญิงที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

โปรตีน ทั้งเพศชายและหญิง ในกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) แคลเซียม ทั้งเพศชายและหญิง ในกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) วิตามินเอ เพศหญิง ในกลุ่มทดลองมีการปรับให้สอดคล้องกับ DRI ให้มากขึ้น มีค่าเฉลี่ยของวิตามินเอเพิ่มขึ้น แต่เมื่อเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในเพศชายและหญิงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) วิตามินซี ทั้งเพศชายและหญิง ในกลุ่มทดลองมีการปรับให้สอดคล้องกับ DRI ให้มากขึ้น มีค่าเฉลี่ยของวิตามินซีเพิ่มขึ้น แต่เมื่อเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในเพศชายและหญิงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังตาราง ที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบพลังงานและปริมาณสารอาหารที่ได้รับในแต่ละวันทั้งก่อน – หลัง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

พลังงานและ ปริมาณสาร อาหารที่ได้รับ ในแต่ละวัน	Thai DRI	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			p-value
		ก่อน Median (IQR)	หลัง Median (IQR)	p-value	ก่อน Median (IQR)	หลัง Median (IQR)	p-value	
พลังงาน (กิโลแคลอรี)								
ชาย	1800	1110.7 (234.2)	1257.3 (658.7)	0.029 ^b	742.2 (344.6)	880.6 (132.3)	0.139 ^b	0.129 ^{**}
หญิง	1650	1010.4 (349.2)	1208.8 (408.2)	0.036 ^b	893.0 (354.8)	872.5 (319.0)	0.903 ^b	0.029 ^{**}
คาร์โบไฮเดรต (กรัม)								
ชาย	203	138.8 (82.7)	157.2 (35.4)	0.010 ^b	82.8 (57.9)	99.0 (36.8)	0.878 ^b	0.065 ^{**}
หญิง	186	170.2 (70.5)	156.8 (36.0)	0.002 ^b	90.3 (62.7)	96.3 (43.2)	0.543 ^b	0.018 ^{**}
ไขมัน (กรัม)								
ชาย	60	57.7 (46.9)	47.1 (21.8)	0.038 ^b	30.0 (11.3)	33.3 (8.9)	0.169 ^b	0.429 ^{**}
หญิง	55	50.4 (17.8)	38.8 (16.4)	0.033 ^b	37.9 (17.2)	36.2 (13.6)	0.848 ^b	0.011 ^{**}
โปรตีน (กรัม)								
ชาย	39	49.7 (25.2)	50.6 (14.7)	0.937 ^b	35.7 (9.1)	39.3 (9.2)	0.203 ^b	0.262 ^{**}
หญิง	40	42.9 (14.2)	43.4 (12.4)	0.064 ^b	37.1 (15.6)	35.3 (8.2)	0.259 ^b	0.064 ^{**}

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบพลังงานและปริมาณสารอาหารที่ได้รับในแต่ละวันทั้งก่อน – หลัง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม(ต่อ)

พลังงานและ ปริมาณสาร อาหารที่ได้รับ ในแต่ละวัน	Thai DRI	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			p-value
		ก่อน Median (IQR)	หลัง Median (IQR)	p-value	ก่อน Median (IQR)	หลัง Median (IQR)	p-value	
แคลเซียม (มิลลิกรัม)								
ชาย	1000	351.6 (254.6)	822.8 (208.1)	0.041 ^b	483.7 (222.1)	632.0 (180.3)	0.114 ^b	0.012 ^{**}
หญิง	1000	386.1 (94.5)	727.7 (357.6)	0.001 ^b	469.4 (206.5)	548.6 (178.9)	0.068 ^b	0.018 ^{**}
วิตามินเอ (มิลลิกรัม)								
ชาย	550	178.6 (86.2)	319.4 (132.2)	0.060 ^b	232.8 (121.7)	216.9 (71.7)	0.575 ^b	0.035 ^{**}
หญิง	550	197.5 (101.8)	283.1 (233.3)	0.024 ^b	276.6 (183.7)	192.2 (78.4)	0.001 ^b	<0.001 ^{**}
วิตามินซี (มิลลิกรัม)								
ชาย	60	15.8 (24.5)	50.9 (35.4)	0.019 ^b	11.1 (28.5)	22.5 (21.2)	0.959 ^b	0.015 ^{**}
หญิง	60	16.8 (24.3)	76.9 (58.7)	0.001 ^b	21.5 (47.3)	21.0 (11.0)	0.140 ^b	<0.001 ^{**}

**Mann Whitney U test ^b Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test

7. ภาวะโภชนาการ ผลการวิเคราะห์ พบว่า น้ำหนัก ต่อส่วนสูง ในกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05) แต่เมื่อเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ส่วนสูงต่ออายุ ในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) แต่เมื่อ เทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05) น้ำหนักต่ออายุ ในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) และเมื่อเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบภาวะโภชนาการทั้งก่อน – หลัง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			p-value
	ก่อน (คน)	หลัง (คน)	p-value	ก่อน (คน)	หลัง (คน)	p-value	
น้ำหนักต่อส่วนสูง							
ผอม	2	2	>0.05 ^c	2	2	<0.001 ^c	<0.001 ^{***}
ค่อนข้างผอม	1	1		6	6		
สมส่วน	23	22		17	17		
อ้วน	2	2		1	1		
เริ่มอ้วน	3	4		3	3		
อ้วน	0	0		2	2		

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบภาวะโภชนาการทั้งก่อน – หลัง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			p-value
	ก่อน (คน)	หลัง (คน)	p-value	ก่อน (คน)	หลัง (คน)	p-value	
ส่วนสูงต่ออายุ							
เตี้ย	1	1	<0.001 ^c	0	0	<0.001 ^c	>0.05 ^{***}
ค่อนข้างเตี้ย	1	0		0	0		
ส่วนสูงตามเกณฑ์	26	24		24	24		
ค่อนข้างสูง	1	4		3	3		
สูง	2	2		4	4		
น้ำหนักต่ออายุ							
น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์	0	1	<0.001 ^c	0	0	<0.001 ^c	<0.001 ^{***}
น้ำหนักค่อนข้างน้อย	1	0		3	3		
น้ำหนักตามเกณฑ์	22	21		18	18		
น้ำหนักค่อนข้างมาก	5	5		3	3		
น้ำหนักเกินเกณฑ์	3	4		7	7		

^cMcNemar-Bowker Test ^{***}Fisher’s Exact Test

อภิปรายผล

ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการของเด็กนักเรียน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001 และ 95% CI ของผลต่างเท่ากับ 7.2 ถึง 9.6) อธิบายได้ว่า โปรแกรมที่ผู้วิจัยได้จัดขึ้น โดยส่วนใหญ่จะเน้นการเสริมสร้าง เนื้อหาความรู้ที่เด็กวัยนี้จำเป็นต้องรู้เพื่อให้สามารถปฏิบัติตัว เรื่องการบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้องเหมาะสม การสร้างเสริม ความรู้ในแต่ละกิจกรรมใช้หลายวิธีผสมผสานกันแต่ทุกวิธี เน้นการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ มีการแจกรูปมือการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กนักเรียนเป็นสื่อประกอบ มีบรรยายความรู้ในเรื่องอาหารหลัก 5 หมู่ ประโยชน์และคุณค่า ของสารอาหาร ธงโภชนาการและโภชนบัญญัติ และทำกิจกรรม ตามใบงาน “ธงโภชนาการน่ารู้” และส่งตัวแทนมาสรุปความรู้ ที่ได้ในแต่ละครั้ง อาจทำให้กลุ่มทดลองเกิดความตระหนักใน การเลือกรับประทานที่มีประโยชน์และถูกต้องตามหลัก โภชนาการในเด็กนักเรียน มากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษา ของอารีย์ แม่นปิ่น และคณะ ที่ยืนยันได้ว่า โปรแกรมดังกล่าว สามารถนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ อีก

ทั้งในโปรแกรมยังมีการเล่นเกมบัตรคำจับกลุ่มอาหารและ สัดส่วนการกินอาหารในแต่ละกลุ่มตามหลักโภชนาการ เพื่อ ต้องการให้กลุ่มทดลองสามารถที่จะจัดกลุ่มอาหารได้ถูกต้อง และนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้ถูก ต้องตามหลักโภชนาการและถูกต้องตามสัดส่วนเพื่อให้ได้สาร อาหารครบถ้วน¹¹ สอดคล้องกับงานวิจัยของ อรอนงค์ ชูแก้ว และคณะ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ แตกต่างจากกลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹²

การรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะการเลือก บริโภคอาหารของเด็กวัยเรียน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (p-value > 0.05 และ 95% CI ของผลต่างเท่ากับ -2.3 ถึง 4.6) อธิบายว่า โปรแกรมมีการให้ความรู้ในเรื่องของการ รับรู้ความสามารถของตัวเองในกลุ่มทดลองไม่ว่าจะเป็นการใช้ ตัวแบบจากสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งมีเนื้อหาและเสียงที่น่าสนใจ รูปใน วีดิทัศน์เป็นการ์ตูนที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค อาหารที่ถูกต้อง เนื้อเรื่องชวนให้ติดตาม ใช้ภาษาที่ทำให้กลุ่ม ทดลองเข้าใจได้ง่าย เหมาะสมกับเด็กวัยเรียนที่จะจดจำ และ เลียนแบบได้ในกิจกรรมการอ่านฉลากโภชนาการต่างๆ

กิจกรรมชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง บรรยายให้ความรู้เรื่องภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียน สาธิตวิธีการบันทึกน้ำหนัก ส่วนสูงลงใน growth chart และแปลผลภาวะโภชนาการหลังจากให้กลุ่มทดลองลงมือปฏิบัติเอง และนำผลที่เกิดจากการแปลผลนั้นไปเทียบกับโมเดล “วงล้อการเจริญเติบโต” เพื่อให้กลุ่มทดลองได้รู้ถึงภาวะโภชนาการของตนเองว่าอยู่ในเกณฑ์ใด และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างไรเพื่อให้ตนเองอยู่ในเกณฑ์สูงที่สุด ส่วน กิจกรรม My Food เป็นกิจกรรมทำอาหารร่วมกันระหว่างนักเรียนและผู้ปกครองในกลุ่มทดลอง ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ได้ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจของตัวเองว่าจะสามารถแสดงพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ ซึ่งเป็นความคาดหวังไว้ จึงทำให้มีการเกิดความแตกต่างภายในกลุ่ม และในขณะเดียวกันกลุ่มควบคุมนักเรียนได้รับการอบรมเลี้ยงดูจากผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่ากลุ่มทดลอง ซึ่งในส่วนนี้อาจส่งผลให้การรับรู้ความสามารถของของตนเองในเด็กไม่แตกต่าง เนื่องจากผลการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งก่อนและหลังการทดลองถึงแม้ว่าจะไม่ได้รับโปรแกรม ซึ่งผู้ปกครองมีอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุดร้อยละ 29.0 โดยอาชีพนี้จะมีเวลาในการอบรมเลี้ยงดู รวมไปถึงมีเวลาในการจัดเตรียมอาหารแต่ละมื้อได้อย่างครบถ้วนและมีความเอาใจใส่ในการเลี้ยงดูต่อบุตรมากขึ้น จึงทำให้ไม่เกิดความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของศศิธร ตันติเอกรัตน์ และคณะ พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ นอกจากนี้ยังไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของเสาวนีย์ ชูจันทร์ และคณะ พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁴ และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของวรารณ ยังเยี่ยม และคณะ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคผักและผลไม้ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵

ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการในเด็กนักเรียนสำหรับผู้ปกครองพบว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05) อธิบายว่า กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัย

ได้จัดขึ้นซึ่งเป็นกิจกรรมบรรยายให้ความรู้ภาวะโภชนาการในเด็กนักเรียน การรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ โดยมีสื่อประกอบเป็นสไลด์ และรายการตัวอย่างอาหารแลกเปลี่ยน (Food Exchange list) ให้เห็นได้อย่างชัดเจนเพื่อให้ผู้ปกครองสามารถนำไปใช้ได้เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนอาหารที่มีต่างกันแต่ได้รับสารอาหารที่เท่ากัน และมีการแลกเปลี่ยนการรับประทานแต่ละบ้าน ทั้งนี้ในกิจกรรมจะเป็นการบรรยายการให้ความรู้ อาจจะใช้คำที่เป็นวิชาการมากเกินไป แต่มีการใช้ภาษาท้องถิ่นผสมอยู่บ้างร่วมกับผู้ปกครองที่เข้าร่วมกิจกรรมมีอายุ 40-59 ปี ร้อยละ 58.0 ช่วงอายุเท่านี้อาจมีผลต่อความจำและการเรียนรู้ใหม่ได้ และส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาทำให้เกิดความเข้าใจยากในเนื้อหาบางส่วน แต่คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองเพิ่มขึ้นก่อนการทดลองอาจจะเพิ่มขึ้นไม่มากจึงทำให้ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในขณะเดียวกันในกลุ่มควบคุมพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผู้ปกครองในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความรู้เดิมอยู่ในระดับสูงอยู่แล้ว และส่วนใหญ่จบการศึกษามัธยมศึกษาทำให้เข้าใจในส่วนของเนื้อหาได้ง่ายกว่าและเร็วกว่า หรือบางครั้งอาจจะมีการหาความรู้เพิ่มเติมได้หลายช่องทางทำให้พบความแตกต่างหลังการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับวิจัยของ อัครีย์ พิษยรัตน์ และคณะ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁶ สาเหตุที่ไม่สอดคล้องอาจเป็นเพราะว่า ผู้ปกครองที่เข้าร่วมวิจัยดังกล่าวที่สอดคล้องส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30-40 ปี ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีกว่าและเร็วกว่า และตระหนักถึงภาวะโภชนาการที่เกิดขึ้นในอนาคตของลูกได้ และในกิจกรรมได้มีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนกับผลที่เกิดกับลูกในอนาคตเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม

ทัศนคติต่อการบริโภคอาหารสำหรับเด็กในกลุ่มผู้ปกครอง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05 และ 95% CI ของผลต่างเท่ากับ -0.9 ถึง 5.6) อธิบายว่าโปรแกรมได้จัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อปรับทัศนคติต่อการบริโภคอาหารสำหรับเด็กในกลุ่มผู้ปกครอง อาจมีระยะเวลา

ไม่ยาวนานเพียงพอที่จะทำให้ผู้ปกครองมีทัศนคติต่อการบริโภคอาหารสำหรับเด็กที่เพิ่มมากขึ้น ประกอบกับเรื่องการเสริมสร้างทัศนคติที่ติดันต้องอาศัยปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่บ้านซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองนับเป็นสิ่งสำคัญที่สนับสนุนให้เกิดทัศนคติเพิ่มขึ้น ซึ่งในการวิจัยนี้ยังไม่มีการจัดการกับด้านสิ่งแวดล้อมที่บ้านมากพอ มีเพียงการจัดการกิจกรรมให้ความรู้เรื่องภาวะโภชนาการสำหรับเด็กนักเรียนและแลกเปลี่ยนการรับประทานอาหารแต่ละบ้านเพื่อให้เห็นถึงความแตกต่าง และมีคู่มือแนวทางการส่งเสริมโภชนาการในเด็กวัยเรียน แต่ไม่ได้มีการติดตาม สอบถามการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการที่บ้านได้ แต่คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองเพิ่มขึ้นก่อนการทดลองอาจจะเพิ่มขึ้นไม่มากจึงทำให้ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในขณะเดียวกันในกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกันเนื่องจาก เนื่องจากผู้ปกครองในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลางอยู่แล้ว และส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมทำให้มีทัศนคติต่อการบริโภคอาหารสำหรับเด็กในกลุ่มผู้ปกครองที่กว้างมากกว่าก็เป็นได้ หรือบางครั้งอาจจะมีการหาความรู้เพิ่มเติมได้หลายช่องทางทำให้พบความแตกต่างหลังการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับวิจัยของศุภลักษณ์ ศรีธัญญา และคณะ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภค อาหารและพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁷

พลังงานและปริมาณสารอาหารที่ได้รับในแต่ละวัน โดยการสัมภาษณ์การบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง ของนักเรียนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมพบว่า ในส่วนของพลังงานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) และในเพศหญิงพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ในส่วนของสารอาหารหลักพบว่าในเพศชายได้รับคาร์โบไฮเดรตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) และเพศหญิงได้รับคาร์โบไฮเดรตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) เพศชายได้รับไขมันไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) และเพศหญิงได้รับไขมันแตกต่าง

กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) เพศชายได้รับโปรตีนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) และเพศหญิงได้รับโปรตีนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ในส่วนของสารอาหารรองของนักเรียนชายพบว่าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าได้รับแคลเซียม ($p\text{-value} < 0.05$) วิตามินเอ ($p\text{-value} < 0.05$) และวิตามินซี ($p\text{-value} < 0.05$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และนักเรียนเรียนหญิงพบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าได้รับแคลเซียม ($p\text{-value} < 0.05$) วิตามินเอ ($p\text{-value} < 0.05$) และวิตามินซี ($p\text{-value} < 0.05$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง เนื่องจากกลุ่มทดลองได้ทราบถึงพลังงาน สารอาหารหลัก และรอง และหลังจากนั้นก็จะเป็นการบรรยายให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ และในสัดส่วนที่ตรงกับธงโภชนาการและโภชนบัญญัติ กิจกรรมอ่านฉลากโภชนาการเพื่อต้องการให้มีการรับรู้ความสามารถในการตัดสินใจเลือกอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายและได้รับสารอาหารที่เพียงพอต่อร่างกายไม่ขาดและไม่เกินตามเกณฑ์ที่กำหนดในแต่ละเพศ รวมไปถึงกิจกรรมต้นแบบ (My Idol) ที่ใช้วิธีทัศน์เป็นต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อต้องการให้เห็นถึงการกระทำต่างๆหรือพฤติกรรมต่างๆ ที่ตัวแบบได้ทำไว้ซึ่งสามารถกลุ่มทดลองอาจจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบในวิธีทัศน์ที่มีตัวแบบนั้นเป็นที่สนใจส่งผลให้เกิดพฤติกรรมลอกเลียนแบบได้ง่าย หลังจากกิจกรรมทั้งหมดสิ้นสุดลงก็จะมีสัมภาษณ์การบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง ซึ่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูงของนักเรียน แต่ที่ไม่เกิดความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะว่าระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรมเพียงแค่ 8 สัปดาห์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาจมีผลทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านการได้รับพลังงานและปริมาณสารอาหารที่ได้รับในแต่ละวันได้น้อย และจากการสนทนากลุ่มนักเรียนบางคนยอมรับว่าหลีกเลี่ยงที่จะสัมภาษณ์อาหารบางส่วนเนื่องจาก ลืม จำไม่ได้ ใช้เวลาคิดนาน และไม่สามารถบอกถึงปริมาณการรับประทานได้ ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีข้อจำกัด คือนักเรียนให้สัมภาษณ์การรับประทานอาหารที่ไม่สามารถบอกถึงปริมาณการรับประทานได้ตรงกับรับประทานจริง คลาดเคลื่อนได้ ดังนั้นการที่ได้รับพลังงานและปริมาณสารอาหารที่ได้รับใน

แต่ละวันได้ข้อมูลที่ผิดพลาดได้ และนักเรียนบางคนก็ไม่เห็นความสำคัญของการให้สัมภาษณ์การรับประทานอาหารว่าเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการประเมินตนเอง ขณะเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับวิจัยของ อรุณรศมี บุญนาค เมื่อสิ้นสุดโครงการกลุ่มทดลองได้รับพลังงานและปริมาณสารอาหารที่ได้รับในแต่ละวันหลังได้รับโปรแกรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁸

ภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียน พบว่า น้ำหนักต่อส่วนสูง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนสูงต่ออายุ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) น้ำหนักต่ออายุ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) อธิบายว่า ในโปรแกรมมีกิจกรรมการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง บรรยายให้ความรู้เรื่องภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียน สาธิตวิธีการบันทึกน้ำหนัก ส่วนสูงลงใน growth chart และแปลผลภาวะโภชนาการเพื่อให้ทราบถึงภาวะโภชนาการของแต่ละคนและมีวิธีการจัดการให้อยู่ในเกณฑ์สูงดีสมส่วน ไม่ว่าจะเป็นการให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารให้ถูกต้องตามหลักโภชนาการ รวมไปถึงการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลือกบริโภคอาหารโดยการอ่านฉลากโภชนาการ การทำอาหารร่วมกันระหว่างผู้ปกครองและนักเรียน รวมไปถึงกิจกรรมต้นแบบ (My Idol) ที่ใช้วีดิทัศน์เป็นต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารเพื่อต้องการให้เห็นถึงการกระทำต่างๆหรือพฤติกรรมต่างๆที่ตัวแบบได้ทำไว้และทำให้กลุ่มทดลองอาจจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบในวีดิทัศน์ที่มีตัวแบบนั้นเป็นที่สนใจส่งผลให้เกิดพฤติกรรมลอกเลียนแบบได้ง่ายเนื่องด้วยกิจกรรมทั้งหมดเพื่อต้องการให้นักเรียนมีภาวะโภชนาการที่ดีสูงดีสมส่วน แต่ในการจัดโปรแกรมครั้งนี้ไม่ได้มีการควบคุมปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมภายนอกโรงเรียน ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียน แม้ว่าภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมจะมีนักเรียนที่สามารถบรรลุเป้าหมายด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการสูงดีสมส่วนไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด แต่เมื่อ

พิจารณาข้อมูลในคุณลักษณะทั่วไป พบว่า นักเรียนยังคงมีความถี่ของการบริโภคอาหารรอบรั้วโรงเรียนสูงถึงร้อยละ 96.8 โดยส่วนใหญ่จะเป็นอาหารที่ให้พลังงานสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนก ถีระแก้ว เกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการสิ่งแวดล้อมรอบรั้วโรงเรียนให้เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม นักเรียนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)¹⁹ แต่ผลการศึกษาดังกล่าวเป็นการทดลองที่ไม่สามารถยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมได้รวมถึงระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรม 8 สัปดาห์อาจมีผลทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก และส่วนสูงได้ไม่ชัดเจน รวมถึงโปรแกรมที่สร้างขึ้นจากการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้เป็นการควบคุมหรือจำกัดปริมาณพลังงานที่เด็กควรได้รับอย่างเข้มงวดแต่อาศัยหลักการที่ง่ายแก่การเรียนรู้ตามพัฒนาการทางสังคมและสติปัญญาที่เด็กวัยเรียนจะสามารถนำไปใช้ในการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการดูแลตัวเองจากการรับรู้ความสามารถของตนเองในบริโภคอาหาร สอดคล้องกับงานวิจัยของ อรอนงค์ ชูแก้ว และคณะ พบว่าหลังการทดลอง น้ำหนักหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹²

สรุปผล

การจัดโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษา ในกลุ่มนักเรียนและผู้ปกครอง สามารถทำให้คะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียน ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียนสำหรับผู้ปกครอง คะแนนการรับรู้ความสามารถในการเลือกบริโภค และทัศนคติต่อการบริโภคอาหารสำหรับเด็กในกลุ่มผู้ปกครอง ในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง โปรแกรมนี้ช่วยเพิ่มความรู้และการรับรู้ความสามารถในเด็กวัยเรียน แต่ควรเพิ่มความถี่ของการกระตุ้นและกิจกรรมสำหรับกลุ่มผู้ปกครองเพื่อให้เด็กวัยเรียนมีภาวะโภชนาการที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1. สามารถส่งเสริมในเรื่องเมนูอาหารกลางวันโดยปรับให้สอดคล้องกับนโยบายเมนูอาหารกลางวันของโรงเรียนเพื่อให้ นักเรียนได้รับสารอาหารครบถ้วนใน 1 มื้อต่อวัน

2. ส่งเสริมและสนับสนุนให้โรงเรียนให้ความสำคัญกับนโยบายนมโรงเรียนให้มากขึ้น เพื่อต้องการให้เด็กนักเรียนได้รับแคลเซียมในปริมาณที่เพียงพอต่อความต้องการเมื่อเทียบกับเกณฑ์ DRI

3. หน่วยงานด้านสุขภาพ ควรจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง และทัศนคติในการส่งเสริมสนับสนุนพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่ดีของเด็กวัยวัยเรียน และเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของบทบาทของผู้ปกครองที่มีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรม การบริโภคอาหารของเด็กเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติของผู้ปกครองในการส่งเสริมพฤติกรรม การบริโภคอาหารของเด็ก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลงหวาที่ให้ความอนุเคราะห์พื้นที่ในการทำงานวิจัย ตลอดจนงานเวชปฏิบัติ ครอบครัวและชุมชนที่ให้คำแนะนำ แก่ไขข้อบกพร่องต่างๆ และแนวทางที่มีประโยชน์ด้วยความเอาใจใส่ ให้แก่ผู้วิจัยอย่างสม่ำเสมอ งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

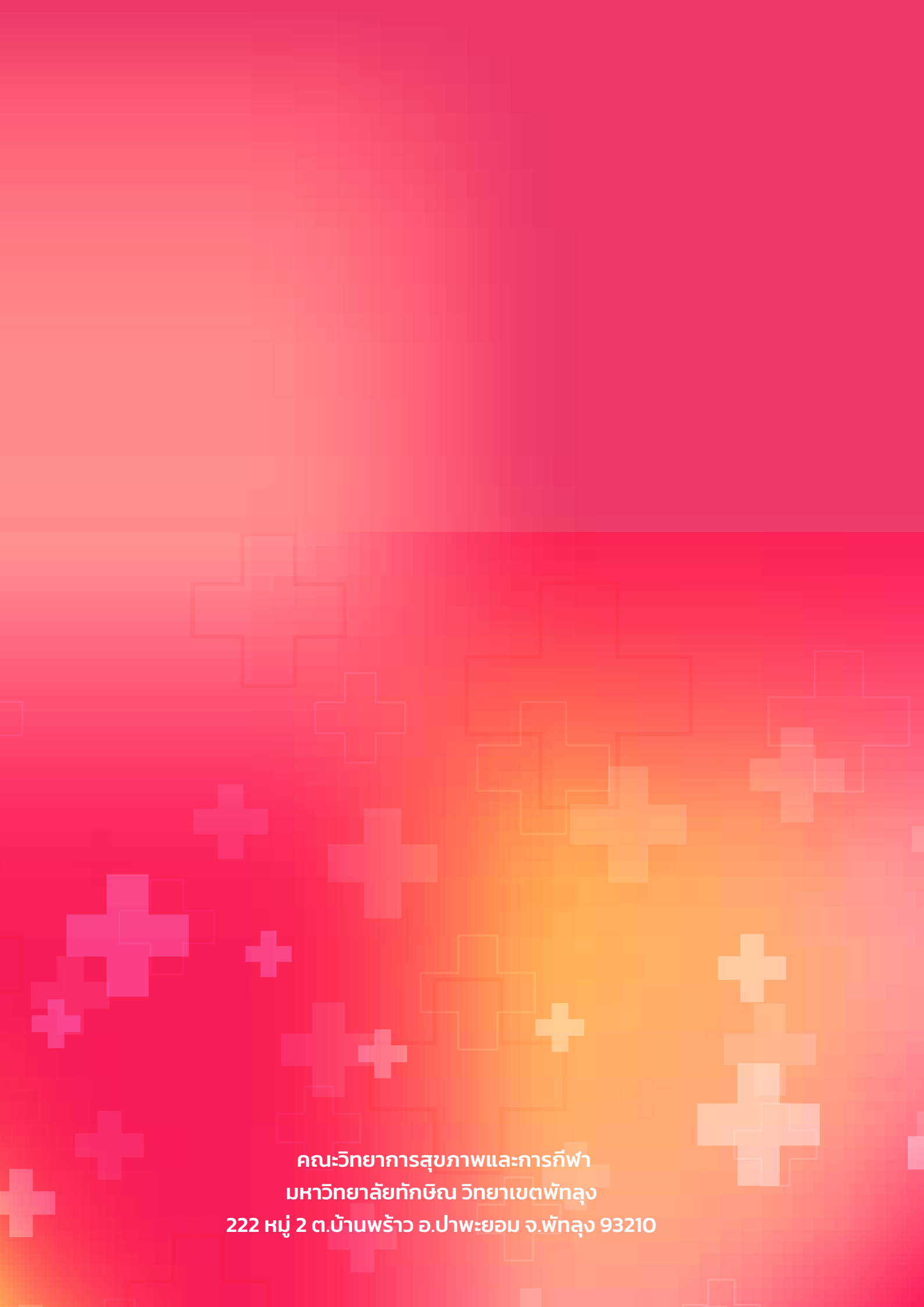
- Ministry of Public Health. School Lunch Guidelines 2015: Ministry of Public Health; 2020 [cited 2020 September 26]. Available from: <http://nutrition.anamai.moph.go.th>.
- Health Data Center. School-age child nutrition situation 2019: Ministry of Public Health; 2019 [cited 2020 September 13]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th>.
- Rajanukul Institute. Children are obese because of whom: 7 behaviors that parents have to explore themselves: Rajanukul Institute; 2019 [cited 2020 September 26]. Available from: <https://th.rajanukul.go.th>.
- Sunanthaporn C. Can you change it? Thai children's lunch 2017 [cited 2020 September 26]. Available from: <https://waymagazine.org>.
- Bandura A. Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 1991;50(2):248-87.
- Prussia GE, Kinicki AJ. A motivational investigation of group effectiveness using social-cognitive theory. *Journal of Applied Psychology*. 1996;81(2):187-98.
- Noordzij M, Dekker FW, Zoccali C, Jager KJ. Sample Size Calculations. *Nephron Clinical Practice*. 2011;118(4):c319-c23.
- Höfler M, Pfister H, Lieb R, Wittchen H-U. The use of weights to account for non-response and drop-out. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2005;40(4):291-9.
- Bloom BS, Madaus GF, et al.,. Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company; 1972.
- Christmann A, Van Aelst S. Robust estimation of Cronbach's alpha. *Journal of Multivariate Analysis*. 2006;97(7):1660-74.
- Maenpuen A TM, Tansakul S,et al.,. Effects of Eat Smart Program to Promote Nutritional Diet of Grade Four Students, Nonthaburi Province, Thailand. *Journal of Health Education*. 2018;41(1):126-37.
- Chukaew O JP, Buapeth A.,. Effect of Nutritional Self-Management Program on Food Consumption Behavior and Body Weight of Obese Upper-Primary School Children. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2016;36(1):69-85.
- Tuntiakarat S TW, Takviriyannun N.,. The effectiveness of obesity prevention program on eating and physical activity behaviors among overweight school-aged children. *Journal of Boromarajonani College of Nursing*. 2015;31(3):47-61.

14. Choojan S TW, Kummabutr J,. The effects of self-efficacy and family support promotion program on consumption behavior among late school aged children with overweight. Journal of Boromarajonani College of Nursing. 2016;32(1):31-43.
15. Youngiam W PP, Imamee N, et al,. Promoting Fruit and Vegetable Intake through the Application of Social Cognitive Theory among 4th Grade Students in Phrompiram District, Phitsanulok Province. Journal of Public Health. 2013;43(2):126-37.
16. Pichairat A TR, Rodcumdee B,. Effect of health alliance nursing program on food consumption and exercise behaviors in obese school age children. Journal of Boromarajonani College of Nursing. 2013;29(1):121-34.
17. Srithanya S TW, Kummabutr J,. The Effects of a Planned Behavior Program on The Eating and Physical Activity Behavior of Overweight Late Primary School-Aged Children. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2019;31(2):85-97.
18. Bunnag A SP, Krongthammachart K, et al,. The Effect of School Lunch Program on Nutritional Status of Overweight Adolescents in Public Schools. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2013;31(2):67-76.
19. Jaicherdchoo R UN, Boonchieng W,. Development of a Community Participative Program for Health Promotion among Overweight Students. Nursing Journal. 2013;40(2):64-76.



วารสารวิจัย และนวัตกรรมทางสาธารณสุข

Journal of Public Health Research and Innovation



คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา
มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง
222 หมู่ 2 ต.บ้านพร้าว อ.ป่าพะยอม จ.พัทลุง 93210