



วารสารสุขภาพ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ปีที่ ๔๕ ฉบับที่ ๒
Vol. 45 No. 2

กรกฎาคม - ธันวาคม ๒๕๖๕
July - December 2022

บทความวิชาการ

- ❖ การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุไทย
- ❖ การยอมรับการใช้บริการดนตรีบำบัดเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ

บทความวิจัย

- ❖ การพัฒนารูปแบบการให้คำแนะนำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวอายุ 0 - 1 ปี
- ❖ ผลของการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดน้ำหนักของประชาชนวัยทำงานที่มีน้ำหนักเกินบ้านดงหมากตลอด ตำบลเมืองเพีย อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี
- ❖ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลโนนชัยศรี อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด
- ❖ ผลของการพัฒนาระดับเขาวนปัญญาเด็กปฐมวัยโดยใช้เครือข่ายทางสังคม จังหวัดอำนาจเจริญ
- ❖ ผลของโปรแกรมความรู้ด้านทันตสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคเหงือกอักเสบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม
- ❖ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่น
- ❖ ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา
- ❖ ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปในจังหวัดนครราชสีมา
- ❖ สถานการณ์ผลการดำเนินการสถานศึกษาปลอดภัยในโรงเรียนระดับประถมศึกษาเขตพื้นที่ตำบลขุนทะเล อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- ❖ ความสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค พฤติกรรมการป้องกันกับความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นในผู้ป่วย โรงพยาบาลขอนแก่น
- ❖ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตอำเภอขามเฒ่าจังหวัดศรีสะเกษ
- ❖ พฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเองของประชาชนต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตให้บริการของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วารสารสุขศึกษา

Thai Journal of Health Education

ปีที่ 45 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2565

วัตถุประสงค์

วารสารสุขศึกษาจัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่วิทยาการความก้าวหน้าทางสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ องค์ความรู้และนวัตกรรมที่มีคุณค่าต่อวิชาการและวิชาชีพสุขศึกษา ส่งเสริมสุขภาพและการสาธารณสุข โดยมีขอบเขตเนื้อหาทางวิชาการดังนี้ จิตวิทยาสุขภาพ (Health Psychology) สุขศึกษา (Health Education) การสื่อสารสุขภาพ (Health Communication) พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) และการสาธารณสุข (Public Health)

เจ้าของ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ที่อยู่ 340 ถนนสุรนารายณ์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา 30000
หมายเลขโทรศัพท์: 065 692 3118 อีเมล: phjournal@nrru.ac.th

Office Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University
340 Suranarai Road, Nai Mueang Sub-district, Mueang District, Nakhon Ratchasima
Province 30000 Tel: 065 692 3118 E-mail: phjournal@nrru.ac.th

กำหนดออก ปีละ 2 ฉบับ (มกราคม – มิถุนายน และ กรกฎาคม – ธันวาคม)

สำนักพิมพ์ บริษัท สยามมัลติซอร์พท์จำกัด 1085/1-2 ถนนสุรนารายณ์ ตำบลในเมือง
อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30000 หมายเลขโทรศัพท์: 086 478 5843

บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสุขศึกษาเป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการ คณะผู้จัดทำ และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไข ข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสม

วารสารสุขศึกษา

Thai Journal of Health Education

บรรณาธิการ

รศ.ดร.ธิดา ผาติเสนาะ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

รองบรรณาธิการ

ผศ.ดร.อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ผศ.ดร.ธวัชชัย เอกสันติ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ดร.จิตติมา ระย้าเพชร

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ.ดร.พรรณี บุญชรหัตถกิจ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์
ในพระบรมราชูปถัมภ์

รศ.พญ.ชวัลัญญา รัตนพิบูลย์

สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

รศ.ดร.อุไรวรรณ อินทร์ม่วง

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ.ดร.มนทรา เก่งการพานิช

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.ทองทิพย์ สละวงศ์ลักษณ์

นักวิชาการอิสระ

ผศ.ดร.ชลาลัย หาญเจนลักษณ์

สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผศ.ดร.ศรัณญา เบญจกุล

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี

ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

ดร.อัศมน ลิ้มสกุล

ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมด้านสิ่งแวดล้อม

กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

ผศ.ดร.สุรีย์ ธรรมมิกบวร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

รศ.ดร.พุดผิงค์ สัตยวงศ์ทิพย์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ผศ.ดร.ทิวากรณ์ ราชูธร

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ผศ.ดร.จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ดร.พัชรี ศรีฤตา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ดร.รชานนท์ งามใจรัก

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ดร.ปาริชาติ วงษ์วิศรา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

เลขานุการจัดทำวารสาร

นางปัทมาภรณ์ อำไพกุล

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

นางสาวอนุภา สุวรรณชาติ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

นางสาวธิดารัตน์ ณ จัตุรัส

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก พิจารณาทบทวน (Peer review)

รศ.ดร.พรรณิ บัญชรหัตถกิจ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
รองศาสตราจารย์ ดร.รัชณี ศุภจินทรรัตน์	มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
รองศาสตราจารย์ ดร.มณฑา เก่งการพานิช	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์	นักวิชาการอิสระ
ผศ.ดร.พรทิพย์ เย็นใจ	สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
ดร.กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ชลธิรา กาวไธสง	มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง
ดร.พรพิมล ชูพานิช	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.ทพ.วุฒิกุล ธนากาญจนภักดี	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.บัณฑิต นิตยคำหาญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ปราณีทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

ผู้ทรงคุณวุฒิภายใน พิจารณาทบทวน (Peer review)

ผศ.ดร.สุรีย์ ธรรมิกบวร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ผศ.ดร.อรรณวิทย์ สิงห์ศาลาแสง	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ผศ.ดร.ธวัชชัย เอกสันติ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ผศ.ดร.จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ดร.ฐิติมา ระย้าเพชร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ดร.ปาริชาติ วงษ์วิศรดา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ดร.รชานนท์ ง่วนใจรัก	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ดร.อลงกรณ์ สุขเรืองกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
น.ท.หญิง ดร.ศิริกัญญา ฤทธิ์แปลก	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับและการส่งบทความวิชาการ หรือบทความงานวิจัยเพื่อเผยแพร่

1. ประเภทบทความ

1.1 วารสารสุศึกษา รับบทความต้นฉบับทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเป็นบทความที่ไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน หรือไม่อยู่ระหว่างรอการตอบรับตีพิมพ์ในวารสารฉบับใด ๆ

1.2 บทความต้นฉบับ ที่เตรียมการเผยแพร่ทั้งในรูปของบทความวิจัย (Research article) บทความปริทัศน์ (Review article) บทความวิชาการหรือบทความพิเศษ (Academic article) ทางสุศึกษา ส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ และศาสตร์ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการสาธารณสุข ทั้งนี้เพื่อเพิ่มพูนความรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และคงไว้ซึ่งความเป็นวิชาชีพ

1.3 กรณีบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์ ต้องมีหนังสือรับรองและลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลักและนักศึกษาผู้ทำวิทยานิพนธ์

2. รูปแบบการเตรียมบทความต้นฉบับ

2.1 บทความต้นฉบับทุกรูปแบบ กำหนดให้จัดพิมพ์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ Microsoft Office Word 2007 และ pdf ขึ้นไป

2.2 บทความที่ส่งมาจำเป็นต้องมีการทบทวนวรรณกรรม แนวความคิด และทฤษฎีสนับสนุน อย่างน้อย 1 ทฤษฎี และมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ อย่างน้อย 5 ฉบับย้อนหลังไม่เกิน 10 ปี

2.3 กรณีบทความวิจัย กำหนดให้มีความยาวของเนื้อหา พร้อมตาราง (ถ้ามี) จำนวน 12 – 15 หน้า (หากเกินมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมอัตราหน้าละ 300 บาท) กระดาษที่พิมพ์ต้องเป็นขนาดเอ 4 พิมพ์หน้าเดียว 1 คอลัมน์ ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 14 points โดยพิมพ์ห่างจากขอบกระดาษ 2.54 เซนติเมตรทุกด้าน พร้อมใส่หมายเลขหน้าทุกหน้าที่มีมบนด้านขวา

ส่วนบทความปริทัศน์ บทความวิชาการ หรือบทความพิเศษ กำหนดให้มีความยาวของเนื้อหาพร้อมรูปหรือตาราง (ถ้ามี) จำนวน 12 – 15 หน้า

กรณีการเขียนเชิงอรรถที่ด้านล่าง กำหนดให้ขนาดอักษรเท่ากับ 12 points

3. การจัดเรียงเนื้อหาในบทความต้นฉบับ

3.1 กรณีบทความวิจัย ควรมีส่วนประกอบและการจัดเรียงเนื้อหา (ไม่ควรเกิน 13 หน้า) เป็นลำดับดังต่อไปนี้

- หน้าแรก ประกอบด้วย

- 1) ชื่อบทความวิจัยภาษาไทย

- 2) ชื่อ-สกุลผู้เขียน อีเมล เบอร์โทร ตำแหน่ง ที่อยู่ทำงานเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษไม่เกิน 6 คน หากเกินกว่านี้ ให้ระบุคำว่า “และคณะ” สำหรับผู้เขียนในลำดับที่ 7 เป็นต้น พร้อมระบุเชิงอรรถแบบตัวเลข เพื่อเขียนเชิงอรรถด้านล่างเกี่ยวกับตำแหน่งงานและหน่วยงานที่สังกัดพร้อมระบุสัญลักษณ์เพิ่ม “*” ให้กับผู้เขียนที่มีสถานะเป็น Corresponding Author 1 ท่าน และระบุที่อยู่ และ Email เพื่อการติดต่อ

- 3) บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีเนื้อหาครอบคลุมที่มา / หลักการและเหตุผลวัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ผลการวิจัย และการสรุป/ ข้อเสนอแนะ มีความยาวไม่เกิน 350 คำ หรือ 15 - 16 บรรทัด

- 4) คำสำคัญ 3 - 5 คำ

- หน้าที่สองบทคัดย่อภาษาอังกฤษ มีเนื้อหาดังเช่นหน้าแรก แต่เขียนด้วยภาษาอังกฤษ

- หน้าที่ 3 - 15 ประกอบด้วยหัวข้อการนำเสนอ ดังนี้

1) บทนำ

2) วัตถุประสงค์ และสมมติฐานงานวิจัย (ถ้ามี)

3) ระเบียบวิธีวิจัย ประกอบด้วยหัวข้อรูปแบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง เกณฑ์คัดเลือกตัวอย่าง เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ขั้นตอนการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ และการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

4) ผลการวิจัย พร้อมตารางหรือรูป (ถ้ามี) โดยตารางหรือรูปที่เสนอต้องไม่เกิน 2-3 ตารางหรือรูป

5) อภิปรายผล

6) สรุป

7) ข้อเสนอแนะ มุ่งเน้นเฉพาะข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

8) กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

9) เอกสารอ้างอิง (TH SarabunPSK 13 points)

3.2 กรณียุทธศาสตร์วิชาการ บทความปริทัศน์ หรือบทความพิเศษ กำหนดให้มีส่วนประกอบและการจัดเรียงเนื้อหาเป็นลำดับที่คล้ายกับบทความวิจัย ได้แก่ บทคัดย่อ (ทั้งภาษาไทย และอังกฤษ) บทนำ เนื้อเรื่อง สรุป กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) และเอกสารอ้างอิง

ตัวอย่างการจัดเรียงเนื้อหาในบทความต้นฉบับ: กรณียุทธศาสตร์วิชาการ

องค์ประกอบบทความภาษาไทย

ชื่อบทความวิชาการ

ชื่อผู้รับผิดชอบบทความ¹ และผู้ร่วมวิจัย^{2, 3, 4} (ใส่ * Corresponding author)

ตำแหน่ง, ชื่อที่ทำงานของผู้รับผิดชอบบทความ¹ และผู้ร่วมวิจัย^{2, 3, 4}

บทคัดย่อ (ไม่เกิน 350 คำ)

ที่มา/ภูมิหลัง/ปัญหาการวิจัย:

ระเบียบวิธีวิจัย:

ผลการวิจัย:

ข้อเสนอแนะ

คำสำคัญ 1...../ 2...../3.....

*Corresponding author: ชื่อ-สกุล.....อีเมล.....เบอร์โทรศัพท์.....

องค์ประกอบบทความภาษาอังกฤษ

Research Topic

First author,and Co-author (* Corresponding author)

Position and organizational name of first author,, organizational name of corresponding author

Abstract (Not more than 350 word)

Rationale/background:

Aims:

Methodology:

Results:

Recommendation:

Keywords: 1...../ 2...../ 3.....

* Corresponding author: First name and surname..... Email Telephone Number.....

องค์ประกอบเนื้อหาบทความ

เนื้อหาสาระสำคัญ (ไม่เกิน 13 หน้า)

บทนำ

วัตถุประสงค์:

ระเบียบวิธีวิจัย:

ผลการวิจัย:

อภิปรายผลการวิจัย:

สรุป:

ข้อเสนอแนะ:

เอกสารอ้างอิง (แบบ Vancouver) ไม่น้อยกว่า 10 รายการ และย้อนหลังไม่เกิน 10 ปี

4. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงให้เขียนอ้างอิงในระบบ Vancouver ตามลำดับหมายเลขด้วยตัวเลขอารบิกที่พิมพ์แบบตัวยกลง โดยเริ่มจากหมายเลข 1 และเมื่ออ้างอิงซ้ำในส่วนต่างๆ ของบทความวิจัยจะต้องใช้หมายเลขเดิมตามที่เคยระบุไว้ก่อนแล้วตลอดทั้งบทความ ทั้งนี้ให้เขียนอ้างอิงทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษทุกรายงาน ตัวอย่างการอ้างอิงดังต่อไปนี้

4.1 กรณีการอ้างอิงวารสาร

รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง (Authors). ชื่อบทความ (Title of article) ชื่อวารสาร (Title of journal), ปีพิมพ์ (Year of publication); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Pages)
ตัวอย่าง	Drewnowski A, and Darmon N. The economics of obesity: Dietary energy density and energy cost. American Journal of Clinical Nutrition 2005; 82: 265s – 273s รัชฎา สุทธาดำรงรัตน์, สุญาณี พงษ์ชนานิกร, กุลวรา เมฆสุวรรณค์. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการบริโภคอาหารและกลุ่มอาการเมแทบอลิกของประชากรวัยทำงานในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2553: 40 (1): 17-27

4.2 กรณีการอ้างอิงหนังสือ/ตำราต่างประเทศ

รูปแบบอ้างอิงทั้งเล่ม	
รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง (Authors). ชื่อหนังสือ (Title of book), ครั้งที่พิมพ์ (Edition of book). เมืองที่พิมพ์หรือสถานที่พิมพ์ (Place of publication): สำนักพิมพ์ (Publisher name); ปีพิมพ์ (Year of publication)
ตัวอย่าง	Daniel Ww. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. (8 ed). The United states of America: John Wiley & Sons; 2005.นิรัตน์ อิมามี. เทคนิคการวางแผนงานโครงการสุศึกษาและสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์: 2543.สุรศักดิ์ นิลกานุงค์ และสุรวุฒิ ปรีชานนท์ คู่มือโรคข้อ (พิมพ์ครั้งที่ 2)กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์;2548.
รูปแบบอ้างอิงเฉพาะบทใด ๆ ของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบทและมีบรรณาธิการ	
รูปแบบ	ชื่อผู้เขียน (Author). ชื่อบท (Title of chapter). ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ (editor (s). ชื่อหนังสือ (Title of the Book) ครั้งที่พิมพ์ (Edition) เมืองที่พิมพ์ (Place of publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.
ตัวอย่าง	สัักขณา เตมศิริกุลชัย. การชี้แนะสาธารณะด้านสุขภาพ. ใน: สุปรียา ตันสกุล,บรรณาธิการ. กลยุทธ์ทางสุศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ยุทธินทรการพิมพ์: 2548. หน้า 115 - 135.

4.3 กรณีบทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต

รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of article). ชื่อวารสาร (Title of the journal) [ประเภทของสื่อ].ปีพิมพ์ (เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่: ปีที่: [หน้า], เข้าถึงได้จาก (Available from: http://.....)
ตัวอย่าง	Carpenter C, and Cook PJ. Cigarette tax and youth smoking: New evidence from National state, and local youth risk behavior survey. Journal of Health Economic [internet]. 2008(cited 2011 March 31); 27:287- 299. Available from: http://www.nber.org/papers/w13046 . วิวัฒน์ โรจนพิทยากร. การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารทางวิชาการโดยใช้ระบบแวนคูเวอร์. วารสารโรคติดต่อ [อินเทอร์เน็ต]. 2541 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2549]: 24: 465 - 72. เข้าถึงได้จาก http://stanglimahidol.ac.th/image/style.pdf .

4.4 กรณีอ้างอิงวิทยานิพนธ์ หรือดุษฎีนิพนธ์

รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง (ประเภท/ระดับปริญญา. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.
ตัวอย่าง	เบญจวรรณ เอี่ยมปู. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนขยายโอกาส จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2554. Sanjaithum K. Factors influencing nutritional self-management among older adults with diabetes mellitus. [M.S. Thesis in Public Health Nursing] Faculty of Graduate Studies. Mahidol University, 2006. Pattayakomn P. Factors predicting life satisfaction among Thai older women with Osteoarthritis of the knee. [Ph.D. dissertation in nursing]. Bangkok: Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, 2009.

หมายเหตุ เอกสารอ้างอิงควรพิจารณาให้สำคัญในการอ้างอิงบทความที่ตีพิมพ์วารสารในฐานข้อมูล TCI หรือฐานข้อมูลนานาชาติ

5. การจัดส่งบทความต้นฉบับ

5.1 จัดส่งบทความต้นฉบับในรูปแบบเอกสารไฟล์ Word จำนวน 1 ฉบับ และ เอกสารต้นฉบับเดียวกันในรูปแบบไฟล์ pdf 1 ฉบับ ส่งมายัง phjournal@nrru.ac.th และ/หรือ ผ่านระบบ ThaiJO

5.2 กองบรรณาธิการ จะไม่ส่งคืนบทความต้นฉบับในทุกกรณี ไม่ว่าจะได้รับพิจารณาให้ตีพิมพ์หรือไม่

6. ขั้นตอนการตรวจสอบ/ ทบทวนบทความต้นฉบับโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

6.1 บทความต้นฉบับทุกเรื่องต้องผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญในกองบรรณาธิการและบทความที่ผ่านการกลั่นกรองจากกองบรรณาธิการจะได้รับการทบทวนบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) จำนวน 2-3 ท่านต่อไป

6.2 ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิจะส่งกลับให้ผู้เขียนดำเนินการแก้ไขภายใน 2 สัปดาห์

6.3 บรรณาธิการ ขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับสุดท้ายก่อนการตีพิมพ์เผยแพร่

6.4 เพื่อป้องกันการปฏิเสธบทความต้นฉบับกรุณาตรวจสอบเนื้อหาบทความในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

6.4.1 ตรวจสอบการสะกดคำ หลักไวยากรณ์ภาษาไทยอย่างเคร่งครัด

6.4.2 โปรดตรวจสอบชื่อ Technical term ชื่อเรียกสถิติที่นำมาวิเคราะห์ให้เป็นมาตรฐาน

6.4.3 ผลการวิจัยควรมีตารางประกอบการเขียนอธิบาย

7. การออกต้นฉบับ

วารสารสุศึกษาจะออกปีละ 2 ฉบับ (เปิดรับต้นฉบับทั้งปี แต่บทความจะได้ลงฉบับใดขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ส่ง)

ฉบับที่ 1 ระหว่างเดือน มกราคม-มิถุนายน

ฉบับที่ 2 ระหว่างเดือน กรกฎาคม-ธันวาคม

8. การออกใบรับรองการตีพิมพ์

การออกใบรับรองการตีพิมพ์บทความต้นฉบับใบตอบรับการตีพิมพ์บทความวิชาการลงวารสารสุศึกษา จะได้รับก็ต่อเมื่อผ่านการพิจารณาจากกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว โดยกองบรรณาธิการจะออกใบตอบรับให้หลังจากปิดเล่มวารสารฉบับนั้น ๆ ประมาณ 2 สัปดาห์

9. รายละเอียดเกี่ยวกับค่าธรรมเนียม

ค่าธรรมเนียมการส่งบทความเพื่อเข้ารับการพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสุศึกษา ดังนี้

9.1 กรณีประสงค์ตีพิมพ์เผยแพร่โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ จำนวน 2 ท่าน มีอัตราค่าธรรมเนียม ดังนี้

9.1.1 บุคคลภายนอก 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน)

9.1.2 บุคคลภายในมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา 2,000 บาท (สองพันบาทถ้วน)

9.2 กรณีประสงค์ตีพิมพ์เผยแพร่โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ จำนวน 3 ท่าน มีอัตราค่าธรรมเนียม ดังนี้

9.2.1 บุคคลภายนอก 3,500 บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน)

9.2.2 บุคคลภายในมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา 2,500 บาท (สองพันห้าร้อยบาทถ้วน)

* หมายเหตุ

1. การชำระค่าธรรมเนียมการส่งบทความเพื่อเข้ารับการพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่นั้น “ไม่ได้ยืนยันว่าบทความของท่านจะได้รับการตีพิมพ์ลงในวารสารสุศึกษา” เนื่องจากบทความจะต้องได้รับการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2-3 ท่าน และบรรณาธิการก่อน จึงจะดำเนินการแจ้งผลการพิจารณาว่าบทความของท่านผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 2-3 ท่าน ให้ลงตีพิมพ์เผยแพร่ได้หรือไม่

2. ขอแจ้งให้ท่านรับทราบก่อนส่งบทความเพื่อเข้ารับตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสุศึกษา กรณีที่บทความของท่าน “ถูกปฏิเสธการลงตีพิมพ์” จากผู้ทรงคุณวุฒิหรือบรรณาธิการ ทางกองบรรณาธิการจะไม่คืนค่าธรรมเนียมให้กับผู้สมัครทุกกรณี เนื่องจากค่าธรรมเนียมดังกล่าวจะเป็นค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิที่ประเมินบทความของท่าน

การชำระค่าธรรมเนียม

ชำระค่าธรรมเนียมโดยการโอนเข้าบัญชีธนาคาร

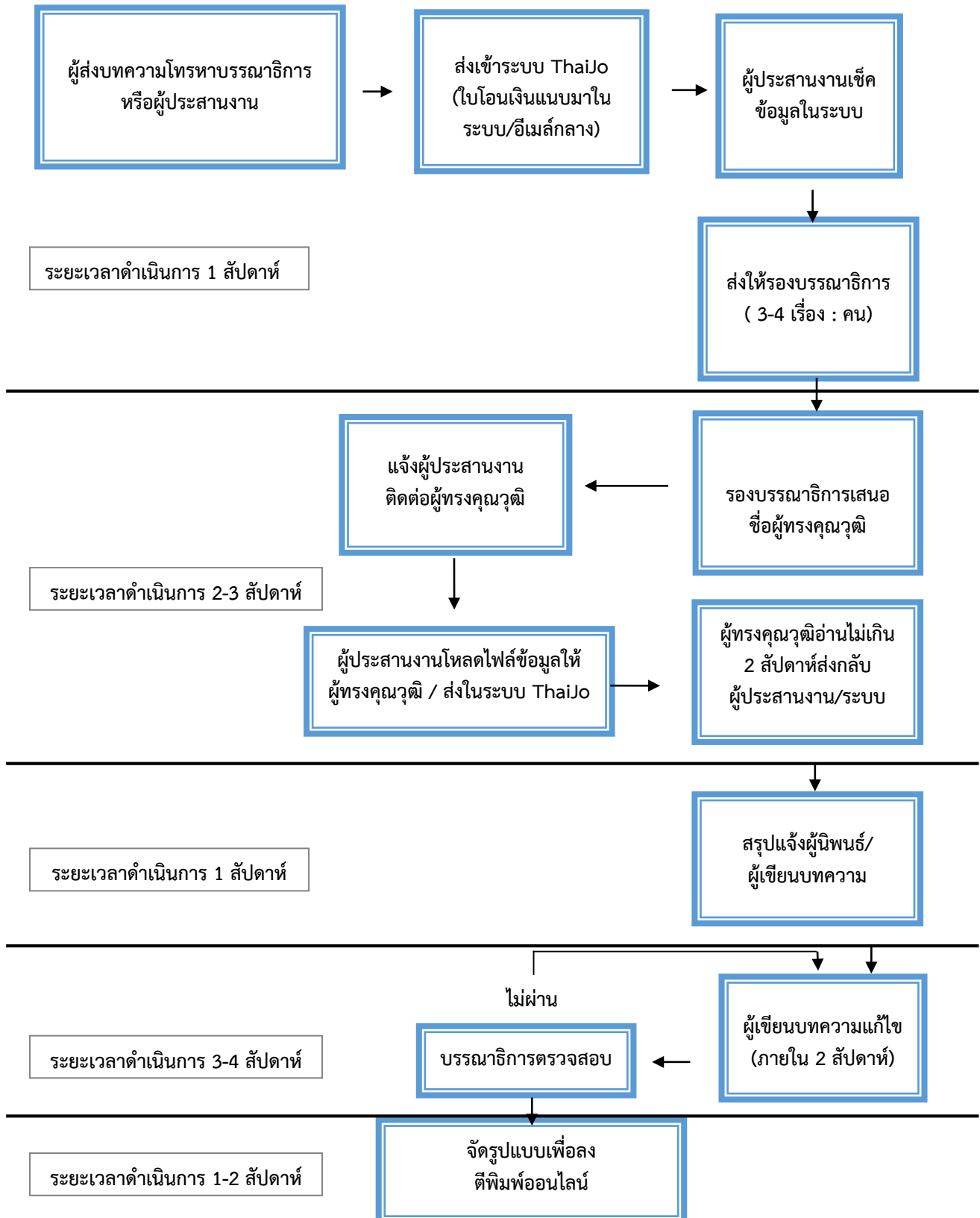
เลขที่บัญชี 419-1-78460-8

ชื่อบัญชี นางธนิดา ผาติเสนะ และ นางปัทมาภรณ์ อำไพกุล

ธนาคาร กรุงศรีอยุธยา สาขา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ประเภทบัญชี ออมทรัพย์

หลังจากชำระค่าธรรมเนียมแล้ว โปรดส่งหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมผ่านทางอีเมล phjournal@nrru.ac.th

ตัวอย่างขั้นตอนการรับบทความตีพิมพ์ของวารสารสุศึกษา



บทบรรณาธิการ

วารสารสุขศึกษาฉบับที่ 2 ของปี 2565 นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรมทางวิชาการ และวิชาชีพด้านสุขภาพ ซึ่งมีบทความรวมทั้งสิ้น จำนวน 14 เรื่อง ประกอบไปด้วยบทความวิชาการ จำนวน 2 เรื่อง และบทความวิจัย จำนวน 12 เรื่อง แต่ละเรื่องมีเนื้อหาวิชาการที่น่าสนใจเป็นอย่างยิ่ง โดยบทความทุกเรื่องผ่านกระบวนการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2-3 ท่าน ทำให้เกิดคุณภาพ สามารถนำไปใช้ประโยชน์และประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานต่อไปได้

ท้ายนี้ วารสารสุขศึกษายังคงมุ่งมั่นและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมคุณภาพ คุณค่าทางวิชาการ นำไปสู่การได้รับรองมาตรฐานคุณภาพของวารสารในระดับที่สูงขึ้นต่อไป

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ เจ้าของผลงานวิชาการ กองบรรณาธิการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้มีส่วนร่วมทำให้วารสารสุขศึกษาฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี และในวาระส่งท้ายปีเก่า ต้อนรับปีใหม่ ขออวยพรให้ทุกท่านมีความสุข ประสบความสำเร็จในหน้าที่การงานตลอดปี พ.ศ. 2566 และตลอดไปเทอญ



รองศาสตราจารย์ ดร. ธนิตา ผาติเสนะ
บรรณาธิการ

สารบัญ

ชื่อบทความ	หน้า
บทความวิชาการ	
❖ การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุไทย รุ่งโรจน์ พุ่มรีว	1 – 10
❖ การยอมรับการใช้บริการดนตรีบำบัดเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ สมรรถยา วาทะวัฒน์, ปิณณวิช สนิทนราทร, รัชฎา พงธนกิจ และ ไพบุลย์ บุญยเกียรติ	11 – 20
บทความวิจัย	
❖ การพัฒนารูปแบบการให้คำแนะนำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในเด็กโรคหัวใจพิการ แต่กำเนิดชนิดไม่เขียวอายุ 0 - 1 ปี ศศิชล คำเพราะ	21 – 32
❖ ผลของการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดน้ำหนักของประชาชนวัยทำงานที่น้ำหนักเกินบ้าน ดงหมากหลอด ตำบลเมืองเพีย อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี พันธกานต์ รัตเสียร และ ปาริชา นิพพานนท์	33 – 47
❖ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลโนนชัยศรี อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ, ปรียากร สงวนกิตติพันธ์, นิวัฒน์ วงศ์ใหญ่, พัชรารัตน จันทร์เพชร และ สุธาสิณี วงศ์หาต	48 – 58
❖ ผลของการพัฒนาระดับเขาวนปัญญาเด็กปฐมวัยโดยใช้เครือข่ายทางสังคม จังหวัดอำนาจเจริญ ปฐมพงศ์ ปุโรโปร่ง, กิตติ ประจันตเสน, สราญ เหล็กงาม และ ธัญมล ช่วงโชติ	59 – 71
❖ ผลของโปรแกรมความรู้ด้านทันตสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริม พฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม อดิศักดิ์ ทิพย์แก้ว และ นาฏนภา ทิพย์แก้ว ปัตตาสวรรณ์	72 – 87
❖ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่น ถิระวรรณ บุตรโพธิ์ศรี และ นาฏนภา ทิพย์แก้ว ปัตตาสวรรณ์	88 – 100
❖ ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา จุน หน่อแก้ว, นาฏนภา ทิพย์แก้ว ปัตตาสวรรณ์, จิรายุทธ์ เชื้อตานาม, ประภาธิดา ศรีจันลา, กมลพัชร วิสุทธิภักดี และ ชวลัญญา รัตนพิบูลย์	101 – 115

สารบัญ (ต่อ)

ชื่อบทความ	หน้า
❖ ปัจจัยกำหนดพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปในจังหวัดนครราชสีมา <i>รชานนท์ ง่วนใจรัก, อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง และ จิรัญญา บุรีมาศ</i>	116 – 127
❖ สถานการณ์ผลการดำเนินการสถานศึกษาปลอดภัยในโรงเรียนระดับประถมศึกษาเขตพื้นที่ตำบลขุนทะเล อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี <i>กนกรัตน์ ชลศิลป์ และ รัชกร ฮังกุล</i>	128 – 137
❖ ความสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค พฤติกรรมการป้องกัน กับความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นในผู้ป่วย โรงพยาบาลขอนแก่น <i>นฤมล สิงสาราญ และ รุจิรา ดวงสงค์</i>	138 – 151
❖ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตอำเภอชายแดนจังหวัดศรีสะเกษ <i>ภควินิต เพ็งพันธ์ และ รุจิรา ดวงสงค์</i>	152 – 162
❖ พฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเองของประชาชนต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตให้บริการของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี <i>พัทลิตา ภัทรธีรานนท์, รุ่งทิวา เสาวนีย์, พัชรกรพจน์ ศรีประสาร และ นิภาวรรณ ศรีโยทะ</i>	163 – 175

การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุไทย

รุ่งโรจน์ พุ่มรีว^{1*}

¹รองศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยเทคโนโลยีสยาม จังหวัดกรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุไทยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง เนื่องจากความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์ สาธารณสุข การศึกษา เศรษฐกิจ สังคม วิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี มีส่วนทำให้คนไทยอายุยืนยาวขึ้น ส่งผลให้มีผู้สูงอายุไทยเพิ่มขึ้น ดังจะเห็นได้จากในปี พ.ศ. 2513 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 1.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4.9 ของประชากรไทยทั้งหมด เพิ่มขึ้นเป็น 13.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.6 ในปี พ.ศ. 2564 และคาดว่าจะมีผู้สูงอายุ 17.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 26.6 เป็นความจริงที่ว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมโทรมลงทั้งร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และสังคม จึงทำให้ผู้สูงอายุมักประสบปัญหาหลายอย่างเช่นปัญหาสุขภาพ รายได้น้อยและการหกล้มเป็นต้น รวมทั้งต้องอาศัยการดูแลช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดำรงชีวิต การหกล้มของผู้สูงอายุก่อให้เกิดผลเสียหลายอย่าง เช่น ทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือพิการหรือเสียชีวิตได้รวมทั้งสูญเสียค่ารักษาพยาบาลอีกด้วย ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุหกล้มได้แก่ 1) ปัจจัยทางด้านร่างกายและจิตใจ 2) ปัจจัยทางด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุ 3) ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม และ 4) ปัจจัยทางด้านฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม

การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง จึงเป็นเรื่องสำคัญสามารถทำได้หลายวิธี เช่น 1) การให้การศึกษแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในเรื่องการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ 2) การสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวและหรือผู้ดูแลช่วยเหลือและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ 3) การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม และ 4) การสนับสนุนให้อาสาสมัครในชุมชนช่วยดูแลและแนะนำการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ เป็นต้น

คำสำคัญ: การป้องกันการหกล้ม/ ผู้สูงอายุ

*Corresponding author: รุ่งโรจน์ พุ่มรีว, อีเมล: roongrote_p@hotmail.co.th, โทร 0890487838

Received: September 12, 2022 / Revised: October 7, 2022 / Accepted: December 7, 2022

Fall Prevention in Thai Older Adults

Roongrote Poomriew^{1*}

¹Associate Professor, Faculty of Health Sciences, Siam Technology College, Bangkok.

Abstract

This academic article aims to present fall prevention in Thai older adults, specifically those older adults in home bound group and bed bound group. Due to the development of medical care, public health, education, economy, society, science and technology can enhance life longevity and increase the number of older adults. For instance, in 1970, there were 1.7 million Thai elderly (4.9 percent of the total Thai population) increasing to 13.3 million (19.6 percent) in 2021. In addition, it was estimated that by the year 2030, there will be 17.6 million Thai older adults (26.6 percent). It is generally accepted that old age is a period of deterioration, particularly, physical, psychological, emotional and social decline which can lead to many problems such as health problem, low income and falls. Also, some of them need assistance from others for their living. Falls can cause of injury, disability or even death and increase more expenses for medical care. The main risk factors for falls are 1) physical and psychological risk factors 2) behavioral risk factors 3) environmental risk factors and 4) socio - economic risk factors.

Fall prevention for Thai home bound and bed bound older adult groups is an important issue. There are many alternatives that can apply to prevent falls in those older adults such as 1) educating older adults and their families to know how to prevent falls 2) supporting their family members and or caregivers to take care and promote health of older adults 3) improving environment relating to falls and 4) encouraging community volunteers to give advice and guideline to prevent older adults falls.

Keywords: Fall Prevention / Older Adult

*Corresponding author: Roongrote Poomriew, E-mail: roongrote_p@hotmail.co.th, Tel: 0890487838

Received: September 12, 2022 / Revised: October 7, 2022 / Accepted: December 7, 2022

บทนำ

เนื่องจากพัฒนาการทางด้านการแพทย์ สาธารณสุข เศรษฐกิจ สังคม การศึกษา วิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี มีส่วนทำให้คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น จึงส่งผลให้มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ดังจะเห็นได้จากในปี พ.ศ. 2513 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 1.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4.9 ของประชากรไทยทั้งประเทศ ต่อมาการเพิ่มขึ้นเป็น 10.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15.8 ในปี พ.ศ. 2558¹ และในปี พ.ศ. 2564 มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอีกเป็น 13.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.6² นอกจากนั้นยังมีการคาดประมาณในอนาคตว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้สูงอายุ 19.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 26.6³

สำหรับทั่วโลกนั้น จำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ก็กำลังเพิ่มขึ้น องค์การอนามัยโลกได้คาดประมาณว่าในปี ค.ศ. 2006 หรือ พ.ศ. 2549 มีผู้สูงอายุ จำนวน 688 ล้านคน และในปี ค.ศ. 2050 หรือ พ.ศ. 2593 จะเพิ่มขึ้นทั่วโลกเป็นประมาณ 2 พัน ล้านคน⁴ สำหรับประเทศในอาเซียนในปี พ.ศ. 2562 มีผู้สูงอายุ 71 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11.0 ของประชากรทั้งหมดในอาเซียน โดยมี 4 ประเทศที่มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10.0 ของประชากรทั้งหมดของประเทศนั้น ๆ ซึ่งได้แก่ประเทศสิงคโปร์ มีผู้สูงอายุร้อยละ 20 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุร้อยละ 18.0 ประเทศเวียดนาม มีผู้สูงอายุร้อยละ 12.0 และประเทศมาเลเซียมีผู้สูงอายุร้อยละ 11.0 จากการคาดประมาณพบว่าในปี พ.ศ. 2583 ประเทศอาเซียนจะมีผู้สูงอายุ 145 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.0 ของประชากรทั้งหมดของอาเซียน⁵

เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน และมักจะเป็นการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมถอยลง ทำให้ผู้สูงอายุมักจะพบปัญหาสำคัญ หลายประการ⁶ เช่น

1. ปัญหาทางด้านสุขภาพร่างกาย อวัยวะและระบบต่างๆในร่างกายของผู้สูงอายุเริ่มเสื่อมถอยลงและทำหน้าที่ได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ โรคและอาการที่พบบ่อยได้แก่ วิงเวียนศีรษะ การทรงตัว การมองเห็นและการได้ยินไม่ดีและมักมีโรคเรื้อรังประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน เป็นต้น

2. ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุมักมีรายได้น้อย เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ บางคนไม่มีบุตรหลานดูแลอุปการะเลี้ยงดูอาจจะมียาได้ไม่เพียงพอสำหรับการดำรงชีวิต

3. ปัญหาทางด้านสังคม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้ออกไปพบปะกับคนอื่นมากนัก ประกอบกับบุตรหลานมักจะออกไปทำงานนอกบ้าน จึงทำให้รู้สึกเหงาหงอยเหงา

4. ปัญหาทางด้านสุขภาพจิต โดยทั่วไปผู้สูงอายุมักจะไม่ค่อยแข็งแรง เจ็บป่วยบ่อยและมีโรคประจำตัว ประกอบกับผู้สูงอายุบางคนยากจน ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ขาดเพื่อนญาติ ขาดบุตรหลานคอยดูแลเอาใจใส่ ช่วยเหลือ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกวิตกกังวลว่าจะไม่มีใครดูแล มีภาวะ ซึมเศร้าและนอนไม่หลับส่งผลต่อสุขภาพจิต

5. ปัญหาการหกล้ม เกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างเช่นสภาพร่างกายของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง มีภาวะซึมเศร้าและแสงสว่างในบ้านไม่เพียงพอ เป็นต้น

รายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ในปี ค.ศ. 2007 หรือ พ.ศ. 2550 ในเรื่องเกี่ยวกับการหกล้มและผลกระทบจากการหกล้มในผู้สูงอายุนั้น ระบุว่าในแต่ละปีผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป มีการหกล้มประมาณร้อยละ 28-35 แต่ถ้าพิจารณาจากผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปมีการหกล้มประมาณร้อยละ 32-42⁴ ในประเทศสหรัฐอเมริกาแต่ละปีมีผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปประมาณ 36 ล้านคน หกล้ม และเข้าโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาบาดเจ็บ 3 ล้านคน⁷

อย่างไรก็ตามในแต่ละประเทศอาจจะมีจำนวนผู้สูงอายุที่หกล้มแตกต่างกัน เช่นจากการศึกษาพบว่าในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนมีผู้สูงอายุหกล้มร้อยละ 6-31 ประเทศญี่ปุ่นพบร้อยละ 20 ประเทศบาร์บาโดส พบร้อยละ 21.6 และประเทศชิลีพบร้อยละ 34 เป็นต้น⁴

การหกล้มส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุหลายอย่าง จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2007 หรือปี พ.ศ. 2550 ระบุว่าร้อยละ 20-30 ของผู้สูงอายุที่หกล้มได้รับบาดเจ็บ จากเล็กน้อยไปถึงมาก โดยร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุที่บาดเจ็บนี้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ผู้สูงอายุที่หกล้มแล้วกระดูกหัก หรือบาดเจ็บที่สมองและศีรษะ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่หกล้มบาดเจ็บและเสียชีวิต เช่นในประเทศสหรัฐอเมริกามีผู้สูงอายุที่เสียชีวิตสืบเนื่องมาจากการหกล้มปีละประมาณ 32,000 คน⁷ ในปี ค.ศ. 2015 หรือปี พ.ศ. 2558 ค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่หกล้ม ในคนอเมริกันประมาณ 5 หมื่นล้าน ดอลลาร์⁸

สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากอุบัติการณ์ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2554 พบว่ามีผู้สูงอายุหกล้มประมาณร้อยละ 8.6 โดย 1 ใน 10 คน ของผู้สูงอายุที่หกล้มมีภาวะบาดเจ็บรุนแรง เช่น กระดูกสะโพกหัก และการบาดเจ็บของสมอง⁹

นอกจากนี้จากการคาดประมาณพบว่าระหว่างปี พ.ศ. 2560-2564 มีผู้สูงอายุพลัดตกหกล้ม ปีละประมาณ 3.0-5.5 ล้านคน และเสียชีวิตประมาณ 5,700-10,400 คน¹⁰

อนึ่งจากการวิจัยที่ผ่านมาพบการหกล้มของผู้สูงอายุไทย ดังตัวอย่าง เช่น

ศกรินทร์ ธนเกียรติสกุล และกนิษฐา เนาว์แก้ว¹¹ ศึกษาความชุกการหกล้ม ผลกระทบและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ อำเภอห่มสีก จังหวัดเพชรบูรณ์ ในปี พ.ศ. 2563 จากผู้สูงอายุ 278 คน พบว่าในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาเคยหกล้ม ร้อยละ 48.60

ดวงรัตน์ อัครานและคณะ¹² ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุไทยในชุมชน อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี ในปี พ.ศ. 2564 พบว่าในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 412 คน เคยหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 27.43

ผู้สูงอายุหกล้มส่วนมากเป็นเพราะเวลาเดินหรือทำกิจกรรมมักจะสะดุด หรือลื่นหรือมีพื้นต่างระดับหรือเกิดอาการวิงเวียนศีรษะหรือแสงสว่างไม่เพียงพอเป็นต้น ทั้งนี้มีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างที่ทำให้ผู้สูงอายุหกล้ม ที่สำคัญคือ ปัจจัยทางด้านร่างกายและจิตใจ พฤติกรรมของผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อม ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม^{11,12,13}

สำหรับผลกระทบจากการหกล้มของผู้สูงอายุนอกจากจะทำให้เกิดการบาดเจ็บทางกายเช่นกระดูกหักและ ศีรษะได้รับการกระทบกระเทือนเป็นต้นแล้ว อาจทำให้พิการเดินไม่ได้ต้องนั่งรถเข็นหรือต้องนอนติดเตียงกลายเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านหรือติดเตียงและอาจจะเสียชีวิตได้ดังที่เคยกล่าวแล้ว และยังก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ สังคม และการสูญเสียเศรษฐกิจของตนเองและครอบครัวด้วย ตัวอย่างเช่นในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุไทยที่หกล้มกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ พบว่าต้นทุนค่ารักษาเฉลี่ยอยู่ที่ 116,458.60 บาทต่อคนต่อปี¹⁴ ซึ่งยังไม่แนบบรวมค่าใช้จ่ายอื่นๆเช่นอุปกรณ์ช่วยพยุงเดินเป็นต้น และบุตรหลานบางคนอาจจะต้องลางานหรือออกจากงานมาดูแลผู้สูงอายุหรือไม่ก็อาจจะต้องจ้างคนมาช่วยดูแลด้วย

จากข้อมูลดังกล่าวแล้วตั้งแต่ต้น จะเห็นว่าผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่เคยหกล้ม ซึ่งการหกล้มส่งผลกระทบในด้านต่างๆ ทั้งผู้สูงอายุเองและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งบางคนบาดเจ็บต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นต้น การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงซึ่งช่วยเหลือตนเองไม่ค่อยได้ต้องมีคนคอยดูแลช่วยเหลือถือว่าเป็นกลุ่มเปราะบางที่จะหกล้มได้ง่าย จึงเป็นเรื่องหนึ่งที่สำคัญ โดยเฉพาะประเทศไทย ที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

ความหมายของผู้สูงอายุและสังคมผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่าหมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่าเมื่อนับตามวัย

ส่วนองค์การสหประชาชาติ ได้ให้นิยามว่า “ผู้สูงอายุ” คือ ประชากรทั้งเพศชาย และเพศหญิงซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป โดยเป็นการนิยาม นับตั้งแต่เกิด¹⁵

สำหรับประเทศไทย “ผู้สูงอายุ” ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 หมายถึงบุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย¹⁶

ส่วนคำว่า “สังคมผู้สูงอายุ” องค์การสหประชาชาติ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete aged society) และระดับสุดยอด (Super aged society) โดยให้นิยามของระดับต่างๆ ไว้ดังนี้¹⁷

1. การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ คือ การที่สังคมมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปรวมทั้งเพศชายและเพศหญิงมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี เกินร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ
2. สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ คือ สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 หรือประชากรอายุ 65 ปี เพิ่มขึ้น ร้อยละ 14 ของประชากรโดยรวมทั้งหมดของทั้งประเทศ
3. สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด คือ สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 28 และอายุ 65 ปี ขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ

สำหรับประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เนื่องจากตอนนั้นประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 10.4

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมถอยอ่อนแอลงหลายด้าน ซึ่งในที่นี่จะนำเสนอที่สำคัญไว้ 3 ด้านพอเป็นสังเขป ดังนี้¹⁸

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก พบว่ามีการฝ่อของกล้ามเนื้อโดยเฉพาะที่ส่วนขา กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อจะลดลงตามลำดับ กล้ามเนื้ออ่อนกำลังทำให้สูญเสียความแข็งแรงของข้อ ขาดการทรงตัวที่ดีส่วนกระดูกจะบางลง ฝุ และหักง่าย หมอนรองกระดูกสันหลังจะกร่อน เสียความยืดหยุ่น ข้อเสื่อมตามวัย ปวดตามข้อ และทำให้เกิดอุบัติเหตุหรือหกล้มระหว่างการเคลื่อนไหวได้ง่าย

ระบบหายใจและการไหลเวียนโลหิต เยื่อปอดด้านในของหัวใจหนาขึ้น มีคลอเรสเตอรอลแทรกในผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแข็งตัว ขาดความยืดหยุ่น การไหลเวียนของเลือดช้าลงทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้น เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะและหัวใจวายได้ง่าย

ระบบประสาททั่วไปและสมอง เซลล์สมองและเซลล์ประสาทลดลง เนื่องจากเซลล์ดังกล่าวลดจำนวนลง ทำให้ขนาดของสมองกว้างขวางออก สมองบางส่วนจะฝ่อตัวมากกว่าส่วนอื่น เช่น ส่วนที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการมองเห็น และสมองน้อย ซึ่งรับผิดชอบเกี่ยวกับการประสานงานของกล้ามเนื้อต่างๆ จะด้อยประสิทธิภาพทำให้เคลื่อนไหวช้า จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ยาก แก้ปัญหาต่างๆ ได้ไม่ดี และจะล้มง่ายในเหตุการณ์ปัจจุบัน

ระบบประสาทรับความรู้สึก¹⁹

1. การมองเห็นเสื่อมลง เนื่องจากเซลล์ของเรตินาลดลง รวมทั้งรูม่านตาก็ลดลงด้วย จึงทำให้ความไวต่อแสงลดลง จากการทดลองพบว่า ในที่มีคนอายุ 80 ปี จะมีความไวต่อแสงลดลงกว่าอายุ 20 ปี ถึง 100 เท่า ความคมชัดของการเห็นลดลง และจะลดลงมากในช่วงอายุ หลัง 80 ปี เหตุที่ลดลงเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงที่เลนส์และประสาทรับสัมผัสลดลง

2. การได้ยิน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีความสามารถในการได้ยินลดลง โดยประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ที่มีอายุเกิน 65 ปี จะมีการหูตึง สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการเปลี่ยนแปลงของตัวรับเสียง และการสูญเสีย hair cell ซึ่งอยู่ในหูส่วนใน จากการศึกษาเกี่ยวกับหูตึงในผู้สูงอายุพบว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้น จะพบอาการหูตึงเพิ่มขึ้น และเมื่ออายุ 75-79 ปี จะพบอาการหูตึงถึงร้อยละ 48

3. การทรงตัวเสื่อมลง ทำให้ขาดความสมดุลที่ดี เกิดอาการวิงเวียน ความรู้สึกนี้พบได้มากกว่า ร้อยละ 50 ในผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปี การรักษาสมดุลของร่างกายเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน ร่างกายต้องอาศัยระบบ vestibular system ในหู รวมทั้งระบบการมองเห็นและระบบทางเดินของประสาทสั่งการในสมองผสมผสานกัน เมื่ออายุมากขึ้นระบบดังกล่าวเสื่อมลง อาจมีอาการวิงเวียนศีรษะเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ หรืออาจมีอาการไม่สมดุลระหว่างเดิน ทำให้เกิดความเสี่ยงที่จะล้ม ผู้สูงอายุควรจะต้องระมัดระวังให้มากขึ้น

4. การไต่กรีน ความสามารถในการรับกลิ่นของผู้สูงอายุจะลดน้อยลงตลอดเวลา และในช่วงอายุ 80 ปี จะลดลงประมาณร้อยละ 60

5. การรับรสลดลง เนื่องจากตุ่มรับรสลดลง

6. การรับสัมผัสทางกาย การสัมผัสจะต้องในผู้สูงอายุจะเสื่อมลง รับรู้ได้ช้าลง การรับความรู้สึกที่ผิวหนังลดลงด้วย

ระบบต่อมไร้ท่อ

ต่อมไร้ท่อมินิที่สังเคราะห์ฮอร์โมนของร่างกายแม้จะมีหลายระบบแต่ทำงานเชื่อมโยงประสานกัน เพื่อให้ชีวิตสามารถอยู่ได้อย่างราบรื่นและมีคุณภาพอยู่เสมอ ต่อมไร้ท่อจะผลิตและขับสารคัดหลั่งซึ่งเป็นสารเคมีที่เรียกว่าฮอร์โมนซึมเข้ากระแสเลือดไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกายให้ทำงานเป็นไปตามปกติ ในวัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในระบบต่อมไร้ท่อต่างๆ เช่น

1. ต่อมใต้สมอง เป็นต่อมสำคัญที่ผลิตและหรือหลั่งและหรือกักเก็บฮอร์โมนหลายชนิดเพื่อควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยมีการเหี่ยวของผิวต่อม ปริมาณเลือดไปเลี้ยงลดลง การเปลี่ยนแปลงนี้ย่อมมีผลทำให้การหลั่งฮอร์โมนลดลงด้วย

2. ต่อมหมวกไต มีหน้าที่ผลิตฮอร์โมนที่ตอบสนองต่อความเครียดของร่างกาย ในวัยสูงอายุพบว่า มีการผลิตและหลั่งฮอร์โมนลดลง

3. ต่อมธัยรอยด์ มีหน้าที่ผลิตฮอร์โมนเกี่ยวกับการเจริญเติบโตของร่างกายและช่วยควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆของร่างกาย ซึ่งในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงและผลิตฮอร์โมนลดลง

4. ตับอ่อน มีหน้าที่ผลิตฮอร์โมนที่สำคัญคือ อินซูลิน (insulin) ทำหน้าที่ให้น้ำตาลกลูโคสของร่างกายอยู่ในภาวะดุลยภาพ เมื่อสูงอายุขึ้นพบว่าเซลล์ของตับอ่อนฝ่อลีบลง แม้ทางโครงสร้างจะเปลี่ยนไม่มาก แต่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา คือ ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดของผู้สูงอายุจะสูงกว่าคนอายุน้อย ทำให้พบโรคเบาหวานมากขึ้นในผู้สูงอายุ

ระบบทางเดินอาหาร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ฟันจะหัก ต่อมน้ำลายขับน้ำลายออกมาน้อยลง การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ช้าลง ทำให้ท้องอืดอาหารไม่ย่อย นอกจากนี้การดูดซึมอาหารทำได้น้อยลง จึงทำให้ผู้สูงอายุขาดสารอาหารได้ง่าย ร่างกายไม่ค่อยแข็งแรง

2. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม

เนื่องจากอายุมากขึ้นความสัมพันธ์ของอวัยวะต่างๆ มีมากขึ้น ความแข็งแรงและประสิทธิภาพการทำงานลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุต้องมอบภาระกิจให้คนอื่นและเกษียณตัวเองจากการทำงาน การพบปะหรือติดต่อกับคนอื่นลดลง ผู้สูงอายุบางคนสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักและผู้สูงอายุบางคนป่วยเป็นโรคเรื้อรัง หรือติดเตียงก็ยังมีโอกาสพบปะบุคคลอื่นน้อยลงอีกด้วย

3. การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และจิตใจ

การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และจิตใจเป็นผลเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคม เพราะการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมของผู้สูงอายุ ดังที่เคยกล่าวถึงบ้างแล้ว เช่น การการลด ละเลิกการทำงาน รายได้ลดลง การมีโอกาสพบปะเพื่อนน้อยลงหรือเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง รวมทั้งการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น ทำให้เกิดความว้าวุ่น กังวล ซึมเศร้า ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

เนื่องจากในกลุ่มผู้สูงอายุนั้นจะมีบางคนที่มีความรู้ สุขภาพและความสามารถในการประกอบกิจกรรมในการดำรงชีวิตประจำวันแตกต่างกันไปจากคนอื่นบ้าง ดังนั้นความต้องการการดูแลช่วยเหลือก็จะแตกต่างจากคนอื่นด้วย ด้วยเหตุนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุไทยจึงมักจะแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ตามภาวะสุขภาพและความสามารถในการประกอบกิจกรรมในการดำรงชีวิตประจำวันดังนี้²⁰

- 1) ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม เป็นผู้สูงอายุที่ยังช่วยเหลือตนเอง ผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ สุขภาพทั่วไปดี
- 2) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เป็นผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหว ช่วยเหลือตนเองได้บ้างแต่ก็ต้องพึ่งพิงผู้อื่นด้วย เช่น เวลาเดินหรือเข้าห้องน้ำอาจจะต้องมีคนช่วยพยุงหรือมีอุปกรณ์ช่วย กลุ่มนี้มักจะมีโรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อน
- 3) ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการทำกิจวัตรประจำวัน มีโรคเรื้อรังประจำตัวหลายโรคและมีภาวะแทรกซ้อนหรือเป็นอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ พิการหรือทุพพลภาพ ซึ่งต้องการการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการเคลื่อนย้ายตนเองหรือต้องมีอุปกรณ์ช่วย

จากการสำรวจผู้สูงอายุไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งได้สำรวจความสามารถในการประกอบกิจกรรมในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุไทยด้วย พบว่ามีผู้สูงอายุ จำนวน 13.3 ล้านคน โดยร้อยละ 96.9 เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่ยังช่วยเหลือตนเอง ผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ ร้อยละ 1.8 เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและร้อยละ 1.3 เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ซึ่ง กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงต้องการการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการเคลื่อนย้ายตนเองในการทำกิจกรรมหรือต้องมีอุปกรณ์ช่วย¹³

ปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มของผู้สูงอายุ

การหกล้มของผู้สูงอายุเกิดขึ้นได้จากปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างเช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และที่พบบ่อยแสงสว่างไม่เพียงพอเป็นต้น ในปี พ.ศ. 2562 จารุภา เลขาทิพย์ และคณะ²¹ ได้บททวนวรรณกรรมเชิงระบบเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มของผู้สูงอายุจากบทความวิจัยที่คัดสรรตามเกณฑ์มา 45 เรื่อง พบว่าปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุหกล้ม ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านชีวภาพ 2) ปัจจัยด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุ 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และ 4) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งสอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2550⁴ สำหรับบทความวิชาการนี้ขอเสนอปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการหกล้มของผู้สูงอายุไว้ดังนี้^{4,11,21,22}

1. ปัจจัยทางด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่อยู่ในวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจไปในทางที่เสื่อมโทรมอ่อนแอลง การทำงานของอวัยวะต่างๆ เปลี่ยนแปลงไปไม่เหมือนเดิม ประสิทธิภาพลดลงและเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ทำให้ทกล้มได้ง่ายดังเช่น:

1) ความเสื่อมของการมองเห็นจะพบการเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมลงของสายตา ได้แก่ เกิดการหนาตัว การขุ่นและแข็งขึ้นของเลนส์ตา มีผลต่อการปรับสายตาเกี่ยวกับความชัดเจน การรับรู้ความตื้นลึก ความไวต่อแสง และการปรับตัวต่อความมืดที่ลดลง การแยกสีของผู้สูงอายุลดต่ำลง ทำให้เกิดการรับรู้ภาพ ผิดพลาด เมื่อความสามารถในการมองเห็นของผู้สูงอายุบกพร่อง จะทำให้เกิดการทกล้มได้

2) การได้ยินไม่ดี อาจจะได้ยินเสียงเตือนให้ระวังการเดิน

3) การเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง โรคที่เจ็บป่วย เช่น โรคทางระบบประสาท โรคภาวะสมองเสื่อม โรคหลอดเลือด และโรคพาร์กินสัน เป็นต้น

4) ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จากการที่ผู้สูงอายุมีกิจกรรมลดลง ความผิดปกติของกล้ามเนื้อที่เกิดจากการเสื่อมสภาพ ความยืดหยุ่นของกระดูกสันหลัง ข้อเข่าหรือข้อเท้าลดลง ทำให้การทรงตัวไม่มั่นคง ข้อเสื่อมหรือการอักเสบของข้อ กล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือ การปวดตึงของกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นสาเหตุการทกล้มได้

5) ความผิดปกติทางจิต เช่น อาการวิตกกังวล ภาวะหลงลืมและซึมเศร้า เป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการทกล้มของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมช้าลงและมีการตัดสินใจที่ผิดพลาด

2. ปัจจัยทางด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุ พฤติกรรมของผู้สูงอายุ มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุทกล้มได้ เช่น

1) การใช้ยา ผู้สูงอายุมักเจ็บป่วยบ่อยหรือเป็นโรคเรื้อรังจึงได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน อาจทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา เกิดผลข้างเคียงของยา ผู้สูงอายุที่ใช้อย่างเป็นประจํา ทำให้อัตราเสี่ยงของการทกล้มเพิ่มขึ้น กลุ่มยาประเภท ยานอนหลับ ยาระงับประสาท ยารักษาอาการซึมเศร้ามีฤทธิ์ทำให้วังงซึม และยาขยายหลอดเลือด ยาขับปัสสาวะ ทำให้ผู้สูงอายุทกล้มได้

2) ขอบเดินเร็ว เร่งรีบ ไม่ค่อยระมัดระวัง

3) ขอบยืนบนเก้าอี้

4) ขอบสวมรองเท้าและเสื้อผ้าไม่รัดกุม

5) ไม่ออกกำลังกาย หรือออกกำลังกายน้อย

6) ขอบดื่มสุรา

7) ไม่ค่อยจับราวบันไดหรือราวในห้องน้ำ

3. ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบ้านมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุทกล้มได้^{23,24} เช่น

1) ทางเดินคับแคบ บันไดคับแคบ บันไดชัน ไม่มีราวจับ

2) พื้นบ้านลื่น ลูกบันไดลื่น ห้องน้ำลื่น ไม่มีราวจับ

3) ที่นั่งปัสสาวะและถ่ายอุจจาระไม่มีราวจับ

4) พรมปูบ้านลื่นได้ง่าย ในห้องน้ำไม่มีแผ่นยางกันลื่น

5) โถส้วมเป็นแบบนั่งยองๆ ลุกนั่งลำบาก

6) ไม่มีอุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน แสงสว่างไม่เพียงพอ

7) การจัดวางสิ่งของไม่เป็นระเบียบ

8) ทางเดินรอบบ้านเป็นหลุมบ่อไม่เรียบ

9) ห้องนอนอยู่ชั้นบนต้องขึ้นลงบ่อย

4. ปัจจัยทางด้านฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ รายได้น้อย การศึกษาน้อย เข้าถึงบริการสุขภาพได้น้อย เป็นต้น ซึ่งมีรายละเอียดพอสังเขปดังนี้

โดยทั่วไปผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อย มักจะมีความรู้ความเข้าใจไม่มากเกี่ยวกับสาเหตุของการทกล้มผลกระทบที่จะเกิดจากการทกล้มและวิธีการป้องกันการทกล้มของผู้สูงอายุ และเนื่องจากมีการศึกษาน้อยอาจจะมีโอกาสน้อยในการประกอบอาชีพที่มีรายได้มาก ทำให้ผู้สูงอายุบางคนมีเงินไม่มากพอที่จะซื้ออาหารมาปรุงหรือรับประทานที่ได้คุณค่าครบทางโภชนาการ จึงอาจจะมีส่วนทำให้สุขภาพไม่ดี เจ็บป่วยบ่อยไม่ค่อยแข็งแรง เสี่ยงต่อการทกล้มได้ง่าย นอกจากนั้นการมีรายได้น้อยมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพได้น้อยส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้เพราะในการเข้าถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

อาจจะต้องเสียค่าใช้จ่ายด้านต่างๆตั้งแต่ค่าเดินทาง ค่าตรวจสุขภาพ และค่ารักษาพยาบาลเป็นต้น ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุมีรายได้น้อย มีการศึกษาน้อยและเข้าถึงบริการสุขภาพได้น้อยจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่น่าจะมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุหกล้มด้วย

การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

เนื่องจากการหกล้มในผู้สูงอายุก่อให้เกิดผลกระทบหลายอย่างต่อผู้สูงอายุ เช่น ทำให้เกิดการบาดเจ็บ กระดูกหัก อาจพิการและเสียชีวิตได้ รวมทั้งถ้าเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจทำให้สูญเสียเศรษฐกิจเป็นค่าใช้จ่ายของตนเองและครอบครัวได้อีกด้วย ตัวอย่างเช่นจากการคำนวณคาดประมาณการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุไทยระหว่างปี พ.ศ.2560-2564 ของนิพา ศรีช้าง และลลิตรา กาวี พบว่ามีผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มปีละประมาณ 3.0-5.5 ล้านคน และเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มประมาณ 5,700-10,400 คน¹⁰ ส่วนศิริกรินทร์ ธนเกียรติสกุล และกนิษฐา เนาว์แก้ว ได้ศึกษาความชุกของการหกล้มจากผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง 278 คน พบว่ามีผู้สูงอายุเคยหกล้ม ร้อยละ 48.6 และมากกว่า 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุที่หกล้มได้รับบาดเจ็บ โดยในจำนวนที่บาดเจ็บนั้น ร้อยละ 38.1 เคล็ดขัดยอก ร้อยละ 30.7 พกข้าวและบาดเจ็บรุนแรงต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ร้อยละ 20.0¹¹ สำหรับในเรื่องการรักษาพยาบาลการบาดเจ็บของผู้สูงอายุจากการหกล้มกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ในกรุงเทพมหานครนั้น Woratanarat et al. ได้ศึกษาพบว่า ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยอยู่ที่ 116,458.60 บาท ต่อคนต่อปี¹⁴ ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ควรป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยพิจารณาจากปัจจัยเสี่ยงเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบาง ควรดำเนินการในเรื่องต่อไปนี้

1. การให้การศึกษาแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในเรื่องเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยเนื้อหาควรเป็นเรื่องเกี่ยวกับ

1) การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุตามวัย ซึ่งเป็นไปในทางที่เสื่อมถอยอ่อนแอลงทั้งทางด้านร่างกาย การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดประสิทธิภาพลงเช่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความสามารถในการมองเห็นและการได้ยิน เป็นต้น รวมทั้งทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และรายได้ลดลง ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆตามมา

2) ปัญหาของผู้สูงอายุ อันเนื่องมาจากสาเหตุหลักตามการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุตามวัย ทำให้เจ็บป่วยบ่อยเป็นโรคเรื้อรัง วิดกกังวล ซึมเศร้า หกล้ม และต้องพึ่งพิงคนอื่น เป็นต้น

3) การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุเองต้องตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ และปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะเรื่องการหกล้ม ผู้สูงอายุจึงควรระมัดระวังตนเองไม่ให้หกล้ม โดยการแต่งกายและสวมรองเท้าที่เหมาะสมพอดี จับราวบันไดหรือราวในห้องน้ำ ระมัดระวังการลื่นล้ม การเดินไม่ต้องรีบร้อน ลุกนั่งอย่างช้าๆ เป็นต้น รวมทั้งการไปตรวจสุขภาพตามนัด การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายตามสมควร รู้จักการจัดการความเครียดของตนเอง พักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง ทำจิตใจให้ร่าเริง เข้าใจสภาพของตนเอง และลดละเลิกดื่มสุรา เป็นต้น รวมทั้งบทบาทของครอบครัวในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

การให้การศึกษาแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในเรื่องดังกล่าวนี้อาจทำได้หลายวิธี ได้แก่ ผ่านทางสถาบันการศึกษา เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ ผ่านทางสื่อมวลชน เช่น ทีวี ไลน์ และเฟสบุ๊ค นอกจากนี้ยังผ่านทางชมรมผู้สูงอายุ และคลินิกผู้สูงอายุ เป็นต้น

2. สนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกาย การเดิน การลุก นั่ง การทรงตัวและการรับประทานยาที่ถูกต้อง เป็นต้น และจัดกิจกรรมหรือสนับสนุนให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย โดยเฉพาะเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อสะโพก เข่า แขนและขาเป็นต้นและสร้างความแข็งแรงของกระดูกข้อเข่า ข้อเท้า โดยออกกำลังกายแบบต่างๆ เช่นการเดิน หรือไทเก็ก หรือการยืดเหยียด รวมทั้งฝึกการทรงตัวให้ดีขึ้น โดยออกกำลังกายในท่าต่างๆเช่นทำนั่งและลุกจากเก้าอี้ ทำยืนขาเดียวแบบมีราวจับ และทำเดินธรรมดาแบบมีราวจับเป็นต้น²⁵ รวมทั้งคอยดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และการจัดการความเครียด โดยจัดกิจกรรมในครอบครัวให้ผู้สูงอายุสุขกายสบายใจ เป็นต้น

3. การปรับปรุงสภาพแวดล้อม ทั้งในบ้านและนอกบ้านโดยสมาชิกครอบครัว เพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตัวอย่างเช่น

1) สิ่งแวดล้อมในบ้าน ควรจัดวางสิ่งของให้เป็นระเบียบ ไม่เกะกะทำให้ผู้สูงอายุสะดุดหกล้ม มีราวบันได มีราวในห้องน้ำ พื้นบ้านหรือห้องน้ำไม่ลื่น แสงสว่างเพียงพอ เตียงนอนและเก้าอี้สูงพอเหมาะมีอุปกรณ์ช่วยเดิน และห้องนอนควรอยู่ชั้นล่าง เป็นต้น

- 2) สิ่งแวดล้อมนอกบ้าน เช่น ถนนหรือทางเดินรอบบ้านไม่เป็นหลุมเป็นบ่อ มีแสงสว่างเพียงพอ เป็นต้น
4. สนับสนุนให้อาสาสมัครในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ช่วยแนะนำผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวและหรือผู้ดูแลให้ระวังป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง

บทสรุป

เป็นที่ทราบกันดีว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลในวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมถอยอ่อนแอลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และรายได้ จึงทำให้เกิดปัญหาต่างๆตามมามากมายอย่างที่สำคัญปัญหานี้คือการหกล้ม การหกล้มของผู้สูงอายุทำให้เกิดอันตรายและผลเสียหลายอย่าง เช่น การบาดเจ็บ กระดูกหัก อาจจะมีพิการและเสียชีวิตได้ ดังนั้นจึงควรป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเปราะบางที่จะหกล้มได้ง่ายคือผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง โดยให้การศึกษาแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวให้เข้าใจและปฏิบัติการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุได้ถูกต้อง สนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวและหรือผู้ดูแลช่วยดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้แข็งแรง จัดการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในบ้านและนอกบ้านให้เหมาะสมเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ รวมทั้งสนับสนุนให้อาสาสมัครในชุมชน ช่วยแนะนำผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวและหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ปฏิบัติการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุให้ถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สารประชากร. 2558; 24:1-2.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. การหกล้มในผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th>
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ประเมินการดัดขึ้นการสูงวัย พ.ศ. 2558 – 2573. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 6 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th>
- World Health Organization. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. World Health Organization. 2007
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2562. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2565] เข้าถึงได้จาก: <https://thaitgri.org>
- ส่วนอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลและปัญหาที่สำคัญที่พบในผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 23 สิงหาคม 2565] เข้าถึงได้จาก: <http://www.anamai.moph.go.th>
- Center for Disease Control and Prevention. Keep on Your Feet-Preventing Older Adult Falls. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.cdc.gov/injury/older adult fall>
- Center for Disease Control and Prevention. Fact About Falls. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.cdc.gov/falls/facts/html>
- Knodel J., Chayovan, N. and Prachuamoh, V.. The Changing well-being of Thai Elderly: An update from the 2011 survey of older persons in Thailand : Help Age International. 2013
- นิพา ศรีช้างและลลิตรา. รายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560-2564. กระทรวงสาธารณสุข.2560
- ศักรินทร์ ธนเกียรติสกุล และชนิษฐา เนาว์แก้ว. ความชุกการหกล้ม ผลกระทบและปัจจัยเกี่ยวข้องในผู้สูงอายุอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก:<https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th>
- ดวงรัตน์ อัคราน และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุไทยในชุมชน อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี, วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2564; 14(4): 72-89.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ที่เคซีแอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น; 2564
- Woratanarat et al. Cost analysis of osteoporotic hip fracture. J Med Assoc Thai,88 (Suppl5) :96-104.2005
- World Health Organization Expert Committee. Health of the elderly. WHO Technical Report Series No.799; 198
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 18 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th>

17. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. ดัชนีพดพหลังผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ที่เคซีแอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น; 2560
18. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 24 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://Thaihealth.or.th>
19. ปรีศนา รลสีดา. การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน : บทบาทพยาบาลกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. ปีที่ 11 (2) ก.ค.-ธ.ค. : 17-25.2561
20. วรณภา ศรีธัญญรัตน์และลัดดา ตำริการเลิศ (บรรณาธิการ). แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ.นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2553.
21. จารุภา เลขาทิพย์ และคณะ. ปัจจัยเสี่ยงในผู้สูงอายุ. J.Med Health Sci. Vol.26(1) April : 85-103.2019
22. RAMA channel. หกล้มในผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rama.mahidol.ac.th>
23. วรณพร บุญเปล่ง วดีรัตน์ ศรีวงศ์วรรณ และพัฒนาเศรษฐ์ชราวนิช. อัตราและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุ : ชุมชนริมแม่น้ำเจ้าพระยา จังหวัดนนทบุรี. J Nurs Sci. 33(3): 74-86. 2015
24. สุรินทร์รัตน์ บัวเร้งเทียนทอง และอรทัย ยินดี. การศึกษาความเสี่ยง ความกลัวการหกล้ม และแนวทางการจัดการป้องกันการพลัดตกหกล้มผู้ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ. วชิรสารการพยาบาล. ปีที่ 23 (2) กรกฎาคม-ธันวาคม: 31-43. 2564
25. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. คู่มือการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2565] เข้าถึงได้จาก: <https://thaitgri.org>

การยอมรับการใช้บริการดนตรีบำบัดเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ

สมรธยา วาทะวัฒน์¹ ปณณวิช สนิทนราทร^{2*} รัชฎา พองธนกิจ³ ไพบุลย์ บุญยเกียรติ³

¹นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

^{2*}ผู้ช่วยศาสตราจารย์หลักสูตรการเป็นผู้ประกอบการทางดนตรี คณะดนตรี มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ

³อาจารย์หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

บทคัดย่อ

ดนตรีบำบัด ถือได้ว่าเป็นศาสตร์แขนงหนึ่งที่ยังเป็นศาสตร์ใหม่เมื่อเทียบกับการบำบัดประเภทอื่น เมื่อวิทยาศาสตร์พัฒนาขึ้น การศึกษาผลของดนตรีในการบำบัดจึงเริ่มขึ้นอย่างเป็นระบบ ผู้ที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมดนตรีบำบัดได้มีตั้งแต่เด็กไปจนถึงผู้สูงอายุ เมื่อจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น การเข้าถึงข่าวสารของดนตรีบำบัดสำหรับผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ทราบข้อมูลทางคลินิกและนำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจพิจารณาเข้าร่วมกิจกรรมดนตรีบำบัดเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตจึงมีความจำเป็น โดยปัญหาด้านสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม โรคหัวใจ อาการเครียด ซึมเศร้า ความเจ็บปวดทางร่างกาย ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้มีผลงานวิจัยในทั้งต่างประเทศและในประเทศไทยแล้วว่าดนตรีบำบัดสามารถบรรเทาและช่วยเหลือได้ บทความนี้ได้รวบรวมการทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาปัจจัยที่เป็นแนวทางการสร้างการยอมรับการใช้บริการดนตรีบำบัดเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ อาทิ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับ ทักษะคิด การรับรู้ถึงข่าวสาร การเรียนรู้ของผู้สูงอายุ และการรับรู้ถึงประโยชน์ของดนตรีบำบัด อันนำไปสู่การสร้างกรอบแนวคิดสำหรับการวิจัยเพื่อทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับการเข้าร่วมกิจกรรมดนตรีบำบัดในกลุ่มผู้สูงอายุ และยังสามารถใช้อ้างอิงทางวิชาการเพื่อวางแผนการพัฒนาโครงสร้างองค์กรในสถานพยาบาลหรือหน่วยงานทางการแพทย์ที่ต้องการนำดนตรีบำบัดไปใช้กับผู้สูงอายุต่อไปในอนาคต

คำสำคัญ: ดนตรีบำบัด/ การรับรู้ถึงข่าวสาร/ การเรียนรู้ของผู้สูงอายุ/ การรับรู้ประโยชน์

* Corresponding author: ปณณวิช สนิทนราทร, E-mail: porr.ps@gmail.com, โทร: 027232356

Received: October 19, 2022, Revised: October 31, 2022, Accepted: November 8, 2022

The Acceptance of Music Therapy Services to Improve Quality of Life in the Elderly

Smatya Wathawathana¹ Pannawit Sanitnarathorn^{2*} Rachada Fongtanakit³ Phaibul Bunyakarte³

¹ Student of Doctor of Philosophy Program in Development Administration, Suan Sunandha Rajabhat University

² Assistant Professor, Department of Music Entrepreneurship, School of Music, Assumption University

³ Lecturers of Doctor of Philosophy Program in Development Administration, Suan Sunandha Rajabhat University

Abstract

Music therapy can be considered as a branch of science that is still new compared to other types of therapy. As science developed, a systematic study of the effects of music in therapy began. Despite age, anyone can participate in music therapy activities ranging from children to the elderly. As we are in a completely aging society, access to information about music therapy for the elderly is therefore necessary for them to be informed and to make decisions about participating in music therapy activities to improve their quality of life. The most common health problems in the elderly are dementia, heart disease, stress, depression, and physical pain. These health problems have been researched both abroad and in Thailand with significant evidence that music therapy can relieve and help. This article has compiled a literature review to determine the factors that guide the adoption of music therapy services to improve the quality of life in the elderly, such as the theory related to acceptance, attitudes, information exposure, elderly learning, and perceived usefulness of music therapy leading to the creation of a conceptual framework for the further research.

Keywords: Music Therapy/ Information Exposure/ Elderly Learning/ Perceived benefits

* Corresponding author: Pannawit Sanitnarathorn, E-mail: porr.ps@gmail.com, Tel: 027232356

Received: October 19, 2022, Revised: October 31, 2022, Accepted: November 8, 2022

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยและอีกหลายประเทศทั่วโลกกำลังอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged Society) โดยจากข้อมูลกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์¹ รายงานว่าประเทศไทยเริ่มก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ พ.ศ.2548 และมีแนวโน้มว่าจำนวนประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยจะมีจำนวนผู้สูงอายุเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสมบูรณ์ (complete aged society) ซึ่งหมายถึง สังคมที่มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ภายในปี พ.ศ.2564 และอาจพัฒนาสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (super aged society) คือ สังคมที่มีจำนวนผู้สูงอายุขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด ภายในปี พ.ศ.2574

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาสุขภาพในองค์รวม อันได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และอารมณ์ ในหลายประเทศทั่วโลกได้มีการนำดนตรีบำบัดไปใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาการนำดนตรีบำบัดมาใช้กับผู้สูงอายุเพื่อช่วยเพิ่มความแข็งแรง ความคล่องตัว ความสมดุล ความเร็วในการเดิน และระยะของการเคลื่อนไหวร่างกาย² การนำดนตรีบำบัดมาใช้กับผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ทางสังคม³ ดนตรีบำบัดกับผู้สูงอายุเพื่อกระตุ้นความทรงจำ⁴ รวมถึงการนำดนตรีบำบัดมาใช้กับผู้สูงอายุเพื่อเพิ่มความผ่อนคลาย หรือเพื่อลดความเครียด⁵ ดนตรีบำบัดยังถูกนำมาใช้เพื่อลดการรับรู้ความเจ็บปวดในผู้สูงอายุ⁶ การใช้ดนตรีบำบัดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายรวมถึงเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ⁷

แม้กระแสดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุมีอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ หากแต่การรับรู้และการเข้าถึงการดูแลสุขภาพด้วยกิจกรรมดนตรีบำบัดในประเทศไทยยังถูกจำกัดอยู่ในวงแคบ Pai & Huang⁸ ได้วิจัยถึงประโยชน์ของการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการให้บริการด้านสุขภาพไว้ว่า การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพมีอิทธิพลต่อการยอมรับในการใช้บริการด้านสุขภาพ ดังนั้นการเข้าถึงข่าวสารของดนตรีบำบัดสำหรับผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นเพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับดนตรีบำบัดสำหรับผู้สูงอายุเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมดนตรีบำบัดต่อไป

ดนตรีบำบัดคืออะไร

ดนตรีบำบัด ถือได้ว่าเป็นศาสตร์แขนงหนึ่งที่ยังเป็นศาสตร์ใหม่เมื่อเทียบกับการบำบัดประเภทอื่น หากแต่เมื่อย้อนกลับไปศึกษาประวัติศาสตร์ พบได้ว่า ดนตรีถูกใช้ควบคู่กับความเชื่อเพื่อช่วยเหลือมนุษย์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตวิญญาณ⁹ มีตัวอย่างมากมายทั้งในประเทศและในประเทศไทยที่ได้บันทึกเกี่ยวกับการใช้ดนตรีเพื่อขับไล่ภูติ ผี วิญญาณ ทั้งวิธีการร้อง เล่น เต้นรำ เพียงแต่วิธีใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดรักษาในสมัยก่อนนั้น มิได้รับการยอมรับทางวิทยาศาสตร์ว่ามีผลต่อการบำบัดโรคได้จริง¹⁰

ดนตรีบำบัดเป็นสาขาวิชาการบำบัดร่วมสมัยที่ผสมผสานศิลปะ วิทยาศาสตร์ และมนุษยศาสตร์เข้าด้วยกันเพื่อช่วยพัฒนาทักษะทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม การเรียนรู้ การสื่อสาร และยังช่วยปรับพฤติกรรม รวมถึงทำให้ผู้รับการบำบัดสามารถก้าวข้ามผ่านอุปสรรคในชีวิต นักดนตรีบำบัดใช้ประสบการณ์ทางดนตรีประเภทต่าง ๆ ในการบำบัด เช่น การด้นสด (improvisation) การแสดง (performance) การประพันธ์ดนตรี (composition) และการฟัง (listening) รวมถึงการพูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์ การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับการบำบัด ดนตรี และนักดนตรีบำบัด เพื่อตอบสนองความต้องการผู้รับการบำบัดแต่ละคนที่แตกต่างกัน (therapeutic relationship)

ดนตรีบำบัดจึงเป็นการใช้องค์ประกอบทางดนตรี ได้แก่ ระดับเสียง (pitch) ลักษณะเสียง (timbre) จังหวะ (rhythm & tempo) ท่วงทำนอง (melody) เสียงประสาน (harmony) โครงสร้าง (form) ความดังเบา (dynamics) ความเงียบ (silence) ที่มีพื้นฐานมาจากงานวิจัยและการทดลองทางวิทยาศาสตร์ กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัดมีตั้งแต่การฟัง การเล่นเครื่องดนตรี การร้อง กิจกรรมการเคลื่อนไหวเข้าจังหวะ การพูดคุยผ่านภาษาทางดนตรี ซึ่งจะถูกออกแบบและคัดเลือกมาอย่างดีโดยนักบำบัดผู้ซึ่งผ่านการรับรองคุณสมบัติและจบการศึกษาจากหลักสูตรด้านดนตรีบำบัดโดยตรง โดยเป้าหมายของการบำบัดมีขึ้นเพื่อ เสริมสร้าง คงไว้ และลด อาการของโรค ทักษะทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม การสื่อสาร และจิตวิญญาณของผู้เข้ารับบริการ¹¹

เมื่อวิทยาศาสตร์พัฒนาขึ้น การศึกษาผลของดนตรีในการบำบัดจึงเริ่มขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยประวัติของดนตรีบำบัดที่มีหลักฐานการวิจัยรองรับเริ่มต้นขึ้นในสมัยศตวรรษที่ 19 ในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 ประเทศสหรัฐอเมริกา มีทหารจำนวนมากได้รับบาดเจ็บจากการเข้าร่วมรบในสงคราม ไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ โดยมีรายงานว่าทหารที่เข้ารับ

รักษาตัวในโรงพยาบาลฟื้นตัวได้เร็วขึ้นเมื่อได้ฟังการแสดงดนตรีจากนักดนตรีอาชีพที่อาสาบรรเลงดนตรีในโรงพยาบาล หลังจากนั้นจึงได้เริ่มมีการศึกษาวิจัยผลของการใช้ดนตรีเพื่อบำบัดร่างกายและจิตใจของมนุษย์อย่างเป็นระบบ

ผู้ที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมดนตรีบำบัดได้มีตั้งแต่เด็กไปจนถึงผู้สูงอายุ โดยเป้าหมายของกิจกรรมทางดนตรีบำบัดนั้นมีเพื่อเพิ่ม (to enhance) คงไว้ (to maintain) หรือ ลด (to reduce) ทักษะทั้ง 5 ด้าน อันได้แก่ ทักษะทางด้านร่างกาย (physical skill) ทักษะทางการรับรู้ความเข้าใจ (cognition skill) ทักษะด้านการสื่อสาร (communication skill) ทักษะด้านสังคม (social skill) และทักษะด้านอารมณ์ (emotional skill)¹²

ดนตรีบำบัดในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีกระบวนการเรียนรู้ที่แตกต่างจากช่วงวัยอื่น ๆ โดยผู้สูงอายุมักเลือกที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ โดยมีพื้นฐานจากประสบการณ์ของตนเอง รวมถึงสิ่งที่ผู้สูงอายุจะพิจารณาว่าสิ่งที่ต้องการศึกษาใหม่นี้สามารถช่วยแก้ปัญหาที่มีได้มากน้อยเพียงใด และแรงจูงใจในการศึกษาเรียนรู้ ค้นคว้า ลงมือทำสิ่งใหม่ ๆ เป็นสิ่งที่สำคัญต่อการเรียนรู้ของผู้สูงอายุทั้งสิ้น¹³ ถึงแม้ในทางดนตรีบำบัด ไม่ได้มีการระบุไว้ว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำเป็นต้องมีพื้นฐานด้านดนตรีมาก่อน¹² หากแต่การมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับดนตรีก็มีส่วนให้ผู้เข้ารับบริการเปิดใจและให้ความสนใจในการเข้ารับบริการดนตรีบำบัดได้มากกว่า¹⁴

การนำดนตรีบำบัดมาใช้กับผู้สูงอายุอย่างมีเป้าหมายโดยนักบำบัดที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้วยการออกแบบกิจกรรมเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ การเปลี่ยนแปลงความนึกคิด เสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถวัดผลทางคลินิกได้ด้วยการประเมินทักษะด้านความรู้ความเข้าใจ ทักษะทางกายภาพ และทักษะทางจิตวิทยาสังคม¹⁵ ที่ผู้สูงอายุสามารถใช้ต่อยอดสู่การพัฒนาทักษะในชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นความสำเร็จหรือความภาคภูมิใจในชีวิตครอบครัว การดูแลตนเอง ความพึงพอใจส่วนตัว และการเป็นส่วนหนึ่งในชุมชนที่อาศัยอยู่¹¹

แม้ว่าดนตรีบำบัดจะมีเป้าหมายในการบำบัดที่หลากหลายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม อารมณ์ สังคม แต่ประสิทธิภาพของดนตรีบำบัดจะบรรลุวัตถุประสงค์ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้เข้ารับบริการแต่ละคนนั้นจะต้องปฏิบัติโดยนักบำบัดดนตรีมืออาชีพที่มีคุณสมบัติเหมาะสม โดยกิจกรรมดนตรีบำบัดที่ให้ผลดีนั้นจะไม่เพียงแค่นี้ให้ผู้สูงอายุได้ฟังเพลงเท่านั้น หากแต่ยังต้องเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้สร้างสรรค์ผลงานทางดนตรีในแบบของตน ได้แสดงดนตรี ได้แบ่งปันเรื่องราวของตนที่เชื่อมโยงกับเสียงเพลง และได้ขยับร่างกายไปกับจังหวะของบทเพลง เพื่อเป็นการกระตุ้นการทำงานของทั้งระบบสมอง ประสาท และการเคลื่อนไหวร่างกาย¹² และเนื่องจากผู้สูงอายุแต่ละคนมีความต้องการที่แตกต่างกัน การเข้าร่วมกิจกรรมดนตรีบำบัดผู้สูงอายุจึงมีทั้งแบบเดี่ยวและแบบกลุ่ม เพื่อพัฒนาทักษะทางร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยผลของงานวิจัยเสนอว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมดนตรีแบบกลุ่มนอกจากจะได้รับประโยชน์โดยตรงจากการบำบัดแล้ว ยังได้รับความเพลิดเพลิน ได้พบปะผู้คน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เสริมประสบการณ์ใหม่ทางด้านดนตรี Bracht & Tsouros¹⁵ ชี้ให้เห็นว่าการพูดคุยอภิปราย ถ่ายทอดข่าวสารต่าง ๆ ระหว่างสมาชิกในสังคม การรับรู้ข่าวสาร การสนใจติดตามข่าวสาร ทำให้เกิดความรู้สึกของการมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน รวมถึงการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ดังนั้นการรับรู้ข่าวสารจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมดนตรีบำบัด

การรับรู้ถึงข่าวสารด้านดนตรีบำบัดในผู้สูงอายุ

การสื่อสารจะมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 4 ประการด้วยกัน คือ 1) ผู้ส่งสาร (sender) หมายถึง กลุ่มบุคคล หรือ บุคคล ผู้ต้องการสื่อสารความคิด ข่าวสาร ความต้องการ ความรู้สึกของตน 2) สาร (message) หมายถึง ข้อความ ความรู้สึก ข่าวสาร หรือ วัตถุประสงค์ของผู้ส่งสารที่ต้องการจะถ่ายทอดออกมา รูปแบบของสารอาจเป็นเนื้อหา ข่าว ข้อความ ภาพ กริยาท่าทาง หรือ รหัส 3) สื่อ (channel) หมายถึง สิ่งที่น่าหรือถ่ายทอดสารของผู้ส่งสาร ผ่านทางการเห็น การได้ยิน การสัมผัส การได้กลิ่น และการลิ้มรส 4) ผู้รับสาร (receiver) หมายถึง กลุ่มบุคคล หรือ บุคคล ผู้รับสารของผู้สื่อสาร องค์ประกอบทั้ง 4 ประการนี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน การสื่อสารจะมีประสิทธิภาพมากที่สุดเมื่อองค์ประกอบทั้งหมดมีความเหมาะสมกับบุคคล สถานที่ เวลา และสถานการณ์¹⁶

ผู้เขียนได้นำทฤษฎีด้านการรับรู้ถึงข่าวสารของ Joseph Klapper¹⁷ ที่ชื่อว่า Selective Exposure Theory มาเป็นแนวทางในการค้นคว้า ในหนังสือเรื่อง The Effects Of Mass Communication อธิบายว่า การเลือกรับรู้ข่าวสารเป็นทฤษฎีในแนวปฏิบัติทางจิตวิทยา บุคคลมักจะเลือกรับรู้ข่าวสารเฉพาะแง่มุมบางส่วนเท่านั้นจากข่าวสารทั้งหมดที่ได้รับมา จากนั้นจึงนำข่าวสารที่เลือกรับรู้มารวมเข้ากับความคิดของพวกเขา การเลือกเหล่านี้ขึ้นอยู่กับมุมมอง ความเชื่อ เจตคติ และการตัดสินใจ

ซึ่งแนวโน้มของบุคคลที่จะมีความเอนเอียงไปทางด้านบวกหากข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมีความเกี่ยวข้อง เชื่อมโยงกับความคิด ความเชื่อเดิม เปรียบเสมือนเป็นการยืนยันมุมมองที่มีอยู่ก่อนแล้ว โดยบุคคลมักหลีกเลี่ยงข้อมูลที่ขัดแย้งกับความเชื่อเดิมของตน

การรับรู้ถึงข่าวสารเป็นหัวใจหลักในด้านการสื่อสารและสุขภาพ เนื่องจากปฏิกิริยาของมนุษย์ที่มีต่อกระบวนการในการดูแลสุขภาพของตนนั้นมีอิทธิพลมาจากข่าวสารที่ได้รับ¹⁸ ดังนั้นการรับรู้ข่าวสารด้านดนตรีบำบัดจึงเป็นหน้าที่ในการให้ข้อมูลด้านการให้ความรู้ด้านดนตรีบำบัด การเข้าถึงบริการ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน¹⁹ การสื่อสารการให้ข้อมูลด้านวิชาชีพดนตรีบำบัด จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาวิชาชีพดนตรีบำบัด²⁰

ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ถึงข่าวสารเกี่ยวกับดนตรีบำบัดจากสื่ออินเทอร์เน็ต โดยงานวิจัยชิ้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบข้อมูลที่มีอยู่บนอินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับดนตรีบำบัด ความถี่ของการกล่าวถึงในเว็บไซต์ค้นหา ประเภทของเว็บไซต์ โดยพบว่า เว็บไซต์ที่มีข้อมูลด้านดนตรีบำบัดมากที่สุด 3 ลำดับ คือ 1) American Music Therapy Association 2) เว็บไซต์จากสถานศึกษา และ 3) เว็บไซต์เกี่ยวกับดนตรีบำบัดเชิงพาณิชย์²¹ ทั้งยังมีการศึกษาการรับรู้ถึงข่าวสารด้านดนตรีบำบัดจากสื่อ YouTube ด้วยเช่นกัน²²

เห็นได้ว่าในต่างประเทศที่มีการริเริ่มวิชาชีพดนตรีบำบัดมาแล้วนั้น ให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลข่าวสารด้านดนตรี ไม่ว่าจะเป็นการรวบรวมข้อมูลผู้เข้ารับบริการนักดนตรีบำบัด สถานบริการบำบัดเป็นอย่างมาก รวมไปถึง จำนวนการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับดนตรีบำบัดในอินเทอร์เน็ต ความถูกต้องในการให้ข้อมูลด้านดนตรีบำบัดในสื่อออนไลน์ เนื่องจากการรับรู้ถึงข่าวสารมีอิทธิพลเป็นอย่างสูงในการเข้าถึงข้อมูลด้านดนตรีบำบัด ซึ่งส่งผลต่อการยอมรับดนตรีบำบัด^{21,22,23}

การเรียนรู้ของผู้สูงอายุ

การยอมรับดนตรีบำบัดเกี่ยวข้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ โดยการเรียนรู้ของผู้สูงอายุนั้นมีความแตกต่างจากการเรียนรู้ในวัยอื่น ๆ²⁴ Andragogy หรือ การศึกษาสำหรับผู้ใหญ่ เป็นศิลปะและวิทยาศาสตร์ในการช่วยให้ผู้ใหญ่เรียนรู้ นักวิชาการด้านศึกษาผู้ใหญ่มักคุ้นเคยกับทฤษฎีการศึกษาผู้ใหญ่ผ่านผลงานของ Dr. Malcom Knowles²⁵ คือแนวคิดด้านการเรียนรู้ด้วยการชี้นำตนเอง (Self-Directed Learning: SDL) ได้ตั้งสมมติฐานที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะของผู้เรียนวัยผู้ใหญ่ไว้ 5 ข้อ ได้แก่ 1) ผู้เรียนวัยผู้ใหญ่มีความอิสระจากการพึ่งพาผู้อื่นเข้าสู่ความสามารถในการชี้นำตนเองในการเรียนรู้ได้ 2) ผู้เรียนวัยผู้ใหญ่สามารถใช้ประสบการณ์ ความสามารถเดิมที่ตนมีอยู่เข้ามาช่วยในการเรียนรู้สิ่งใหม่ได้ทันที 3) ผู้เรียนวัยผู้ใหญ่พร้อมที่จะเรียนรู้ตามบทบาทหน้าที่ทางสังคมของตน และพร้อมรับมือต่อการเปลี่ยนแปลงของบทบาทนั้น 4) ผู้เรียนวัยผู้ใหญ่เน้นปัญหาเป็นศูนย์กลาง และต้องการเรียนรู้สิ่งที่ช่วยแก้ปัญหาเหล่านั้นได้ 5) ผู้เรียนวัยผู้ใหญ่ใช้แรงจูงใจภายในเป็นปัจจัยสำคัญในการเรียนรู้มากกว่าปัจจัยภายนอก

การเรียนรู้ของผู้สูงอายุนั้นเกี่ยวข้องกับความตั้งใจเป็นสำคัญ Knowles ได้กล่าวเพิ่มเติมว่า บุคคลที่เรียนรู้ด้วยการริเริ่มของตนเอง จะมีความตั้งใจมากกว่า ส่งผลให้เรียนได้มาก ผลลัพธ์ของการเรียนอยู่ในเกณฑ์ดีกว่า ซึ่งความตั้งใจนั้นมาจากการมีจุดมุ่งหมายในการเรียนที่ชัดเจนและการมีแรงจูงใจจะสามารถนำประโยชน์จากการเรียนครั้งนี้ไปต่อยอดหรือนำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาของตนเองได้ และเมื่อบุคคลเติบโตขึ้น มีความรับผิดชอบต่อตนเองมากขึ้น บุคคลสามารถนำประโยชน์จากการเรียนรู้ไปใช้ได้ดีกว่าและยาวนานกว่าคนที่เรียนรู้โดยเป็นผู้รับเท่านั้น^{26,27,28}

Knowles¹³ สรุปว่าผู้สูงอายุจะเลือกเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ จากการผ่านประสบการณ์ด้วยตัวเอง สิ่งที่เราเรียนรู้จะเกิดประโยชน์หรือแก้ปัญหาให้แก่ตนเองเท่านั้นและ Magee¹⁴ เห็นว่าการเรียนรู้ที่ผ่านประสบการณ์ตรงจะมีส่วนทำให้ผู้เรียนมีใจเปิดกว้าง ยอมรับได้ง่ายและเกิดความสนใจเข้ารับกิจกรรมดนตรีบำบัดได้มากกว่า สอดคล้องกับงานวิจัยของชัยยุทธ์ โคตะรักษ์ และคณะ²⁹ พบว่าเมื่อผู้สูงอายุได้มีการเรียนรู้ถึงปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแล้วจะทำให้พฤติกรรมการใส่ใจด้านสุขภาพเปลี่ยนไปในระดับที่สูงขึ้น และสอดคล้องกับการวิจัยของ พงษ์ศักดิ์ ศรีวรกุล³⁰ พบว่าประสบการณ์ด้านดนตรีสามารถแก้ปัญหาด้านสุขภาพได้ทั้งร่างกายและจิตใจและเกิดแรงจูงใจเช่นเดียวกับการวิจัยของ Olson³¹ และ Van Weelden & Whiplaw³² ที่พบเหมือนกันว่าการเรียนรู้ของผู้สูงอายุยังสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นส่งเสริมความสุขทางกายและจะทำให้ผู้สูงอายุมีระบบทำงานของสารสื่อประสาทที่เร็วขึ้น

การรับรู้ประโยชน์ของคนตรีบำบัด

การรับรู้ถึงข่าวสารมิได้เป็นเพียงปัจจัยเดียวที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับคนตรีบำบัด แต่ยังขึ้นอยู่กับ การรับรู้ถึงประโยชน์ด้วย การรับรู้ถึงประโยชน์เป็นหนึ่งในโครงสร้างของรูปแบบการยอมรับเทคโนโลยี (Technology Acceptance Model: TAM) ซึ่งได้อธิบายความหมายของการรับรู้ถึงประโยชน์ไว้ว่า การรับรู้ถึงประโยชน์เป็นความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่าการใช้งานสินค้า บริการ หรือเทคโนโลยีนี้จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและคุณภาพชีวิตของตนเองได้³³ รวมถึงการรับรู้ถึงประโยชน์มีผล มาจากการรับรู้ถึงความเกี่ยวพันระหว่างชีวิตประจำวันของบุคคลกับสินค้า การบริการ หรือเทคโนโลยีเหล่านั้น ซึ่งมีอิทธิพล ต่อไปถึงทัศนคติต่อสินค้าและบริการต่อไป³⁴ นอกจากนี้การรับรู้ถึงประโยชน์ยังมีอิทธิพลต่อโนภาพที่ผู้รับบริการมีต่อการ ใช้ งานสินค้า การบริการ หรือเทคโนโลยีเหล่านั้นในเชิงบวกอีกด้วย³⁵

ในด้านสุขภาพ Rosenstock³⁶ ได้อธิบายถึงความสำคัญของการรับรู้ถึงประโยชน์ไว้ในทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพ (Health Belief Model) ว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าการปฏิบัติดังกล่าวจะมีประโยชน์ในการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือช่วยลดความ รุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้น ๆ ได้ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะยอมรับ เข้าร่วม การบำบัดรักษาจึงขึ้นอยู่กับ การ เปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดี มากกว่าผลเสีย และพฤติกรรมของ บุคคลจะเลือกเข้ารับบริการด้านสุขภาพต่อเมื่อบุคคลนั้นมองเห็นประโยชน์และเกิดความคาดหวังว่าการเข้ารับบริการด้าน สุขภาพมีแนวโน้มในการให้ผลลัพธ์เชิงบวกต่อตนเอง ซึ่งผลลัพธ์เชิงบวกนี้เป็นได้ทั้งประโยชน์ภายนอก (extrinsic) เช่น การ ได้รับแรงกระตุ้น แรงจูงใจที่สำคัญ การเกิดปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่น การได้รับรางวัล เป็นต้น และประโยชน์ภายใน (intrinsic) เช่น ความรู้สึกอิ่มเอมใจ ความกระปรี้กระเปร่า ลดความรู้สึกอ่อนล้า เพิ่มความตื่นตัว เป็นต้น โดยในระยะแรก บุคคลจะรับรู้ประโยชน์จากภายนอกได้รวดเร็วกว่า แต่ในระยะยาวพบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์จากภายในทำให้เกิดการปฏิบัติ อย่างต่อเนื่องมากกว่าการรับรู้ประโยชน์จากภายนอก

ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของพิภพ ดีแพ³⁷ พบว่าพฤติกรรมในการเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุเกิดจากการ รับรู้ถึงประโยชน์ของตนเองเสียเป็นอันดับต้น ๆ และข้อนี้ยังสอดคล้องได้จากการศึกษาของ Stark³⁸ ที่พบว่าการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตของคนไข้ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณเกิดจากการที่คนไข้ได้รับรู้ถึงประโยชน์ของตนเองและพร้อมที่จะ นำไปสู่การปฏิบัติ การรับรู้ถึงประโยชน์จะต้องสอดคล้องกับการส่งเสริมหรือรักษาซึ่งมโนภาพที่ดีของบุคคลในสังคมและต้อง สอดคล้องกับความเกี่ยวพันระหว่างชีวิตของบุคคลกับกิจกรรมทางสุขภาพและการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นต้น

ได้มีการศึกษาวิจัยถึงอิทธิพลของการรับรู้ถึงประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรมคนตรีบำบัดต่อการในด้านคนตรีบำบัด ยอมรับคนตรีบำบัด โดยศึกษากับกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งถึงการรับรู้ประโยชน์ของกิจกรรมคนตรีบำบัด ความสนใจทางดนตรี ความเกี่ยวพันด้านประสบการณ์ทางดนตรีกับชีวิตประจำวัน พบว่า เมื่อผู้ป่วยได้ทราบถึงประโยชน์ของคนตรีบำบัด ผู้ป่วยให้ ความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมโดยนิยมกิจกรรมการฟังเพลงเป็นพิเศษ³⁹ นอกจากนี้การที่คนไข้มีการรับรู้ถึงประโยชน์จาก คนตรีบำบัด ส่งผลเชิงบวกในการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยรวมของคนไข้ ได้แก่ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และความสุข ทางจิตวิญญาณ³⁸ รวมทั้งการวิจัยด้านการเข้าร่วมกิจกรรมคนตรีบำบัดแบบกลุ่มนักร้องประสานเสียงเพื่อลดอาการซึมเศร้า เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและการทำงานด้านความรู้ความเข้าใจในผู้สูงอายุ ผลการวิจัยจากการตอบแบบสอบถามรายบุคคล ชี้ให้เห็นว่าร้อยละ 67 ของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการคนตรีบำบัดมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของกิจกรรมคนตรีบำบัดต่อการลด ความเครียดได้ในขณะที่ยังร้อยละ 40 รายงานว่าร่างกายแข็งแรงขึ้น⁴⁰

ทัศนคติต่อคนตรีบำบัด

ทัศนคติเป็นองค์ประกอบทางจิตวิทยาซึ่งบ่งชี้ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เป็นการแสดงออกทาง คุณลักษณะของแต่ละบุคคล ทัศนคติถูกหล่อหลอมมาจากประสบการณ์ เป็นสิ่งที่บุคคลให้คุณค่าต่อสิ่งต่าง ๆ อันได้แก่ บุคคล สิ่งของ สถานที่ เหตุการณ์ การบริการ⁴¹ ทัศนคติมีความเกี่ยวข้องอย่างยิ่งต่อจิตวิทยาทางสังคม เนื่องจากทัศนคติก่อตัวได้โดย อาศัยประสบการณ์ในอดีตและปัจจุบัน นักจิตวิทยา Carl Jung⁴² ได้ให้ความหมายของทัศนคติว่า ทัศนคติ คือ ความพร้อม ภายใจจิตใจของมนุษย์แต่ละบุคคลที่จะแสดงออกหรือมีปฏิกิริยาต่อสิ่งต่าง ๆ ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับ Norman⁴³ ที่เสนอว่า ทัศนคติ คือ ความรู้สึก การรับรู้ ความคิดเห็นที่บุคคลให้ความยินยอมหรือปฏิเสธต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่ง ทัศนคติส่งผลให้บุคคลเกิดความพร้อมที่จะแสดงปฏิกิริยาตอบสนองทั้งทางด้านบวกและด้านลบ

ทัศนคติประกอบด้วย การรับรู้ เจตคติ และพฤติกรรม เป็นการบ่งบอกถึงความรู้สึกนึกคิดของบุคคล จะแตกต่างกันตามปัจจัยทั้งภายนอกและภายใน ทัศนคติเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเพื่อสนองตอบด้านการตัดสินใจของมนุษย์ในการที่จะตัดสินใจยอมรับสิ่งหนึ่งสิ่งใด Katz⁴⁴ กล่าวว่าทัศนคติคือเครื่องมือเพื่อการปรับตัว เพื่อการป้องกัน เพื่อแสดงออกด้านค่านิยมหรือใช้เพื่อการประเมินตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Hillmer⁴⁵ ที่ศึกษาทัศนคติของพยาบาลที่มีต่อดนตรีบำบัด ที่พบว่าระดับการรับรู้ถึงประโยชน์ของดนตรีบำบัดมีมากเท่าใด จะเกิดทัศนคติเชิงบวกต่อดนตรีบำบัดมากยิ่งขึ้น โดยระบุว่า พยาบาลมีความเข้าใจถึงประโยชน์ของดนตรีบำบัดในการช่วยลดความเจ็บปวด การบำบัดการปวดบวม การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสงบ การช่วยเพิ่มความผ่อนคลาย ผลประโยชน์โดยรวมในสถานพยาบาล ความคุ้มค่าทางการเงินและโอกาสในการส่งต่อผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Chan⁴⁶ ชี้ให้เห็นถึงการตัดสินใจ การเปลี่ยนทัศนคติของผู้สูงอายุในหลากหลายวัฒนธรรมเนื่องจากการใช้แนวทางดนตรีบำบัด ทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดสามารถสร้างความสัมพันธ์ในกลุ่ม มีการพัฒนาความเห็นอกเห็นใจในวัฒนธรรมที่แตกต่าง และมีทัศนคติที่เปิดกว้างและการยอมรับสิ่งที่แตกต่างกันในหลากหลายวัฒนธรรม

ในด้านดนตรีบำบัดได้มีการวิจัยถึงทัศนคติของวัยรุ่นที่มีต่อผู้สูงอายุ โดยใช้การทำกิจกรรมดนตรีบำบัดการเขียนโปรแกรมเพลงระหว่างวัยรุ่นและผู้สูงอายุ โดยเน้นการให้ผู้สูงอายุทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้กับวัยรุ่น ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าทัศนคติของวัยรุ่นที่มีต่อผู้สูงอายุดีขึ้นทุกปี เช่นเดียวกับทัศนคติของผู้สูงอายุที่มีต่อกลุ่มวัยรุ่นก็ดีขึ้นเช่นกัน การศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงศักยภาพของดนตรีบำบัดที่มีต่อทัศนคติของบุคคล⁴⁷ และต่อมา Bowers⁴⁸ ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบซึ่งตรวจสอบทัศนคติของนักศึกษาวิทยาลัยและผู้สูงอายุในสภาพแวดล้อมการร้องประสานเสียงระหว่างรุ่น ผลการศึกษาพบว่าทั้งสองกลุ่มอายุรายงานทัศนคติต่อกลุ่มอายุอื่นเพิ่มขึ้น

Rorke⁴⁹ ได้มีการวิจัยถึงการใช้นดนตรีบำบัดซึ่งส่งผลต่อเจตคติของมนุษย์ โดยพบว่า ดนตรีบำบัดมาช่วยปรับอารมณ์ที่เกิดจากความหวาดกลัว หรือความวิตกกังวล และความเศร้าที่มากเกินไป และต่อมาในปี ค.ศ. 2021 ได้มีการวิจัยถึงทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลที่มีต่อผู้สูงอายุหลังการทำกิจกรรมดนตรีบำบัด ผลวิจัยพบว่า หลังจากได้ทำกิจกรรมทางดนตรีร่วมกันทัศนคติที่นักศึกษาพยาบาลมีต่อผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นักศึกษาพยาบาลรายงานว่ากิจกรรมนี้มีประโยชน์และคุ้มค่าต่อเวลาที่ได้ใช้ไป⁵⁰

บทสรุป

เมื่อประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญ ดนตรีบำบัดเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่มีการวิจัยในนานาประเทศถึงประโยชน์ของการใช้กิจกรรมทางดนตรีไม่ว่าจะเป็นการฟังเพลง การร้องเพลง การเล่นเครื่องดนตรี หรือการเคลื่อนไหวร่างกายประกอบเสียงเพลงเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ใช้การเชื่อมโยงด้วยปัจจัยการรับรู้ข่าวสาร การเรียนรู้ของผู้สูงอายุ การรับรู้ถึงประโยชน์ ทัศนคติด้านดนตรีบำบัดที่ส่งผลต่อการยอมรับดนตรีบำบัดในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ

การรับรู้ถึงข่าวสารด้านดนตรีบำบัดเป็นส่วนสำคัญส่วนแรกในการส่งเสริมให้เกิดการยอมรับการใช้ดนตรีบำบัด ดังนั้นสถานพยาบาล ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ชุมชน องค์กรด้านสาธารณสุขถือเป็นองค์กรสำคัญในการช่วยกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ถึงข่าวสารด้านดนตรีบำบัด ไม่ว่าจะเป็นการให้ความรู้ว่าดนตรีบำบัดคืออะไร สถานที่ให้บริการ รูปแบบในการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลทราบถึงประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมดนตรีบำบัด เนื่องจากผู้สูงอายุมักให้ความสนใจกับกิจกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของตน โดยดนตรีบำบัดมีส่วนสำคัญในการช่วยส่งเสริมสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมให้กับผู้สูงอายุ ทั้งนี้ การเลือกเข้ารับบริการดนตรีบำบัดอาจไม่ได้ขึ้นอยู่กับผู้สูงอายุเพียงเท่านั้น หากแต่การสนับสนุนจากครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมดนตรีบำบัดมากขึ้น

การเลือกเข้าร่วมกิจกรรมดนตรีบำบัดนั้นเกี่ยวข้องกับ การรับรู้ข่าวสารด้านดนตรีบำบัด การรับรู้ประโยชน์ และการได้เข้าร่วมกิจกรรมดนตรีบำบัด จึงเรียนรู้ของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุเรียนรู้ได้ดีจากประสบการณ์ ดังนั้นการได้ลงมือทำ เป็นวิธีการสำคัญในการช่วยส่งเสริมการยอมรับการใช้ดนตรีบำบัดเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ ควรมีการให้บริการด้านดนตรีบำบัดในชุมชนผู้สูงอายุ โดยเริ่มจากกลุ่มเป้าหมายที่มีความสนใจในดนตรีเป็นพื้นฐาน เช่น กลุ่มขับร้องประสานเสียง กลุ่มเต้นลีลาศ กลุ่มสันทนาการ กลุ่มร้องคาราโอเกะ เป็นต้น

ทัศนคติต่อดนตรีบำบัด เกิดจากการรับรู้ของผู้สูงอายุส่งผลต่อไปยังอารมณ์ความรู้สึกต่อดนตรีบำบัด ซึ่งมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมของผู้สูงอายุในการยอมรับการใช้กิจกรรมดนตรีบำบัด โดยหลักการและการปฏิบัติ กิจกรรมดนตรีบำบัด

ถูกออกแบบโดยนักดนตรีบำบัดมีพื้นฐานจากการใช้องค์ประกอบทางดนตรี ผ่านทางกิจกรรมทางดนตรีต่าง ๆ อย่างมีรูปแบบ โครงสร้าง มีหลักเกณฑ์ และอ้างอิงตามหลักฐานทางงานวิจัย เพื่อเป้าหมายในด้านพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ขึ้นอยู่กับความจำเป็นของแต่ละบุคคลที่มารับการบำบัด สามารถประยุกต์ใช้ได้หลายบริบท เช่น ด้านการศึกษา ด้านการแพทย์ ดังนั้น การออกแบบกิจกรรมทางดนตรีบำบัดสำหรับผู้สูงอายุ นักดนตรีบำบัดควรทราบถึงพื้นฐาน ประสบการณ์ ชีวิต ความต้องการในการแก้ปัญหา แรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมจากผู้สูงอายุ หรือจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อน เพื่อให้เกิดความ สบายใจในการเข้าร่วมกิจกรรมดนตรีบำบัด และส่งผลให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้ง

การทำกิจกรรมดนตรีบำบัดมีส่วนช่วยในการพัฒนาสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคมให้กับผู้สูงอายุ ทั้งยังมีส่วนช่วยในการ เรียนรู้ทักษะทางด้านดนตรีเพื่อการพัฒนาต่อยอดเป็นงานอดิเรก การทำกิจกรรมดนตรีบำบัดสำหรับผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้การ กระตุ้นให้เกิดการพัฒนา การเสริมสร้าง หรือ การรักษาทักษะในชีวิตที่มีอยู่ เพื่อถ่ายทอดประสบการณ์ที่ได้ถูกพัฒนาจากใน การทำกิจกรรมดนตรีบำบัดไปสู่การใช้ชีวิตประจำวัน เมื่อผู้สูงอายุที่ผ่านการเข้ารับบริการแล้ว เกิดการฝึกฝน เสริมสร้างความ แข็งแรงทางด้านร่างกาย ผู้สูงอายุสามารถนำทักษะที่เกิดขึ้นระหว่างการทำกิจกรรมดนตรีบำบัดไปใช้ในกิจวัตรประจำวันต่อไป ในอนาคตได้ด้วยความภาคภูมิใจและความมั่นใจ

อย่างไรก็ตาม การเข้าสู่กระบวนการทางดนตรีบำบัดต้องเริ่มจากความสมัครใจ ตั้งใจและปรารถนาของแต่ละบุคคล ที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม ซึ่งเป็นข้อกำหนดเบื้องต้นที่สำคัญ โดยดนตรีเปรียบเสมือนแรงกระตุ้นในการเข้ามาร่วมบำบัด เพื่อเสริมสร้างทักษะและการพัฒนาทักษะใหม่ ๆ ที่ผู้สูงอายุสามารถนำไปถ่ายทอดหรือต่อยอดในครอบครัวและชุมชน ของตน ผู้สูงอายุที่ร่วมกิจกรรมจะเกิดการเรียนรู้ การปรับตัว และการพัฒนาในลักษณะที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี ที่สุด รวมถึงส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อน ครอบครัว ยังเป็นการสร้างมุมมองเชิงบวกต่อตนเองและผู้อื่น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2564. [อินเทอร์เน็ต]2565. [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2565]. จาก <https://www.dop.go.th/th/know/side/1099/1/1>
2. Clair AA, O'Konski M. The effect of rhythmic auditory stimulation (RAS) on gait characteristics of cadence, velocity, and stride length in persons with late stage dementia. *Journal of Music Therapy*. 2006;43(2): 154–163. doi.org/10.1093/jmt/43.2.154
3. Gregory D. Music listening for maintaining attention of older adults with cognitive impairments. *Journal of Music Therapy*. 2002;39(4): 244–264. doi.org/10.1093/jmt/39.4.244
4. Moore KS, Peterson DA, O'Shea G, McIntosh GC, Thaut MH. The effectiveness of music as a mnemonic device on recognition memory for people with multiple sclerosis. *Journal of Music Therapy*. 2008;45(3): 307–329. doi.org/10.1093/jmt/45.3.307
5. Hirokawa E. Effects of music listening and relaxation instructions on arousal changes and the working memory task in older adults. *Journal of Music Therapy*. 2004;41(2): 107–127. doi.org/10.1093/jmt/41.2.107
6. O'Konski M, Bane C, Hettinga J, Krull K. Comparative effectiveness of exercise with patterned sensory enhanced Music and background music for long-term care residents. *Journal of Music Therapy*. 2010;47(2): 120–136. doi.org/10.1093/jmt/47.2.120
7. Lai HL, Good M. Music improves sleep quality in older adults. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;49(3): 234–244. doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03281.x
8. Pai FY, Huang KI. Applying the technology acceptance model to the introduction of healthcare information systems. *Technological Forecasting and Social Change*. 2011;78(4): 650–660. doi.org/10.1016/j.techfore.2010.11.007
9. Clair AA, Memmott J. *Therapeutic uses of music with older adults*. Silver Springs. MD: American Music Therapy Association; 2008.
10. Bruscia KE. *Defining music therapy*. 3rd ed. Barcelona: Barcelona Publishers; 2014.
11. Wheeler BL. *Music therapy handbook*. New York: The Guilford Press; 2017.
12. Davis WB, Gfeller KE, Thaut M. *An introduction to music therapy theory and practice*. 3rd ed. Silver Spring. MD: American Music Therapy Association, Inc; 2008.
13. Knowles M. *Applying Principles of Adult Learning in Conference Presentations*. *Adult Learning*. 1992;4(1): 11–14.

14. Magee WL. Electronic technologies in clinical music therapy: A survey of practice and attitudes. *Technology and Disability*. 2006;18(3): 139–146. doi.org/10.3233/tad-2006-18306
15. Bracht N, Tsouros A. Principles and strategies of effective community participation. *Health Promotion International*, 1990;5(3):199–208. doi.org/10.1093/heapro/5.3.199
16. Kundra S. The process of communication. New Delhi, India: Anmol Publications; 1992.
17. Klapper JT. The effects of mass communication. New York: Free Press; 1969.
18. Donohew L, Lorch EP, Palmgreen P. Applications of a theoretic model of information exposure to health interventions. *Human Communication Research*. 1998;24(3): 454–468. doi.org/10.1111/j.1468-2958.1998.tb00425.x
19. Vogel DL, Gentile DA, Kaplan SA. The influence of television on willingness to seek therapy. *Journal of Clinical Psychology*. 2008;64(3): 276–295. doi.org/10.1002/jclp.20446
20. Lathom W. Concepts of information theory and their relationship to music therapy. *Journal of Music Therapy*. 1971;8(3): 111–116. doi.org/10.1093/jmt/8.3.111
21. Johnson CM, Geringer JM, Stewart EE. A descriptive analysis of internet information regarding music therapy. *Journal of Music Therapy*. 2003;40(3): 178–188. doi.org/10.1093/jmt/40.3.178
22. Gregory D, Gooding LG. Viewers' perceptions of a YouTube music therapy session video. *Journal of Music Therapy*. 2013;50(3): 176–197. doi.org/10.1093/jmt/50.3.176
23. Parker OG, Graham RM. An information retrieval system for music therapy. *Journal of Music Therapy*. 1972;9(3): 147–155. doi.org/10.1093/jmt/9.3.147
24. ศิริภัสสร วังทองดี. การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
25. Knowles M. Andragogy: Adult learning theory in perspective. *Community College Review*. 1978;5(3): 9–20. doi.org/10.1177/009155217800500302
26. Knowles M. The Adult Learner: A Neglected Species. 3rd ed. Houston, TX: Gulf Publishing; 1984.
27. Brockett RG. Self-direction in adult learning: Perspectives on theory, research and practice. London: Routledge; 1991.
28. สุวัฒน์ วัฒนวงศ์. จิตวิทยาเพื่อการฝึกอบรมผู้ใหญ่. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เอ็กสเปอร์เนท; 2555.
29. ชัยยุทธ โคตะรักษ์, พรชัย จุลเมตต์, นัยนา พิพัฒน์วิศิชา, สายฝน ม่วงคุ้ม, จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*. 2563;15(4): 228-236.
30. พงษ์ศักดิ์ ศรีวรกุล และคณะ. ทักษะทางการสร้างคุณภาพในการดำรงชีวิต. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2547.
31. Olson BK. Player piano music as therapy for the elderly. *Journal of Music Therapy*. 1984;21(1): 35–45. doi.org/10.1093/jmt/21.1.35
32. Van Weelden K, Whipple J. Effect of field experiences on music therapy students' perceptions of choral music for Geriatric Wellness Programs. *Journal of Music Therapy*. 2004;41(4): 340–352. doi.org/10.1093/jmt/41.4.340
33. Davis FD. Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *Management Information System Quarterly*. 1989;13(3): 319-340.
34. Venkatesh V. Technology acceptance model and the unified theory of acceptance and use of technology. *Wiley Encyclopedia of Management*. 2015:1-9.
35. Venkatesh V, Davis FD. A theoretical extension of the technology acceptance model: Four longitudinal field studies. *Management Science*. 2000;46(2): 186-204.
36. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*. 1998;15(2): 175–183. doi.org/10.1177/109019818801500203
37. พิภพ ดีแพ, กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, นพนัฐ จำปาเทศ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*. 2562;35(3): 46-59.
38. Stark JC. Perceived benefits of group music therapy for breast cancer survivors: Mood, psychosocial well-being, and quality of life. Doctoral dissertation. Michigan State University; 2012.

39. Burns DS, Sledge RB, Fuller LA, Daggy JK, Monahan PO. Cancer patients' interest and preferences for music therapy. *Journal of Music Therapy*. 2005;42(3):185–99.
40. Ahessy B. The use of a music therapy choir to reduce depression and improve quality of life in older adults – a randomized control trial. *Music and Medicine*. 2016;8(1):17–28.
41. Perloff MR. *The dynamics of persuasion: Communication and attitudes in the twenty-first century*. Oxfordshire. UK: Routledge; 2016.
42. Jung CG. *Psychological Types*. New Jersey: Princeton University Press; 1971.
43. Norman DA. *Cognitive engineering-Cognitive science*. Cambridge, MA: The MIT Press; 1987.
44. Katz D. The functional approach to the study of attitudes. *Public opinion quarterly*. 1960;24(2): 163-204.
45. Hillmer MG. *Survey of nurses' attitudes and perceptions toward music therapy in the hospital setting*. Doctoral dissertation. University of Kansas; 2007.
46. Chan G. Cross-cultural music therapy in community aged-care - A case vignette of a CALD elderly woman. *Australian journal of music therapy*. 2014;25(1), 92-102.
47. Darrow AA, Johnson C, Ollenberger T. The effect of participation in an intergenerational choir on teens' and older persons' cross-age attitudes. *Journal of Music Therapy*. 1994;31(2): 119-134.
48. Bowers J. Effects of an Intergenerational Choir for Community-Based Seniors and College Students on Age-Related Attitudes. *J Music Ther*. 1999;35(1):2-18. doi: 10.1093/jmt/35.1.2. PMID: 10519825.
49. Rorke MA. Music therapy in the age of enlightenment. *Journal of Music Therapy*. 2001;38(1): 66–73. doi.org/10.1093/jmt/38.1.66
50. Emory J, Bowling H, Lueders C. Student perceptions of older adults after a music intervention: A mixed approach. *Nurse education in practice*. 2021;53(1): 1-5. doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103094

การพัฒนารูปแบบการให้คำแนะนำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวอายุ 0 - 1 ปี

ศศิชล คำเพราะ^{1*}

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวอายุ 0 - 1 ปี และ 2) ทดสอบผลการใช้รูปแบบการให้คำแนะนำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กป่วยและเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวอายุ 0 - 1 ปี ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน 2) ออกแบบและพัฒนารูปแบบ และ 3) ประเมินผลการใช้รูปแบบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) รูปแบบการให้คำแนะนำ และ 2) แบบสอบถามความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยของผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และ Student's t-test

ผลการวิจัย พบว่า

1. รูปแบบการให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวอายุ 0-1 ปี ประกอบด้วย การให้ความรู้ การสาธิต การฝึกปฏิบัติ โดยมีเนื้อหาได้แก่ 1) ความรู้เรื่องโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว 2) การดูแลโภชนาการ 3) การรับประทานยา 4) การป้องกันการติดเชื้อ 5) การสังเกตอาการผิดปกติและการช่วยเหลือ 6) การส่งเสริมพัฒนาการและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และ 7) การพาเด็กมาตรวจตามนัด การให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

2. ผลการใช้รูปแบบการให้คำแนะนำ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ในผลการตอบสนองต่อพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถตนเอง ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมดูแลเด็ก พฤติกรรมการดูแลเด็ก ก่อนทดลอง หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบและภายในกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และพบว่าค่าเฉลี่ยการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: การให้คำแนะนำ / เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว / ภาวะแทรกซ้อน

*Corresponding author: ศศิชล คำเพราะ, อีเมล: modsasichol@yahoo.com, โทร. 0818194352

Received: October 25, 2022 / Revised: November 21, 2022 / Accepted: December 19, 2022

Development of Guidance Model for Complication Prevention in Children with A cyanotic Congenital Heart Disease Aged 0 - 1 Year

Sasichol Kamproh^{1*}

¹Public Health Technical Officer, Professional Level Queen Sirikit National Institute of Child Health

Abstract

The purposes of this research were to 1. develop a model of guidance for caregivers to prevent complications in children with acyanotic congenital heart disease aged 0 - 1 years. 2. test the results of using the advice model. The research was carried out in 3 phases, namely: 1. Studying and analyzing basic data, 2. Designing and developing a model, and 3. Evaluating the use of the model. The tools used in the research were: 1. guidance model; 2. questionnaires regarding the knowledge perceived and behaviors of caregivers in children with acyanosis congenital heart diseases. Data analysis was performed using descriptive, frequency, percentage, mean, standard deviation, Paired t-test and Student's t-test.

The research results found that:

1. A guidance model for complication prevention in children with acyanotic congenital heart disease aged 0-1 years consists of knowledge, demonstration, practice with 7 topics: 1. Knowledge about acyanotic congenital heart disease, 2. Nutrition care, 3. Medication, 4. Infection prevention, 5. Observation signs of complication, 6. Early stimulation and immunization for children, and 7. Appointment keeping. Providing consultation through telephone regarding caregiver's problem on performing caring behaviors for their children

2. The results of the study showed that after the experimentation the caregivers of the experimental group gained significantly higher proper caring behaviors of their children with acyanotic congenital heart disease than before the experimentation, in regard to: perceived severity; perceived vulnerability of getting complications; perceived response efficacy; self-efficacy; behavior intention, and behaviors on caring children with a cyanotic congenital heart disease ($p < 0.001$). It was also found that after the experimentation the average number of time of getting respiratory infection among the children of the experimental group decreased significantly ($p < 0.001$)

Keywords: Recommendation Form / Children with Acyanotic Congenital Heart Disease / Complications

*Corresponding author: Sasichol Kamproh, E-mail: modsasichol@yahoo.com, Tel. 0818194352

Received: October 25, 2022 / Revised: November 21, 2022 / Accepted: December 19, 2022

บทนำ

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (congenital heart disease) เป็นความพิการชนิดหนึ่งที่พบมากในเด็ก พบประมาณ 8 ราย ต่อทารกเกิดมีชีวิต 1,000 ราย (Chowdhury, Hoque, Ali, & Hossain, 2018)¹ อุบัติการณ์โรคหัวใจในเด็กของประเทศไทยใกล้เคียงกับหลายประเทศทั่วโลก โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดพบบ่อยที่สุด มากกว่าร้อยละ 80-90 จากปัญหาโรคหัวใจในเด็กทั้งหมด ประเทศไทยมีเด็กที่เกิดใหม่และเป็นโรคหัวใจปีละประมาณ 8,000 คน² จากข้อมูลของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี มีการรับผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมากที่สุดในประเทศไทย ประมาณ 1 ใน 4 ของเด็กโรคหัวใจทั่วประเทศคือมากกว่า 1,300 - 1,400 ราย ในแต่ละปี³ ในจำนวนนี้ร้อยละ 50-60 เป็นทารกในครรภ์แรก ร้อยละ 71 เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวชนิดที่พบบ่อยได้แก่ ventricular septal defect (ชนิดไม่เขียว), patent ductus arteriosus (PDA), atrial septal defect (ASD) เป็นต้น โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นโรคที่มีความผิดปกติของโครงสร้างในหัวใจและหลอดเลือด ความผิดปกติเหล่านี้จะมีผลต่อระบบการไหลเวียน ซึ่งอาการอาจจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็กป่วยและสังเกตการณ์ปฏิบัติงานของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ ที่คลินิกโรคหัวใจ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พบว่าการให้คำแนะนำกับผู้ดูแลเด็กป่วยที่มารับบริการเป็นการให้คำแนะนำตามความต้องการของผู้ดูแล โดยวิธีการตอบคำถามของผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่ ผู้ดูแลบางคนไม่กล้าสอบถามข้อสงสัยเนื่องจากมีผู้รับบริการเป็นจำนวนมากทำให้รู้สึกเกรงใจ รวมทั้งผู้ดูแลยังขาดความรู้ความเข้าใจในโรคที่เด็กเป็น ขาดการรับรู้ความรุนแรงของโรค ขาดการรับรู้โอกาสเสี่ยง ขาดการรับรู้ในผลการตอบสนองของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ขาดความรู้และขาดความตั้งใจในการมีพฤติกรรมดูแลเด็กในเรื่องโภชนาการ การรับประทานยา การป้องกันการติดเชื้อ การสังเกตอาการผิดปกติและการช่วยเหลือเบื้องต้น การส่งเสริมพัฒนาการและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การพาเด็กมาตรวจตามนัดและเมื่อมีอาการผิดปกติ ผู้ดูแลขาดการสนับสนุนด้านกำลังใจ ต้องการผู้ให้คำปรึกษาในการดูแลเด็กป่วยเมื่อต้องดูแลเด็กป่วยเองที่บ้านในระหว่างรอรับการผ่าตัดรักษา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยเฉพาะการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ เอรราช คุณเวียง¹³ และการดูแลเมื่อเด็กมีภาวะหัวใจวาย ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของโรคนี้ และยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กต้องเลื่อนการผ่าตัดออกไปโดยไม่มีกำหนด ซึ่งอาจทำให้เด็กไม่มีโอกาสได้รับการผ่าตัดรักษาเนื่องจากอาการของโรครุนแรงเกินกว่าจะทำการผ่าตัดรักษาได้ และ/หรือเด็กเสียชีวิตก่อน ดังนั้นถ้าหากเด็กได้รับการดูแลรักษาถูกต้องสม่ำเสมอ โดยผู้ดูแลมีความเข้าใจและดูแลเด็กอย่างถูกต้องจะช่วยให้เด็กมีสุขภาพแข็งแรงดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข และมีความพร้อมเพื่อรับการผ่าตัดได้ตามกำหนด

จากแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ของโรเจอร์⁴ อธิบายว่าการที่บุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหรืออันตราย รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือการได้รับอันตราย มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองจะทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมต่อการป้องกันโรค อีกทั้งแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์จะเป็นแรงเสริมที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลที่ต้องดูแลเด็กป่วยอายุ 0 - 1 ปี ซึ่งเด็กอยู่ในวัยที่มีภาวะพึ่งพิงต้องการผู้ดูแลเอาใจใส่ จริงใจ ยกย่องเห็นคุณค่า ให้การดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการให้คำแนะนำกับผู้ดูแลเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวอายุ 0 - 1 ปี เพื่อให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อช่วยให้เด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีสุขภาพแข็งแรงดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข และมีความพร้อมสำหรับการรับการรักษาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้คำแนะนำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว อายุ 0-1 ปี โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม
2. เพื่อทดสอบผลการใช้รูปแบบการให้คำแนะนำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว อายุ 0 - 1 ปี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ของ Rogers (1975)⁴ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ของ House⁶ มาใช้กำหนดกระบวนการพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2 ซึ่งการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย วิเคราะห์สถานการณ์ การออกแบบและพัฒนา และการประเมินผลการใช้รูปแบบ

ระเบียบวิธีวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) แบ่งเป็น 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ การให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว โดยการพูดคุยสอบถามพยาบาลประจำคลินิก จำนวน 3 ท่าน ใช้แนวคำถามแบบเจาะลึกเกี่ยวกับรูปแบบการให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวในปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการพัฒนาที่ต้องการ และสอบถามความรู้และความต้องการคำแนะนำจากผู้ดูแลที่พาเด็กมารับบริการ จำนวน 10 ราย เมื่อได้ประเด็นปัญหาและทบทวนวรรณกรรมแล้ว ผู้วิจัยจัดทำร่างรูปแบบการให้คำแนะนำ

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนา พัฒนารูปแบบการให้คำแนะนำโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค จากแนวคิดของ Rogers⁴ ซึ่งมีแนวคิดที่ว่า แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคเป็นผลมาจากการประเมินการคุกคามของโรคคือการรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและรับรู้ว่าคุณมีความรุนแรง และอันตราย มีการประเมินผลของพฤติกรรม คือมีความเชื่อว่าตนเองสามารถป้องกันโรคและผลของการปฏิบัติของตนเองสามารถป้องกันโรค หรือภัยสุขภาพได้ จะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมป้องกันโรคได้ และจากแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมของ House⁶ ที่มีแนวคิดว่าการสนับสนุนทางสังคมนั้น คือ การได้รับการดูแลเอาใจใส่ด้วยความรัก มีความเข้าใจกัน การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือความรู้ และการได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับวัตถุสิ่งของ เงินทอง จากผู้ให้การสนับสนุนไม่ว่าจะเป็นการให้ความรู้ การกระตุ้นเตือน การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ให้กำลังใจ จะช่วยทำให้เกิดพฤติกรรมที่ดีที่ต้องการ⁶ ซึ่งผู้วิจัยนำมาใช้เป็นกรอบการสร้างรูปแบบให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล ประกอบด้วยเนื้อหา 7 เรื่อง ได้แก่ 1) ความรู้เรื่องโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว 2) การดูแลโภชนาการ 3) การรับประทานยา 4) การป้องกันการติดเชื้อ 5) การสังเกตอาการผิดปกติและการช่วยเหลือเบื้องต้น 6) การส่งเสริมพัฒนาการและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และ 7) การพาเด็กมาตรวจตามนัดและเมื่อมีอาการผิดปกติ โดยใช้วิธีการให้คำแนะนำ 4 วิธีการ ประกอบด้วย 1) การสอนหรือการให้ความรู้ (teaching) เป็นการช่วยเหลือผู้ดูแลในการพัฒนาความรู้หรือทักษะที่จำเป็นเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ 2) การชี้แนะ (guiding) โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ถูกต้องที่แท้จริงเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพิงได้ 3) การสนับสนุน (supporting) และ 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมด้วยการให้กลุ่มผู้ดูแลได้พบกันในห้องที่เป็นส่วนตัวภายใต้บรรยากาศที่สงบ เป็นมิตร มีความเป็นกันเอง เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดทำให้เกิดความไว้วางใจ และกล้าแสดงออกมากขึ้น นำรูปแบบไปตรวจสอบความถูกต้องและความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจเด็ก ทันตแพทย์เด็ก และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลเด็กโรคหัวใจ และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้มีความเหมาะสม

ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้รูปแบบ เป็นการทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบการให้คำแนะนำที่พัฒนาขึ้น โดยใช้แผนการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experiment research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ดูแลและเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว อายุ 0 - 1 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ช่วงระหว่างเดือน มกราคม ถึง เมษายน 2562 แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่ม

เปรียบเทียบ จำนวนกลุ่มละ 50 คน การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้แนวคิดของ รัชนีชัย วรพวงศธร⁵ ถ้าเป็นการวิจัยแบบ ทดลองควรจะมีกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุดกลุ่มละ 20-30 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ การคัดเข้าคือ ผู้ดูแล มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ดูแลเด็กอายุ 0 - 1 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ชนิดไม่เขียว ที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดรักษาแก้ไขความผิดปกติ ผู้ดูแลสามารถสื่อสาร อ่านเขียนภาษาไทยได้ และสามารถติดต่อ ได้ทางโทรศัพท์ เกณฑ์การคัดออก คือเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวที่มีความพิการอื่นๆ ร่วมด้วยเช่น มีการทำช่อง ทวารเทียม สมอพิการ Down's Syndrome เป็นต้น เกณฑ์การยุติการวิจัย คือผู้ดูแลที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตั้งแต่ เริ่มต้นจนสิ้นสุดการทดลอง หรือผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ เช่น ต้องได้รับการผ่าตัด ผูกเงิน ต้องได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการให้คำแนะนำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวอายุ 0 - 1 ปี ซึ่งผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาเกี่ยวกับการให้คำแนะนำต่อผู้ดูแล ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ที่คลินิกโรคหัวใจ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รูปแบบประกอบด้วยกิจกรรมการสอนและสาธิต โดยมีสื่อการสอน คือ คู่มือการดูแลเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว มีเนื้อหาพร้อมภาพประกอบเกี่ยวกับสาเหตุ พยาธิสภาพ อาการ ภาวะแทรกซ้อน แนวทางการรักษา การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในด้านโภชนาการ การรับประทานยา การป้องกันการ ติดเชื้อ การสังเกตภาวะหัวใจวายและการบรรเทาอาการ การส่งเสริมพัฒนาการและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และการมา ตรวจตามนัด ตรวจสอบคุณภาพโดยนำไปตรวจสอบความถูกต้องและความตรงของเนื้อหา (content validity) โดย ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจในเด็ก ทันตแพทย์เด็ก และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลเด็ก โรคหัวใจ และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้มีความเหมาะสม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแล แบ่งเป็น 7 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะประชากรและสังคมประกอบด้วย ข้อมูลของผู้ดูแล อายุ สถานภาพสมรส รายได้ อาชีพ การศึกษา ข้อมูลเกี่ยวกับเด็กป่วย เพศ อายุ จำนวน 11 ข้อ โดยใช้คำถามเป็นลักษณะเลือกตอบและ แบบสอบถามจำนวนครั้ง การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของเด็กป่วย ในเวลา 1 เดือน ที่ผ่านมา ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จำนวน 12 ข้อ ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจ พิการแต่กำเนิด จำนวน 15 ข้อ ตอนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ในผลการตอบสนองต่อพฤติกรรมในการดูแลเด็กป่วยของผู้ดูแล ในการดูแลเด็กป่วยป่วยโรคหัวใจแต่กำเนิด จำนวน 14 ข้อ ตอนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการ ดูแลเด็กป่วยป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จำนวน 18 ข้อ ตอนที่ 6 แบบสอบถามความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมในการดูแลเด็กป่วย ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จำนวน 14 ข้อ ตอนที่ 7 แบบสอบถามเพื่อใช้วัดพฤติกรรมในการดูแลเด็กป่วยป่วยโรคหัวใจพิการ แต่กำเนิด จำนวน 19 ข้อ แบบสอบถาม ตอนที่ 2, 3, 4, 6 มีลักษณะคำถามทั้งด้านบวกและลบ เป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ตัวเลือก

เกณฑ์การให้คะแนน แบบสอบถาม ตอนที่ 2, 3, 4, 6 คือ ข้อความแสดงการรับรู้ในทางบวก 3 ระดับ คือ ระดับเห็น ด้วย 3 คะแนนไปจนถึง ระดับไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และข้อความแสดงการรับรู้ในทางลบ 3 ระดับ คือ ระดับเห็นด้วย 1 คะแนน ไปจนถึงระดับไม่เห็นด้วย 3 คะแนน แบบสอบถาม ตอนที่ 5 มีเกณฑ์การให้คะแนน คือระดับมั่นใจมาก 3 คะแนน ไป จนถึงระดับมั่นใจน้อย 1 คะแนน และแบบสอบถามตอนที่ 7 มีเกณฑ์การให้คะแนน คือระดับปฏิบัติเป็นประจำ 2 คะแนนไป จนถึงระดับไม่ปฏิบัติเลย 0 คะแนน

การแปลผลคะแนนแบบสอบถาม ตอนที่ 2, 3, 4, 5, 6 แบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์ ของเบส⁷ ดังนี้ คะแนน เฉลี่ย 1.00 - 1.66 ระดับของการรับรู้ ต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33 ระดับของการรับรู้ ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00 ระดับของการรับรู้ สูง การแปลผลคะแนนแบบสอบถาม ตอนที่ 7 ใช้แนวคิดการแบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์ ของบลูม⁸ ดังนี้ คะแนนต่ำกว่า 60 % ระดับพฤติกรรม ต่ำ คะแนน 60-80% ระดับพฤติกรรม ปานกลาง คะแนน มากกว่า 80% ระดับพฤติกรรมสูง

ตรวจสอบคุณภาพโดยนำไปตรวจสอบความถูกต้องและความตรงของเนื้อหา) content validity (โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจในเด็ก ทันตแพทย์เด็ก และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลเด็กโรคหัวใจ ภายหลังการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้มีความเหมาะสมแล้ว นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง

(try out) จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 แบบสอบถามการรับรู้ในผลการตอบสนองต่อพฤติกรรม ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 แบบสอบถามความตั้งใจในการปฏิบัติ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 และแบบสอบถามพฤติกรรมฯ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มควบคุม : ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลด้วยแบบสอบถาม ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 8 ระหว่างนั้น กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำตามปกติของคลินิกโรคหัวใจ

กลุ่มทดลอง : ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองโดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลด้วยแบบสอบถาม จากนั้นจัดกิจกรรมตามรูปแบบการให้คำแนะนำ ที่ออกแบบโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยมีลำดับกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมครั้งที่ 1 : เพื่อสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ในผลการตอบสนองต่อพฤติกรรมการดูแลเด็ก การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วย (ใช้เวลา 90 นาที)

1. บรรยายประกอบสื่อคอมพิวเตอร์ ความรู้เรื่องโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ความหมาย สาเหตุของการเกิดโรค อาการ ภาวะแทรกซ้อน แนวทางการรักษา การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในด้านการให้อาหาร การป้องกันการติดเชื้อ การสังเกตภาวะหัวใจวายและการบรรเทาอาการ การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด และให้ผู้ดูแลเด็กแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็ก และผู้วิจัยร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน และให้สมาชิกช่วยกันแสดงความคิดเห็น

2. ผู้วิจัยสาธิตการจับชีพจรเด็ก การจัดทำให้นมเด็กศีรษะสูงไม่ต่ำกว่า 45 องศา การจัดทำให้เรอ การทดสอบความเหมาะสมของอุณหภูมิ การเตรียมยา การให้ยาและยาเม็ด การสังเกตอาการผิดปกติหลังการให้ยา และให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติ โดยการทดลองจับชีพจรของตัวเองแล้วก็ต้องแล้วก็ได้ฝึกจับชีพจรของเด็ก โดยผู้วิจัยจะตรวจสอบอัตราการเต้นของชีพจรที่ผู้ดูแลนับได้กับผู้วิจัยนับได้จนผู้ดูแลสามารถทำได้อย่างถูกต้อง ซึ่งการฝึกปฏิบัตินี้ทำทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล อภิปรายกลุ่มและร่วมกันสรุปประเด็นสำคัญเน้นถึงความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน การดูแลด้านการให้อาหาร การป้องกันการติดเชื้อ การสังเกตภาวะหัวใจวายและการบรรเทาอาการ การรับประทานยา และการพาเด็กมาตรวจตามนัด

3. ผู้วิจัยแจกแผ่นพับเกี่ยวกับเรื่องโรค ความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยง ของการเกิดภาวะแทรกซ้อน แจกคู่มือการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ในเรื่องการดูแลด้านการให้อาหาร การป้องกันการติดเชื้อ การสังเกตภาวะหัวใจวายและการบรรเทาอาการ การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด และแจกโปสเตอร์ตารางการส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ตารางการรับวัคซีน และอาสาสมัครเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 2 อีก 1 เดือน

4. ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ แนะนำเกี่ยวกับการดูแลเด็กกับผู้ดูแลในกรณีที่มีปัญหา

5. ในสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลเด็กและเตือนให้พาเด็กมาตรวจตามนัด ครั้งที่ 2

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมครั้งที่ 2 : เพื่อสร้างการรับรู้ในผลการตอบสนองต่อพฤติกรรม และการรับรู้ความสามารถตนเอง ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรม และการปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลเด็ก (ใช้เวลา 60 นาที)

1. ผู้วิจัยสาธิตการจัดท่านอนศีรษะสูง (Semi fowler's position) และท่าเข้าชิดอก (knee chest position) โดยให้ผู้ดูแลจัดทำเด็กร่วมกับผู้วิจัย ซึ่งเป็นวิธีการช่วยเหลือเด็กที่มีอาการเหนื่อยหอบ ภาวะหัวใจวาย เนื่องจากการขาดออกซิเจนในปอด ซึ่งสามารถเกิดได้หากเด็กร้องไห้นานๆหรือมีกิจกรรมมากเกินไปทำให้เกิดอาการดังกล่าว จากนั้นผู้วิจัยสาธิตการสังเกตลักษณะการหายใจที่ผิดปกติ การสังเกตอาการเหนื่อยหอบ และสาธิตการทำความสะอาดปากและฟันโดยใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำเช็ดทำความสะอาดเหงือก ฟัน ลิ้น เพดานและกระพุ้งแก้ม และให้ผู้ดูแลทดลองปฏิบัติกับเด็ก

2. ทบทวนการฝึกทักษะการจับชีพจร โดยให้ผู้ดูแลปฏิบัติรายบุคคล อภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับการปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข นัดอาสาสมัคร เข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 3 อีก 1 เดือน

3. ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ แนะนำเกี่ยวกับการดูแลเด็กกับผู้ดูแลในกรณีที่มีปัญหา

4. ในสัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลเด็กและเตือนให้พาเด็กมาตรวจตามนัด ครั้งที่ 3

สัปดาห์ที่ 8 กิจกรรมครั้งที่ 3 : เพื่อสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ในผลการตอบสนองต่อพฤติกรรมการดูแลเด็ก การรับรู้ความสามารถตนเอง ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรม และการปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลเด็ก (ใช้เวลา 60 นาที)

1. ทบทวนเนื้อหาในกิจกรรมครั้งที่ 1 และ 2 เกี่ยวกับเรื่องโรคและการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในด้าน การให้อาหาร การป้องกันการติดเชื้อ การสังเกตภาวะหัวใจวายและการบรรเทาอาการ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด
2. ผู้วิจัยสาธิตวิธีการเช็ดตัวลดไข้ โดยใช้หุ่นตุ๊กตา
3. อภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสพการณ์ ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติและหาวิธีปฏิบัติที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตที่เป็นอยู่จริง
4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองโดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามผู้ดูแลหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมครั้งที่ 3

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประเมินผลลัพธ์และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 16 ลิขสิทธิ์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นในการ ทดลองทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ .01

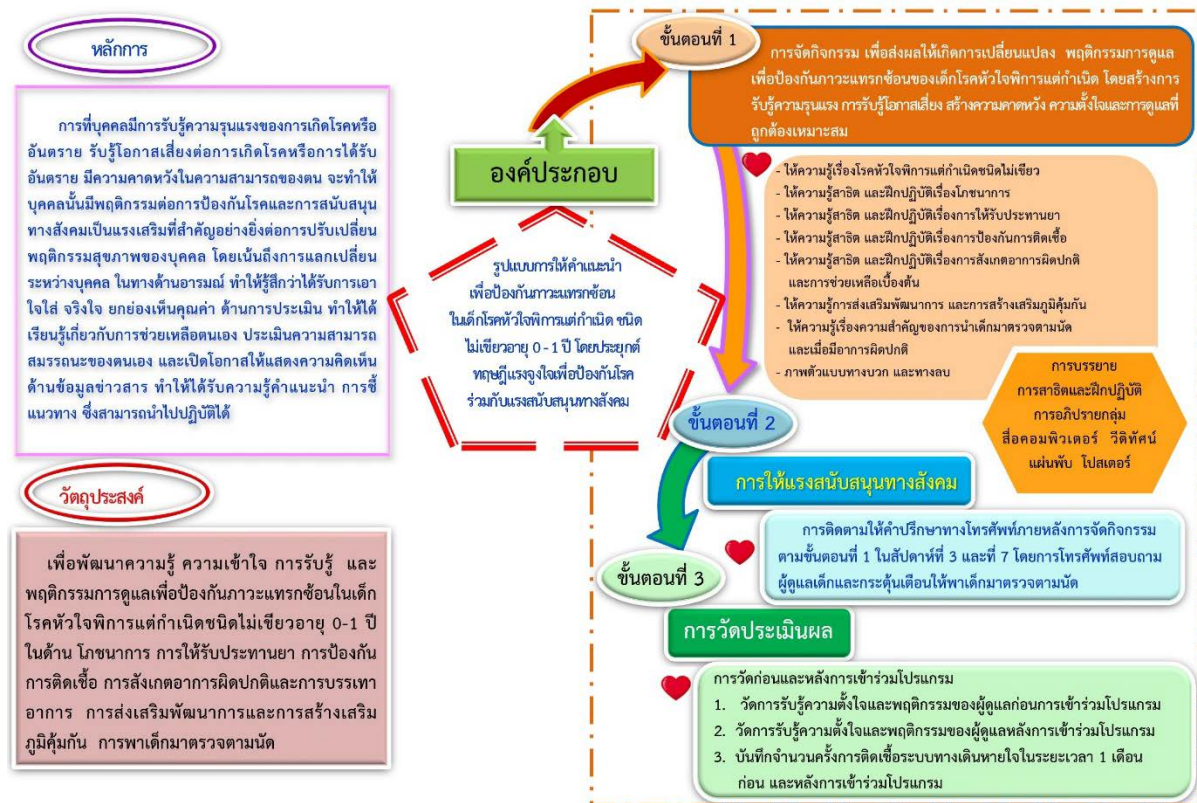
1. ข้อมูลคุณลักษณะประชากรและสังคม ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ
2. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ในผลการตอบสนองต่อพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถตนเอง ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมดูแลเด็ก พฤติกรรมการดูแลเด็ก ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Student's t-test
3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Student's t-test

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ใบรับรองเลขที่ REC.041/2562 รับรอง ณ วันที่ 25 ธันวาคม 2561

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การพัฒนารูปแบบการให้คำแนะนำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว อายุ 0 - 1 ปี ดังรายละเอียดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการให้คำแนะนำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวอายุ 0 - 1 ปี

ส่วนที่ 2 การทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบการให้คำแนะนำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวอายุ 0 - 1 ปี

1. ข้อมูลคุณลักษณะประชากร พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96 มีอายุระหว่าง 21 - 25 ปี ร้อยละ 48 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 94 การศึกษาระดับมัธยม ร้อยละ 48 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 40 ครอบครัวมีรายได้รายได้อยู่ระหว่าง 2,001 - 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 42 ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ร้อยละ 88 เด็กป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56 เด็กมีอายุ 0 - 1 เดือน ร้อยละ 26 ส่วนใหญ่เคยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจมาแล้ว 3 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 40

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนทดลอง หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบและภายในกลุ่มทดลอง

2.1 ความรู้เรื่องโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

2.2 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

2.3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

2.4 ความคาดหวังในผลการตอบสนองเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในผลการตอบสนองเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

2.5 ความคาดหวังในความสามารถเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในความสามารถเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

2.6 พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

2.7 ค่าเฉลี่ยการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการให้คำแนะนำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว อายุ 0 - 1 ปี ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมที่เป็นการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติในการดูแลเด็ก โดยมีการบรรยายประกอบสื่อคอมพิวเตอร์ การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตและฝึกปฏิบัติในการดูแล ตามหลักการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญโดยผู้ดูแลและได้รับการฝึกปฏิบัติจริง เช่น การฝึกปฏิบัติการจัดท่าให้นมศีรษะสูง การจัดท่าโล่ลมให้เรือ การทดสอบขนาดของจุกนม วิธีการให้รับประทานยา การให้ยาชนิดน้ำ การให้ยาชนิดเม็ด การสังเกตอาการผิดปกติหลังจากการให้ยา การฝึกจับชีพจรเด็กก่อนการให้ยา ทำให้ผู้ดูแลมีความสนใจ ง่ายต่อความเข้าใจสามารถพัฒนาความรู้เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวได้อย่างถูกต้อง การที่ผู้ดูแลได้รับการฝึกปฏิบัติจริงทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และเข้าใจสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น ขณะให้ความรู้ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถาม หากเกิดข้อสงสัยและอธิบายเพิ่มเติมจนกว่าจะมีความรู้ ความเข้าใจ และหลังจากการฝึกปฏิบัติเสร็จสิ้นแล้วผู้ดูแลยังได้รับคู่มือการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว อุปกรณ์การให้ยา อุปกรณ์การให้นมมากกลับไปที่บ้านด้วย นอกจากนี้รูปแบบการให้คำแนะนำที่พัฒนาขึ้น มีการให้บริการติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์กับผู้ดูแล ซึ่งเป็นความแตกต่างจากการให้บริการตามปกติ กิจกรรมให้บริการติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้น และส่งผลต่อเนื่องถึงพฤติกรรมของผู้ดูแลในการนำผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวมารับการตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง การบรรยายประกอบสื่อคอมพิวเตอร์เป็นกลวิธีที่ดึงดูดความสนใจได้ดีผู้วิจัยสังเกตเห็นผู้ดูแล หลายคน โอบกอดเด็กของตนเข้ามาสู่อ้อมอกแน่นขึ้นเหมือนกับกลัวการสูญเสียเด็กที่ตนเองดูแลไป ซึ่งการกระตุ้นให้ทราบถึงอันตรายและความรุนแรงของโรคน่าจะมีผลต่อการประพฤติปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลเด็กป่วยของผู้ดูแลกลุ่มทดลอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ สาธิมา สงทิพย์⁹ ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่มารดา ต่อความรู้และพฤติกรรมในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว อายุ 0 - 2 ปี พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนที่ประกอบด้วยการสอนผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ การแจกคู่มือและการให้คำปรึกษาติดตามโทรศัพท์เยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง มารดาในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการดูแลบุตร และมีความรู้ของคะแนนพฤติกรรมในการดูแลบุตรดีกว่ามารดากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และการศึกษาของ Wu et al.¹⁰ เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายเด็กโรค หัวใจ VSD และ ภาวะ Pulmonary artery hypertension ในประเทศจีนกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กอายุ 0 - 6 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ โดยโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมการสอนเรื่องโรคและการรักษา การดูแลเด็กเมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่บ้านโดยเริ่มโปรแกรมตั้งแต่วันแรกของการนอนโรงพยาบาล และแจกคู่มือเกี่ยวกับความรู้และการดูแล และมีการโทรศัพท์เยี่ยมบ้านอย่างน้อย 2 ครั้ง ก่อนการมาตรวจตามนัดอีกครั้ง พบว่าพฤติกรรมการดูแลและระดับความรู้ของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม และสามารถลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

2. ผลการทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบการให้คำแนะนำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวอายุ 0 - 1 ปี พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ผลการตอบสนองต่อ

พฤติกรรม การรับรู้ความสามารถตนเอง ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมการดูแลเด็ก พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ภายในกลุ่มทดลองและระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.001$ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการให้คำแนะนำที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้การบรรยายประกอบสื่อคอมพิวเตอร์ แผ่นพับ การสาธิตและฝึกปฏิบัติ การเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถาม หากเกิดข้อสงสัยและอธิบายเพิ่มเติมจนกว่าจะมีความรู้ ความเข้าใจ และหลังจากการฝึกปฏิบัติเสร็จสิ้นแล้วผู้ดูแลยังได้รับคู่มือการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว อุปกรณ์การให้ยา อุปกรณ์การให้นมกลับไปที่บ้านด้วย รวมทั้งการติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์กับผู้ดูแล สามารถเพิ่ม ความรู้ การรับรู้ ความตั้งใจและพฤติกรรมของผู้ดูแลให้สูงขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้เด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม ช่วยให้เด็กมีการเจริญเติบโตและการพัฒนาการสมวัย มีความพร้อมสำหรับการผ่าตัดรักษาตามกำหนดเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของ Edraki, Kamali et al.¹¹ พบว่า มารดาของทารกโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการโปรแกรมการให้ความรู้ตามแนวคิดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้โดยใช้คู่มือประกอบ มีคุณภาพชีวิตและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ามารดาที่ได้รับการให้ความรู้ตามปกติ นอกจากนี้ การติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์กับผู้ดูแล ในสัปดาห์ที่ 3 และ 7 เป็นช่องทางหนึ่งซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลสามารถสอบถามประเด็นที่สงสัยเพิ่มเติม ทำให้เกิดการเรียนรู้ต่อเนื่อง อีกทั้งยังแสดงให้เห็นถึงความห่วงใยและความเอาใจใส่ของบุคลากรทางการแพทย์ ที่มีต่อผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็ก ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว สร้างกำลังใจ และเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ดูแลในการแสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเด็กเพิ่มมากขึ้น ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับคำแนะนำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวอายุ 0 - 1 ปี ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น จึงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ในผลการตอบสนองต่อพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถตนเอง ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมการดูแลเด็ก พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล สูงขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Songthip, Sanasuttipun & Srichantarani¹² ซึ่งพบว่ามีมารดาของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 0 - 2 ปี ที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กเพิ่มสูงขึ้นกว่ามารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

3. การเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียววัยแรกเกิด ถึง 1 ปี พบว่าหลังการใช้รูปแบบการให้คำแนะนำอัตราการติดเชื้อต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบการให้คำแนะนำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากรูปแบบการให้คำแนะนำที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มประสิทธิผลให้ผู้ดูแลหรือเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว มีความรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติ ในการดูแลเด็กป่วยได้อย่างถูกต้อง ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์เข้ามามีส่วนร่วมในให้คำแนะนำ แม้ในขณะที่เด็กป่วยรอการรักษาอยู่ที่บ้านส่งผลให้เด็กป่วยมีสุขภาพแข็งแรงใกล้เคียงกับเด็กปกติมากที่สุด ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจจึงลดน้อยลง เมื่อเปรียบเทียบกับการใช้รูปแบบการให้คำแนะนำ สอดคล้องกับเอกราช คุณเวียง¹³ พบว่า ผู้ดูแลหรือผู้ปกครองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว มีพฤติการณ์ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุป

รูปแบบการให้คำแนะนำที่พัฒนาขึ้นโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีการดำเนินการจัดกิจกรรมให้ผู้เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 3 ครั้ง กิจกรรมประกอบด้วย การบรรยายประกอบสื่อคอมพิวเตอร์ วิดีทัศน์ การอภิปรายกลุ่ม การสาธิต การฝึกปฏิบัติ แผ่นพับ การกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ ให้คำปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์ โดยใช้ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมรวมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ทดสอบผลการใช้รูปแบบการให้คำแนะนำโดยการวิจัยแบบกึ่งทดลอง พบว่า หลังการดำเนินการกิจกรรมตามรูปแบบการให้คำแนะนำที่พัฒนาขึ้น ผู้ดูแลเด็กป่วยกลุ่มทดลอง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ถูกต้องเพิ่มขึ้นในเรื่องการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ในผลการตอบสนองต่อพฤติกรรมดูแลเด็กป่วย การรับรู้ในความสามารถตนเอง ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วย และมีพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยได้ถูกต้องเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่งผลให้ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของผู้ดูแลเด็กป่วยในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มสูงขึ้น ในด้านการให้อาหาร การป้องกันการติดเชื้อ การสังเกตภาวะหัวใจวายและการบรรเทาอาการ การให้รับประทานยา การพาเด็กมาตรวจตามนัด การส่งเสริมพัฒนาการ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน และเมื่อ

เปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ พบว่าภายหลังการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการให้คำแนะนำค่าเฉลี่ยการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของเด็กป่วยในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการพัฒนารูปแบบการให้คำแนะนำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวอายุ 0 - 1 ปี มีประสิทธิภาพทำให้ผู้ดูแลเกิดพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอย่างถูกต้องดีขึ้น ซึ่งช่วยลดอัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีอันตรายและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเสียชีวิต

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1.1. รูปแบบการให้คำแนะนำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวอายุ 0-1 ปี ควรนำมาใช้เพื่อให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล ที่คลินิกโรคหัวใจ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลได้มีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้อย่างเหมาะสม ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและช่วยให้เด็กมีความพร้อมสำหรับการผ่าตัดรักษาต่อไป

1.2. รูปแบบที่ได้จากการศึกษา สามารถนำไปพัฒนาการให้คำแนะนำกับเด็กป่วยที่มารับบริการที่คลินิกอื่นได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการทำวิจัยโดยใช้สื่อที่ทันสมัยและสะดวกมากขึ้นในการติดตามและให้คำแนะนำกับผู้ดูแล เช่น Application Line หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในทุกช่วงวัย

เอกสารอ้างอิง

1. Chowdhury, F., Hoque, M. M., Ali, M., & Hossain, A. (2018). Comparison of Growth in Children with Cyanotic and Acyanotic Congenital Heart Disease in A Tertiary Care Hospital. *Journal of Bangladesh College of Physicians and Surgeons*, 36(2): 64-69.
2. มูลนิธิโรคหัวใจ. History of The Cardiac Children Foundation of Thailand. Retrieved 13 Feb 2018 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://www.doctordek.com/index.php/2013-01-21-08-15-43>
3. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. ศูนย์โรคหัวใจ [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://www.childrenhospital.go.th/html/2014/th/บริการเด่น/ศูนย์โรคหัวใจ>
4. Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *The journal of psychology*, 91(1); 93-114
5. Woraphongsathorn T, Principles of research in public health. (4th ed.). Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2000
6. House JS. The association of social relationship and activities with mortality: Community health study. *Am J Epidemiol* 1981; 3:25-30
7. Best, John W. 1977. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall, Inc
8. Bloom, B.S. (1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York : McGraw-Hill
9. สาธิมา สงทิพย์, วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์, และอรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิตย์. (2558). ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่มารดาต่อความรู้และพฤติกรรมในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว อายุ 0-2 ปี. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*. 26(2): 24-38
10. Wu, X., Li, Q., & Chen, J. (2015). Discharge planning for children with ventricular septal defect and Pulmonary arterial hypertension in China. *International Journal of Nursing Sciences*, 2(2), 167-172
11. Edraki, M., Kamali, M., Beheshtipour, N., Amoozgar, H., Zare, N., & Nontaseri, S. (2014). The effect of educational program on the quality of life and self efficacy of the mothers of the infants with congenital heart disease. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 2(1), 51 – 59
12. Songthip, S., Sanasuttipun W., & Srichantarant, A. (2015). The effects of supportive – education nursing system program on knowledge and behaviors of mothers of children with acyanotic congenital heart disease aged 0 - 2 years. *Thai Journal of Cardio - Thoracic Nursing*, 26(2), 25 – 38

13. เอกราช คุณเวียง, สมคิด ปราบภัย, ประคัลภ์ จันทร์ทอง, วันสนั่น ศรีหวั่ง และกฤตาภรณ์ เจริญวงศ์.(2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว. วารสารพยาบาลทหารบก. 18(ฉบับพิเศษ): 56-67.

ผลของการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดน้ำหนักของประชาชนวัยทำงานที่มี น้ำหนักเกินมาตรฐานมากผิดปกติ ตำบลเมืองเพีย อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

พันธกานต์ รัตเสียร¹ ปาริชา นิพนพานนท์^{2*}

¹นักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์สาขาสังคมศาสตร์มหาบัณฑิต คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดน้ำหนักของประชาชนวัยทำงานที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมากผิดปกติ ตำบลเมืองเพีย อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ และสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบ จำนวนกลุ่มละ 35 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดน้ำหนัก จำนวน 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย การประชุมกลุ่มย่อย วิดีทัศน์ บรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติ การเข้าถึงข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต การปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหาร รูปแบบ Intermittent Fasting (IF) การออกกำลังกาย การจัดการด้านอารมณ์ การนอนหลับ การดื่มน้ำสะอาด เป็นต้น มีการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired samples t-test และ Independent samples t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยและผลต่างค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการเข้าถึงข้อมูลการลดน้ำหนัก การรับรู้ความสามารถตนเองในการเข้าใจข้อมูลการลดน้ำหนัก การรับรู้ความสามารถตนเองในการประเมินข้อมูลการลดน้ำหนัก การรับรู้ความสามารถตนเองในการประยุกต์ใช้ข้อมูลปฏิบัติตัวเพื่อลดน้ำหนัก การตั้งเป้าหมายเพื่อลดน้ำหนัก การรับรู้ความคาดหวังผลลัพธ์การลดน้ำหนัก สูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย รอบเอว ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ/ การรับรู้ความสามารถของตนเอง/ การลดน้ำหนัก/ น้ำหนักเกิน/ ประชาชนวัยทำงาน

* Corresponding author: ปาริชา นิพนพานนท์, E-mail: nipnoi@kku.ac.th, โทร. 0952289119

Received: August 3, 2022, Revised: September 6, 2022, Accepted: September 7, 2022

The Effects of Health Literacy and Self -Efficacy on Behaviour Modification for Weight Loss among Overweight working People in Dong Mak Lot Village, Mueang Pia Subdistrict, Kut Chap District, Udonthani Province

Pantakan Rudsean¹ Paricha Nippanon^{2*}

¹Master of Public Health in Health Education and Health Promotion, Faculty of Public Health Khon Kaen University

^{2*}Assoc. Prof., Department of Public Health Administration Health Promotion, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

Abstract

This research study was quasi-experimental. The objective of this research was to study the effect of applying of health literacy and self-efficacy in modifying health behaviors for reducing weight among overweight working age-in Dong Mak Lot Village, Mueang Pia Subdistrict Kut Chab District, Udonthani Province. The samples were 70 participants which were divided into experimental and comparison groups (35 participants per each). The experimental group received 12-week intervention relating the application of health literacy and self-efficacy in health behavior modification for weight loss. Intervention activities such as small group discussion, videos, lectures, demonstrations, and online information access practice Intermittent Fasting (IF) Diet Practices stress management, sleep, drinking clean water, etc. Data were collected by using questionnaires. Data were analyzed by using descriptive statistics and inferential statistics, using paired samples t-test and independent samples t-test. The level of statistical significance was set at 0.05.

The results found that after the experiment, the experimental group had an average score of self-efficacy in accessing, understanding and assessing for weight loss information as well as applying weight loss practices and setting goals for weight loss statistical significantly greater than before the experiment and the comparison group ($P < .001$). Furthermore, the average body weights, body mass index, waist circumferences of the experimental group were lower than before the experiment and comparison group statistically significant ($p < 0.001$).

Keywords: Health Literacy/ Self-Efficacy/ Weight Reduction/ Working People/ Overweight

* Corresponding author: Paricha Nippanon, E-mail: nipnoi@kku.ac.th, Tel. 0952289119

Received: August 3, 2022, Revised: September 6, 2022, Accepted: September 7, 2022

บทนำ

ภาวะน้ำหนักตัวเกิน (Overweight) คือ ภาวะที่ร่างกายได้รับสารอาหารมากเกินไปจนความต้องการจำเป็นการสะสมพลังงานไว้ในร่างกายมากเกินไป เป็นสาเหตุการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (กรมควบคุมโรค, 2563) ภาวะน้ำหนักเกินเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่การป่วยและการตายของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลาย ๆ โรค ได้แก่ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคเมตาบอลิซึม โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น¹ รายงานว่า ประชาชนวัยทำงานทั่วโลกมีจำนวนมากกว่า 1.9 พันล้านคน นั้นประสบปัญหาภาวะน้ำหนักเกินถึง 650 ล้านคน ปี พ.ศ. 2568 คาดการณ์ว่าจะมีประชาชนวัยทำงานที่มีภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มขึ้นโดยประมาณ 177 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 17.7² ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2562 มีประชาชนวัยทำงานที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 48.28 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ประเทศไทยมีประชาชนวัยทำงานที่มีดัชนีมวลกายเกินจนประสบภาวะน้ำหนักเกินซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญทำให้โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 71.0 และมีการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มากถึง 15 ล้านคน จึงทำให้ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉลี่ย 3,128 บาท/คน หรือประมาณ 2 แสนล้านบาท/ปี³

ประชาชนวัยทำงานร่างกายจะเริ่มมีความเสื่อมถอยของระบบอวัยวะภายในร่างกาย เช่น ผนังเส้นเลือด หัวใจ ปอด ไต และสมอง อีกทั้งมีพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ คือ การรับประทานอาหารที่มีไขมัน คอเลสเตอรอล น้ำตาล อาหารแปรรูป การกินจุบจิบ ดื่มน้ำหวานหรือชามากเกินไป รวมถึงขาดการออกกำลังกาย จะนำไปสู่ภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งการขาดการออกกำลังกายจะทำให้การทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ เชื้อชาติ และร่างกายอ่อนเพลีย ขาดพลังงาน และความแข็งแรง ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นง่ายขึ้น ภาวะน้ำหนักเกิน ที่เป็นสาเหตุหนึ่งซึ่งทำให้เกิดโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประชาชนวัยทำงานมีการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบมีความสะดวกสบายมากขึ้นมีแนวโน้มการบริโภคอาหารสะดวกซื้อเพิ่มขึ้น มีการเลือกซื้ออาหารจากความชอบเป็นหลักทำให้บริโภคอาหารที่ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการ บริโภคอาหารรสหวานและรสเค็มมากขึ้น และบริโภคผักผลไม้ลดลง ความเครียดสะสม และการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง หรือขาดการออกกำลังกาย รวมถึงมีค่านิยมในการบริโภคอาหารที่เปลี่ยนแปลงไปตามกระแสสังคม จากรายงานการสำรวจพฤติกรรมของคนไทยทางสื่อสังคมออนไลน์ เฟซบุ๊ก และทวิตเตอร์ในการบริโภคอาหาร พบว่ารสชาติอาหารที่ได้รับความนิยมสูง คือ รสเผ็ด และรสหวาน⁴

จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่า ภาคกลาง ประชาชนวัยทำงานมีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 40.4 ภาคใต้ ร้อยละ 36.0 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 35.2 และภาคเหนือ ร้อยละ 35.1 ตามลำดับ^{5,6}

จังหวัดอุดรธานี มีประชาชนวัยทำงานที่มีภาวะน้ำหนักเกินใน พ.ศ.2563 ร้อยละ 49.2 และ พ.ศ.2564 ร้อยละ 52.3 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เป็นสัญญาณที่บ่งบอกถึงการมีภาวะเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ได้แก่ เบาหวาน ร้อยละ 60.9 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 74.1 โรคระบบหัวใจหลอดเลือดสมอง 43.3⁷ อำเภอกุดจับมีประชาชนวัยทำงาน ทั้งหมดจำนวน 22,308 คน ในจำนวนนี้มีคนประสบภาวะน้ำหนักเกิน 9,889 คน คิดเป็นร้อยละ 44.32 หมู่บ้านดงหมากหลด ตำบลเมือเพี้ย อำเภอกุดจับ พบว่ามีประชาชนวัยทำงานทั้งหมด จำนวน 7,241 คน มีภาวะน้ำหนักเกิน 3,873 คน หรือร้อยละ 53.48 จากการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดของ Green, Kreuter⁸ ด้านปัจจัยนำ พบว่าประชาชนวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน เพียงร้อยละ 20.2 ปัจจัยเอื้อคือ มีการวัดรอบเอวด้วยตนเอง ร้อยละ 60.2 กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ คือ ร้อยละ 80 ขึ้นไป⁶ การบริโภคอาหารประเภท หวาน มัน เค็ม ร้อยละ 40.2 การออกกำลังกาย ร้อยละ 38.5 ภาวะเครียด ร้อยละ 35.8 (โรงพยาบาลกุดจับ, 2564) ซึ่งตามเกณฑ์การแบ่งประชากรวัยแรงงานโดยทั่วไปคือ อยู่ในช่วง อายุ 15/18 - 59 ปี เนื่องจากในเขตพื้นที่หมู่บ้านดงหมากหลด ตำบลเมือเพี้ย อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี พบมีประชากรวัยแรงงานที่มีภาวะน้ำหนักเกินมากที่สุดในช่วงอายุระหว่าง 40 - 49 ปี จำนวน 3,873 คน หรือร้อยละ 53.48 ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาในกลุ่มนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO)¹⁰ ระบุว่าสาเหตุปัจจัยเริ่มต้นของปัญหาด้านสุขภาพแท้จริงที่ยังไปไม่ถึงผลลัพธ์ของการมีสุขภาพที่ดี (Wellbeing) ได้ เป็นเพราะประชาชนขาดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ดังแนวคิดของ Sorensen¹¹ ที่ระบุว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีกว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ¹² และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การนำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของ Bandura¹³ มาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดน้ำหนัก และได้ตั้งเป้าหมายการลดน้ำหนักเพื่อให้บุคคลมีการตัดสินใจเกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมของตนเองที่จะแสดงออกมา โดยเชื่อหรือคาดหวังว่าตนเองสามารถที่จะกระทำได้ ส่งผลให้การกระทำพฤติกรรมออกมาได้สำเร็จตามที่กำหนด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะ

วิจัยผลของการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดน้ำหนักของประชาชนวัยทำงานที่มีน้ำหนักเกิน บ้านดงหมากหลอด ตำบลเมืองเพีย อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดน้ำหนักของประชาชนวัยทำงานที่มีน้ำหนักเกิน บ้านดงหมากหลอด ตำบลเมืองเพีย อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

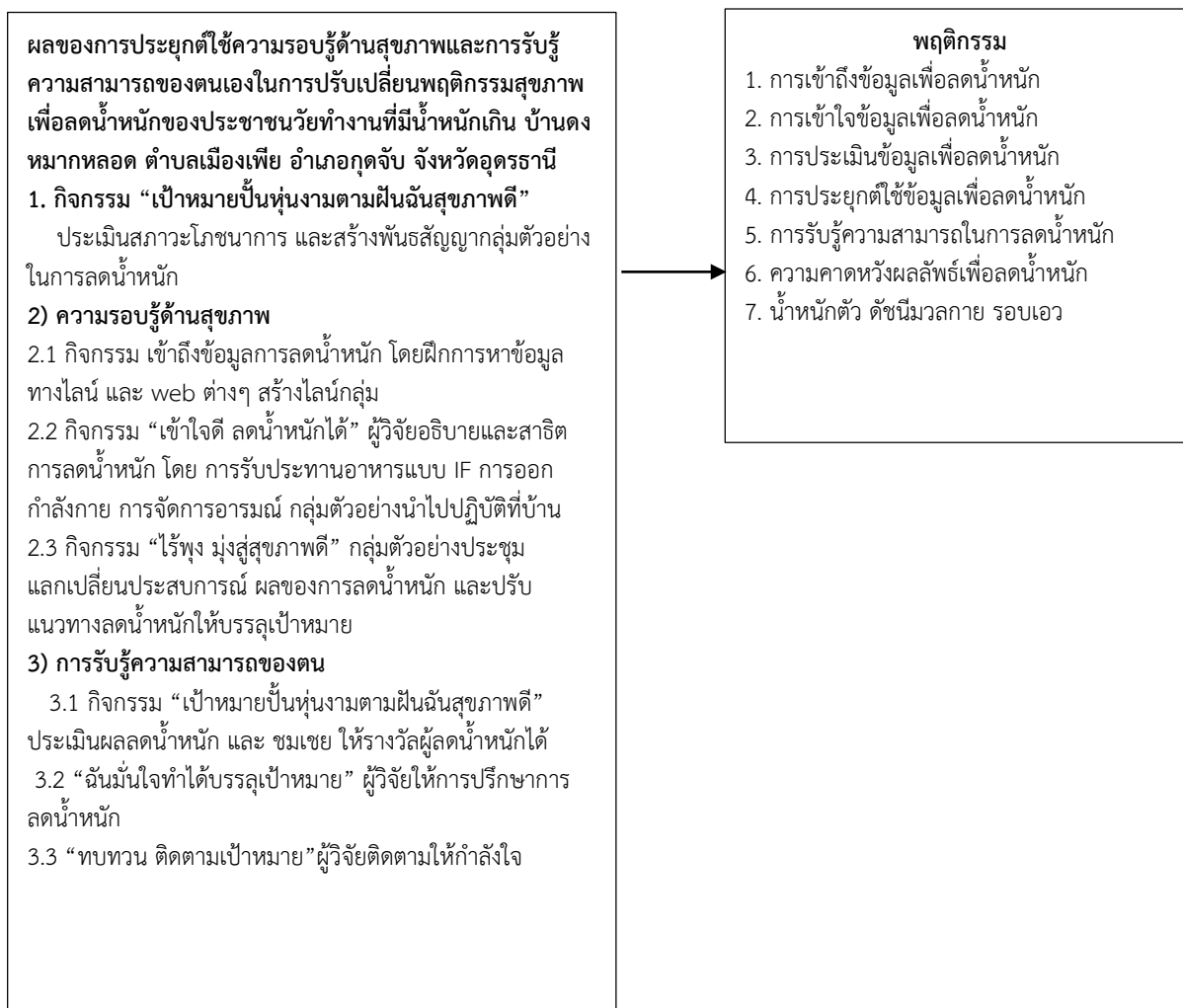
สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถของตนเองเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบในด้านต่อไปนี้
 - 1.1 การเข้าถึงข้อมูลการลดน้ำหนัก
 - 1.2 การเข้าใจข้อมูลการลดน้ำหนัก
 - 1.3 การประเมินข้อมูลการลดน้ำหนัก
 - 1.4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลในการลดน้ำหนัก
 - 1.5 การรับรู้ความสามารถตนเองในการลดน้ำหนัก
 - 1.6 ความคาดหวังผลลัพธ์การลดน้ำหนัก
2. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย รอบเอว น้อยกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ (Independent variables)

ตัวแปรตาม (Dependent variables)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดน้ำหนัก ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการตามปกติจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนวัยทำงาน หมู่บ้านดงหมากหลอด ตำบลเมืองเพีย อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานีที่มีภาวะน้ำหนักเกิน อายุตั้งแต่ 40-49 ปี ทำการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยสูตร อรุณ จีรวัฒน์กุล¹⁴ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย กรณี 2 กลุ่มประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 35 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria)

1. เพศชายและเพศหญิงที่มีภาวะน้ำหนักเกิน อายุตั้งแต่ 40-49 ปี
2. ค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 23.0 – 24.9 กิโลกรัม/(เมตร)² และมีรอบเอวโดยกำหนด ดังนี้
 - ผู้ชาย เส้นรอบเอว ≥ 90 เซนติเมตร
 - ผู้หญิง เส้นรอบเอว ≥ 80 เซนติเมตร
3. สามารถอ่านออก เขียนและเข้าใจภาษาไทย ไม่มีปัญหาการได้ยิน
4. สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

1. มีโรคประจำตัวที่เป็นอันตรายและอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคปวดข้อ โรคไตเรื้อรัง โรคตับแข็ง โรคสมองเสื่อม หรือโรคอื่น ๆ ที่ผู้วิจัยเห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการวิจัย
2. กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบทุกครั้ง

เกณฑ์การถอนกลุ่มตัวอย่างจากการวิจัย (Withdrawal criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างย้ายที่อยู่อาศัย
2. กลุ่มตัวอย่างขอลอนตัวจากการวิจัย
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในกิจกรรม ได้แก่ โปรแกรมการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดน้ำหนักของประชาชนวัยทำงาน ตำบลงมหาหมากหลอด อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อนำไปสู่การลดน้ำหนักของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความสามารถตนเองในการเข้าถึงข้อมูล เพื่อลดน้ำหนัก การรับรู้ความสามารถตนเองในการประเมินข้อมูลเพื่อลดน้ำหนัก การรับรู้ความสามารถตนเองในการประยุกต์ใช้ข้อมูลปฏิบัติตัวเพื่อลดน้ำหนัก การรับรู้ความสามารถตนเองในการเข้าใจข้อมูลเพื่อลดน้ำหนัก การตั้งเป้าหมายเพื่อลดน้ำหนัก การรับรู้ความคาดหวังผลลัพธ์เพื่อลดน้ำหนัก

4. ขั้นตอนการวิจัย

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรม “เป้าหมายปั้นหุ่นงามตามฝันฉันสุขภาพดี”

ผู้วิจัยอธิบายเรื่อง การคำนวณและการแปลผลค่าดัชนีมวลกาย สาธิต/ฝึกปฏิบัติการคำนวณดัชนีมวลกาย และแจกสมุดบันทึก “ลดพุง มุ่งสู่สุขภาพดี” พร้อมทั้งจัดบันทึกข้อมูลลงในสมุดบันทึก “ลดพุง มุ่งสู่สุขภาพดี” ผู้วิจัยกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจโดยให้วาดภาพตัวเองที่พึงปรารถนา/อยากเป็นในอนาคตภายใน 1 เดือนข้างหน้า พร้อมทั้งเขียนเป้าหมายและจัดบันทึกในสมุดบันทึก เป็นประโยคที่ทำให้กระตุ้น/เร้าใจ/จูงใจให้ทำพร้อมลดน้ำหนัก และจัดกิจกรรมแข่งขันการลดน้ำหนัก “ใครหุ่นดี ยกมือขึ้น” โดยสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามความสมัครใจ ผู้ที่สามารถลดน้ำหนักได้มากที่สุด 3 อันดับแรก ตามระยะเวลาที่กำหนดจะเป็นผู้ชนะการแข่งขันและได้รับรางวัลเป็นเงินจำนวน 500 บาท และได้รับยกย่องเป็นต้นแบบบุคคลสุขภาพดี

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรม “เข้าถึงข้อมูลการลดน้ำหนัก”

ผู้วิจัยสาธิตและฝึกปฏิบัติการเข้าถึงข้อมูลการลดน้ำหนักผ่านช่องทางต่าง ๆ ทางออนไลน์ และออฟไลน์ และให้โจทย์การค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการ ลดน้ำหนักผ่านช่องทางต่าง ๆ ทางออนไลน์ และออฟไลน์ ผู้วิจัยจัดทำ line official เพื่อให้เป็นช่องทางการติดต่อสื่อสาร ให้คำปรึกษา และติดตามการปฏิบัติตัวลดน้ำหนัก

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรม “เข้าใจดี ลดน้ำหนักได้”

ให้กลุ่มทดลองนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการลดน้ำหนักที่ได้จากการสืบค้นจากช่องทางต่าง ๆ มาตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยให้คำชมเชยสำหรับกลุ่มทดลองที่สามารถอธิบายวิธีลดน้ำหนักของตนเอง และผู้วิจัยเพิ่มเติมข้อมูลในส่วนที่ขาดให้ครบถ้วน พร้อมทั้งผู้วิจัยนำเสนอรูปแบบการประยุกต์วิธีการลดน้ำหนัก โดยมีวิธีปฏิบัติดังนี้ ออกกำลังกายแบบเดินแอโรบิกนาน 45-60 นาที รับประทานอาหารแบบ Intermittent Fasting “IF” คือ การเว้นช่วงระหว่างมื้ออาหาร 3 มื้อเป็น 4/4/12 วิธีการจัดการด้านอารมณ์เพื่อควบคุมน้ำหนัก โดยใช้หลัก 3 ส คือ สะกิด สะกดใจ สกัดสิ่งกระตุ้น การนอนหลับให้เพียงพอ 7-8 ชม. ในช่วงเวลากลางคืน การดื่มน้ำ หลังจากตื่นนอนให้ดื่มน้ำทันทีทุกเช้า 2 แก้ว และควรดื่มน้ำเปล่าวันละ 2 ลิตร

สัปดาห์ที่ 4 “ฉันมั่นใจทำได้บรรลุเป้าหมาย”

แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในการนำความรู้ที่ได้รับ เช่น วิธีการออกกำลังกายแบบแอโรบิก วิธีการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนัก วิธีการบริโภคอาหารแบบ Intermittent Fasting หรือ IF วิธีการจัดการด้านอารมณ์เพื่อควบคุมน้ำหนัก ไปประยุกต์ใช้เพื่อลดน้ำหนัก ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองซักถามข้อสงสัย และเพิ่มเติมข้อมูลส่วนที่ขาด ผู้วิจัยพูดให้กำลังใจ สร้างแรงจูงใจ กระตุ้นทางอารมณ์ เพื่อให้กลุ่มทดลองนำไปปฏิบัติตามต่อไปเพื่อผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรม “ทบทวน ติดตามเป้าหมาย”

ผู้วิจัยสะท้อนคิดและสรุปผลการลดน้ำหนักของกลุ่มทดลอง โดยจำแนกกลุ่มทดลองออกเป็น กลุ่มที่สามารถลดน้ำหนักได้ กลุ่มที่ไม่สามารถลดน้ำหนักได้ และกลุ่มที่ต้องการลดน้ำหนักมากกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองซักถาม ข้อสงสัย และเพิ่มเติมข้อมูลส่วนที่ขาด พูดให้กำลังใจ สร้างแรงจูงใจ กระตุ้นทางอารมณ์ ให้กลุ่มทดลองปฏิบัติตัวให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยแจ้ง/ทบทวนกับกลุ่มทดลองว่าจะมีการติดตามการปฏิบัติตัวลดน้ำหนักและให้คำปรึกษาแก้ปัญหาของกลุ่มทดลองผ่านทาง line official

สัปดาห์ที่ 6 สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรม “ไร้พุง มุ่งสู่สุขภาพดี”

ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองเปรียบเทียบน้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว ก่อนและหลังลดน้ำหนักของตนเอง แล้วจดบันทึกผลลัพธ์ลงในสมุดบันทึก “ลดพุง มุ่งสู่สุขภาพดี” และให้กลุ่มทดลองแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความคิดเห็น/ความรู้สึกร่วมต่อผลลัพธ์จากการลดน้ำหนัก ผู้วิจัยสะท้อนคิดผลนำเสนอการลดน้ำหนักของกลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายและระยะเวลาที่กำหนด ให้คำชมเชยสำหรับกลุ่มทดลองที่สามารถลดน้ำหนักตัวได้สำเร็จ และให้กำลังใจกับผู้ที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ว่ามาถูกทางแล้วให้พยายามอย่างต่อเนื่องต่อไปอีกเช่นเดิมอีก 2 เดือน หรือให้ปรับเป้าหมาย/ระยะเวลาให้เหมาะสมตามรายบุคคล ผู้วิจัยประกาศและมอบรางวัลให้กับผู้ที่ชนะแข่งขันการลดน้ำหนัก “ใครหุ่นดี ยกมือขึ้น” อันดับ 1 – 3

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

ใช้สำหรับอธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percent) การวัดเชิงปริมาณ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

5.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และคำนวณช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และคำนวณช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI)

6. การพิจารณาด้านจริยธรรม

ผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 6 มกราคม 2565 ID 46512335 และได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น HE 652013 รับรอง ณ วันที่ 1 เมษายน 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 97.14 และคิดเป็นร้อยละ 100 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 45-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 62.86 และคิดเป็นร้อยละ 54.29 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสหรือคู่ คิดเป็นร้อยละ 68.57 และคิดเป็นร้อยละ 57.14 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 37.14 และคิดเป็นร้อยละ 42.86 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 68.57 และคิดเป็นร้อยละ 45.71 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีรายได้ต่อวันต่ำกว่า 150 บาท คิดเป็นร้อยละ 51.43 และคิดเป็นร้อยละ 45.71 ตามลำดับ รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001 -10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 51.43 และคิดเป็นร้อยละ 54.28 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่รายได้ต่อเดือนอยู่ในระดับไม่พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 57.14 และ 54.29 ตามลำดับ

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ สิทธิการรักษาแบบ สิทธิหลักประกันสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 85.71 และ 85.71 ตามลำดับ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการลดน้ำหนักภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการลดน้ำหนัก แตกต่างจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการลดน้ำหนักแตกต่างจากก่อนการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการลดน้ำหนักระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการลดน้ำหนักภายในกลุ่มทดลอง แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการลดน้ำหนัก แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย รอบเอว ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย รอบเอว แตกต่างจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย รอบเอว แตกต่างจากก่อนการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย รอบเอว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย รอบเอว แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย รอบเอว แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการลดน้ำหนักภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n=70)

พฤติกรรม	ก่อนการทดลอง		หลังทดลอง		Mean diff.	95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD				
กลุ่มทดลอง (n=35)								
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ								
การเข้าถึงข้อมูลการลดน้ำหนัก	18.54	6.15	27.6	4.79	9.05	6.34 ถึง 11.74	6.85	<0.001
ความเข้าใจในการลดน้ำหนัก	18.62	4.57	32.71	5.45	14.08	11.63 ถึง 16.54	11.65	<0.001
การประเมินข้อมูลการลดน้ำหนัก	12.91	2.98	19.28	2.58	6.37	5.02 ถึง 7.72	9.58	<0.001
การประยุกต์ใช้ในการลดน้ำหนัก	29.28	5.54	67.22	3.51	37.94	30.93 ถึง 44.94	11.00	<0.001
การรับรู้ความสามารถแห่งตน								
การรับรู้ความสามารถตนเองฯ	28.57	6.05	46.57	2.47	18	15.54 ถึง 20.45	14.92	<0.001
ความคาดหวังจากการลดน้ำหนัก	18.94	5.06	31.31	3.11	6.91	5.68 ถึง 8.14	11.25	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)								
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ								
การเข้าถึงข้อมูลการลดน้ำหนัก	18.54	6.15	27.6	4.79	9.05	6.34 ถึง 11.74	6.85	<0.001
ความเข้าใจในการลดน้ำหนัก	17.31	3.31	17.71	2.31	0.42	-0.79 ถึง 1.65	0.71	0.480
การประเมินข้อมูลการลดน้ำหนัก	12.62	2.41	12.37	2.55	0.25	-0.65 ถึง 1.13	-1.32	0.193
การประยุกต์ใช้ในการลดน้ำหนัก	29.28	5.73	28.6	3.73	-0.68	-2.63 ถึง 1.25	-0.71	0.478
การรับรู้ความสามารถแห่งตน								
การรับรู้ความสามารถตนเองฯ	27.08	3.31	27.4	4.21	0.31	-0.82 ถึง 1.45	0.55	0.570
ความคาดหวังจากการลดน้ำหนัก	18.94	5.02	17.45	2.87	-1.45	-3.28 ถึง 0.31	-1.67	0.102

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการลดน้ำหนักระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (n=70)

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean diff.	95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD				
ก่อนทดลอง								
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ								
การเข้าถึงข้อมูลการลดน้ำหนัก	18.54	6.15	18.08	3.71	0.45	-1.96 ถึง 2.88	0.37	0.780
ความเข้าใจในการลดน้ำหนัก	18.62	4.57	17.74	2.31	1.31	-0.41 ถึง 3.04	1.51	0.134
การประเมินข้อมูลการลดน้ำหนัก	12.91	2.98	12.62	2.41	0.28	-1.00 ถึง 1.58	0.44	0.661
การประยุกต์ใช้ในการลดน้ำหนัก	29.28	5.54	29.28	5.73	0	42.08 ถึง 53.02	0.00	1.000
การรับรู้ความสามารถแห่งตน								
การรับรู้ความสามารถตนเองฯ	18.94	5.02	17.45	2.87	-1.45	-3.28 ถึง 0.31	-1.67	0.102
ความคาดหวังจากการลดน้ำหนัก	18.94	5.02	18.85	5.02	0.09	-2.49 ถึง 2.32	0.52	0.943
หลังทดลอง								
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ								
การเข้าถึงข้อมูลการลดน้ำหนัก	27.6	4.79	17.17	2.20	10.42	8.64 ถึง 12.20	11.68	<0.001
ความเข้าใจในการลดน้ำหนัก	18.62	4.57	17.74	2.31	1.31	-0.41 ถึง 3.04	1.51	0.134
การประเมินข้อมูลการลดน้ำหนัก	12.91	2.98	12.37	2.55	6.91	5.68 ถึง 8.14	11.25	<0.001
การประยุกต์ใช้ในการลดน้ำหนัก	67.22	3.51	28.6	0.63	13.85	12.42 ถึง 15.28	19.35	<0.001
การรับรู้ความสามารถแห่งตน								
การรับรู้ความสามารถตนเองฯ	37.57	10.16	27.24	3.76	10.32	7.76 ถึง 12.88	7.97	<0.001
ความคาดหวังจากการลดน้ำหนัก	17.45	2.87	13.85	2.87	13.85	12.42 ถึง 15.28	19.35	<0.001

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย รอบเอว ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n=70)

เปรียบเทียบความแตกต่าง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean diff.	95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD				
การลดน้ำหนัก								
กลุ่มทดลอง								
1. น้ำหนักตัว	57.54	5.00	54.77	5.09	2.48	2.26 ถึง 2.69	23.16	<0.001
2. ดัชนีมวลกาย	23.83	0.54	22.08	0.55	1.75	1.54 ถึง 1.95	17.14	<0.001
3. รอบเอว	87.08	4.04	82.31	3.30	4.71	3.83 ถึง 5.59	10.88	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ								
1. น้ำหนักตัว	57.34	0.85	57.45	0.86	-0.10	-55.69 ถึง 59.20	-2.56	0.142
2. ดัชนีมวลกาย	23.91	0.52	23.96	0.57	-0.05	-0.10 ถึง 0.00	-1.91	0.70
3. รอบเอว	87.28	4.14	87.51	4.42	-0.22	-0.46 ถึง 0.00	-0.22	0.60

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย รอบเอว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (n=70)

เปรียบเทียบความแตกต่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean diff.	95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD				
การลดน้ำหนัก								
ก่อนการทดลอง								
1. น้ำหนักตัว	57.25	5.00	57.34	5.05	-0.85	-2.21 ถึง -1.69	-0.07	-0.08
2. ดัชนีมวลกาย	23.83	0.92	23.91	0.88	-0.08	-0.33 ถึง 0.17	0.17	0.52
3. รอบเอว	87.02	4.04	87.28	4.14	-0.25	-2.2 ถึง 1.69	-0.26	-0.25
หลังการทดลอง								
1. น้ำหนักตัว	54.77	5.09	57.45	5.10	-2.67	-5.10 ถึง -0.24	-2.19	0.031
2. ดัชนีมวลกาย	22.08	0.09	23.96	0.09	-1.88	22.76 ถึง 23.28	-14.03	<0.001
3. รอบเอว	82.31	4.04	87.51	4.14	-5.2	83.79 ถึง 88.12	-0.26	<0.001

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อวิจัยผลของการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดน้ำหนักของประชาชนวัยทำงานที่มีน้ำหนักเกิน บ้านดงหมากหลอด ตำบลเมืองเพีย อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ซึ่งสามารถอธิบายตามสมมติฐานการวิจัยดังนี้

การรับรู้ความสามารถตนเองในการเข้าถึงข้อมูลการลดน้ำหนัก

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการเข้าถึงข้อมูลการลดน้ำหนัก สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ผู้วิจัยจัดทำ line official โดยแยกเป็นหัวข้อ การรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ การพักผ่อน การดื่มน้ำเปล่า และได้ทำการสาธิตและฝึกปฏิบัติการเข้าถึง line official ให้แก่กลุ่มทดลองจนทำให้กลุ่มทดลองสามารถเข้าถึงข้อมูลการลดน้ำหนักได้อย่างถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ อรณิชา โพธิ์หมื่นทิพย์¹⁵ ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งกระบวนการที่ช่วยส่งเสริมให้เข้าถึงข้อมูลการลดน้ำหนัก คือ สาธิตและฝึกปฏิบัติการเข้าถึงข้อมูลการลดน้ำหนัก โดยการใช้ Application line ในการส่งเสริมให้กลุ่มทดลองมีการพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร

การรับรู้ความสามารถตนเองในการเข้าใจข้อมูลการลดน้ำหนัก

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการเข้าใจข้อมูลการลดน้ำหนัก สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ผู้วิจัย คณะ บรรยายเรื่องการรับประทานอาหารเพื่อการลดน้ำหนัก โดยวิธีการ Intermittent Fasting 4/4/12 หรือ “IF” การออกกำลังกาย อารมณ์ การพักผ่อน การดื่มน้ำเปล่า โดยใช้สื่อการสอน เช่น โมเดลอาหาร PowerPoint วิดีทัศน์ และสาธิตให้กลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติ เรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ การพักผ่อน การดื่มน้ำเปล่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร รุจนเวช และกรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร¹⁶ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการพัฒนาทักษะความรู้ เข้าใจด้านสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยการใช้กระบวนการกลุ่มในการให้ความรู้เรื่องโรคอ้วน สาเหตุและผลกระทบ-แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคอ้วนโดยใช้สื่อที่หลากหลายทั้งวิดีโอและรูปภาพทำให้ดึงดูดความสนใจ คำศัพท์ที่เกี่ยวกับโรคอ้วน สาธิตการคำนวณดัชนีมวลกายและการคำนวณพลังงานจากอาหารที่รับประทาน

การรับรู้ความสามารถตนเองในการประเมินข้อมูลการลดน้ำหนัก

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการประเมินข้อมูลการลดน้ำหนัก สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ผู้วิจัย คณะ บรรยายและฝึก

ปฏิบัติรายกลุ่มย่อย หัวข้อการคำนวณค่าดัชนีมวลกาย การวัดรอบเอว การชั่งน้ำหนักตัว โดยใช้สื่อประกอบ คือ สายวัดรอบเอว เครื่องชั่งน้ำหนัก ตารางแปลผลค่าดัชนีมวลกาย ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ พรฤดี นิธิรัตน์ และคณะ¹⁷ ได้ศึกษาผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบทฤษฎีสมต่อการรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเอง และการลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังในอาจารย์และเจ้าหน้าที่วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ที่พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการประเมินข้อมูลการลดน้ำหนัก สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมฝึกทักษะ การประเมินแปลผลค่าดัชนีมวลกายและรอบเอว

การประยุกต์ใช้ข้อมูลปฏิบัติตัวเพื่อลดน้ำหนัก

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการประยุกต์ใช้ข้อมูลปฏิบัติ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยผู้วิจัย คณะ บรรยาย การรับประทานอาหาร รูปแบบ Intermittent Fasting 4/4/12 หรือ “IF” การควบคุมอารมณ์ (3ส สะกิด สะกดใจ สกัดสิ่งกระตุ้น) การนอนหลับ การดื่มน้ำเปล่า รวมทั้งการสาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น การขมวดยสำหรับผู้สูงอายุ การเต้นบาสโลบ โดยใช้สื่อการสอน เช่น วิดีทัศน์ PowerPoint โมเดลอาหาร ผู้นำการออกกำลังกาย ให้แก่กลุ่มทดลอง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ จึงทำให้กลุ่มทดลองสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อปฏิบัติในการลดน้ำหนัก สอดคล้องกับการศึกษาของ กชกร สมมั่ง¹⁸ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในข้าราชการกลุ่มเสี่ยงจังหวัดลพบุรีซึ่งผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ

การตั้งเป้าหมายเพื่อลดน้ำหนัก

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมีค่าเฉลี่ยคะแนนการตั้งเป้าหมายเพื่อลดน้ำหนัก สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ผู้วิจัย คณะ ได้แบ่งกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มย่อยและให้แต่ละคนในกลุ่มย่อยเขียนเป้าหมายเพื่อลดน้ำหนักที่ตนเองสามารถทำได้ ภายในเวลา 1 เดือน และให้ตัวแทนกลุ่มย่อยนำเสนอในที่ประชุมกลุ่มใหญ่ ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทุกคนบันทึกเป้าหมายของตนเองในสมุดบันทึก “ลดพุง มุ่งสู่สุขภาพดี” ผู้วิจัย คณะ จัดให้มีการแข่งขันการลดน้ำหนักชิงเงินสด ผู้ชนะเลิศ และรองชนะเลิศ รวม 3 รางวัล ซึ่งผู้ชนะการแข่งขัน อันดับ 1 ลดน้ำหนักได้ 4 กิโลกรัม อันดับ 2 ลดน้ำหนักได้ 3.8 กิโลกรัม อันดับ 3 ลดน้ำหนักได้ 3.5 กิโลกรัม ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ สันปรกรณ์ ยันตะพันธ์¹⁹ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดน้ำหนักตัวของผู้ที่มีภาวะอ้วน หมู่ที่ 1 – 9 ตำบลผาเลือดอำเภอบ้านลาด จังหวัดอุตรดิตถ์ ที่พบว่า กลุ่มทดลอง มีน้ำหนักตัวเฉลี่ย ภายหลังเข้าโปรแกรมต่ำกว่าก่อนการเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรม การกระตุ้นและสร้างแรงบันดาลใจในการลดน้ำหนัก และการประกวดต้นแบบหุ่นดี สุขภาพดี เพื่อเป็นการกระตุ้นและสร้างแรงบันดาลใจในการลดน้ำหนักให้กับตนเอง ซึ่งการประกวดจะทำให้เกิดต้นแบบบุคคลสุขภาพดีในชุมชน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปฏิบัติตนเพื่อลดน้ำหนักซึ่งกันและกัน

การรับรู้ ความคาดหวังผลลัพธ์การลดน้ำหนัก

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความคาดหวังผลลัพธ์การลดน้ำหนัก สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ก่อนการทดลอง ผู้วิจัย คณะ ให้กลุ่มทดลองทุกคนวาดภาพที่ตนเองอยากเป็น ภายใน 1 เดือนข้างหน้า และนำเสนอต่อที่ประชุมกลุ่มใหญ่ และเก็บภาพวาดไว้ในสมุดบันทึก “ลดพุง มุ่งสู่สุขภาพดี” หลังการทดลอง ผู้วิจัย คณะ ให้กลุ่มทดลองทุกคนนำภาพวาดก่อนการทดลองมาเปรียบเทียบรูปร่างปัจจุบัน ซึ่งพบว่าหลังการทดลองทุกคนในกลุ่มทดลองสามารถลดน้ำหนักได้ตามความคาดหวัง สามารถลดน้ำหนักได้เป็นไปตามผลลัพธ์ที่คาดหวัง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ สุภาพร ทิพย์กระโทก, ธนิตา ผาติเสนาะ²⁰ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ สูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย รอบเอว

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย รอบเอวลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เป็นผลจาก ผู้วิจัย และคณะ จัดกิจกรรมแทรกแซงตามโปรแกรมการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดน้ำหนัก ให้แก่กลุ่มทดลอง และกลุ่มทดลองนำไปปฏิบัติใน

ระยะเวลา 1 เดือน และมีการติดตามผลการลดน้ำหนัก โดยวิธีการเยี่ยมบ้าน line official รวมทั้งมีการประเมินผลก่อน และหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมี น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย รอบเอว ที่ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของดุจกุล วุฒิจรัสพันธุ์ และคณะ²¹ ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยได้้นำการประยุกต์การลดน้ำหนักมาปฏิบัติจึงส่งผลให้ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับสุภาพร ทิพย์กระโทก , ธนิตา ผาติเสนาะ²⁰ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนักสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองและลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุป

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถของตนเองเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในการลดน้ำหนัก สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีค่าเฉลี่ยค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย รอบเอว ลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การลดน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย และรอบเอวได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

1. ควรมีการสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐและภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ต่าง ๆ ส่งเสริมการจัดทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ที่มิภาวะน้ำหนักเกินแบบบูรณาการอย่างต่อเนื่องในวิถีชีวิตประจำวัน ซึ่งส่งผลต่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาอย่างมาก เช่น ไตวาย โรคเบาหวาน โรคความดัน โรคหัวใจ ฯลฯ
2. ควรนำทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพและความสามารถของตนเองไปประยุกต์ใช้กับการดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองการลดน้ำหนักเพื่อให้มีภาวะสุขภาพตามที่ตนเองต้องการและเหมาะสม ในพื้นที่ต่าง ๆ
3. จากผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ จัดทำ line official “ลดพุง มุ่งสุขภาพดี” ให้แก่ประชาชนวัยทำงานที่มีภาวะน้ำหนักเกิน บ้านดงหมากหลอด ตำบลเมืองเพีย อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี จนทำให้กลุ่มทดลองสามารถเข้าถึงข้อมูลการลดน้ำหนักได้อย่างถูกต้อง และการแข่งขันการลดน้ำหนักทำให้เกิดแรงจูงใจในการลดน้ำหนัก จึงควรมีการนำวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในพื้นที่อื่น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพและความสามารถของตนเองมาใช้ในการวิจัยเรื่องอื่นๆเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองและการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคไตวาย เบาหวาน ความดัน หัวใจ หลอดเลือดและสมอง ฯลฯ
2. จากการที่ผู้วิจัยได้นำแอปพลิเคชัน line official มาปรับใช้กับการติดต่อ สื่อสารเพื่อกำกับติดตาม/ให้คำปรึกษาในการปฏิบัติตัวของผู้ที่ต้องการลดน้ำหนัก ในช่วงการระบาดโควิด-19 ซึ่งเป็นมาตรการช่วยป้องกันและลดการแพร่กระจายเชื้อระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มทดลอง จึงควรมีการนำ Application line official ไปใช้ในการวิจัยและในพื้นที่อื่นๆ ด้วย และพัฒนา Application line official ให้มีความหลากหลายมากขึ้น เช่น เพิ่มช่องแชทเมนูการสะสมระยะทางการวิ่ง การเผาผลาญแคลอรีจากการออกกำลังกาย การเลือกรูปแบบการออกกำลังกายที่ตนเองสนใจ การนับแคลอรีการบริโภคอาหารต่อวัน เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุนอุดหนุนและส่งเสริมการทำวิทยานิพนธ์จากศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต คนวัยแรงงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ที่อำนวยความสะดวกด้านสถานที่และอุปกรณ์ในการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization [WHO]. Obesity and overweight [internet] 2020 [cited 2021 Aug 16]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. World Health Organization [WHO]. Obesity and overweight [internet] 2022 [cited 2022 Aug 16]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ [อินเทอร์เน็ต] 2563 [เข้าถึงเมื่อ 14 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
4. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. รายงานการสำรวจพฤติกรรมของคนไทยทางสื่อสังคมออนไลน์ พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ; 2563.
5. วิชัย เอกพลากร, (บก.). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2559.
6. Health Data Center [HDC] กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. รายงานการสำรวจพฤติกรรมภาวะน้ำหนักเกิน. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2563.
8. Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning: An educational and ecological approach (3rd ed.). Mountain View, CA: Mayfield Publishing; 1999.
9. Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
10. World Health Organization [WHO]. Obesity and overweight [internet] 2009 [cited 2021 Sep 16]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
11. Sorensen K. Health literacy: The neglected European public health disparity. Netherland: Maastricht University; 2012.
12. Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Washington, DC: National Academies Press (US); 2004.
13. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev 1977; 84(2): 191- 215.
14. อรุณ จิรวัฒน์กุล. ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวิตที่ดีและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
15. อรนิชา โพธิ์หมื่นทิพย์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน. วารสารเวชสารโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 2562; 1-10.
16. ศศิธร รุ่งจนเวช, กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว. พยาบาลทหารบก 2562; 20(3): 206-17.
17. พรฤดี นิธิรัตน์ และคณะ. ผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบทฤษฎีผสมต่อการรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเอง และการลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังในอาจารย์และเจ้าหน้าที่วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี. ศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2561; 35(1): 103-8.
18. กชกร สมมั่ง. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในข้าราชการกลุ่มเสี่ยง จังหวัดลพบุรี. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร 2563; 29(2): 87-98.
19. สันปกรณ ยันตะพันธ์. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดน้ำหนักตัวของผู้ที่มีภาวะอ้วน หมู่ที่ 1-9 ตำบลผาเลือด อำเภอบ้านดง จังหวัดอุดรธานี. ศูนย์อนามัยที่ 9 2563; 14(34): 210-23.
20. สุภาพร ทิพย์กระโทก, ธนิตา ผาติแสนะ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะอ้วนลงพุง. ศูนย์อนามัยที่ 9 2563; 14(34): 210-23.

21. อุดุลย์ วุฒิจูรีพันธุ์ พยม และคณะ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วน. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2562.; 35(2): 57-70.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลโนนชัยศรี อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด

เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ¹ ปริญญากร สงวนกิตติพันธ์² นิวัฒน์ วงศ์ใหญ่^{3*} พชรารวรรณ จันทร์เพชร⁴ สุธาสนี วังคะฮาด⁵
^{1,4}ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ³อาจารย์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์, ⁵อาจารย์ คณะบริหารธุรกิจและการบัญชี มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
²อาจารย์ คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลโนนชัยศรี อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด การจัดโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค COVID-19 ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 35 คน โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 โดยแบบสอบถามความรู้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75 และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 และใช้สถิติ Paired Sample t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่าคะแนนความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 5.83; 95% CI: 4.95 - 6.70; p-value <0.001) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 17.86; 95% CI: 11.40 - 24.31; p-value <0.001) อสม. เป็นทีมสุขภาพหลักในการรับมือกับโรค COVID-19 จึงควรได้รับการพัฒนาความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง เพื่อให้มีศักยภาพและความพร้อมในการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามโปรแกรมนี้มีส่วนช่วยให้ อสม. มีความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค COVID-19 ที่เพิ่มขึ้น แต่ควรมีการควบคุมยืนยันประสิทธิภาพของโปรแกรมด้วยการมีกลุ่มเปรียบเทียบในการออกแบบการวิจัยครั้งต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพ / โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 / อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

*Corresponding author: นิวัฒน์ วงศ์ใหญ่, E-mail: u4908023@gmail.com, Tel: 082-9326369

Received: August 29, 2022, Revised: October 18, 2022, Accepted: November 21, 2022

Effect of Knowledge and Health Literacy Promotion Program for Village Health Volunteers to Prevent coronavirus disease 2019, Nonchaisri Sub-district, Phon Thong District, Roi Et Province

Petcherut Sirisuwan¹ Pariyakorn Sanguankittiphan² Niwat Wongyai^{3*} Patcharawan Janpech⁴
Suthasinee Wangkahat⁵

^{1,4}Asst. Prof., ^{3*}Lecturer, Faculty of Liberal Arts and Science, ⁵Lecturer, Faculty of Business Administration and Accountancy,
Roi Et Rajabhat University

²Lecturer, Faculty of Physical Therapy, Srinakharinwirot University

Abstract

Quasi Experimental Research (The One Group Pretest-Posttest Design) aimed to compare the difference in knowledge and health literacy of COVID-19 prevention before and after participation in a program among village health volunteers in Nonchaisri Sub-district, Phon Thong District, Roi Et Province. Thirty-five participants by purposive sampling joined the program supporting knowledge and health literacy of COVID-19 prevention. The data were collected via interviewing by using a questionnaire, Cronbach's alpha coefficient was 0.93, coefficient of knowledge questionnaire was 0.75 and coefficient of health literacy questionnaire was 0.95. Paired Sample t-test was used for testing the difference in mean of knowledge and health literacy score after joining the program. After joining the program, the participants had an average score of knowledge higher than baseline, significantly (Mean difference =5.83; 95% CI: 4.95 - 6.70; p-value <0.001). Also, the average score of overall health literacy was significantly increased (Mean difference =17.86; 95% CI: 11.40 - 24.31; p-value <0.001). Village health volunteers are the main health team against COVID-19. So, they should be encouraged knowledge and health literacy thoroughly and continuously. These result in effective management and prevention of diseases in communities. However, this program caused the Village Health Volunteers increased knowledge and Health Literacy to prevent coronavirus disease 2019, the effectiveness of the program should be checked and confirmed by a design control group for further study.

Keywords: Knowledge and Health Literacy Promotion Program / COVID-19 Prevention /
Village Health Volunteers

*Corresponding author: Niwat Wongyai, E-mail: u4908023@gmail.com, Tel: 082-9326369

Received: August 29, 2022, Revised: October 18, 2022, November 21, 2022

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประเทศไทยระหว่างวันที่ 1 เมษายน – 10 ตุลาคม พ.ศ. 2564 เป็นการระบาดที่มีความรุนแรงและรวดเร็วอย่างมาก พบผู้เสียชีวิตจำนวน 16,633 ราย จากผู้ป่วยจำนวน 1,574,612 ราย อัตราผู้ป่วยเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 1.1 พบเจ้าหน้าที่และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขติดเชื้อรวม 1,047 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จังหวัดที่มีบุคลากรติดเชื้อมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ กรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 52.0) สงขลา (ร้อยละ 4.8) ตรัง (ร้อยละ 4.7) สมุทรปราการ (ร้อยละ 3.3) และเชียงราย (ร้อยละ 3.3) ทำให้เจ้าหน้าที่และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต้องถูกกักกันเพื่อสังเกตอาการ ส่งผลกระทบต่อระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ถึงแม้ว่าบุคลากรทางการแพทย์เหล่านี้บางส่วนได้รับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 แล้วก็ตาม¹ วันที่ 10 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 มีรายงานผู้ติดเชื้อ COVID-19 ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 880 ราย มีประวัติการได้รับวัคซีน 707 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.3 และเสียชีวิต 7 ราย²

ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคลากรสาธารณสุขด่านหน้า ที่กำลังสำคัญต่อการดำเนินการเฝ้าระวังและควบคุมโรคในชุมชน ภารกิจที่สำคัญ เช่น การเยี่ยมบ้าน โดยเคาะประตู การสำรวจสุขภาพตนเอง การสอนและให้ความรู้ประชาชน การอยู่ตามจุดตรวจให้บริการประชาชนในการวัดอุณหภูมิและสังเกตอาการเบื้องต้น การบันทึกข้อมูลกลุ่มเสี่ยงและรายงานผลการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การเป็นแบบอย่างที่ดีในการป้องกันตนเอง เป็นต้น³ การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ระลอกที่ 1 และระลอกที่ 2 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ร่วมมือกับ อสม. ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดในชุมชน ติดตามกลุ่มเป้าหมายที่มีการเดินทางมาจากกรุงเทพและปริมณฑล และกลุ่มที่มีการเดินทางมาจากต่างประเทศ โดย อสม. มีการปฏิบัติภารกิจอย่างมีประสิทธิภาพจนเป็นที่รับยอมนานาชาติ และได้รับการจัดลำดับที่ 4 ของโลกในการควบคุมโรค COVID-19⁴

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นทักษะที่จำเป็นในการค้นหาข้อมูล การทำความเข้าใจ การประเมิน และตัดสินใจ รวมทั้งการสื่อสารและใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพในหลากหลายรูปแบบ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และดูแลสุขภาพของตนเองให้มีความเป็นอยู่ที่ดีตลอดชีวิต⁵ ท่ามกลางภัยคุกคามสุขภาพทั่วโลกของโรค COVID-19 ความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนจึงมีความสำคัญมากยิ่งขึ้น ในการที่จะช่วยส่งเสริม ป้องกัน และดูแลรักษาสุขภาพของตนเองได้⁶ ดังนั้น อสม. ผู้ซึ่งให้ความรู้และเป็นแบบอย่างทางสุขภาพให้แก่ประชาชน จึงมีความสำคัญอย่างมากที่ควรได้รับการส่งเสริมให้เกิดทักษะความพร้อมทั้งความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อที่จะสามารถทำหน้าที่ในการเป็นกำลังสำคัญเพื่อรับมือกับปัญหาการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ที่มีแนวโน้มจะทวีความรุนแรงขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง

จังหวัดร้อยเอ็ด ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 โดยมีผู้ติดเชื้อจากการเดินทางกลับจากกรุงเทพมหานครหรือปริมณฑล และผู้สัมผัสเสี่ยงสูง เพื่อมารักษาตัวหรือกักตัวเป็นจำนวนมากในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 เป็นต้นมา จนกระทั่งเมื่อวันที่ 17 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 จังหวัดร้อยเอ็ดถูกกำหนดเป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุด ซึ่งอำเภอโพนทอง มีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมเป็นอันดับหนึ่งของจังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่วันที่ 9 สิงหาคม พ.ศ. 2564 ต่อเนื่อง มาจนถึงวันที่ 12 กันยายน พ.ศ. 2564 เกิดจากกลุ่มคลัสเตอร์งานศพในชุมชนบ้านหวน หมู่ที่ 6 ตำบลโนนชัยศรี ซึ่งงานศพจัดขึ้นในวันที่ 31 กรกฎาคม ถึงวันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ. 2564 ที่ผ่านมา ทำให้มีผู้ติดเชื้อถึง 11 ราย แพร่ระบาดไปยัง 3 หมู่บ้านใกล้เคียง และพบผู้สัมผัสเสี่ยงสูงอีกจำนวนมาก⁷ อีกทั้งมีผู้ติดเชื้อภายในจังหวัดที่เป็นผู้สัมผัสกับผู้ติดเชื้อจากคลัสเตอร์งานศพดังกล่าว 34 ราย⁸

จากสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ตำบลโนนชัยศรี อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด และความสำคัญของการส่งเสริมความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับ อสม. คณะผู้วิจัยจึงสนใจจัดโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลโนนชัยศรี อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อจะเกิดประโยชน์ต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคควบคุมป้องกันโรคและการจัดการดูแลประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลโนนชัยศรี อำเภอนาทอง จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 212 คน กลุ่มตัวอย่างคือ อสม.จำนวน 35 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) มีความสนใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และ 3) ไม่มีปัญหาสุขภาพหรือปัญหาด้านการสื่อสารที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมส่งเสริมความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) การสร้างโปรแกรมและกิจกรรม โดยคณะผู้วิจัยสร้างกรอบและพัฒนาโปรแกรมมาจากการใช้ทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพจากแนวคิดทฤษฎีของ Sorensen et al⁹ โดยต้องพัฒนาทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูล การทำความเข้าใจ การประเมิน และการนำข้อมูลทางด้านสุขภาพไปใช้ในการดูแลตนเอง การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพของ อสม. และและปรับประยุกต์ใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ของรจนารถ ชูใจ และคณะในปี 2564¹⁰

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 13 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค COVID-19 จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบปรนัย 4 ตัวเลือก และส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค COVID-19 แบ่งออกเป็น 4 หัวข้อหลักคือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการเข้าใจข้อมูล ทักษะการประเมินข้อมูล และทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูล จำนวน 47 ข้อ⁹

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ข้อคำถามที่พัฒนาขึ้นมีจำนวน 80 ข้อ ผ่านการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และได้สัดส่วนความเห็นที่ตรงกันในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เท่ากับ 1.00¹¹ ผู้วิจัยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ด้านสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 1 คน อาจารย์สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนผู้เชี่ยวชาญ ด้านการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ 1 คน และผู้เชี่ยวชาญ ด้านการสร้างและพัฒนาเครื่องมือ จำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องในการใช้ภาษาและปรับปรุงแก้ไข และการทดสอบเครื่องมือใน อสม. ตำบลหนองหลวง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.93 แบบสอบถามความรู้เป็นข้อคำถามปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ วิเคราะห์ด้วยวิธีของคูเดอร์- ริชาร์ดสัน 20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75¹² และแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพจำนวน 47 ข้อ 4 ตัวเลือก (ยากมาก ค่อนข้างยาก ค่อนข้างง่าย และง่ายมาก) ประกอบด้วยคำถามเชิงบวกและเชิงลบ วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95¹³

ขั้นตอนการดำเนินโครงการและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ ได้แก่ การวางแผนการจัดโปรแกรมและการประสานงานกับเจ้าหน้าที่และผู้นำชุมชน

ขั้นตอนการดำเนินงาน คือ การจัดโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค COVID-19 ระยะเวลาดำเนินการโครงการ 6 สัปดาห์ ซึ่งมีการดำเนินกิจกรรมดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กิจกรรมการทดลอง

ระยะเวลา	รายละเอียดกิจกรรม
ก่อนการทดลอง	1) การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค COVID-19
โปรแกรม	2) การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค COVID-19 โดยคณะผู้วิจัย
สัปดาห์ที่ 1	การบรรยายให้ความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distance) แนวทางการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล เพื่อป้องกันและลดการแพร่เชื้อ COVID-19 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโดยการฉีดวัคซีน การตรวจ Antigen Test Kit หรือชุดตรวจ COVID-19 แบบเร่งด่วน การแยกกักตัว การดูแลผู้ติดเชื้อในศูนย์พักคอย ร่วมกับการใช้สื่อการให้ความรู้ประกอบด้วย การชมวีดิทัศน์ สไลด์ แผ่นพับ โปสเตอร์ และการสาธิตและร่วมฝึกปฏิบัติ ใช้เวลาทำกิจกรรม 1 วัน
สัปดาห์ที่ 2	การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมทักษะความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค COVID-19 ในทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูล และการทำความเข้าใจข้อมูล สื่อการให้ความรู้คือ โปสเตอร์ สมาร์ทโฟน เอกสารประกอบการอบรม บทบาทสมมติและการสาธิตและร่วมฝึกปฏิบัติ และการตั้งกลุ่มไลน์ในการสนทนากลุ่ม การให้คำแนะนำการฝึกปฏิบัติในการสืบค้นข้อมูล ใช้เวลาทำกิจกรรม 3 วัน ๆ ละ 3 ชั่วโมง
สัปดาห์ที่ 3	การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมทักษะความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค COVID-19 ในทักษะด้านการตัดสินใจและประเมินข้อมูลจากหลากหลายแหล่งข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ สื่อการให้ความรู้คือ โปสเตอร์ สมาร์ทโฟน เอกสารประกอบการอบรม บทบาทสมมติและการสาธิตและร่วมฝึกปฏิบัติ และการสื่อสารผ่านกลุ่มไลน์ในการสนทนากลุ่ม ใช้เวลาทำกิจกรรม 2 วัน ๆ ละ 3 ชั่วโมง
สัปดาห์ที่ 4	การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมทักษะความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค COVID-19 ในทักษะด้านการนำข้อมูลทางด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเอง และการให้คำแนะนำประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ สื่อการให้ความรู้คือ โปสเตอร์ สมาร์ทโฟน เอกสารประกอบการอบรม บทบาทสมมติและการสาธิตและร่วมฝึกปฏิบัติ และการตั้งโจทย์ผ่านกลุ่มไลน์ในการสนทนากลุ่ม การให้คำแนะนำการฝึกปฏิบัติในการให้ความรู้คำแนะนำกับประชาชนในพื้นที่เรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค COVID-19 ใช้เวลาทำกิจกรรม 2 วัน ๆ ละ 3 ชั่วโมง
สัปดาห์ที่ 5	การลงพื้นที่ติดตามการดำเนินงานและสังเกตการณ์พร้อมให้คำแนะนำกลุ่มอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโปรแกรมในเรื่องการสืบค้นข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค COVID-19 การให้คำแนะนำการปฏิบัติตนแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ใช้เวลาทำกิจกรรม 2 วัน ๆ ละ 3 ชั่วโมง
สัปดาห์ที่ 6	การสรุปบทเรียนและให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค COVID-19 ใช้เวลาทำกิจกรรม 1 วัน
หลังการทดลอง	3) การประเมินผลโปรแกรมโดยการเก็บข้อมูลกลุ่มอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโปรแกรมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมด้วยแบบสอบถามความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค COVID-19 หลังจากสรุปบทเรียน 1 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานใช้สถิติ Paired samples T test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์

โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลและชี้แจงให้อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการเข้าใจอย่างชัดเจน และให้เป็นอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมและอนุญาตให้ออกจากการวิจัยโดยไม่มีเงื่อนไข และข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ จะเผยแพร่ข้อมูล ในลักษณะภาพรวมไม่ระบุถึงตัวบุคคลหรือสถานที่ทำงาน โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เลขที่ 022/2564 ลงวันที่ 20 กันยายน พ.ศ. 2564

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 80.00 มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 58.14 ± 8.38 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.29 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 77.14 มีรายได้ครัวเรือนต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 54.29 โดยค่ามัธยฐานของรายได้ครัวเรือนอยู่ที่ 5,000 บาท มีอายุการทำงานเป็น อสม. 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 54.29 โดยมีอายุการทำงานเฉลี่ยอยู่ที่ 17.51 ± 12.97 ปี มีโรคประจำตัว ร้อยละ 71.43 โรคประจำตัวส่วนใหญ่ที่พบ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน มีเครื่องมือสื่อสารที่สามารถใช้งานอินเทอร์เน็ตได้ ร้อยละ 91.43 และได้รับวัคซีนโควิด 19 แล้วจำนวน 2 เข็ม ร้อยละ 40 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (n=35)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	28	80
ชาย	7	20
อายุ (ปี)		
40 - 59 ปี	25	71.43
60 ปีขึ้นไป	10	28.57
Mean $\pm$ S.D. = 58.14 ± 8.38		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	19	54.29
มัธยมศึกษาตอนต้น	10	28.57
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	6	17.14
อาชีพ		
เกษตรกรรวม	27	77.14
รับจ้างทั่วไป	3	8.57
ค้าขาย	3	8.57
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	2.86
รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ	1	2.86
รายได้ครัวเรือน (บาท/เดือน)		
น้อยกว่า 5,000 บาท	19	54.29
5,001-10,000 บาท	13	37.14
10,001 บาท ขึ้นไป	3	8.57
Mean $\pm$ S.D. = $6,394.29 \pm 5,429.65$ Median = 5,000 (Min 1,000 : Max28,000)		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุการทำงานของการเป็น อสม.		
1-5 ปี	10	28.57
6-10 ปี	6	17.14
11 ปีขึ้นไป	19	54.29
Mean $\pm$ S.D. = 17.51 $\pm$ 12.97 Median (Min - Max) = 16 (1 - 41)		
จำนวนโรคประจำตัว (n=35)		
ไม่มี	10	28.57
มี	25	71.43
เครื่องมือสื่อสารที่สามารถใช้งานอินเทอร์เน็ตได้		
ไม่มี	3	8.57
มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	32	91.43
อินเทอร์เน็ตโทรศัพท์รายวัน/รายเดือน	21	60.00
อินเทอร์เน็ตบ้าน	17	48.57
อินเทอร์เน็ตสาธารณะ	8	22.86
การได้รับวัคซีนโควิด 19		
ยังไม่ได้รับ	1	2.86
รับแล้ว	34	97.14
รับแล้ว 1 เข็ม	20	57.14
รับแล้ว 2 เข็ม	14	40.00

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความรู้ของ อสม. ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค COVID-19

ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อสม. มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค COVID-19 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 91.43 และระดับปานกลาง ร้อยละ 8.57 หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า อสม.มีคะแนนความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 85.70 ระดับต่ำ ร้อยละ 8.60 และระดับสูง เป็นร้อยละ 5.70 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม อสม.มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001, 95% CI: 4.95 - 6.70) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 5.83 คะแนน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ของอสม. ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=35)

ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	$\bar{X}$	S.D.	Mean difference	95%CI	p-value
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	7.66	2.53	5.83	4.95 - 6.70	<0.001
หลังการเข้าร่วมโปรแกรม	13.49	1.48			

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค COVID-19

ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อสม. มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค COVID-19 ภาพรวม อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 71.43 เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า อสม. มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลสูงสุด ซึ่งมีคะแนนอยู่ในระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 77.14 รองลงมาคือ ด้านการประเมินข้อมูล มีคะแนนอยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 60.00 และด้านความเข้าใจข้อมูล มีคะแนนอยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 48.57 ส่วนด้านที่มีระดับคะแนนต่ำที่สุดคือ ด้านการเข้าถึงข้อมูล มีคะแนนอยู่ในระดับเพียงพอและเป็นปัญหาในสัดส่วนที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 40.00

หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า อสม. มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวม อยู่ในระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 71.43 เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลสูงสุด ซึ่งมีคะแนนอยู่ในระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 97.14 รองลงมาคือ ด้านความเข้าใจข้อมูล มีคะแนนอยู่ในระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 80.00 และด้านการประเมินข้อมูล มีคะแนนอยู่ในระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 74.29 มีส่วนด้านที่มีระดับคะแนนต่ำที่สุดคือ ด้านการเข้าถึงข้อมูล มีคะแนนอยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 42.86 และมีคะแนนอยู่ในระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 40.00

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค COVID-19 ภาพรวม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม อสม. มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวม มากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$, 95% CI: 11.40 - 24.31) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 17.86 คะแนน เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทุกด้านมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม จำแนกรายด้าน (n=35)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	Mean difference	95%CI	p-value
การเข้าถึงข้อมูล					
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	35.57	7.12			
หลังการเข้าร่วมโปรแกรม	40.97	8.29	5.40	2.68 - 8.12	<0.001
ความเข้าใจข้อมูล					
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	36.37	5.72			
หลังการเข้าร่วมโปรแกรม	41.37	3.12	5.00	3.09 - 6.91	<0.001
การประเมินข้อมูล					
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	37.54	5.54			
หลังการเข้าร่วมโปรแกรม	42.51	3.15	4.97	3.11 - 6.83	<0.001
การประยุกต์ใช้ข้อมูล					
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	39.86	5.90			
หลังการเข้าร่วมโปรแกรม	42.34	2.06	2.49	0.45 - 4.52	0.018
ภาพรวม					
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	149.34	19.95			
หลังการเข้าร่วมโปรแกรม	167.20	12.09	17.86	11.40 - 24.31	<0.001

อภิปรายผลการวิจัย

หลังการเข้าร่วมโปรแกรม อสม. มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค COVID-19 มากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่องทำให้ อสม. ได้รับการอบรมความรู้ และทำกิจกรรมที่ต้องศึกษาข้อมูลแลกเปลี่ยนทั้งข้อมูลและวิธีการปฏิบัติในการป้องกันโรค COVID-19 อยู่ตลอดเวลา สอดคล้องกับผลงานวิจัยของระนอง เกตุดาวและคณะ ซึ่งพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม โรค COVID-19 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี (Udon Model COVID-19) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)¹⁴ เช่นเดียวกับงานวิจัยของแพพรพรรณ ฐิริปัญญา และคณะ ซึ่งพัฒนาพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค COVID-19 ในพื้นที่เฉพาะ (Bubble and Seal) ของสถานประกอบการ จังหวัดมหาสารคาม และพบว่าพนักงานมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพื่อป้องกันการเกิดโรค COVID-19 สูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)¹⁵ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐนิชา ศรีละมัย และคณะ พบว่าการใช้โปรแกรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการเว้นระยะห่างทางสังคมผ่านการละเล่นพื้นบ้านเพื่อป้องกันการแพร่กระจายโรค COVID-19 ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น ($p\text{-value} < 0.001$)¹⁶ อีกทั้งการศึกษาของทัศนมินทร์ รัชชานันท์และคณะ พบว่า การใช้ปัญญาประดิษฐ์ “สมุยชนะ” ร่วมกับโปรแกรมการพัฒนาทักษะ การทบทวนทักษะ และการเสริมสร้างทักษะชีวิตวิถีใหม่ของบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยว ทำให้บุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยวมีความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค COVID-19 ของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมาก เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งอยู่ในระดับน้อย¹⁷ จะเห็นได้ว่า การส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรค COVID-19 ทั้งจากการอบรมให้ความรู้ หรือ การบูรณาการร่วมกับสิ่งอื่นๆ เช่น การละเล่น หรือปัญญาประดิษฐ์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างหรือบุคลากร มีความรู้ในการป้องกันโรค COVID-19 มากขึ้น

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค COVID-19 ของอสม. มากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าตลอดระยะเวลาการร่วมโปรแกรม อสม. ได้มีส่วนร่วมและฝึกปฏิบัติจริงและการใช้สมาร์โฟน กลุ่มไลน์ เฟสบุ๊คที่ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกอยู่แล้วมาใช้ในการสืบค้น การสื่อสารข้อมูลในการทำงานกลุ่มร่วมกันทำให้เกิดทักษะและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพามากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของจรรยา ชูใจและคณะ ซึ่งรายงานผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค COVID-19 ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด19 ของ อสม. จังหวัดราชบุรี ว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน COVID-19 สูงกว่าก่อนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p\text{-value} = 0.002$)¹⁰ และสอดคล้องกับผลงานวิจัยของอานวย เนียมหมื่นไวย เรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของ อสม. จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ โดยรวมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)¹⁸

ความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติงานของอสม. เนื่องจากหากอสม.มีความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี ก็จะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่ดีตามไปด้วย ส่งผลให้ อสม.สามารถถ่ายทอด ความรู้ และการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเพื่อป้องกันโรค COVID-19 สู่ประชาชนได้ ดังการศึกษาของธวัชชัย ยืนยาว และเพ็ญญา บุญเสริม ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ของอสม. จังหวัดสุรินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$)¹⁹ เช่นกันกับการศึกษาของตรีชนก พันธุ์สุมา และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับ COVID-19 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกัน COVID-19 ของอสม. จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)²⁰ และการศึกษาของดาวรุ่ง เยาวกุลและคณะ ซึ่งได้ผลการศึกษาว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรค COVID-19 ของอสม. ในเขตสุขภาพที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)²¹ ดังนั้นการส่งเสริมความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับ อสม. เพื่อให้ อสม. มีพฤติกรรมในการป้องกันโรค COVID-19 ที่เหมาะสม สามารถช่วยส่งเสริมศักยภาพในการเฝ้าระวังและควบคุมโรค COVID-19 ของ อสม.ในชุมชนของตนเองได้ต่อไป

โปรแกรมการส่งเสริมความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค COVID-19 ทำให้ อสม. ตำบลโนนชัยศรี อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด มีความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น หน่วยงานผู้รับผิดชอบด้านสุขภาพ ควรตระหนักถึงความสำคัญในการจัดอบรมให้ความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อศักยภาพในการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตามโปรแกรมนี้มีข้อจำกัดเรื่องการดำเนินการในกลุ่มทดลองกลุ่มเดียว ด้วยข้อจำกัดเรื่องมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม และข้อจำกัดเรื่องการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านการควบคุมป้องกันโรคในชุมชนโดยตรง จึงควรมีการควบคุมยืนยันประสิทธิภาพของโปรแกรมด้วยการมีกลุ่มเปรียบเทียบในการออกแบบการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะ

โปรแกรมการส่งเสริมความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค COVID-19 ทำให้ อสม. มีความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หน่วยงานผู้รับผิดชอบด้านสุขภาพ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง ควรตระหนักถึงความสำคัญในการจัดอบรมให้ความรู้ และส่งเสริมศักยภาพให้กับ อสม. เพื่อให้ความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นการสนับสนุนทางสังคม ช่วยสร้างขวัญและกำลังใจให้กับ อสม. ที่ต้องปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ได้อีกทางหนึ่ง และควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องทุกปี เพื่อให้เกิดทักษะ ความชำนาญ และความพร้อมในการทำงานทุกสถานการณ์

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ อสม. ตำบลหนองหลวง และตำบลโนนชัยศรี จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ช่วยเหลือและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในสถานการณ์การระบาดปี 64 ประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2 กรกฎาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1729520210301021023.pdf>
2. BBC NEWS. โควิด-19 : จีนยุติสถิติเสียชีวิตแล้ว แต่ยังติด. [อินเทอร์เน็ต]. BBC NEWS ไทย; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 กรกฎาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bbc.com/thai/international-57795510>
3. กระทรวงสาธารณสุข. การดำเนินงานเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ในชุมชน. [อินเทอร์เน็ต]. กรมควบคุมโรค; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 11 กรกฎาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hsscovid.com/filesการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคโควิด-19.pdf>
4. ธเรศ ภิรมย์รัฐวิวงศ์. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. บทบาทกรมสนับสนุนบริการสุขภาพในสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19. [อินเทอร์เน็ต]. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 กรกฎาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nhso.go.th/storage/downloads/main/156/3_210625บทบาท_สบส_ในการแพร่ระบาดCOVID_19_อธิบดีกรมสนับสนุน15.pdf
5. Sørensen K, Van den Broucke S, Brand H, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012; 12: 80.
6. Sentell T, Vamos S, Okan O. Interdisciplinary Perspectives on Health Literacy Research Around the World: More Important Than Ever in a Time of COVID-19. Int J Environ Res Public Health. 2020 Apr 26;17(9):3010.
7. ไทยรัฐ ข่าวในประเทศ: โควิด "ร้อยเอ็ด" ติดเพิ่ม 269 ผวา "คลัสเตอร์งานศพ" ลาม 3 หมู่บ้าน. [อินเทอร์เน็ต]. ไทยรัฐออนไลน์; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thairath.co.th/news/local/northeast/2166641>
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. สถานการณ์โควิด-19 ร้อยเอ็ด. COVID-19 ROI-ET. [อินเทอร์เน็ต]. ระบบสารสนเทศโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 25 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://203.157.184.23/web/covid19/สถานการณ์โควิด-19 ร้อยเอ็ด-68/>
9. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan J, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). BMC Public Health. 2013; 13: 948.
10. รจนารู ชูใจ, ชลธิชา บุญศิริ, กมลพร แพทย์ชีพ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2564; 8(1): 250-261

11. Polit, Denise F., and Cheryl Tatano Beck. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
12. Koo TK, Li MY. A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *J Chiropr Med.* 2016;15(2):155-163.
13. McNeish D. Thanks coefficient alpha, we'll take it from here. *Psychol Methods.* 2018;23(3):412-433.
14. ระนอง เกตุดาว, อัมพร เทียงตรงดี, ภาสินี ไทอินทร์. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี - Udon Model COVID-19. *วารสารวิชาการสาธารณสุข.* 2563; 30(1): 53-61.
15. แพรพรรณ ภูริบัญชา, เชิดพงษ์ มงคลสินธุ์, ปวีณา จังภูเขียว. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่เฉพาะ (Bubble and Seal) ของสถานประกอบการ จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข.* 2564; 31(1): 48-62.
16. ณัฐนิชา ศรีละมัย, ณัฏฐา วรธนะวิโรจน์, วชิรินทร์ ช่างประดับ, สมปรารถนา สุดใจนาค, บุญเดือน วัฒนกุล. ผลของโปรแกรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการเว้นระยะห่างทางสังคมผ่านการละเล่นพื้นบ้านเพื่อป้องกันการแพร่กระจายโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ.* 2564; 15(2): 25-36.
17. ทศนรินทร์ รัชดาธนรัชต์, ณัฏฐา วงศ์เจริญ, สรรเพชญ์ เรืองอร่าม. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาทักษะ ทบทวนทักษะ และเสริมสร้างทักษะชีวิตวิถีใหม่ของบุคลากรธุรกิจการท่องเที่ยวในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 เกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข.* 2565; 31(2): 211-223.
18. อำนวย เนียมหมื่นไวย. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนักจัดการสุขภาพชุมชน อำเภอบ้านเหลื่อม จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.* 2560; 4(2): 78-92.
19. ธวัชชัย ยืนยาว, เพ็ญภา บุญเสริม. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ ทักษะ ต่อพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หญิง ในจังหวัดสุรินทร์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์.* 2563; 35(3): 555-564.
20. ดริณชนก พันธุ์สุมา, พงษ์สิทธิ์ บุญรักษา. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ของประชาชนในตำบลปรุใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *ศรีนครินทร์เวชสาร.* 2564; 36(5): 597-604.
21. ดาวรุ่ง เยาวกุล, ปาจริย์ อับดุลลาหิม, นิภา มหารัชพงศ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 6. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ.* 2565; 15(1): 257-272.

ผลของการพัฒนาระดับเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัยโดยใช้เครือข่ายทางสังคม จังหวัดอำนาจเจริญ

ปฐมพงศ์ ปุโรโปรง¹ กิตติ ประจันตเสน^{2*} สำราญ เหล็กงาม³ ธัญมล ช่างโชติ⁴

¹นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

²นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

³นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

⁴นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

บทคัดย่อ

การการศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระดับเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัยโดยใช้เครือข่ายทางสังคม จังหวัดอำนาจเจริญ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ เด็กปฐมวัยอายุ 2-5 ปี จำนวน 48 คน ที่ได้จากวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic sampling) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามและประเมินระดับเชาวน์ปัญญาโดยแบบประเมินความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 2-5 ปี ฉบับปี พ.ศ. 2530 ของกรมสุขภาพจิต ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในการอธิบายข้อมูลทั่วไป สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้สถิติ Independent t-test

ผลการศึกษา พบว่า ภาพรวมเด็กปฐมวัยมีระดับเชาวน์ปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ 100.64 คะแนน (S.D.=17.36) โดยเด็กปฐมวัยกลุ่มทดลองมีระดับเชาวน์ปัญญาเฉลี่ย 105.60 คะแนน (S.D.=14.36) เมื่อทำการเปรียบเทียบระดับเชาวน์ปัญญา ในกลุ่มเด็กปฐมวัยระหว่างกลุ่มที่ใช้การพัฒนาระดับเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัยโดยใช้เครือข่ายทางสังคม จังหวัดอำนาจเจริญ กับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า เด็กปฐมวัยที่ใช้การพัฒนาระดับเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัยโดยใช้เครือข่ายทางสังคม จังหวัดอำนาจเจริญ มีผลการประเมินระดับเชาวน์ปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ 105.60 คะแนน (S.D.=14.08) ซึ่งสูงกว่าระดับเชาวน์ปัญญาเฉลี่ยของเด็กปฐมวัยกลุ่มเปรียบเทียบที่มีผลการประเมินเท่ากับ 95.60 คะแนน (S.D.=19.13) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในการพัฒนาระดับเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัยควรดำเนินการในลักษณะองค์รวม เน้นให้เด็กปฐมวัยเกิดกระบวนการทางความคิดแบบเชิงระบบเพื่อให้ เกิดเรียนรู้สภาพสิ่งแวดล้อมรอบตัว สามารถทำวิเคราะห์ แยกแยะสถานการณ์ และแก้ปัญหาที่เผชิญได้อย่างเหมาะสม รวมถึงส่งเสริมการใช้กลไกเครือข่ายทางสังคมเข้ามามีบทบาทในการเฝ้าระวังและพัฒนาระดับเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัย เพื่อให้เด็กได้มีการเรียนรู้ได้อย่างเหมาะสม มีพัฒนาการที่เหมาะสมตามช่วงวัยและสามารถเจริญเติบโตได้อย่างเต็มศักยภาพ

คำสำคัญ: เด็กปฐมวัย/ ระดับเชาวน์ปัญญา/ เครือข่ายทางสังคม

*Corresponding author; กิตติ ประจันตเสน, e-mail: kitti3846@gmail.com, Tel: 0818713725

Received: 15 August 2022 | Revised: 4 September 2022 | Accepted: 18 September 2022

Effect of Intelligence Quotient level Development of Early Childhood by social Networks, Amnat Charoen Province

Pathompong Pruprong¹ Kitti Prachuntasen^{2*} Samran Lekngam Thanyamon Chuangchot

¹Executive of Amnatcharoen Provincial Public Health Office, Amnatcharoen Provincial Public Health Office.

^{2*}Public Health Technical Officer (Professional level), Amnatcharoen Provincial Public Health Office.

³Public Health Technical Officer (Senior Professional level), Amnatcharoen Provincial Public Health Office.

⁴Public Health Technical Officer (Practitioner level), Amnatcharoen Provincial Public Health Office.

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of developing early childhood intelligence quotient by using social networks in Amnat Charoen province. The sample group were 48 early childhood aged 2-5 years who were collected by simple random sampling (SRS). Quantitative data were collected by structured questionnaire interview, and the screening form of intelligence quotient assessment for children 2-5 years of age, 1987 edition, obtained by Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Qualitative was analyzed by content analysis. Descriptive statistics and inferential statistics: Independent t-test were used for data analysis.

The results revealed that overall, preschool age children had an average intelligence quotient level at 100.64 scores (S.D.=17.36). Samples in the experimental group had an average intelligence quotient level at 105.60 scores (S.D.=14.36). The preschool age children who participated in early childhood intelligence development via social networks in Amnat Charoen province had the average intelligence quotient level at 105.60 scores (S.D.=14.08), which were statistically higher than the average intelligence quotient level of the comparison group at 95.60 scores (S.D.=19.13) at a significance level of 0.05.

Therefore, the development for childhood intelligence quotient should be carried out regarding holistic care. Preschool age children should be emphasized on a systematic thinking, learning environment surrounding, enabling to analyze and distinguish the situation and solving problems when facing appropriately. As well as social networking mechanism should be promoted in order to take part of the surveillance and developmental milestones to encourage them to learn and optimal grow up effectively according to their age.

Keywords: Early Childhood / Intelligence Quotient Level / Social Network

*Corresponding author; Kitti Prachuntasen, email: kitti3846@gmail.com, Tel: 0818713725

Received: 15 August 2022 | Revised: 4 September 2022 | Accepted: 18 September 2022

บทนำ

ทรัพยากรมนุษย์เป็นที่ปัจจัยต่อการพัฒนาประเทศในทุกด้าน รัฐบาลจึงได้ให้ความสำคัญและกำหนดประเด็นด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ไว้เป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561 - 2580) โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือการพัฒนาคุณภาพประชากรในทุกช่วงวัยให้พร้อมทั้งกาย ใจ สติปัญญา มีพัฒนาการที่ครบถ้วน มีสุขภาพที่ดีในทุกช่วงวัย มีทักษะในการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม¹ การเสริมสร้างและพัฒนาคุณภาพประชากรที่มีประสิทธิภาพต้องเตรียมความพร้อมและวางรากฐานตั้งแต่วัยเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงปฐมวัยให้มีพัฒนาการและระดับเชาวน์ปัญญาอยู่ในระดับที่เหมาะสมพร้อมต่อการเรียนรู้เมื่อเข้าสู่ช่วงวัยเรียนและวัยรุ่น ซึ่งระดับเชาวน์ปัญญา (Intelligence quotient: IQ) เป็นตัวบ่งชี้ความสามารถในการแก้ปัญหา ด้วยหลักเกณฑ์ที่มีเหตุและผลมีความคิดที่แสดงความสามารถในเชิงภาษา การติดต่อสื่อสารด้วยคำพูดและวาจาและมีความสามารถทางสังคมมีความสนใจผู้อื่น และสามารถสร้างปฏิสัมพันธ์ต่อกันอย่างมีประสิทธิภาพ² ซึ่งในปัจจุบันได้มีการนำเอาระดับเชาวน์ปัญญา (IQ) ของประชากรมาใช้เป็นเครื่องสะท้อนศักยภาพการพัฒนาของประเทศ โดยประเทศที่ประชากรที่มีค่าเฉลี่ยของระดับเชาวน์ปัญญาในระดับสูงจะมีอัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจสูงตามไปด้วย³

ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา พบว่าระดับเชาวน์ปัญญาเฉลี่ยของกลุ่มเด็กอายุ 6-15 ปีมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นโดยเพิ่มจาก 98.60 คะแนนในปี พ.ศ. 2554 มาอยู่ที่ระดับ 102.78⁴ ซึ่งสูงกว่าค่ากลางมาตรฐานสากล (IQ=100) เพียงเล็กน้อย นอกจากนี้ผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2564 ยังพบว่า มีเด็กที่อยู่ในกลุ่มมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ร้อยละ 6.90 โดยจังหวัดทางภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือส่วนใหญ่ที่มีค่าระดับเชาวน์ปัญญาเฉลี่ยต่ำกว่าค่ากลางมาตรฐานสากล สำหรับผลการสำรวจระดับเชาวน์ปัญญาเฉลี่ยในกลุ่มเด็กอายุ 6-15 ปีในเขตสุขภาพที่ 10 (ประกอบด้วย จังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ มุกดาหาร ยโสธรและอำนาจเจริญ) เท่ากับ 98.44 คะแนน โดยเด็กอายุ 6-15 ปี จังหวัดอำนาจเจริญมีระดับเชาวน์ปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ 90.75 คะแนน ต่ำสุดเป็นอันดับ 2 ของเขตสุขภาพและมีเด็กที่อยู่ในกลุ่มมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ร้อยละ 6.45⁵

สถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการดำเนินการที่อาศัยกลไกภาครัฐเพียงอย่างเดียว อาจไม่เพียงพอที่จะทำให้การพัฒนาในระดับเชาวน์ปัญญาของเด็กปฐมวัยบรรลุตามผลสัมฤทธิ์ที่กำหนดไว้ได้เท่าที่ควร การสร้างเครือข่ายทางสังคมเป็นแนวคิดที่มุ่งให้เกิดรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมหรือระบบโครงสร้างทางสังคมที่แสดงถึงเชื่อมโยงเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันของบุคคล กลุ่มบุคคล และองค์กรในชุมชน ผ่านการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างสมาชิกในของกลุ่ม เช่น กิจกรรม การสื่อสาร ความร่วมมือ การพึ่งพาอาศัย การแลกเปลี่ยน การเรียนรู้ รวมถึงการแสดงออกถึงความเอื้ออาทรของสมาชิกในชุมชน นำมาปรับใช้ในกระบวนการพัฒนาเชาวน์ปัญญาของเด็กปฐมวัย ภายใต้แนวคิดเด็กคือทรัพยากรที่มีคุณค่าของชุมชน สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในการเป็นเจ้าของและมีหน้าที่ร่วมกันในการพัฒนาให้บุคคลเหล่านั้นกลายเป็นทรัพยากรที่มีคุณภาพ⁶ จากการทบทวนผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่า การสร้างเครือข่ายทางสังคมและหุ้นส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานโดยภาครัฐจะมีผลสัมฤทธิ์สูงกว่าการดำเนินงานโดยภาครัฐเพียงอย่างเดียว⁷ ซึ่งนโยบายและกลไกการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐเป็นเครื่องมือและปัจจัยสำคัญที่ใช้ในการเชื่อมโยงและขับเคลื่อนพลวัตของเครือข่ายทางสังคม ซึ่งประกอบไปด้วยหน่วยงานภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคเอกชนและภาคประชาชน⁸ นอกจากนี้ยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดจากความร่วมมือภายในเครือข่ายทางสังคม นำไปสู่ผลกระทบในเชิงบวกต่อสภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของบุคคล ทำให้สามารถแสดงพฤติกรรมเพื่อพัฒนาสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสมตลอดจนการดำรงชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข⁹ แนวความคิดในการสร้างหุ้นส่วนและความร่วมมือของเครือข่ายทางสังคม จึงถูกนำมาปรับใช้ในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่มุ่งหมายให้เกิดความยั่งยืนและบรรลุผลสัมฤทธิ์ในระดับสูง

ที่ผ่านมาหน่วยงานรัฐในจังหวัดอำนาจเจริญและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง มีความพยายามที่จะวางมาตรการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น โดยมุ่งเน้นการป้องกันและจัดปัจจัยเชิงสาเหตุของมารดาและเด็กที่อาจส่งผลให้เกิดภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในกลุ่มเด็กปฐมวัยและเด็กวัยเรียน ซึ่งสามารถเสริมสร้างให้เด็กปฐมวัยและเด็กวัยเรียนของจังหวัดอำนาจเจริญ มีระดับเชาวน์ปัญญาเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมาจากการสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2564 เท่ากับ 7.11 คะแนน⁵ แต่ยังคงต่ำกว่าค่ากลางมาตรฐานสากล และจากทบทวนการดำเนินการที่ผ่านมา พบว่า กลไกการดำเนินการที่อาศัยหน่วยงานภาครัฐเป็นผู้ขับเคลื่อนยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างครอบคลุมเพียงพอ จึงมีความสนใจศึกษาการสร้างและใช้เครือข่ายทางสังคมเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาเชาวน์ปัญญาในกลุ่มเด็กปฐมวัยในชุมชน ภายใต้แนวคิดเด็กคือทรัพยากรที่มีคุณค่าของชุมชน สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในการเป็นเจ้าของและมีหน้าที่ร่วมกันในการพัฒนาให้บุคคลเหล่านั้นกลายเป็นทรัพยากรที่มีคุณภาพ โดยมีจุดมุ่งหมายให้เครือข่ายทางสังคมในชุมชนเข้ามาดูแลช่วยเหลือและเฝ้าระวังปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้และการเจริญเติบโตของกลุ่มเด็ก

ปฐมวัยร่วมกับผู้ปกครอง เพื่อส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการด้านเชาวน์ปัญญาและด้านต่างได้อย่างเหมาะสมตามวัย มีความพร้อมในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองเมื่อเข้าสู่วัยเรียนได้อย่างเต็มที่ มีการเติบโตอย่างมีศักยภาพ เป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพของชุมชนและประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ระดับเชาวน์ปัญญาในกลุ่มเด็กปฐมวัยโดยใช้เครือข่ายทางสังคมของจังหวัดอำนาจเจริญ
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับเชาวน์ปัญญาของเด็กกลุ่มที่ได้รับการพัฒนาระดับเชาวน์ปัญญาโดยเครือข่ายทางสังคมกับกลุ่มเปรียบเทียบ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาผลการพัฒนาระดับเชาวน์ปัญญาในกลุ่มเด็กปฐมวัยโดยใช้เครือข่ายทางสังคมของจังหวัดอำนาจเจริญ ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปีที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอำนาจเจริญ ระยะเวลาดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤษภาคม 2564 - กรกฎาคม 2565

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลตามตัวแปรหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้รูปแบบการพัฒนารูปแบบการพัฒนาระดับเชาวน์ปัญญาในกลุ่มเด็กปฐมวัยโดยใช้เครือข่ายทางสังคม ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัยระหว่างเดือนพฤษภาคม 2564 - กรกฎาคม 2565 โดยการทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ตามรูปแบบการวิจัย ดังต่อไปนี้

กลุ่มทดลอง	X ₁	X ₂	S ₁	X ₃	X ₄ S ₂	S ₃	X ₅	X ₆	S ₄	X ₇	S ₅	X ₈	O ₁
Month	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
กลุ่มเปรียบเทียบ													O ₂

ภาพที่ 1 รูปแบบการทดลอง

O₁-O₂ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาระดับเชาวน์ปัญญาในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้แบบสอบถามผู้ปกครองและแบบวัดระดับเชาวน์ปัญญาด้วยแบบประเมินความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 2-5 ปี ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2530 ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขของกรมสุขภาพจิต

กิจกรรมครั้งที่ 1 ในช่วงเดือนแรก การสร้างสัมพันธภาพระหว่างกลุ่มเครือข่ายทางสังคม “แม่ฮัก” กับผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็ก การให้ความรู้การเรียนรู้แต่ละช่วงวัย การพัฒนาการทางสังคมของเด็ก การเสริมสร้างเชาวน์ปัญญา ความฉลาดทางอารมณ์ ตามแนวทางคู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) ของกระทรวงสาธารณสุข และแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การเสริมสร้างพัฒนาการและการพัฒนาระดับเชาวน์ปัญญาของเด็กปฐมวัยร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข

กิจกรรมครั้งที่ 2 ในช่วงเดือนที่ 2 สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความบกพร่องทางสติปัญญา และร่วมกันวิเคราะห์โอกาสเสี่ยง สภาพปัญหาาร่วมกันและการวางแผนจัดการความเสี่ยงระหว่างเครือข่ายทางสังคม “แม่ฮัก” กับผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กโดยมีบุคลากรสาธารณสุขเป็นที่ปรึกษา

กิจกรรมครั้งที่ 3 ในช่วงเดือนที่ 3 การพัฒนาทักษะการเลี้ยงดูเพื่อเสริมสร้างเชาวน์ปัญญาของเด็กปฐมวัยโดยผ่านกระบวนการกิน กอด เล่น เล่า ตามแนวทางคู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) ในกลุ่มผู้ปกครองและสมาชิกเครือข่ายจิตอาสาที่รับผิดชอบเป็นคู่ Buddy

กิจกรรมครั้งที่ 4 ในช่วงเดือนที่ 5 การเฝ้าระวังและติดตามการพัฒนาระดับเขาวนปัญญาเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง และสมาชิกเครือข่ายจิตอาสาที่รับผิดชอบเป็นคู่หู (Buddy)

กิจกรรมครั้งที่ 5 ในช่วงเดือนที่ 7 การถอดบทเรียนระยะที่ 1 เพื่อรับทราบประเด็นปัญหาอุปสรรคและระดมความร่วมมือจากชุมชนในการแก้ไขปัญหาตามบริบท กลุ่มเด็กปฐมวัย เช่น ธนาคารของเล่นในชุมชน จัดหาหนังสือนิทาน และสถานที่อ่านนิทานให้เด็ก หรือสนับสนุนอาหารที่ส่งเสริมพัฒนาเด็ก

กิจกรรมครั้งที่ 6 ในช่วงเดือนที่ 8 กิจกรรมกลุ่มสำหรับการกระตุ้นพัฒนาการและระดับเขาวนปัญญาของเด็กปฐมวัย โดยผู้ปกครองและสมาชิกเครือข่ายจิตอาสาที่รับผิดชอบเป็นคู่ Buddy

กิจกรรมครั้งที่ 7 ในช่วงเดือนที่ 10 การประเมินระดับเขาวนปัญญาของเด็กที่เข้าร่วมโครงการด้วยแบบประเมินความสามารถทางเขาวนปัญญาเด็กอายุ 2-5 ปี ของกรมสุขภาพจิตโดยบุคลากรที่ได้รับการรับรอง

กิจกรรมครั้งที่ 8 ในช่วงเดือนที่ 12 การประเมินผลและการถอดบทเรียนเมื่อสิ้นสุดกระบวนการ เพื่อร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ร่วมกันสรุปการทำกิจกรรม และมีการให้รางวัลเชิดชูเกียรติ

S₁ - S₅ หมายถึง การเยี่ยมเสริมพลังจากเครือข่ายทางสังคม การแสดงถึงความห่วงใย การกระตุ้นเตือน การให้กำลังใจ การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) การให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษา

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่มเด็กปฐมวัยที่มีอายุระหว่าง 3-5 ปี ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 11,304 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ, 2564) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) อายุระหว่าง 3-5 ปี อาศัยในจังหวัดอำนาจเจริญไม่น้อยกว่า 6 เดือน 2) มีน้ำหนักแรกเกิด ไม่น้อยกว่า 2,500 กรัม 3) มีพัฒนาการและภาวะโภชนาการตามช่วงวัยอยู่ในเกณฑ์ปกติ และ 4) สามารถสื่อสารได้ เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) มารดามีภาวะเจ็บป่วยหรือภาวะผิดปกติขณะตั้งครรภ์หรือคลอดก่อนกำหนด 2) มีโรคประจำตัวทางกายและระบบสมอง เช่น G6PD โรคธาลัสซีเมีย โรคโลหิตจาง 3) เกิดการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลายาวนาน และ 4) มีประวัติได้รับการวินิจฉัยพัฒนาการล่าช้าหรือสงสัยพัฒนาการล่าช้า

1.2 กลุ่มตัวอย่าง การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในครั้งนี้ ใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยใช้สูตร ดังนี้⁹

$$n/\text{group} = \frac{2\sigma^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{\Delta^2}$$

Z_α = ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนั้น $\alpha = 0.05$,

$Z_\alpha = 1.64$

Z_β = กำหนดอำนาจการทดสอบ 90% ดังนั้น $\beta = 0.01$, $Z_\beta = 1.28$

σ^2 = ความแปรปรวนที่นำมาใช้ คือ ค่าความแปรปรวนร่วม (pool variance) เท่ากับ

24.05

Δ = ค่าความต่างของตัวแปรผล โดยคำนวณจากคะแนนเฉลี่ยระดับเขาวนปัญญาของเด็กหลังการได้รับการพัฒนาเขาวนปัญญาด้วยโปรแกรมฝึกทักษะด้านตรรกะ เท่ากับ 4.57^{10}

แทนค่าในสูตร

$$n/\text{group} = \frac{2(24.05)(1.64+1.28)^2}{(4.57)^2}$$

$$n/\text{group} = 19.63714$$

$$= 20 \text{ คน}$$

จากการคำนวณ พบว่า ในการศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 20 คน แต่ในความเป็นจริง ในการวิจัยอาจมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง จึงมีการเพิ่มขนาดตัวอย่าง โดยได้มีการนำอัตราการตกสำรวจหรืออัตราการสูญหายจากการติดตาม (Drop out) มาปรับใช้ในการเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยคาดว่าจะมีการสูญหายร้อยละ 10 โดยการคำนวณใช้สูตร ดังนี้

$$n_{adj} = \frac{n}{(1-R)^2} \approx 24.69 = 25 \text{ คน}$$

ดังนั้น ในการศึกษาค้างนี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 25 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 25 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน แต่ในการศึกษาค้างนี้อาสาสมัครทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบได้ถอนตัวออกจากการศึกษากลุ่มละ 1 คน ทำให้เหลือกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 24 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 24 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 คน

1.3 การสุ่มตัวอย่าง

ขั้นที่ 1 การคัดเลือกพื้นที่ตามวิธีการสุ่มตัวอย่าง จังหวัดอำนาจเจริญมีจำนวนอำเภอทั้งหมด 7 อำเภอ ทำการสุ่มแบบเจาะจง โดยเลือกพื้นที่ คือ อำเภอพนา เป็นพื้นที่กลุ่มทดลอง และอำเภอเสนางคนิคมเป็นพื้นที่กลุ่มเปรียบเทียบ

ขั้นที่ 2 ทำการสุ่มอย่างง่ายเพื่อเลือกตำบลเพื่อเป็นพื้นที่ในการศึกษา ซึ่งกลุ่มทดลอง คือ ตำบลพระเหลา อำเภอพนา และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ ตำบลสิริเสนางค์ อำเภอเสนางคนิคม

ขั้นที่ 3 คัดเลือกเด็กปฐมวัย อายุ 3-5 ปี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าในกลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 25 คน ทำการสุ่มอย่างง่าย ตามการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยการจับสลากรายชื่อเพื่อเป็นอาสาสมัครทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (อาสาสมัครถอนตัวระหว่างทดลองกลุ่มละ 1 คน ทำให้เหลืออาสาสมัครที่เข้าร่วมการศึกษากลุ่มละ 24 คน รวม 48 คน)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และแบบประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาเด็กปฐมวัย 2-15 ปี ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2530 ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนดให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับตัวแปรตามกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งเครื่องมือในการศึกษาค้างนี้มีทั้งหมด 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและปลายเปิดให้เติมข้อความ ประกอบด้วย ข้อมูลเด็กปฐมวัย ได้แก่ เพศ อายุ ข้อมูลผู้ปกครอง/ผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว สถานะความสัมพันธ์กับเด็กในความดูแล ลักษณะครอบครัว จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระดับเชาว์ปัญญาเด็กปฐมวัย เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาเด็กปฐมวัย 2-15 ปี ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2530 ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

3. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และสถิติอนุมาน

ใช้วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับเชาว์ปัญญาในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติ

Independent t-test

3.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1) การตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Triangulation) เพื่อการตรวจสอบความถูกต้อง (Validate) ข้อมูลจากหลายแหล่งและวิธีการเก็บข้อมูล (Denzin, 1970) โดยแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ (1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) (2) การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย (investigator triangulation) และ (3) การตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี (theory triangulation)

2) วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อระบุแนวทางการพัฒนา ปัญหา สาเหตุของปัญหาและข้อเสนอแนะในการพัฒนาระดับเชาว์ปัญญาเด็กปฐมวัยโดยเครือข่ายทางสังคมจังหวัดอำนาจเจริญ

4. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ เลขที่ 25/2564 ผู้วิจัยจะไม่เปิดเผยข้อมูลของอาสาสมัครเปิดเผยเป็นการเฉพาะตัว แต่จะนำเสนอข้อมูลที่ได้ทั้งหมดในรูปของผลการวิจัยในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของเด็กปฐมวัย

จากการศึกษา พบว่า เด็กปฐมวัยที่เป็นอาสาสมัครในทดลองและกลุ่มเป็นส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.50 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม มีอายุเฉลี่ย 51.88 เดือน ($S.D.= 9.58$ เดือน) โดยเด็กปฐมวัยในกลุ่มทดลอง อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 60 - 72 เดือน ร้อยละ 50.00 ส่วนเด็กปฐมวัยในกลุ่มเปรียบเทียบเกือบครึ่งอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 37 - 48 เดือน คิดเป็นร้อยละ 41.67 ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.17 และ 87.50 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 44.25 ปี ($S.D.=13.43$) อายุน้อยที่สุด 22 ปี และมีอายุมากที่สุด 67 ปี โดยผู้ปกครอง/ผู้ดูแลของเด็กปฐมวัยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ ได้แก่ บิดาหรือมารดา ร้อยละ 50.00 และ 62.50 รองลงมา คือ ปู่/ย่า/ตายาย ร้อยละ 41.67 และ 37.50 ตามลำดับ ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยกลุ่มทดลองครึ่งหนึ่ง สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. รองลงมา คือ ระดับอนุปริญญาหรือสูงกว่าอนุปริญญา ร้อยละ 29.17 ส่วนผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยกลุ่มเปรียบเทียบ สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.67 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ร้อยละ 33.33 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 41.67 และ 79.17 ตามลำดับ มีฐานรายได้ต่อเดือนเท่ากับ 5,750 บาทต่อเดือน (ต่ำสุด 1,000 บาทต่อเดือน สูงสุด 70,000 บาทต่อเดือน) โดยผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยกลุ่มทดลองจะมีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001-15,000 บาท ร้อยละ 41.67 และมีรายได้ต่อเดือนสูงกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 33.33 ในขณะที่ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยกลุ่มเปรียบเทียบทั้งหมดจะมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 15,000 บาท สำหรับครอบครัวของเด็กปฐมวัยทั้งสองกลุ่มมีลักษณะครอบครัวแบบครอบครัวขยายเช่นเดียวกัน

2. ระดับเชาวน์ปัญญาของเด็กปฐมวัย

จากประเมินระดับเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัย จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า ในภาพรวมเด็กปฐมวัยมีระดับเชาวน์ปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ 100.64 คะแนน โดยเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่จะมีระดับเชาวน์ปัญญาอยู่ในระดับปานกลาง (Average) ร้อยละ 45.83 รองลงมา คือ ระดับค่อนข้างฉลาด (Bright Normal) ร้อยละ 20.83 และพบว่าเด็กปฐมวัย ร้อยละ 6.25 มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual Disability) เมื่อทำการวิเคราะห์ระดับเชาวน์ปัญญาของเด็กปฐมวัย โดยจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า เด็กปฐมวัยกลุ่มทดลองมีระดับเชาวน์ปัญญาเฉลี่ย 105.60 คะแนน ($S.D.= 14.36$) โดยส่วนใหญ่มีเชาวน์ปัญญาอยู่ในระดับปานกลาง (Average) ร้อยละ 41.67 รองลงมา คือ ระดับค่อนข้างฉลาด (Bright Normal) ร้อยละ 33.33 และระดับฉลาดมาก (Superior) ร้อยละ 12.50 ตามลำดับ ในส่วนของเด็กปฐมวัยกลุ่มเปรียบเทียบ มีระดับเชาวน์ปัญญาเฉลี่ย 95.67 คะแนน ($S.D.=19.13$) โดยครึ่งหนึ่งมีเชาวน์ปัญญาอยู่ในระดับปานกลาง (Average) เช่นเดียวกับเด็กปฐมวัยกลุ่มทดลอง รองลงมา คือ ระดับปัญญาทึบ (Dull Normal) ร้อยละ 16.67 และยังพบว่ามีเด็กปฐมวัยกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 12.50 มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ระดับเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัย จำแนกตามกลุ่มที่ได้รับการพัฒนาระดับเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัย โดยเครือข่ายทางสังคม จังหวัดอำนาจเจริญ

ระดับเชาวน์ปัญญา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อัจฉริยะ (Very Superior) 130 คะแนน ขึ้นไป	0	0.00	1	4.17
ฉลาดมาก (Superior) 120-129 คะแนน	3	12.50	1	4.17
ค่อนข้างฉลาด (Bright Normal) 110-119 คะแนน	8	33.33	2	8.33
ปานกลาง (Average) 90-109 คะแนน	10	41.67	12	50.00
ปัญญาทึบ (Dull Normal) 80-90 คะแนน	2	8.33	4	16.67
คาบเส้น (Borderline) 70-79 คะแนน	1	4.17	1	4.17
บกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual Disability) น้อยกว่า 70 คะแนน	0	0.00	3	12.50
Mean±S.D.	105.60±14.08		95.67±19.13	

เมื่อทำการพิจารณาความสามารถทางเชาวน์ปัญญาของเด็กปฐมวัยจำแนกรายด้านตามองค์ประกอบของความสามารถทางเชาวน์ปัญญาทั้ง 5 ด้าน พบว่า เด็กปฐมวัยทั้งสองกลุ่มมีความสามารถในการคิดอย่างมีเหตุผล ความสามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบและเกี่ยวโยงความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆเข้าด้วยกันและเข้าใจความหมายที่เป็นตัวเลข สัญลักษณ์หรือนามธรรม เป็นลักษณะเด่นมากที่สุดเช่นเดียวกัน ร้อยละ 87.50 และ 70.83 ตามลำดับ และพบว่า ความสามารถด้านการเรียนรู้ สังเกตจากสิ่งแวดล้อม และการแก้ปัญหาโดยใช้ประสบการณ์ เป็นความสามารถทางเชาวน์ด้านที่เป็นลักษณะด้อยของเด็กปฐมวัยกลุ่มทดลองมากที่สุด ร้อยละ 33.33 ส่วนความสามารถในการรู้จัก เข้าใจความหมายและเหตุทางด้านภาษาในระดับง่าย เป็นความสามารถทางเชาวน์ด้านที่เป็นลักษณะด้อยของเด็กปฐมวัยกลุ่มเปรียบเทียบมากที่สุด ร้อยละ 33.33 ซึ่งการเปรียบเทียบระดับเชาวน์ปัญญาในกลุ่มเด็กปฐมวัยระหว่างกลุ่มที่ใช้การพัฒนาระดับเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัยโดยเครือข่ายทางสังคม จังหวัดอำนาจเจริญ กับกลุ่มเปรียบเทียบ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ลักษณะเด่นและด้อยของความสามารถทางเชาวน์ปัญญาในเด็กปฐมวัยจำแนกตามกลุ่มที่ได้รับการพัฒนาระดับเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัยโดยเครือข่ายทางสังคม จังหวัดอำนาจเจริญ

ความสามารถทางเชาวน์ปัญญา	กลุ่มทดลอง (N=24)		กลุ่มเปรียบเทียบ (N=24)	
	ลักษณะเด่น	ลักษณะด้อย	ลักษณะเด่น	ลักษณะด้อย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ความสามารถในการรู้จัก เข้าใจความหมายและเหตุทางด้านภาษาในระดับง่าย	5 (20.83)	6 (25.00)	8 (33.33)	8 (33.33)
2. ความสามารถในการจำจากการเห็นและการได้ยิน	3 (12.50)	5 (20.83)	8 (33.33)	1 (4.17)
3. ความสามารถในการคิดอย่างมีเหตุผล ความสามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบและเกี่ยวข้องความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆ เข้าด้วยกันและเข้าใจความหมายที่เป็นตัวเลขสัญลักษณ์หรือนามธรรม	21 (87.50)	0 (0.00)	17 (70.83)	4 (16.67)
4. การใช้กล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหว หยิบจับ ความสามารถในการเข้าใจ จากการมองเห็นและแสดงออกในการแก้ไข ปัญหาต่าง ๆ ด้วยการกระทำอย่างรวดเร็ว เหมาะสม	8 (33.33)	5 (20.83)	6 (25.00)	5 (20.83)
5. ความสามารถในการเรียนรู้ สังเกตจากสิ่งแวดล้อม และการแก้ปัญหาโดยใช้ประสบการณ์	5 (20.83)	8 (33.33)	2 (8.33)	4 (16.67)

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับเชาวน์ปัญญาในกลุ่มเด็กปฐมวัยระหว่างกลุ่มที่ใช้การพัฒนาระดับเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัยโดยเครือข่ายทางสังคม จังหวัดอำนาจเจริญ กับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า เด็กปฐมวัยที่ใช้การพัฒนาระดับเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัยโดยเครือข่ายทางสังคม จังหวัดอำนาจเจริญ มีผลการประเมินระดับเชาวน์ปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ 105.60 คะแนน (S.D.=14.08) ซึ่งสูงกว่าระดับเชาวน์ปัญญาเฉลี่ยของเด็กปฐมวัยกลุ่มเปรียบเทียบที่มีผลการประเมินเท่ากับ 83.88 คะแนน (S.D.=19.13) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับเชาวน์ปัญญาในกลุ่มเด็กปฐมวัยระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพัฒนาระดับเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัยโดยเครือข่ายทางสังคม จังหวัดอำนาจเจริญ กับกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการประเมิน	จำนวน (n)	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value	95 % CI
กลุ่มทดลอง	24	105.60	14.08	2.05	0.023	0.16-19.68
กลุ่มเปรียบเทียบ	24	83.88	19.13			

3. ปัญหาและอุปสรรคในการเสริมสร้างความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัย

ด้านครอบครัว การหย่าร้างของบิดา มารดาและระดับรายได้ที่ไม่เพียงพอต่อรายจ่ายในครอบครัว ทำให้ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยโดยเฉพาะบิดา มารดาของเด็กปฐมวัยที่มีสถานะความสัมพันธ์หย่าร้าง ต้องให้ความสำคัญกับการประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ให้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายของครอบครัว ทำให้ไม่มีเวลาเลี้ยงดู หรือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัยอย่างเหมาะสม

ด้านผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ครอบครัวของเด็กปฐมวัยที่บิดาและมารดาของเด็กปฐมวัยต้องออกไปทำงานในช่วงเวลากลางวันหรือไปประกอบอาชีพที่ต่างพื้นที่ เพื่อหารายได้มาจุนเจือสมาชิกในครอบครัว โดยจะมีผู้สูงอายุหรือญาติเป็นผู้ทำหน้าที่ดูแลเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย การเลี้ยงดูเป็นไปอัตถาภาพและบริบทของผู้ดูแลรวมถึงการเลี้ยงดูแบบตามใจ ซึ่งระดับความเอาใจ

ใส่เรื่องการสร้างเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัยอาจดีกว่าบิดาและมารดาของเด็กและอาจส่งผลต่อพัฒนาการด้านเชาวน์ปัญญาและพัฒนาการด้านอื่น ๆ ของเด็กปฐมวัยได้

ด้านพฤติกรรมของเด็กปฐมวัย เด็กปฐมวัยมีการแสดงพฤติกรรมที่อาจส่งผลเชิงลบต่อพัฒนาการด้านความสามารถทางเชาวน์ปัญญาและด้านอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้เวลากับโทรศัพท์และคอมพิวเตอร์ตลอดเวลา สมาชิกในครอบครัวจะไม่สนใจที่จะเรียนรู้ เอาแต่ใจรวมถึงการเลือกรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมต่อการเสริมสร้างพัฒนาการ

อภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์ระดับเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัยจังหวัดอำนาจเจริญ

ระดับเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัยจังหวัดอำนาจเจริญในภาพรวมมีระดับเชาวน์ปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ 100.64 คะแนน (S.D.=17.36) โดยเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่จะมีระดับเชาวน์ปัญญาอยู่ในระดับปานกลาง (Average) ร้อยละ 45.83 สอดคล้องกับผลการศึกษาของจุไรรัตน์ ประชุมรัตน์¹¹ ที่พบว่า เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 - 6 มีระดับเชาวน์ปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ 99.08 คะแนน และส่วนใหญ่มีระดับเชาวน์ปัญญาอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย (Average) ร้อยละ 63.30 ซึ่งสูงกว่าผลการสำรวจของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่พบว่า ระดับเชาวน์ปัญญาเฉลี่ยของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดอำนาจเจริญ เท่ากับ 97.85 แต่ใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยภาพรวมระดับประเทศ เท่ากับ 102.78⁵ ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากเด็กปฐมวัยที่อยู่ในการศึกษาครั้งนี้ ร้อยละ 50 ได้รับการเสริมสร้างระดับเชาวน์ปัญญาโดยใช้การพัฒนาเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัยโดยเครือข่ายทางสังคม จึงทำให้ค่าเฉลี่ยระดับเชาวน์ปัญญาสูงกว่าการสำรวจของกรมสุขภาพจิตที่ผ่านมา ซึ่งผลการศึกษาเด็กปฐมวัยที่ใช้การพัฒนาเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัยโดยเครือข่ายทางสังคม จังหวัดอำนาจเจริญ มีผลการประเมินระดับเชาวน์ปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ 105.60 คะแนน ส่วนระดับเชาวน์ปัญญาเฉลี่ยของเด็กปฐมวัยกลุ่มเปรียบเทียบที่มีผลการประเมินเท่ากับ 95.60 คะแนน

ผลการประเมินยังพบว่า เด็กปฐมวัย ร้อยละ 6.25 มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual Disability) ซึ่งสูงกว่าผลสำรวจเชาวน์ปัญญาเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ระดับประเทศเมื่อปี พ.ศ. 2564 ที่พบว่า เด็กชั้นมัธยมศึกษาปี่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ร้อยละ 4.20⁵ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.58 ไม่ใช้บิดามารดาของเด็กปฐมวัยแต่เป็นผู้สูงอายุหรือญาติ ทำหน้าที่ในการดูแลเลี้ยงดูแทนบิดามารดาที่ต้องทำงานหรือไปประกอบอาชีพต่างพื้นที่ การเอาใส่ใจหรือสังเกตความผิดปกติด้านพัฒนาการของเด็กอาจไม่เท่าเทียมบิดามารดา ไม่ทราบว่าเด็กในความปกครองมีภาวะเสี่ยงต่อภาวะบกพร่องทางสติปัญญาหรือไม่ จึงไม่ได้ทำการกระตุ้นหรือเสริมสร้างความสามารถเชาวน์ปัญญาของเด็กให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมตามวัย สอดคล้องกับการศึกษาของผดุงศักดิ์ ศรีवासและเลิศชัย เจริญธัญรักษ์¹² ที่พบว่า ลักษณะการเลี้ยงดู/ผู้เลี้ยงดูหลักมีความสัมพันธ์กับระดับสติปัญญาของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR=2.31; 95% CI=1.21-4.41)

หากพิจารณาความสามารถทางเชาวน์ปัญญารายด้าน พบว่า ในภาพรวมความสามารถในการเรียนรู้ สังเกตจากสิ่งแวดล้อม และการแก้ปัญหาโดยใช้ประสบการณ์ รวมถึงความสามารถในการรู้จัก เข้าใจความหมายและเหตุทางด้านภาษาในระดับง่าย เป็นความสามารถทางเชาวน์ด้านที่เป็นลักษณะด้อยของเด็กปฐมวัย โดยกลุ่มทดลองจะมีลักษณะด้อยด้านความสามารถในการเรียนรู้ สังเกตจากสิ่งแวดล้อม และการแก้ปัญหาโดยใช้ประสบการณ์ มากที่สุด ดังนั้น ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลรวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีกิจกรรมหรือหลักสูตรในการสร้างเสริมกระบวนการคิดวิเคราะห์และการเรียนรู้จากการกระทำ เพื่อส่งเสริมประสบการณ์ด้านต่างๆให้แก่เด็กปฐมวัย ซึ่งจะส่งผลให้เด็กสามารถเรียนรู้และนำประสบการณ์ที่เคยได้รับมาปรับใช้ได้เหมาะสม สอดคล้องกับแนวความคิดของ Piaget¹³ ที่กล่าวว่า กระบวนการพัฒนาทางสติปัญญาเกิดจากการเรียนรู้จากการกระทำ การสังเกต จำแนก เปรียบเทียบจากและลงมือปฏิบัติจริง ทำให้เกิดความเข้าใจและความคิดรวบยอด การจัดประสบการณ์ที่เปิดโอกาสให้เด็กได้มีประสบการณ์ตรง ลงมือกระทำด้วยตนเอง สามารถช่วยสร้างเสริมและพัฒนาการคิดให้แก่เด็กปฐมวัย และการส่งเสริมให้มีกระบวนการเรียนรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่เหมาะสม สามารถเพิ่มระดับการคิดวิเคราะห์ของเด็กปฐมวัยให้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05¹⁴ ในขณะที่เด็กปฐมวัยกลุ่มเปรียบเทียบความสามารถทางเชาวน์ปัญญาในการรู้จัก เข้าใจความหมายและเหตุทางด้านภาษาในระดับง่าย เป็นความสามารถทางเชาวน์ด้านที่เป็นลักษณะด้อยมากที่สุด ซึ่งถือว่าเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการรับรู้และการแสดงออก รวมถึงมีความเกี่ยวข้องกับระดับเชาวน์ปัญญาโดยรวมของเด็กปฐมวัย ซึ่งจะมีความเกี่ยวเนื่องกันอย่างชัดเจนและเพิ่มมากขึ้นจนถึงอายุ 2 ปีแรก โดยเด็กที่มีพัฒนาการทางภาษาล่าช้าจะมีระดับสติปัญญาดำกว่าเด็กที่มีพัฒนาการด้านภาษาปกติและเมื่อเข้าสู่วัยเรียนจะกลายเป็นอุปสรรคในการเรียนรู้¹⁵ ในการ

ส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยสามารถรู้จัก เข้าใจความหมายและเหตุทางด้านภาษาได้นั้น ต้องดำเนินการควบคู่กันไปทุกมิติ ไม่ว่าจะเป็นลักษณะการเลี้ยงดู ครอบครัว สังคม การจัดสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็กให้เอื้อต่อการเรียนรู้ สอดคล้องกับแนวความคิดของ Vygotsky¹⁶ ที่กล่าวว่า การเรียนรู้ทางภาษาของเด็กเป็นกระบวนการที่ได้รับอิทธิพลจากบุคคลและสังคม โดยการที่เด็กได้เรียนรู้จากผู้อื่นจะทำให้เด็กสามารถคิดและก่อให้เกิดความรู้ภายในตนได้

นอกจากนี้ยังพบว่า เด็กปฐมวัยมีพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนเป็นระยะเวลานาน สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิรพี เศรษฐรัตน์ ต้นเจริญวงศ์ และคณะ¹⁷ ที่พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี มีการใช้แท็บเล็ตหรือสมาร์ทโฟนเฉลี่ย 29.53 นาทีต่อครั้งและ 49.23 นาทีต่อวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กที่อาศัยหลับนอนร่วมกับปู่ ย่า ตา ยายหรือญาติ มีพฤติกรรมการใช้แท็บเล็ตหรือสมาร์ทโฟนเป็นเวลานานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยสูงถึง 88.57 นาทีต่อวัน (p value= 0.018) โดยสาเหตุที่ผู้ปกครองให้สมาร์ทโฟนแก่เด็กเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจไม่ให้รบกวนผู้ปกครอง ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวอาจส่งผลเชิงลบต่อการพัฒนาการด้านเชาว์ปัญญาของเด็กปฐมวัย ทำให้เด็กขาดโอกาสในการเรียนรู้และส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กได้¹⁸⁻¹⁹

2. การเปรียบเทียบระดับเชาว์ปัญญาในกลุ่มเด็กปฐมวัยระหว่างกลุ่มที่ใช้การพัฒนาระดับเชาว์ปัญญาเด็กปฐมวัยโดยเครือข่ายทางสังคม จังหวัดอำนาจเจริญ กับกลุ่มเปรียบเทียบ

จากการศึกษา พบว่า เด็กปฐมวัยที่ใช้การพัฒนาระดับเชาว์ปัญญาเด็กปฐมวัยโดยเครือข่ายทางสังคม จังหวัดอำนาจเจริญ มีผลการประเมินระดับเชาว์ปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ 105.60 คะแนน (S.D.=14.08) ซึ่งสูงกว่าระดับเชาว์ปัญญาเฉลี่ยของเด็กปฐมวัยกลุ่มเปรียบเทียบที่มีผลการประเมินเท่ากับ 95.60 คะแนน (S.D.=19.13) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเด็กที่ได้รับการเอาใจใส่ดูแลใกล้ชิดจากผู้ปกครอง/ผู้ดูแล ร่วมกับคนในชุมชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง มีโอกาสได้รับกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาเชาว์ปัญญาและภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม รวมถึงเฝ้าระวังด้านพัฒนาการมากกว่าเด็กปฐมวัยที่ได้รับการดูแลจากผู้ปกครองเพียงลำพัง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sarah Mastoras²⁰ ที่พบว่า การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการด้านความคิดและการเป็นอยู่ที่ดีของเด็ก นอกจากนี้ยังพบว่า รูปแบบการจัดการเรียนรู้สำหรับเด็กปฐมวัยที่มีการบูรณาการทรัพยากรและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทางสังคมมีส่วนช่วยยกระดับการเรียนรู้และพัฒนาการของเด็กปฐมวัย²¹ ดังนั้น การเข้ามามีส่วนร่วมให้การดูแลและส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างระดับเชาว์ปัญญาและพัฒนาการเด็กปฐมวัยของเครือข่ายทางสังคมร่วมกับผู้ปกครอง จึงเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่จะช่วยให้เด็กปฐมวัยมีความพร้อมในการเรียนรู้และมีพัฒนาการด้านเชาว์ปัญญาเพื่อส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการด้านเชาว์ปัญญาและด้านต่างได้อย่างเหมาะสมตามวัย มี มีการเติบโตอย่างมีศักยภาพ เป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพของชุมชนและประเทศต่อไป

สรุป

การพัฒนาระดับเชาว์ปัญญาเด็กปฐมวัยโดยเครือข่ายทางสังคมสามารถส่งเสริมระดับเชาว์ปัญญาเด็กปฐมวัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเด็กปฐมวัยที่ใช้การพัฒนาระดับเชาว์ปัญญาเด็กปฐมวัยโดยเครือข่ายทางสังคม จังหวัดอำนาจเจริญ มีผลการประเมินระดับเชาว์ปัญญาสูงกว่าระดับเชาว์ปัญญาเฉลี่ยของเด็กปฐมวัยกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งช่วยให้เด็กปฐมวัยมีการเรียนรู้และพัฒนาการที่เหมาะสมตามช่วงวัยและสามารถเจริญเติบโตได้อย่างเต็มศักยภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบกิจกรรมการพัฒนาเชาว์ปัญญาของเด็กปฐมวัยควรเน้นให้เด็กปฐมวัยเกิดกระบวนการทางความคิดแบบเชิงระบบ (Systematic Thinking) เพื่อให้เด็กปฐมวัยสามารถสังเกต เกิดเรียนรู้สภาพสิ่งแวดล้อมรอบตัว สามารถทำวิเคราะห์แยกแยะสถานการณ์ และสามารถการแก้ปัญหาที่เผชิญได้อย่างเหมาะสม
2. ส่งเสริมการใช้กลไกเครือข่ายทางสังคม การแบ่งปันทรัพยากรของชุมชนในการช่วยเหลือ สนับสนุนผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังและพัฒนาระดับเชาว์ปัญญาเด็กปฐมวัย
3. การพัฒนาระดับเชาว์ปัญญาของเด็กปฐมวัย ควรดำเนินการในลักษณะองค์รวม (Holistic) ควบคู่กับพัฒนาการด้านต่างๆ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสติปัญญา รวมถึงการพัฒนาทางความคิดและทักษะที่จำเป็นตามช่วงวัย เพื่อให้เด็กปฐมวัยสามารถเจริญเติบโตได้อย่างเต็มศักยภาพ

4. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สมาร์ตโฟนของผู้ปกครองและเด็กปฐมวัย ชะลอการเริ่มใช้สมาร์ตโฟนหรือควบคุมการใช้สมาร์ตโฟนในกลุ่มเด็กปฐมวัยอย่างเหมาะสม สร้างบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ โดยส่งเสริมให้ผู้ปกครองและเด็กปฐมวัยมีการทำกิจกรรมที่ช่วยในการสร้างสัมพันธ์ภาพและสร้างเสริมพัฒนาการร่วมกัน เพื่อให้เด็กได้มีการเรียนรู้ที่เหมาะสมซึ่งจะส่งผลให้เด็กปฐมวัยพัฒนาการด้านเชาวน์ปัญญารวมถึงพัฒนาการด้านอื่นๆที่เหมาะสมตามช่วงวัย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580 (ฉบับย่อ). กรุงเทพฯ: [ม.ป.พ.]; 2561.
2. Sternberg RJ, Conway BE, Ketron JL, Bernstein M. People's conceptions of intelligence. *Journal of personality and social psychology*.1981; 41(1): 37.
3. Lynn R, Vanhanen T. National IQs: A review of their educational, cognitive, economic, political, demographic, sociological, epidemiological, geographic and climatic correlates. *Intelligence*. 2012; 40(2): 226-234.
4. จันทร์อาภา สุขทัพ, อัมพร เบญจพลพิทักษ์, วนิดา ขนินทุยทวงศ์, ประเสริฐ จุฑา. ระดับสติปัญญานักเรียนไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ประจำปี พ.ศ. 2559. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2561; 26(3): 161-173.
5. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 อุบลราชธานี. ผลการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์เด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 และปัจจัยที่เกี่ยวข้องประจำปี พ.ศ.2564. การประชุมคณะกรรมการเขตสุขภาพที่ 10 ครั้งที่ 6 ประจำปี งบประมาณ พ.ศ. 2565; สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี. อุบลราชธานี: เขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี; 2565.
6. Mitchell JC. Social networks. *Annual review of anthropology*. 3: 279-299; 1974.
7. ดอนลาร์ เสนา, วรพล วรสุวรรณโรจน์. เครือข่ายทางสังคมกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเชิงพื้นที่ตามยุทธศาสตร์สี่แยกอินโดจีน. *Journal of Graduate Review Nakhon Sawan Buddhist College*. 2563; 8(2): 134-142.
8. ฐานรินทร์ หาญเกียรติวงศ์, รุจิราญจน์สานนท์, นิตพัฒน์ กิตติรักษกุล. เครือข่ายทางสังคมกับการส่งเสริมสุขภาพ. *วารสาร วิชาการ สังคมศาสตร์เครือข่ายวิจัยประชาชื่น*. 2564; 3(1): 58-68.
9. อรุณ จิรวินกุล. ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ.ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2547.
10. วิสุทธิ กล้าหาญ, พูลพงศ์ สุขสว่าง. การพัฒนาเชาวน์ปัญญาด้านตรรกะและคณิตศาสตร์สำหรับนักเรียนประถมศึกษา: การศึกษาเชิงพฤติกรรม. *Journal of Educational Measurement Mahasarakham University*. 2562; 25(2), 239-254.
11. จุไรรัตน์ ประชุมรัตน์. ระดับเชาวน์ปัญญาและความสามารถในการเรียนรู้ด้านการอ่าน การเขียนและการคำนวณของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 ถึง 6 ของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. *Region 11 Medical Journal*. 2563; 34(3): 22-34.
12. ผดุงศักดิ์ ศรีवास, เลิศชัย เจริญธัญรักษ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับสติปัญญาของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดอุบลราชธานี. *KKU Journal for Public Health Research*. 2561; 11(3): 14-21.
13. Piaget J. The relation of affectivity to intelligence in the mental development of the child. *Bulletin of the Menninger clinic*. 1962; 26(3): 129.
14. สมบัติ เจริญเกษ, บัณฑิต ขานาญกิจ. ผลการจัดประสบการณ์แบบวิทยาศาสตร์ที่มีต่อความสามารถในการคิดวิเคราะห์ของ เด็กปฐมวัย; The Effect of Scientific Experience Arrangement on Critical Thinking Ability of Early Childhood. *Journal of Graduate Studies in Northern Rajabhat Universities*. 2557; 4(6): 117-128.
15. Vinson BP. *Preschool and school-age language disorders*. Cengage Learning. 2012.
16. Vygotsky L. Interaction between learning and development. *Readings on the development of children*. 1978; 23(3): 34-41.
17. อภิรพี เศรษฐรักษ์, ดันเจริญวงศ์, ศรีรัฐ รักดิตรณชิต, ญาณวุฒิ เสวตติติกุล. พฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กไทยวัย 0-3 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิชาการนวัตกรรมสื่อสารสังคม*. 2561; 6(2): 60-69.
18. วราลี เดชพุทธจัน. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เริ่มใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์และลักษณะสื่ออิเล็กทรอนิกส์กับพัฒนาการล่าช้าของเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี. *วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์*. 2563; 13(2): 1-19.
19. จีระวรรณ ศรีจันทร์ชัย, สุจิตา ตีลการยทรัพย์. ผลกระทบจากการใช้สมาร์ตโฟนในเด็กปฐมวัย: บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือดูแล. *Journal of MCU Nakhondhat*. 2564; 8(10): 113-124.
20. Mastoras SM, Saklofske, DH, Schwan VL, Climie, EA. Social support in children with ADHD: An exploration of resilience. *Journal of attention disorders*. 2018; 22(8): 712-723.

21. จิตตวิสุทธิ วิมุตติปัญญา. การพัฒนาเด็กปฐมวัยด้วยสะเต็มศึกษาบูรณาการกับแหล่งทรัพยากรการเรียนรู้และการมีส่วนร่วม ของชุมชน. Integrated Social Science Journal, Faculty of Social Science and Humanities, Mahidol University. 2562; 6(1): 3-23.

ผลของโปรแกรมความรู้ด้านทันตสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอยะยี่ จังหวัดมหาสารคาม

อดิศักดิ์ หีบแก้ว¹ นาฏนภา หีบแก้ว ปิตชาสุวรรณ^{2*}

¹นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความรู้ด้านทันตสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ กลุ่มทดลองเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอยะยี่ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 33 คน และกลุ่มเปรียบเทียบเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอยะยี่ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 33 คน รวมทั้งสิ้น 66 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพ นวัตกรรม “คม ชัด ลึก” และการสนับสนุนทางสังคมโดยผู้วิจัย ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับบริการส่งเสริม ป้องกันและดูแลสุขภาพช่องปากตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขตามปกติ ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 10 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมความรู้ด้านทันตสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบด้วยสถิติ Independent t – test และ Paired t – test

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านทันตสุขภาพ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: โปรแกรมความรู้ด้านทันตสุขภาพ / อาสาสมัครสาธารณสุข / โรคเหงือกอักเสบ

*Corresponding author; นาฏนภา หีบแก้ว ปิตชาสุวรรณ, e-mail: Natnpa@kku.ac.th, Tel: 0843641458

Received: 15 June 2022 | Revised: 6 August 2022 | Accepted: 25 August 2022

Effects of Oral Health Literacy and Social Support Program for Gingivitis Disease Prevention Among Village Health Volunteers in Chiangyuen District Mahasarakham Province

Adisak Heepkaew¹ Natnapa Heebkaew Padchasuwan^{2*}

¹Master of Public Health in Health Education and Health Promotion, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

^{2*}Assistant Professor, Department of Public Health Administration Health Promotion Nutrition, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of an oral health literacy and social support program for gingivitis prevention. The experimental group consists of 33 village health volunteers in Chiang Yuen district, Mahasarakham province. The comparison group consists of 33 village health volunteers in Chiang Yuen District, Mahasarakham Province. The samples were 66 village health volunteers. The experimental group received a program consisting of dental health promotion activities, "Kom Chad Luek" innovations, and social support by the researcher. The comparison group received promotion and prevention services related to oral health care in accordance with the standards of the Ministry of Public Health. The duration of research collection was 10 weeks. The research instruments were dental health literacy program with social support and questionnaire. Descriptive statistics were used to analyze general data, such as frequency, percentage, mean, maximum, minimum, and standard deviation. Independent and paired t-tests were used to analyze comparative data.

The results showed that after the experiment, the mean scores of oral health literacy and practices for gingivitis prevention of the experimental group were statistically significantly higher than those of the comparison group and before the experiment ($p < 0.001$). In addition, the mean scores of dental plaques were statistically significantly lower than those of the comparison group and before the experimental ($p < 0.001$).

Keywords: Oral Health Literacy Program / Village Health Volunteers / Gingivitis

*Corresponding author; Natnapa Heebkaew Padchasuwan, e-mail: Natnapa@kku.ac.th, Tel: 0843641458

Received: 15 June 2022 / Revised: 6 August 2022 / Accepted: 25 August 2022

บทนำ

ในปัจจุบันพบว่าโรคเหงือกอักเสบเป็นปัญหาทางทันตสุขภาพที่สำคัญ มีประชากรทั้งหมด 796 ล้านคนทั่วโลก ได้รับผลกระทบจากโรคเหงือกอักเสบ¹ ตั้งแต่วัยเด็กถึงวัยผู้ใหญ่ การอักเสบเกิดขึ้นเฉพาะบริเวณขอบเหงือก ลักษณะอาการที่ตรวจพบคือเหงือกบวมแดง มีเลือดออกเวลาแปรงฟันแต่ไม่มีอาการเจ็บปวด โดยการอักเสบของเหงือกหากถูกปล่อยปละละเลยจะทำให้โรคดำเนินต่อไปจนเข้าสู่การเป็นโรคปริทันต์ ซึ่งจะส่งผลให้สูญเสียฟันไปก่อนกำหนด ไม่มีฟันสำหรับเคี้ยวอาหาร การเรียงตัวของฟันมีความผิดปกติ การสบฟันผิดปกติ ความสวยงามบริเวณใบหน้าผิดปกติ โรคขาดสารอาหาร และการพูดออกเสียงไม่ชัดเจน เป็นต้น อาการอักเสบของเหงือกจะกลับคืนสู่สภาวะปกติได้ เมื่อผู้ป่วยสามารถแปรงฟันได้สะอาด ถูกวิธีและต้องพบทันตบุคลากรเพื่อตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และได้รับการขูดหินปูน 6 เดือนต่อครั้ง²

จากรายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ได้ใช้แนวทางการสำรวจขององค์การอนามัยโลก ซึ่งประเทศไทยได้ทำการสำรวจ 5 ปีต่อครั้ง โดยครั้งล่าสุดปี 2560 เป็นครั้งที่ 8 พบว่า กลุ่มวัยทำงาน อายุ 35 – 44 ปี ปัญหาหลักที่พบ คือ โรคเหงือกอักเสบ ร้อยละ 62.40 โดยมีพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพ คือ ไม่แปรงฟันก่อนนอน ร้อยละ 38.20 และการดื่มน้ำหวานทุกวัน ร้อยละ 20.20 ด้านการรับรู้และการรับบริการทันตสุขภาพ คือ เหตุผลที่ไม่ไปรับบริการทันตกรรมมากที่สุดเพราะรู้สึกว่ามีหินปูน ร้อยละ 43.30 รองลงมา คือ เหตุผลที่ไม่ไปใช้สิทธิสวัสดิการในการรักษาทางทันตกรรม คือการรอคิวนาน ร้อยละ 40.10 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สภาวะสุขภาพช่องปากกลุ่มวัยทำงาน อายุ 35 – 44 ปี พบโรคเหงือกอักเสบ โดยมีหินน้ำลายและมีเลือดออกบริเวณขอบเหงือก ร้อยละ 49.40 ด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก คือ ไม่เคยแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ร้อยละ 76.50 ไม่เคยแปรงฟันหลังอาหารเช้า ร้อยละ 72.00 และไม่เคยแปรงฟันก่อนนอน ร้อยละ 6.70 ตามลำดับ ในระดับเขตบริการสุขภาพที่ 7 สภาวะสุขภาพช่องปาก กลุ่มวัยทำงาน อายุ 35 – 44 ปี พบโรคเหงือกอักเสบ โดยมีหินน้ำลายและมีเลือดออก ร้อยละ 50.70 ด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก คือ ไม่เคยแปรงฟันหลังอาหารเช้า ร้อยละ 69.90 ไม่เคยแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ร้อยละ 67.50 และไม่เคยแปรงฟันก่อนนอน ร้อยละ 4.10 ตามลำดับ³ และจากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลภูทอง อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 202 คน พบโรคเหงือกอักเสบ จำนวน 98 คน ร้อยละ 48.51 ซึ่งพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม โดยมีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันโรคเหงือกอักเสบในระดับต่ำ อีกทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้นำด้านสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพในชุมชน จนเป็นที่ยอมรับในระดับสากล จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก อันจะส่งผลให้มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ลดการเป็นโรคเหงือกอักเสบได้ สามารถเป็นแบบอย่างและเป็นผู้ให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ในชุมชนได้เป็นอย่างดี⁴

เนื่องจากปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคเหงือกอักเสบมาจากปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ที่เกาะอยู่บนตัวฟันมีลักษณะเป็นคราบนิ่มสีขาวออกเหลือง เกิดจากพฤติกรรมมารับประทานอาหารจำพวกแป้ง ที่สามารถคงอยู่ในช่องปากเป็นเวลานานๆ มีการสะสมบริเวณคอฟันทำให้เกิดโรคเหงือกอักเสบ⁵ โดยการประเมินแผ่นคราบจุลินทรีย์ ใช้แบบประเมินสภาวะทางทันตสุขภาพ คือ แบบประเมินดัชนีคราบจุลินทรีย์ Plaque Control Record (PCR) ของ Quigley & Hein Index (1962) ด้วยวิธีการย้อมสีฟัน แล้วดูจากปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ที่ติดสีฟันจากการย้อมอยู่บนผิวฟัน และนำมาคำนวณหาปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์โดยแบ่งเกณฑ์ตั้งแต่ระดับ 0 ถึง 5⁶ ดังนั้นต้องดูแลสุขภาพช่องปากให้ดีตั้งแต่แรกเริ่ม ให้ความสำคัญในการส่งเสริมทันตสุขภาพ การป้องกันโรคและการสร้างความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก จะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง ซึ่งดีกว่าการรักษา เพราะไม่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานในการปวดฟัน ไม่ต้องยุ่งยาก ไม่เสียเวลา ไม่ต้องเสียเงินในการรักษา⁷

จากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา มีแนวคิดว่า ทักษะทางปัญญาและทางสังคมทำให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ จึงนำมาประยุกต์ใช้เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน⁸ จากการศึกษาของศุภศิลป์ ติรักษะ⁹ เรื่องผลของโปรแกรมความรู้ด้านทันตสุขภาพขั้นพื้นฐานเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านทันตสุขภาพและการฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปาก ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านทันตสุขภาพขั้นพื้นฐานเพิ่มขึ้น และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) มีดัชนีคราบจุลินทรีย์และโรคเหงือกอักเสบของกลุ่มทดลองดีขึ้น และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และเนื่องจากในกลุ่มอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกลุ่มที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น ในด้านข้อมูลข่าวสาร ความช่วยเหลือทางการเงิน สิ่งของ แรงงาน จึงมีการนำทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ House¹⁰ มาประยุกต์ใช้ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ จากผลการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมทันตสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ตำบลเมืองเก่าพัฒนา อำเภอเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น โดยมีการประยุกต์ใช้การสนับสนุนทางสังคมร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้พบว่า การประยุกต์ใช้การสนับสนุนทางสังคม เช่น การกระตุ้นเตือน การให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษา การให้ความรู้และมอบรางวัล ทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องโรคเหงือกอักเสบ คะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับทัศนคติในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ¹¹ จากที่กล่าวมาข้างต้นโรคเหงือกอักเสบเป็นปัญหาทางทันตสุขภาพที่ต้องได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกัน จึงได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมความรู้ด้านทันตสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความรู้ด้านทันตสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

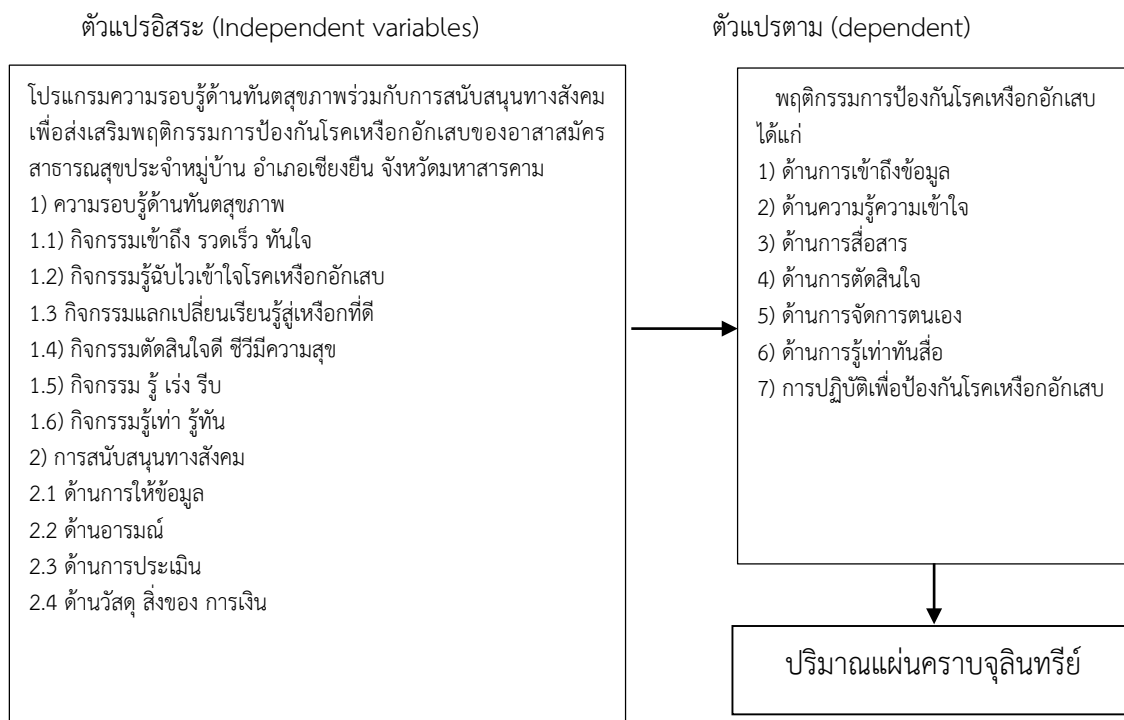
2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ในเรื่องต่อไปนี้

- 2.1 ด้านการเข้าถึงข้อมูลในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ
- 2.2 ด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ
- 2.3 ด้านการสื่อสารในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ
- 2.4 ด้านการตัดสินใจในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ
- 2.5 ด้านการจัดการตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ
- 2.6 ด้านการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ
- 2.7 การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบ
- 2.8 ปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์

ระเบียบวิธีวิจัย

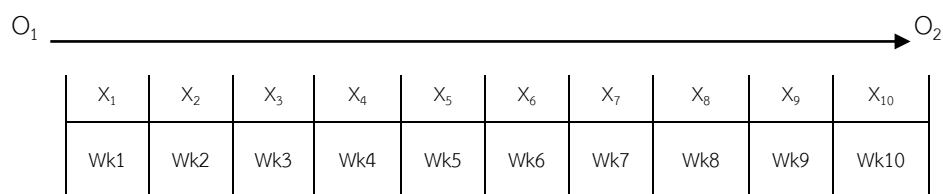
กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

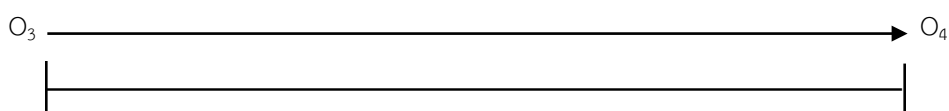
การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม มีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงโดยเลือกตามพื้นที่ จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยวิธีการจับฉลาก มีเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มีโรคเหงือกอักเสบ สามารถอ่านออกเขียนได้ เข้าใจภาษาไทย ไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยิน มีโทรศัพท์ Smart Phone และสามารถใช้งานได้ เกณฑ์คัดออก คือ มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อยู่ระหว่างตั้งครรภ์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามประกอบด้วย 8 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 ด้านการเข้าถึงข้อมูลในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ จำนวน 7 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77 ส่วนที่ 3 ด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบจำนวน 10 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70 ส่วนที่ 4 ด้านการสื่อสารในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ จำนวน 9 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74 ส่วนที่ 5 ด้านการตัดสินใจในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ จำนวน 10 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 ส่วนที่ 6 ด้านการจัดการตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ จำนวน 5 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75 ส่วนที่ 7 ด้านการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบจำนวน 5 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71 ส่วนที่ 8 การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบจำนวน 10 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 และวัดปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ด้วยแบบประเมินสถานะทางทันตสุขภาพ คือ แบบประเมินดัชนีคราบจุลินทรีย์ Plaque Control Record (PCR) ของ Quigley & Hein Index⁶ เป็นการวัดก่อนและหลัง เข้า 2 ครั้ง โดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ (Two groups pretest – Posttest design) โดยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อบรมผ่าน CITI Program Course : Thai - Human Subjects เมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน 2563 โดยมีรหัสผู้เข้าอบรม ADISAK HEEPKAEW (ID : 9618375) และ CITI Good Clinical Practice เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ADISAK HEEPKAEW (ID: 9618375) ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาดำเนินการตามโปรแกรม 10 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรม ตามภาพที่ 2 และ 3

กลุ่มทดลอง



ภาพที่ 2 แสดงแบบแผนการทดลองในกลุ่มทดลอง

กลุ่มเปรียบเทียบ



ภาพที่ 3 แสดงแบบแผนการทดลองในกลุ่มเปรียบเทียบ

O₁, O₃ หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง โดยใช้ แบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม และเก็บข้อมูลปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก โดยใช้แบบประเมินดัชนีคราบจุลินทรีย์ Plaque Control Record (PCR)

O₂, O₄ หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง โดยใช้แบบสอบถาม และเก็บข้อมูลปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก โดยใช้แบบประเมินดัชนีคราบจุลินทรีย์ Plaque Control Record (PCR)

X₁ หมายถึง การจัดกิจกรรม ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยกล่าวแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มทดลอง “กิจกรรมเข้าถึง รวดเร็ว ทันใจ” เป็นกิจกรรมเพื่อสร้างทักษะในการเข้าถึงข้อมูลทันตสุขภาพได้แก่ การบรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติวิธีการค้นหาข้อมูลที่เชื่อถือได้ทางอินเทอร์เน็ต โดยใช้โทรศัพท์ smart phone

X₂ หมายถึง การจัดกิจกรรม ในสัปดาห์ที่ 2 “กิจกรรมรู้ฉับไวเข้าใจโรคเหงือกอักเสบ” เป็นกิจกรรมเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ ได้แก่ การบรรยายความรู้เรื่องโรคเหงือกอักเสบ การป้องกัน และการดูแลสุขภาพช่องปาก จาก PowerPoint และใช้ “นวัตกรรม คม ชัด ลึก” ร่วมประกอบการบรรยาย

X₃ หมายถึง การจัดกิจกรรม ในสัปดาห์ที่ 3 “กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้สู่เหงือกที่ดี” เป็นกิจกรรมเพื่อสร้างทักษะการสื่อสาร ได้แก่ การเล่นเกมสื่อสารจากบัตรคำ แล้วถอดบทเรียนร่วมกัน ตั้ง Line Group แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการดูแลสุขภาพช่องปากร่วมกัน

X₄ หมายถึง การจัดกิจกรรม ในสัปดาห์ที่ 4 “กิจกรรมตัดสินใจดี ชีวิตมีความสุข” เป็นกิจกรรมเพื่อสร้างทักษะการตัดสินใจ ได้แก่ การสร้างโจทย์สถานการณ์จำลอง ให้กลุ่มทดลองฝึกใช้ทักษะการสื่อสาร การคิด การวิเคราะห์ นำไปสู่การตัดสินใจที่ดี

X₅ หมายถึง การจัดกิจกรรม ในสัปดาห์ที่ 5 “กิจกรรมรู้เร่งรีบ” เป็นกิจกรรมเพื่อเพิ่มทักษะในการจัดการตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายในการมีสุขภาพช่องปากที่ดี รวมถึงวิธีการจัดการตนเอง โดยการแสดงละครบทบาทสมมติถอดบทเรียนร่วมกัน

X₆ หมายถึง การจัดกิจกรรม ในสัปดาห์ที่ 6 “กิจกรรมรู้เท่า รู้ทัน” เป็นกิจกรรมเพื่อเพิ่มทักษะในการรู้เท่าทันสื่อ โดยการเปิดสื่อ ได้แก่ โฆษณาผ่าน Face book, Youtube และโฆษณาจากสื่อต่างๆ นำมาวิเคราะห์ อภิปรายกลุ่ม และถอดบทเรียนร่วมกัน

X₇ หมายถึง การจัดกิจกรรม ในสัปดาห์ที่ 7 การติดตามกิจกรรมครั้งที่ 1 ถึง 3 ด้วยการทำกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนข้อมูล เรียนรู้ร่วมกันทาง Line Group ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

X₈ หมายถึง การจัดกิจกรรม ในสัปดาห์ที่ 8 การติดตามกิจกรรมครั้งที่ 4 ถึง 6 ด้วยการทำกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนข้อมูล เรียนรู้ร่วมกันทาง Line Group ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

X₉ หมายถึง การจัดกิจกรรม ในสัปดาห์ที่ 9 กิจกรรมการออกติดตามเยี่ยมบ้าน ได้แก่ การเสริมพลังใจแก่กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยออกกระตุนความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพทั้ง 6 ด้าน

X₁₀ หมายถึง การจัดกิจกรรม ในสัปดาห์ที่ 10 ประกอบด้วยกิจกรรมสรุปความรู้ด้านทันตสุขภาพทั้ง 6 ด้านถอดบทเรียนพร้อมกัน ประกอบบุคคลต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันตสุขภาพ ผู้นำชุมชนและทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมอบรางวัล คือ ถ้วยรางวัล และใบเกียรติบัตร ให้แก่บุคคลต้นแบบ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคุณลักษณะที่คล้ายคลึงกัน คือ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 93.94 และคิดเป็นร้อยละ 100 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 43 – 53 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.45 อายุเฉลี่ย 49.64 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.12 (Max = 63, Min = 35) กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุระหว่าง 43 – 53 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.64 อายุเฉลี่ย 49.45 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.27 (Max = 65, Min = 32) กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสหรือคู่ คิดเป็นร้อยละ 66.67 และคิดเป็นร้อยละ 75.76 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 63.64 และคิดเป็นร้อยละ 63.64 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 84.85 และคิดเป็นร้อยละ 78.79 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001 - 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 78.79 และคิดเป็นร้อยละ 75.76 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 84.85 และคิดเป็นร้อยละ 93.94 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 100

2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบ แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบ แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านทันตสุขภาพ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมป้องกันโรคเหงือกอักเสบ	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Difference	t	95%CI	p-value
การเข้าถึงข้อมูล							
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	33	25.61	6.64				
กลุ่มเปรียบเทียบ	33	25.42	6.54	0.18	0.11	-3.05 ถึง 3.42	0.911
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	33	29.76	6.57				
กลุ่มเปรียบเทียบ	33	25.36	6.39	4.39	2.75	1.20 ถึง 7.58	0.007
ความรู้ความเข้าใจ							
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	33	6.48	1.60				
กลุ่มเปรียบเทียบ	33	6.52	1.50	0.03	0.08	-0.80 ถึง 0.73	0.937
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	33	8.55	1.89				
กลุ่มเปรียบเทียบ	33	6.58	1.46	1.97	4.74	1.14 ถึง 2.80	< 0.001
การสื่อสาร							
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	33	26.67	8.44				
กลุ่มเปรียบเทียบ	33	27.21	9.10	0.55	0.25	-4.86 ถึง 3.77	0.801
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	33	32.79	8.61				
กลุ่มเปรียบเทียบ	33	25.61	8.70	7.18	3.37	2.93 ถึง 11.44	0.0013
การตัดสินใจ							
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	33	24.67	7.37				
กลุ่มเปรียบเทียบ	33	24.94	6.56	0.27	0.16	-3.71 ถึง 3.16	0.874
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	33	32.76	9.41				
กลุ่มเปรียบเทียบ	33	24.76	7.90	8.00	3.74	3.73 ถึง 12.27	0.0004

ตารางที่ 1 (ต่อ)

พฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Difference	t	95%CI	p-value
การจัดการตนเอง							
ก่อนการทดลอง	33	12.52	4.64				
กลุ่มทดลอง	33	12.15	4.82	0.36	0.31	-1.96 ถึง 2.69	0.755
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	33	18.33	4.27				
กลุ่มเปรียบเทียบ	33	11.67	4.36	6.67	6.28	4.55 ถึง 8.79	< 0.001
การรู้เท่าทันสื่อ							
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	33	14.36	6.30				
กลุ่มเปรียบเทียบ	33	13.79	6.13	0.58	0.38	-2.48 ถึง 3.63	0.708
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	33	18.61	4.96				
กลุ่มเปรียบเทียบ	33	13.97	6.03	4.64	3.41	1.92 ถึง 7.35	0.0011
การปฏิบัติ							
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	33	24.64	7.26				
กลุ่มเปรียบเทียบ	33	24.61	7.05	0.03	0.01	-3.49 ถึง 3.55	0.986
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	33	37.85	8.02				
กลุ่มเปรียบเทียบ	33	24.58	7.58	13.27	6.91	9.43 ถึง 17.11	< 0.001

3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 0.06, p – value 0.624; 95 % CI: -0.19 ถึง 0.31) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 2.03, p – value < 0.001; 95 % CI: 1.56 ถึง 2.50) ดังตาราง ที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ปริมาณ แผ่นคราบจุลินทรีย์	n	$\bar{X}$	S.D	Mean Difference	t	95%CI	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	33	3.27	0.52	0.06	0.49	-0.19 ถึง 0.31	0.624
กลุ่มเปรียบเทียบ	33	3.21	0.48				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	33	1.24	1.20	2.03	8.62	1.56 ถึง 2.50	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	33	3.27	0.63				

4. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านทันตสุขภาพ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านทันตสุขภาพ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบ แตกต่างจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านทันตสุขภาพ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบ แตกต่างจากก่อนการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านทันตสุขภาพ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมการป้องกัน โรคเหงือกอักเสบ	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Difference	df	t	95%CI	p-value
การเข้าถึงข้อมูล								
กลุ่มทดลอง								
ก่อนการทดลอง	33	25.61	6.64	4.15	32	6.63	2.88 ถึง 5.43	< 0.001
หลังการทดลอง	33	29.76	6.57					
กลุ่มเปรียบเทียบ								
ก่อนทดลอง	33	25.42	6.54	0.06	32	0.14	-0.93 ถึง 0.81	0.88
หลังการทดลอง	33	25.36	6.39					
ความรู้ความเข้าใจ								
กลุ่มทดลอง								
ก่อนการทดลอง	33	6.48	1.60	2.06	32	9.89	1.64 ถึง 2.49	< 0.001
หลังการทดลอง	33	8.55	1.89					
กลุ่มเปรียบเทียบ								
ก่อนทดลอง	33	6.52	1.50	0.06	32	0.30	-0.35 ถึง 0.48	0.768
หลังการทดลอง	33	6.58	1.46					

ตารางที่ 3 (ต่อ)

พฤติกรรมการป้องกันโรคหรืออภัย	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Difference	df	t	95%CI	p-value
การสื่อสาร								
กลุ่มทดลอง								
ก่อนการทดลอง	33	26.67	8.44	6.12	32	6.85	4.30 ถึง 7.94	< 0.001
หลังการทดลอง	33	32.79	8.61					
กลุ่มเปรียบเทียบ								
ก่อนทดลอง	33	27.21	9.10	1.61	32	3.77	0.74 ถึง 2.47	0.0007
หลังการทดลอง	33	25.61	8.70					
การตัดสินใจ								
กลุ่มทดลอง								
ก่อนการทดลอง	33	24.67	7.37	8.09	32	6.68	5.62 ถึง 10.56	< 0.001
หลังการทดลอง	33	32.76	9.41					
กลุ่มเปรียบเทียบ								
ก่อนทดลอง	33	4.94	6.56	0.18	32	0.11	-3.70 ถึง 3.33	0.92
หลังการทดลอง	33	4.76	7.90					
การจัดการตนเอง								
กลุ่มทดลอง								
ก่อนการทดลอง	33	12.52	4.64	5.82	32	10.97	4.74 ถึง 6.90	< 0.001
หลังการทดลอง	33	18.33	4.27					
กลุ่มเปรียบเทียบ								
ก่อนทดลอง	33	12.15	4.82	0.45	32	0.40	-2.78 ถึง 1.87	0.693
หลังการทดลอง	33	11.70	4.30					
การรู้เท่าทันสื่อ								
กลุ่มทดลอง								
ก่อนการทดลอง	33	14.36	6.30	4.24	32	7.09	3.02 ถึง 5.46	< 0.001
หลังการทดลอง	33	18.61	4.96					
กลุ่มเปรียบเทียบ								
ก่อนทดลอง	33	13.79	6.13	0.18	32	0.14	-2.39 ถึง 2.75	0.886
หลังการทดลอง	33	13.97	6.03					
การปฏิบัติ								
กลุ่มทดลอง								
ก่อนการทดลอง	33	24.64	2.26	13.21	32	11.43	10.86 ถึง 15.67	< 0.001
หลังการทดลอง	33	37.85	8.02					
กลุ่มเปรียบเทียบ								
ก่อนทดลอง	33	24.61	7.05	0.03	32	0.01	-3.89 ถึง 3.83	0.987
หลังการทดลอง	33	24.58	7.58					

5. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ เท่ากับ 3.27 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.52 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ เท่ากับ 1.24 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.20 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ พบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 2.03, p - value < 0.001 ; 95 % CI : 1.62 ถึง 2.44) กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ เท่ากับ 3.15 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.44 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ เท่ากับ 3.27 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.63 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ พบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 0.12, p - value 0.161 ; 95 % CI : -0.29 ถึง 0.05) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ปริมาณ แผ่นคราบจุลินทรีย์	n	$\bar{X}$	S.D	Mean Difference	df	t	95%CI	p-value
กลุ่มทดลอง								
ก่อนการทดลอง	33	3.27	0.52	2.03	32	10.07	1.62 ถึง 2.44	< 0.001
หลังการทดลอง	33	1.24	1.20					
กลุ่มเปรียบเทียบ								
ก่อนทดลอง	33	3.15	0.44	0.12	32	1.44	-0.29 ถึง 0.05	0.161
หลังการทดลอง	33	3.27	0.63					

อภิปรายผลการวิจัย

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเข้าถึงข้อมูลในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 4.39, p - value 0.007; 95 % CI: 1.20 ถึง 7.58) และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 4.15, p - value < 0.001 ; 95 % CI : 2.88 ถึง 5.43) ผลของการเปลี่ยนแปลงสืบเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรม “เข้าถึง รวดเร็ว ทันใจ” เป็นกิจกรรมเพื่อสร้างการเข้าถึงข้อมูลในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ โดยใช้กลวิธีการให้สุขศึกษา ได้แก่ การบรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติวิธีการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้ทางอินเทอร์เน็ต โดยใช้โทรศัพท์ smart phone แบบเป็นลำดับขั้นตอนที่ให้กลุ่มทดลองเข้าใจง่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภศิลป์ ติรักษาศิ⁹ ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมความรู้ด้านทันตสุขภาพขั้นพื้นฐานเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านทันตสุขภาพดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สถิติ (p < 0.001) ซึ่งกระบวนการที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงข้อมูลด้านทันตสุขภาพ คือ การบรรยาย เรียนรู้ร่วมกับสนทนากลุ่ม โดยการใช้แอปพลิเคชันตัวอย่างที่เข้าถึงข้อมูลได้ง่ายขึ้น เช่น ไลน์ เฟซบุ๊ก เป็นต้น

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 1.97, p - value < 0.001; 95 % CI: 1.14 ถึง 2.80) และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 2.06, p - value < 0.001 ; 95 % CI : 1.64 ถึง 2.49) ผลของการเปลี่ยนแปลงสืบเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรม “รู้ฉับไว เข้าใจโรคเหงือกอักเสบ” เป็นกิจกรรมเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ โดยใช้วิธีการบรรยายความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การป้องกัน และการรักษาโรคเหงือกอักเสบโดยใช้สไลด์นำเสนอ (PowerPoint) ร่วมกับการใช้สื่อภาพพลิกแสดงความรู้ความรุนแรงของโรคเหงือกอักเสบ เช่น รูปเหงือกบวมแดง รูปโรคปริทันต์ เป็นต้น เพื่อให้กลุ่มทดลองรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรค ร่วมกับใช้ “นวัตกรรม คม ชัด ลึก” เป็นนวัตกรรมที่เกิดจากการนำเอาพื้นที่ถอนจากคนไข้ในคลินิก มาให้ความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคเหงือกอักเสบและการ

ป้องกันโรคเหงือกอักเสบร่วมประกอบการบรรยายสาธิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภศิลป์ ติรักษา (2562)⁹ ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมความรู้ด้านทันตสุขภาพขั้นพื้นฐานเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจด้านทันตสุขภาพดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งกระบวนการที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดความรู้ความเข้าใจด้านทันตสุขภาพ คือ กิจกรรมฐานการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ฐานการเรียนรู้ ได้แก่ รอบรู้พื้นฐานเบาหวานฟันดี, ฟันสะอาดสวยด้วยสมุนไพร, เข้าถึง เข้าใจ สื่อสารได้ กับหมอ ฟัน, และแปรงถูกวิธี ฟันดีแข็งแรง เป็นต้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ สตาญ์ ผลแก้ว, และคณะ (2564)¹² ได้ศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งกระบวนการที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบ คือ กิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคเหงือกอักเสบ โดยการบรรยายและจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการสื่อสารในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 7.18, p – value < 0.0013 ; 95% CI : 2.93 ถึง 11.44) และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 6.12, p – value < 0.001 ; 95 % CI : 4.30 ถึง 7.94) ผลของการเปลี่ยนแปลงสืบเนื่องจากกลุ่มทดลอง ได้รับกิจกรรม กิจกรรม “แลกเปลี่ยนเรียนรู้สู่เหงือกที่ดี” เป็นกิจกรรมเพื่อสร้างทักษะการสื่อสาร ได้แก่ การเล่นเกมสื่อสารแล้วตอบทเรียนร่วมกัน ตั้ง Line Group แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการดูแลสุขภาพช่องปากร่วมกัน กิจกรรมดังกล่าวทำให้กลุ่มทดลองมีปฏิสัมพันธ์กัน ได้ตอบแลกเปลี่ยนในเรื่องการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วุฒิพงศ์ ธนะขำ (2564)¹³ ได้ศึกษาประสิทธิภาพผลโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณร โรงเรียนพระปริยัติธรรม อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพช่องปากในด้านการสื่อสารสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p – value < 0.001) เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมฝึกทักษะการใช้ข้อมูลข่าวสาร การฟังข้อมูล และการสื่อสาร

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการตัดสินใจในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 8.00, p – value < 0.0004 ; 95% CI : 3.73 ถึง 12.27) และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 8.09, p – value < 0.001 ; 95 % CI : 5.62 ถึง 10.56) ผลของการเปลี่ยนแปลงสืบเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับ “กิจกรรมตัดสินใจดี ชีวิตมีความสุข” เป็นกิจกรรมการจำลองเพื่อสร้างทักษะการตัดสินใจ ได้แก่ การสร้างโจทย์สถานการณ์จำลอง เช่น เกิดโรคเหงือกอักเสบ, ลักษณะของโรคเหงือกอักเสบ, การแปรงฟันด้วยวิธี 222, การใช้ไหมขัดฟัน, อาหารที่มีผลต่อการเกิดโรคเหงือกอักเสบ ให้กลุ่มทดลองฝึกใช้ทักษะการสื่อสาร การคิด การวิเคราะห์ นำไปสู่การตัดสินใจที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริภา คงศรี (2564)¹⁴ ได้ทำการศึกษามูลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สุขภาพช่องปาก ในด้านการตัดสินใจสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p – value < 0.05) เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมฝึกทักษะความสามารถในการตัดสินใจภายใต้สถานการณ์ต่าง ๆ ได้แก่ เมื่อเพื่อนชวนรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อฟันผุ เมื่อต้องเลือกรับประทานอาหารว่างในการประชุม เมื่อกลับบ้านดึกแล้วง่วงนอน เมื่อลืมนำแปรงสีฟันไปต่างจังหวัด เมื่อมีอาการปวดฟันหรือฟันผุ เมื่อมีโฆษณาใหม่ ๆ เกี่ยวกับยาสีฟันและน้ำยาบ้วนปาก เป็นต้น

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 6.67, p – value < 0.001; 95% CI : 4.55 ถึง 8.79) และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 5.82, p – value < 0.001 ; 95% CI : 4.74 ถึง 6.90) ผลของการเปลี่ยนแปลงสืบเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรม “รู้ เร่ง รีบ” เป็นกิจกรรมเพื่อเพิ่มทักษะในการจัดการตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายในการมีสุขภาพช่องปากที่ดี รวมถึงวิธีการจัดการตนเอง โดยการแสดงละครบทบาทสมมติ โจทย์สถานการณ์จำลองแล้วตอบทเรียนร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริภา คงศรี (2564)¹⁴ ได้ทำการศึกษามูลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้

สุขภาพช่องปาก ในด้านทักษะการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < 0.05) เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ในด้านการสังเกตปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่ม, การคำนึงถึงปริมาณน้ำตาลในอาหารและเครื่องดื่ม, การตรวจและดูแลสุขภาพฟันด้วยตนเองรวมถึงความตั้งใจในการไปรับบริการทางทันตกรรม

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 4.64, p - value = 0.0011 ; 95% CI : 1.92 ถึง 7.35) และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 4.24, p - value < 0.001 ; 95 % CI : 3.02 ถึง 5.46) ผลของการเปลี่ยนแปลงสืบเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับ “กิจกรรมรู้เท่าทัน” เป็นกิจกรรมเพื่อเพิ่มทักษะในการรู้เท่าทันสื่อ โดยการเปิดสื่อ ได้แก่ โฆษณาผ่าน Face book, Youtube และโฆษณาจากสื่อต่างๆ นำมาวิเคราะห์ อภิปรายกลุ่ม และถอดบทเรียนร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ ศรีธรากร และ พรสุข หุ่นนิรันดร์ (2562)¹⁵ ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบของความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของนักเรียนประถมศึกษาในเขตสุขภาพที่ 5 พบว่า หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการรู้เท่าทันสื่อการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสุขภาพช่องปากที่ดีสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < 0.001) เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรม “รู้ไว้ใช้ว่าใส่บาแบกหอม” เป็นกิจกรรมที่เพิ่มทักษะในการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสุขภาพช่องปากที่ดี โดยการบรรยายสาธิตผ่านการใช้เทปเลต

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 13.27, p - value < 0.001 ; 95% CI : 9.43 ถึง 17.11) และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 13.21, p - value < 0.001 ; 95% CI : 10.86 ถึง 15.67) ผลของการเปลี่ยนแปลงสืบเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมเพิ่มทักษะความรู้ด้านสุขภาพ คือการเข้าถึงข้อมูลในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ การสื่อสารในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ การตัดสินใจในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ การจัดการตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบและการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ อีกทั้งยังได้รับการสนับสนุนทางสังคม คือ ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับความรู้ด้านทันตสุขภาพในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ทั้ง 6 ด้าน ผ่านกิจกรรมที่ทำในโปรแกรมโปรแกรมและสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปาก ย้อมสีฟันเพื่อดูปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก เพื่อน อสม.แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการป้องกันโรคเหงือกอักเสบไปด้วยกัน ด้านอารมณ์ ได้แก่ ผู้วิจัย มอบรางวัลให้แก่บุคคลดีเด่นด้านการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี ประกอบด้วยถ้วยรางวัล และใบเกียรติบัตรให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ออกเยี่ยมบ้านเสริมพลังใจ ด้านการประเมิน ได้แก่ ผู้วิจัยสนับสนุนให้กลุ่มทดลองตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ และเข้าพบทันตบุคลากรเพื่อตรวจสุขภาพช่องปากและชุดหินปูน ด้านวัสดุ สิ่งของ การเงิน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สนับสนุนแปรงสีฟัน ยาสีฟันไหมขัดฟัน และอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปากอื่นๆเพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุภารัตน์ ทุมแก้ว (2560)¹¹ ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมทันตสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ตำบลเมืองเก่าพัฒนา อำเภอเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) ผลของการเปลี่ยนแปลงสืบเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้ ประกอบด้วยกิจกรรม คือ ให้ความรู้ในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบโดยการจัดมุมทันตสุขภาพในชั้นเรียน บรรยายประกอบสื่อ อภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เสนอตัวแบบที่มีสุขภาพช่องปากที่ดี ฝึกปฏิบัติการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง ย้อมสีฟันเพื่อดูปริมาณคราบจุลินทรีย์

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ ลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 2.03, p - value < 0.001 ; 95 % CI : 1.56 ถึง 2.50) และต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 2.03, p - value < 0.001 ; 95 % CI : 1.62 ถึง 2.44) ผลของการเปลี่ยนแปลงสืบเนื่องจาก กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมในการเพิ่มทักษะความรู้ในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ คือด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ด้านการสื่อสารในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ด้านการตัดสินใจในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ด้านการจัดการตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ด้านการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบและการสาธิต ฝึกแปรงฟัน และการใช้ไหมขัดฟันที่ถูกวิธีด้วยวิธีการแปรงฟันแบบ 222 จากนั้นมีการประเมินประสิทธิภาพของการแปรงฟัน โดยการย้อมสีฟันเพื่อดูปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสตายุ ผลแก้ว, และ

คณะ (2564)¹² ได้ศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ต่ำกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับความรู้เรื่องโรคเหงือกอักเสบ การแปรงฟันที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุภารัตน์ ทุมแก้ว (2560)¹¹ ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมทันตสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ตำบลเมืองเก่าพัฒนา อำเภอเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ต่ำกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับความรู้ในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ฝึกปฏิบัติการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง ฝึกปฏิบัติการการแปรงฟันที่ถูกวิธีโดยใช้ไหมเคลือบฟร้อมบรรยาย และมีการวัดประสิทธิภาพของการแปรงฟันโดยการย้อมสีฟันเพื่อดูปริมาณคราบจุลินทรีย์ ให้กลุ่มตัวอย่างเคี้ยวเม็ดสีย้อมฟันใช้ลิ้นกวาดสีให้ติดทุกด้านของซี่ฟันทุกซี่ ทั้งฟันบนและฟันล่าง จากนั้นบ้วนน้ำออก 1 ครั้ง แล้วแปรงฟัน และตรวจเพื่อนับจำนวนด้านที่ติดสี หากพบด้านที่ติดสีก็ให้ความรู้ในการแปรงฟันที่ถูกต้องเพิ่มเติม

สรุป

ผลของโปรแกรมความรู้ด้านทันตสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม มีประสิทธิภาพเพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ โดยจากการจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะความรู้ด้านทันตสุขภาพ คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ด้านการสื่อสารในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ด้านการตัดสินใจในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ด้านการจัดการตนเองในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ และด้านการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ด้วยวิธีการ การบรรยาย สาธิต ฝึกปฏิบัติ ร่วมกับใช้ "นวัตกรรม คม ชัด ลึก" ประกอบการบรรยายสาธิต และการสนับสนุนทางสังคม ในด้านการให้ข้อมูล ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านวัสดุ สิ่งของ และการเงิน ทำให้เกิดการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบได้อย่างถูกต้อง และส่งผลให้ปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคเหงือกอักเสบลดลง

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมความรู้ด้านทันตสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในรูปแบบออนไลน์อย่างต่อเนื่องและพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคเหงือกอักเสบโดยใช้แอปพลิเคชัน เพื่อเป็นการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุนอุดหนุนและส่งเสริมการทำวิทยานิพนธ์จากศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามเปี้ย ตำบลภูทอง อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคามที่อำนวยความสะดวกด้านสถานที่และอุปกรณ์ในการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Assembly. (2021). Seventy-fourth World Health Assembly. Agenda item 13.2. [n.p.].
2. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การเสริมสร้างสุขภาพช่องปาก ประสพสุขภาพที่ดีในทุกช่วงวัยของชีวิต. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2555
3. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2560
4. งานทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขามเปี้ย ตำบลภูทอง อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม. รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ กลุ่มวัยทำงาน พ.ศ.2564. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขามเปี้ย; 2564

5. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ความรู้พื้นฐานสำหรับการดูแลสุขภาพช่องปาก. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2562
6. Quigley, G., & Hein, J.W. Comparative Clean-sing Efficacy of Manual and Power Brushing. Journal of American Dentistry Association 1962; 1(2): 101 - 105.
7. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2563 พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักทันตสาธารณสุขกรมอนามัย; 2563
8. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ความฉลาดทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นิเวศธรรมดาการพิมพ์; 2554
9. ศุภศิลป์ ศิริรักษา. ผลของโปรแกรมความรู้ด้านทันตสุขภาพขั้นพื้นฐานเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7. วารสารสภาสาธารณสุขชุมชน 2562; 3(1): 65 - 76
10. House, J.S. The Association of Social Relationship and activities with mortality: Community health study. American Journal Epidemiology 1981; 3(7) : 25 - 30
11. ยุภารัตน์ ทูมแก้ว. ผลของโปรแกรมทันตสุศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้น ประถมศึกษาปีที่ 6 ตำบลเมืองเก่าพัฒนา อำเภอเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตภิบาล 2560; 29(1): 36 - 48
12. สดายุ ผลแก้ว และธนกาญจน์ พรหมสาขา. ผลของโปรแกรมทันตสุศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ของนักเรียน ชั้นมัธยมปีที่ 3. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา 2564; 1(1): 61 - 76
13. วุฒิพงศ์ ณะขว้าง. ประสิทธิภาพโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณร โรงเรียนพระปริยัติธรรม อำเภอท่าม่วง จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2564; 7(1): 87 - 97
14. ศิริภา คงศรี. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพช่องปากโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข.วารสารทันตภิบาล 2564; 32(1): 51 - 66
15. กนกวรรณ ศรีธากุล และพรสุข หุ่นนิรันดร์. การพัฒนารูปแบบของความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของนักเรียนประถมศึกษาใน เขตสุขภาพที่ 5. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2562; 13(4): 135 - 149.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่น

ธีระวรราช บุตรโพธิ์ศรี¹ นาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ^{2*}

¹นักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์สาขาสังคมศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

โรคโควิด-19 (COVID-19) เป็นโรคอุบัติใหม่ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากมีการระบาดใหญ่ไปทั่วโลก การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่น เป็นการศึกษาเชิงทดลองสองกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองคือ อสม.ตำบลบ้านโคก จำนวน 33 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ อสม.ตำบลกุดธาตุ จำนวน 33 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย กิจกรรม อสม.เข้าถึงได้ อสม.เข้าใจดี อสม.มีไต่ตรงต่อ อสม.ทดลองทำ กิจกรรม ปฏิบัติจริง และกิจกรรมสรุปการเรียนรู้ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการส่งเสริมการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขตามปกติ ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 10 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการปฏิบัติการณ์เฝ้าระวังโรคโควิด-19 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Independent t – test และ Paired t – test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า 1) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference 4.33, 95%CI 3.81 ถึง 4.79, $p < 0.001$) และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference 4.42, 95%CI 3.97 ถึง 4.87, $p < 0.001$) และ 2) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการณ์เฝ้าระวังโรคโควิด-19 สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference 8.33, 95%CI 7.36 ถึง 9.30, $p < 0.001$) และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference 10.69, 95%CI 9.70 ถึง 11.69, $p < 0.001$) การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 และพฤติกรรมเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ด้วยรูปแบบการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 “สอบติด ร. ม3” ร่วมกับกิจกรรมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ/การเฝ้าระวังโรคโควิด-19 / อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

*Corresponding author: นาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ, อีเมล: Natnpa@kku.ac.th, โทร 0843641458

Received: June 15, 2022 / Revised: August 8, 2022 / Accepted: August 25, 2022

Effects of Health Literacy Promotion Program for COVID-19 Surveillance Behavior among Village Health Volunteers in Nongnakhom District Khonkaen Province

Tirawat Bootposri¹ Natnapa Heebkaew Padchasuwan^{2*}

¹Master of Public Health in Health Education and Health Promotion

²Assistant Professor, Department of Public Health Administration Health Promotion Nutrition
Faculty of Public Health Khon Kaen University

Abstract

COVID-19 is an emerging disease that is considered a major public health problem. Because due to a global pandemic. This research purpose is to study the effects of a health literacy promotion program on COVID-19 surveillance behavior among village health volunteers (VHV) in Bangkok Sub-District, Nongnakhom District, Khonkaen Province. This is quasi-experimental research. The subjects were Bangkok Sub-District village health volunteers, which consisted of 33 experimental groups, and Kudtad Sub-District village health volunteers, which consisted of 33 compared groups. The experimental group received a health literacy promotion program for the behavior of surveillance for COVID-19 created by researchers, including VHV Access, VHV Understanding, VHV Appraisal, and VHV Application, True operations, Learning summary and the comparison group was encouraged to conduct COVID-19 surveillance according to the standards of the Ministry of Health as usual. It takes 10 weeks to complete the experimental process. Data was collected with questionnaires, including general information, health literacy, and surveillance operations for COVID-19. The data was analyzed using techniques such as the descriptive statistics the independent t-test and paired t-test. The statistical significance level was set at 0.05.

The results found that: 1) After the experiment, the experimental group had average health literacy scores for COVID-19 Surveillance that were statistically significantly higher than the comparison (Mean difference 4.33, 95%CI 3.81–4.79, $p < 0.001$). and were statistically significantly higher than control groups (Mean difference 4.42, 95% CI 3.97–4.87, $p < 0.001$). And 2) After the experiment, the experimental group had an average COVID-19 surveillance operation that was statistically significantly higher than the comparison (Mean difference = 8.33, 95%CI 7.36–9.30, $p < 0.001$). And they were statistically significantly higher than (Mean difference 10.69, 95% CI 9.70–11.69, $p < 0.001$). Therefore, Health Literacy Promotion Program on COVID-19 Surveillance Behavior can be applied to develop health literacy in COVID-19 surveillance and behavior of surveillance for COVID-19 in the village health volunteers with the COVID-19 surveillance model “SOB. TID. ROW. MOR3” together with health literacy activities created by the researcher.

Keywords: Health Literacy promotion program/COVID-19 Surveillance/Village Health Volunteers

*Corresponding author: Natnapa Heebkaew Padchasuwan, E-mail: Natnpa@kku.ac.th, Tel: 0843641458

Received: June 15, 2022 / Revised: August 8, 2022 / Accepted: August 25, 2022

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 (COVID-19) เป็นโรคอุบัติใหม่เกิดจากเชื้อ Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) ถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจาก เป็นโรคที่มีการระบาดอย่างรวดเร็วกว่าโรคอุบัติใหม่หรือโรคอุบัติซ้ำชนิดอื่น และมีการระบาดใหญ่ไปทั่วโลก อาการของโรคมีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยบางรายติดเชื้อโดยไม่แสดงอาการ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักมีอาการไม่รุนแรง แต่บางรายมีภาวะปอดอักเสบรุนแรงจนเกิดระบบการหายใจล้มเหลว หรือมีอวัยวะหลายระบบล้มเหลวจนนำไปสู่การเสียชีวิตได้ในที่สุด¹ พบการระบาดครั้งแรกที่ประเทศจีนเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ซึ่งเป็นแหล่งเกิดการระบาดใหญ่และได้แพร่ขยายออกอย่างกว้างขวางในประเทศจีน ต่อมาพบว่า มีการรายงานผู้ป่วยด้วยไวรัสชนิดนี้ในประเทศอื่นหลายประเทศทั่วโลก จากข้อมูลผู้ติดเชื้อตั้งแต่มีการระบาดจนถึงเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2564 ทั่วโลกสูงถึง 200 ล้านคน เสียชีวิตแล้วกว่า 4 ล้านคน และในประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อ จำนวน 1,912,678 คน และมีผู้เสียชีวิตสะสม 19,336 คน² สำหรับจังหวัดขอนแก่นมีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสม ณ เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2564 ทั้งหมด 21,013 คน และมีผู้เสียชีวิตทั้งหมด 72 คน โดยในช่วงเดือนเมษายน 2564 มีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มจำนวนมากขึ้นในอัตราที่สูง และมีการกระจายไปในหลายพื้นที่อย่างรวดเร็วจากการเดินทางของประชาชน และพบการติดเชื้อแบบกลุ่มก้อนในหลายพื้นที่ที่แพร่กระจายไปสู่ชุมชนและครอบครัว³ ทั้งนี้อำเภอหนองนาคำ พบผู้ติดเชื้อสะสม 217 คน ยังไม่มีผู้เสียชีวิต โดยแบ่งเป็นผู้ตรวจพบเชื้อซึ่งมีผลการยืนยันและเดินทางเข้ารับการรักษาในอำเภอหนองนาคำ จำนวน 50 คน และเป็นผู้ที่มีประวัติสัมผัสผู้ติดเชื้อยืนยัน ทำการส่งตรวจแล้วพบเชื้อ จำนวน 167 คน เป็นการพบเชื้อจากผู้ติดเชื้อจากจังหวัดอื่นและขอกลับมารักษาที่จังหวัดขอนแก่น ซึ่งยังไม่พบการระบาดในพื้นที่⁴

จากการระบาดที่เกิดขึ้นในประเทศไทยทำให้ทั่วโลกได้เห็นถึงอีกหนึ่งบทบาทสำคัญของบุคคลในการควบคุม ฝ่าระวังและป้องกันโรค คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หนึ่งในบทบาทและหน้าที่ของ อสม.ตามมาตรฐานการสาธารณสุขมูลฐาน คือ การเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น การเฝ้าระวังปัญหาโภชนาการ การเฝ้าระวังด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และการเฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อในพื้นที่⁵ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ มีการรณรงค์กิจกรรม อสม. เคาะประตูบ้าน เพื่อเป็นการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค⁶

จากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงกับการรู้หนังสือและการนำมาซึ่งความรู้ของประชาชน รวมไปถึงแรงจูงใจและความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินค่าและประยุกต์ใช้ข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อประกอบการตัดสินใจที่จะพิจารณาในการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน หรือเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดียิ่งขึ้น⁷ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การเข้าถึง (Access) การเข้าใจ (Understand) การประเมิน (Appraise) และการประยุกต์ใช้ (Apply) ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านนี้มีความครอบคลุมและเพียงพอต่อการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 นอกจากนี้ความรู้ด้านสุขภาพได้ถูกนำไปใช้ในด้าน การดูแลสุขภาพ (Health care) การป้องกันโรค (Disease prevention) การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) และจากการทบทวนการศึกษาของ Arunothai Pathan and Sirima Mongkolsomlit (2020)⁸ เรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลเมืองปทุมธานี พบว่า 1) ภายจากหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อสม. ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ($\bar{X}$ =63.75, S.D.=9.98) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X}$ =39.78, S.D.=8.39) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.001$) และ 2) อสม. ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}$ =63.75, S.D.=9.98) สูงกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X}$ =41.65, S.D.=9.37) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทำให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพนั้นมีประสิทธิผลและสามารถนำไปพัฒนาสู่การเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-19 สำหรับ อสม.ได้

จากข้อมูลดังกล่าวมาข้างต้น การเฝ้าระวังโรคโควิด-19 โดย อสม. เป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นที่จะต้องมีการดำเนินการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากโรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ซึ่งต้องอาศัยการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมและมีการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ผ่านสื่อต่างๆ นั้น อสม. จึงต้องอาศัยการประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ และอีกทั้งเป็นการส่งเสริมให้ อสม. ได้มีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ที่จะนำมาซึ่งความรู้ รวมไปถึงแรงจูงใจและความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินค่าและประยุกต์ใช้ข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อประกอบการตัดสินใจที่จะพิจารณาในการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ของ อสม. ได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านโคก อำเภอนongนาคำ จังหวัดขอนแก่น

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ก่อนและหลัง การทดลอง ทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในเรื่องต่อไปนี้

- 2.1.1 การเข้าถึงข้อมูลโรคโควิด-19
- 2.1.2 การเข้าใจข้อมูลโรคโควิด-19
- 2.1.3 การประเมินข้อมูลโรคโควิด-19
- 2.1.4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลโรคโควิด-19

2.2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ก่อนและหลังการทดลอง ทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ที่สอดคล้องกับมาตรการระดับประเทศ และระดับจังหวัด เพื่อใช้ในการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ภายในตำบลบ้านโคก อำเภอนongนาคำ จังหวัดขอนแก่น ด้วยรูปแบบการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น คือ “**สอบ ดิด ร. ม3**” มีรายละเอียดดังนี้

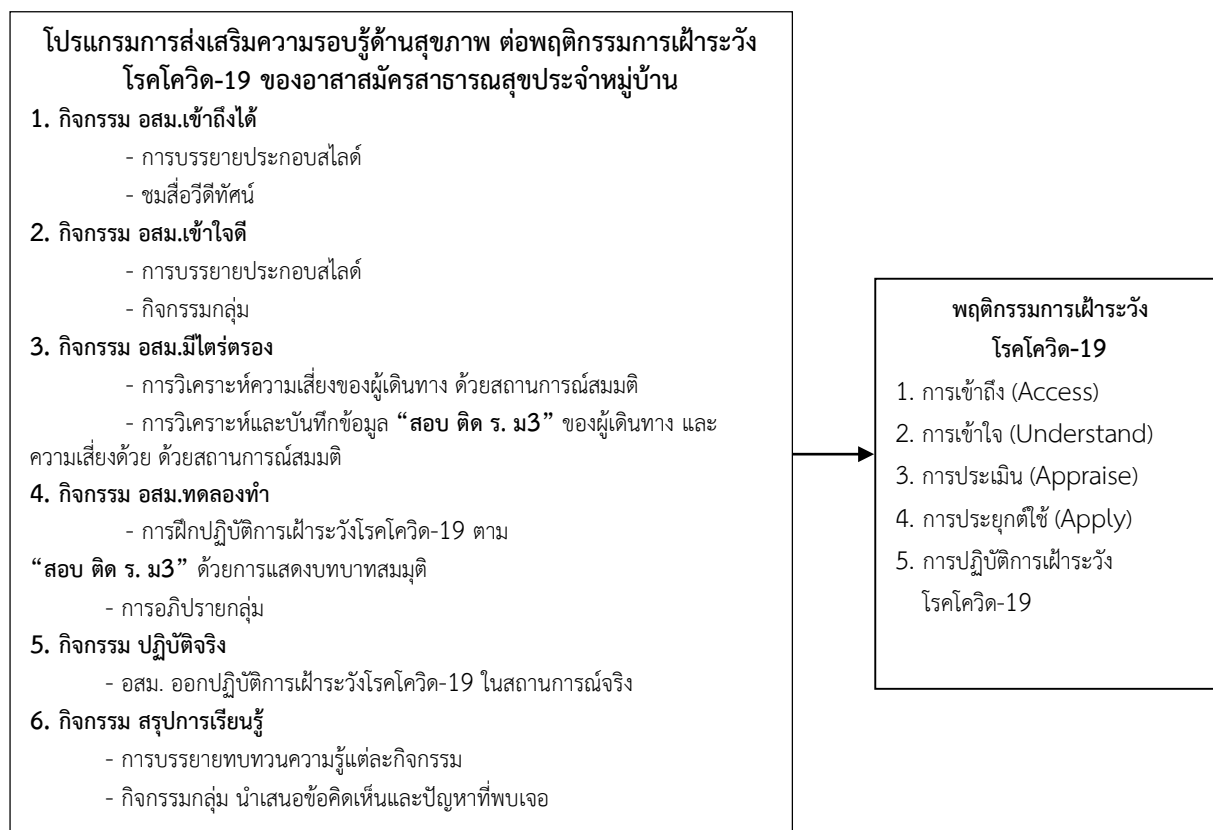
สอบ หมายถึง สอบถามประวัติเพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ของผู้ที่เดินทางเข้ามาในพื้นที่ ได้แก่ การเคยสัมผัสผู้ติดเชื้อโควิด-19 ก่อนเดินทางมา 14 วัน, พื้นที่ต้นทางเป็นพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคโควิด-19, พาหนะที่ใช้ในการเดินทาง, ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19

ดิด หมายถึง ติดตามอาการ ระหว่างการกักตัว ได้แก่ อาการมีไข้ ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ สูญเสียการได้กลิ่น สูญเสียการรับรส หอบเหนื่อย และติดตามการปฏิบัติตามมาตรการการกักตัว รวมถึงให้คำแนะนำข้อปฏิบัติระหว่างการกักตัว แก่ผู้ที่เจ้าพนักงานควบคุมโรคในพื้นที่แนะนำให้กักตัว

ร หมายถึง รายงานข้อมูลผู้เดินทางที่มาจากต่างจังหวัดตามแบบรายงาน “**สอบ ดิด ร. ม3**” แก่เจ้าหน้าที่ผ่านทางไลน์กลุ่ม

ม3 ได้แก่ มือ แมส เมตร หมายถึง การล้างมือทุกครั้งหลังการสัมผัสสิ่งของระหว่างการปฏิบัติงาน, การสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลาระหว่างการปฏิบัติงาน, ระหว่างการปฏิบัติงานให้เว้นระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อยหนึ่งเมตร

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) ประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest – posttest design) โดยใช้แบบสอบถาม 3 ส่วน ประกอบด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่วนที่ 3 การปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ประชากรที่ศึกษา กลุ่มทดลอง คือ อสม.ที่ปฏิบัติงานในเขต รพ.สต.บ้านโคก ตำบลบ้านโคก อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ อสม. ที่ปฏิบัติงานในเขต รพ.สต.กุดธาตุ ตำบลกุดธาตุ อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีระยะทางห่างกัน เท่ากับ 12 กิโลเมตร

ทั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE 652008 เมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565

- 1. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria)**
 - มีสมาร์ทโฟน
 - ยินดี และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย
- 2. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากกรวิจัย (Exclusion criteria)**
 - เป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคโควิด-19 เช่น ปวดกล้ามเนื้อ
- 3. เกณฑ์การถอนกลุ่มตัวอย่างจากการวิจัย (Withdrawal criteria)**
 - ขอลถอนตัวจากการวิจัย
 - ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบทุกครั้ง
 - ลาออกจากการเป็น อสม. หรือเสียชีวิต

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันโดยใช้สูตรการคำนวณของ เซษฐา งามจรัส⁹ โดยใช้ผลการศึกษาของ เอื้อจิต พูลสุขและคณะ¹⁰ ดังนี้

$$n = \frac{(Z_1 - \frac{a}{2} + Z_1 - \beta)^2 [\sigma_1^2 + \frac{\sigma_2^2}{r}]}{\Delta^2}$$

$$n = 26$$

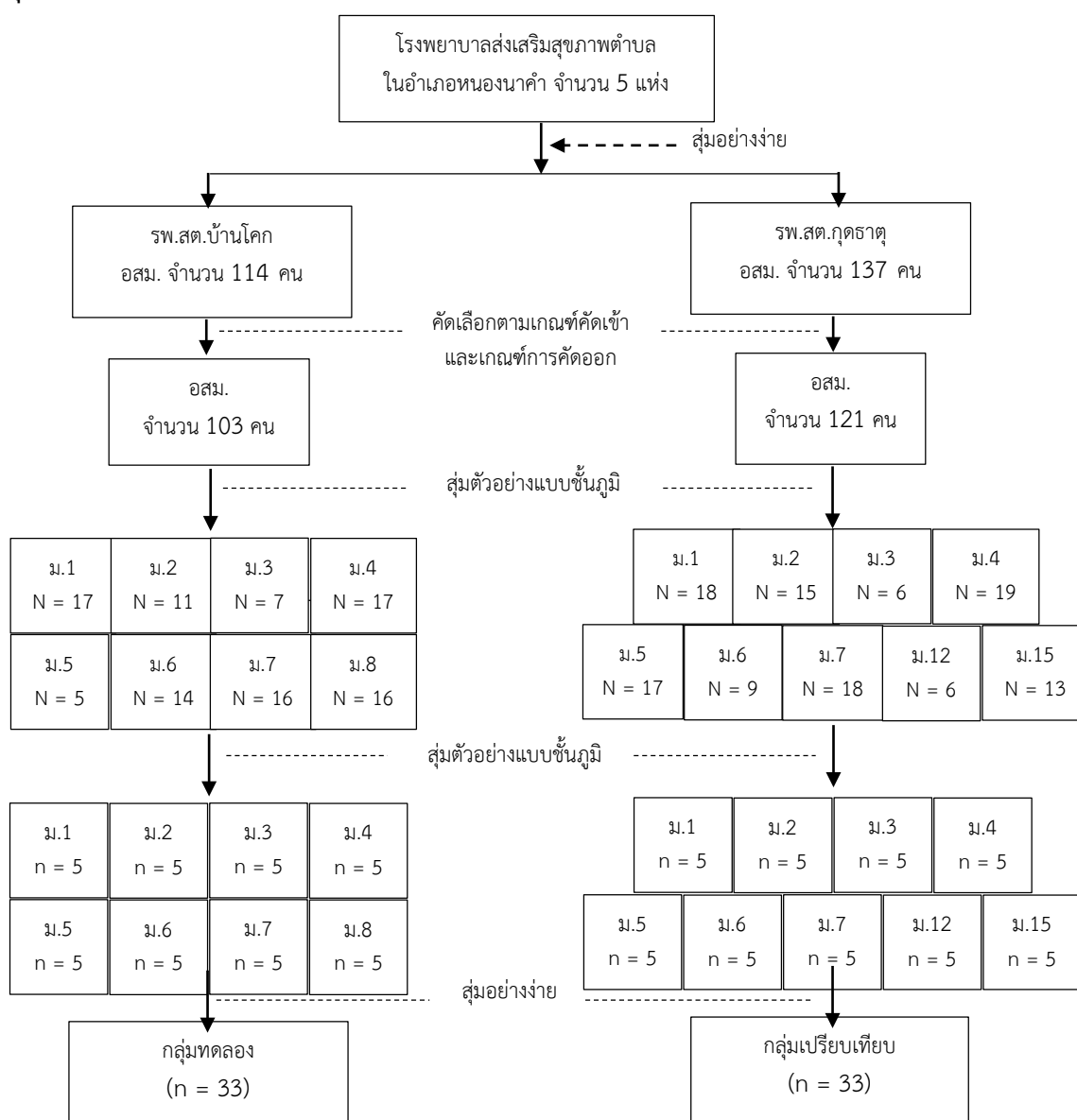
ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงมีการปรับขนาดตัวอย่างที่คาดว่าจะสูญหาย ร้อยละ 10 จากสูตรคำนวณของอรุณ จิรวัดน์กุล¹¹ $n_{adj} = \frac{n}{(1-R)^2}$

$$\text{แทนค่าในสูตร } n_{adj} = \frac{26}{(1-10)^2}$$

$$n_{adj} = 32.09 \text{ หรือเท่ากับ } 33 \text{ คน}$$

ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 33 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 33 คน

การสุ่มตัวอย่าง



เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

คือ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ใช้ระยะเวลาทดลอง 10 สัปดาห์ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ใช้ระยะเวลากิจกรรมละ 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมทุกสัปดาห์ รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการเฝ้าระวังโรคโควิด-19

สัปดาห์ที่	กิจกรรม	หัวข้อ	วิธีการ	สื่อและอุปกรณ์
1	1. อสม.เข้าถึงได้	- ช่องทางในการสืบค้นข้อมูลโรคโควิด-19 - ความน่าเชื่อถือของข้อมูล - สาเหตุ อาการ พฤติกรรมเสี่ยง และ - บทบาทการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ของ อสม.	- การบรรยาย - ชมสื่อวีดิทัศน์	- สไลด์นำเสนอ - เว็บไซต์, Line, Facebook - Youtube
2	2. อสม.เข้าใจดี	- ทบทวนความรู้โรคโควิด-19 - สรุปประเด็นความรู้โรคโควิด-19	- การบรรยาย - กิจกรรมกลุ่ม/ นำเสนอ	- สไลด์นำเสนอ - กระดาษปรีฟ/ปากกา
3	3. อสม.มีใครตรง	- วิเคราะห์ความเสี่ยงของผู้เดินทาง - การบันทึก “สอบ ติด ร. ม3”	- กิจกรรมกลุ่ม - กิจกรรมกลุ่ม/ นำเสนอ	- สถานการณ์สมมติ - แบบรายงานการเฝ้าระวัง โรคโควิด-19 “สอบ ติด ร. ม3” ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น - กระดาษปรีฟ/ปากกา
4	4. อสม.ทดลองทำ	- ฝึกปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ตาม “สอบ ติด ร. ม3”	- กิจกรรมกลุ่ม - แสดงบทบาทสมมติ	- สถานการณ์สมมติ
5-9	5. ปฏิบัติจริง	- ปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ในพื้นที่จริง	- ออกปฏิบัติการเฝ้า ระวังโรคโควิด-19 และรายงานตาม “สอบ ติด ร. ม3”	- แบบรายงานการเฝ้าระวัง โรคโควิด-19 “สอบ ติด ร. ม3” ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น - ติดตามการรายงานผ่าน กลุ่มไลน์
10	6. สรุปการเรียนรู้	- ทบทวนความรู้โรคโควิด-19 - แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เสนอปัญหาที่ พบ เสนอแนวทางการแก้ไข	- เวทีแลกเปลี่ยน	- กระดาษปรีฟ/ปากกา

ผลการวิจัย

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความคล้ายคลึงกันคือ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 87.88 และ กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 84.85) อยู่ในกลุ่มอายุ 51 – 60 ปี (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 51.52 และ กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 48.48) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 52.53 และ กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 48.48) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 84.85 และ กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 87.88) มีสถานภาพ สมรส/คู่ (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 63.64 และ กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 68.69) มีจำนวน หลังเรือนที่รับผิดชอบ 10 – 14 หลังคาเรือน (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 84.85 และ กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 84.85)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังโรคโควิด-19	กลุ่มทดลอง (n = 33)					กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 33)				
	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95%CI	P - value	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95%CI	P - value
การเข้าถึงข้อมูล										
ก่อนทดลอง	11.15	1.77	5.40	4.45 ถึง 6.34	< 0.001	10.61	1.62	0.54	-0.31 ถึง 1.41	0.205
หลังทดลอง	16.55	1.90				11.15	1.72			
การเข้าใจข้อมูล										
ก่อนทดลอง	12.06	1.43	4.52	3.75 ถึง 5.28	< 0.001	12.09	1.57	0.24	-0.67 ถึง 1.15	0.590
หลังทดลอง	16.58	1.58				12.33	1.96			
การประเมินข้อมูล										
ก่อนทดลอง	11.97	1.07	3.91	3.88 ถึง 4.94	< 0.001	11.94	0.83	0.03	-0.55 ถึง 0.49	0.906
หลังทดลอง	15.88	2.49				11.90	1.23			
การประยุกต์ใช้										
ก่อนทดลอง	12.87	1.45	3.89	2.98 ถึง 4.78	< 0.001	12.52	0.79	0.51	-0.08 ถึง 1.11	0.088
หลังทดลอง	16.76	2.14				13.03	1.45			
รวมความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน										
ก่อนทดลอง	12.02	1.43	4.42	3.97 ถึง 4.87	< 0.001	11.79	1.20	0.31	-0.78 ถึง 1.14	0.630
หลังทดลอง	16.44	2.02				12.10	1.60			

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังโรคโควิด-19	ก่อนทดลอง (n = 33)					หลังทดลอง (n = 33)				
	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95%CI	P - value	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95%CI	P - value
การเข้าถึงข้อมูล										
กลุ่มทดลอง	11.15	1.77	0.54	-0.29 ถึง 1.38	0.196	16.55	1.90	5.39	4.50 ถึง 6.29	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	10.61	1.62				11.15	1.72			
การเข้าใจข้อมูล										
กลุ่มทดลอง	12.06	1.43	0.03	-0.77 ถึง 0.71	0.935	16.58	1.58	4.25	3.37 ถึง 5.11	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	12.09	1.57				12.33	1.96			
การประเมินข้อมูล										
กลุ่มทดลอง	11.97	1.07	0.03	-4.44 ถึง 0.50	0.898	15.88	2.49	3.90	2.99 ถึง 4.95	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	11.94	0.80				11.90	1.23			

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ความรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังโรคโควิด-19	ก่อนทดลอง (n = 33)					หลังทดลอง (n = 33)				
	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95%CI	P - value	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95%CI	P - value
การประยุกต์ใช้										
กลุ่มทดลอง	12.87	1.45	0.35	-0.21 ถึง 0.94	0.211	16.76	2.14	3.73	2.83 ถึง 4.62	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	12.52	0.79				13.03	1.35			
รวมความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน										
กลุ่มทดลอง	12.01	1.56	0.22	-0.31 ถึง 1.26	0.208	16.44	2.36	4.33	3.81 ถึง 4.79	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	11.79	1.27				12.11	1.56			

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคโควิด-19	กลุ่มทดลอง (n = 33)					กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 33)				
	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95%CI	P - value	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95%CI	P - value
ก่อนทดลอง	17.76	1.97	10.69	9.70 ถึง 11.69	< 0.001	17.30	1.74	2.82	1.79 ถึง 3.85	< 0.001
หลังทดลอง	28.45	1.95				20.12	1.99			

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

การปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคโควิด-19	ก่อนทดลอง (n = 33)					หลังทดลอง (n = 33)				
	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95%CI	P - value	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95%CI	P - value
กลุ่มทดลอง	17.76	1.97	0.46	-0.46 ถึง 1.37	0.324	28.45	1.95	8.33	7.36 ถึง 9.30	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	17.30	1.74				20.12	1.99			

อภิปรายผลการวิจัย

การเข้าถึงข้อมูลโรคโควิด-19 จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการเข้าถึงข้อมูลโรคโควิด-19 แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 4.50 – 6.29 ; p-value <0.001) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนการเข้าถึงข้อมูลโรคโควิด-19 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 5.39 คะแนน และภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการเข้าถึงข้อมูลโรคโควิด-19 แตกต่างจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 4.45-6.34 ; p-value <0.001) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนการเข้าถึงข้อมูลโรคโควิด-19 สูงกว่าก่อนการทดลองเท่ากับ 5.40 คะแนน ซึ่งการที่มีคะแนนการเข้าถึงข้อมูลโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้นนั้น เกิดจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรม อสม.เข้าถึงได้ ประกอบไปด้วย การบรรยายในหัวข้อ ช่องทางการสืบค้นข้อมูลโรคโควิด-19 จากสื่อ social media เช่น Google Line Facebook การชมสื่อวีดิทัศน์ในเรื่อง สาเหตุ อาการ พฤติกรรมเสี่ยง และบทบาทการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ของ อสม. ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Arunothai Pathan and Sirima Mongkolsomlit (2020)⁸ ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 4 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรม อสม.เข้าถึงข้อมูล เป็นการบรรยายด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจิต การเข้าถึงสายด่วนออนไลน์สุขภาพจิต ผ่านช่องทางข้อความของ

เพชบุ๊ค ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยด้านการเข้าถึงข้อมูลแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Rojanat Choojai et al. (2021)¹² ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 7 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรม การพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลโดยใช้การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ เป็นการนำเสนอ สื่อวีดีโอและภาพนิ่งประกอบ โดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนความรู้ บรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคโควิด-19 อันตรายและผลกระทบ ปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ต่อการเกิดโรคโควิด-19 การป้องกันโรค โดยใช้สื่อวีดีโอ สสส. เรื่องการป้องกันโรคโควิด-19 และสาธิตย้อนกลับการเลือกสื่อความรู้จากแหล่งความรู้ทางอินเทอร์เน็ต ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยด้านการเข้าถึงข้อมูลสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

การเข้าใจข้อมูลโรคโควิด-19 จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการเข้าใจข้อมูลโรคโควิด-19 แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($95\% \text{ CI} = 3.37 - 5.11$; $p\text{-value} < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนการเข้าใจข้อมูลโรคโควิด-19 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 4.25 คะแนน และภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการเข้าใจข้อมูลโรคโควิด-19 แตกต่างจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($95\% \text{ CI} = 3.75 - 5.28$; $p\text{-value} < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนการเข้าใจข้อมูลโรคโควิด-19 สูงกว่าก่อนการทดลองเท่ากับ 4.52 คะแนน ซึ่งการที่มีคะแนนการเข้าใจข้อมูลโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้นนั้น เกิดจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรม อสม.เข้าใจดี ประกอบด้วยการบรรยายทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และทำกิจกรรมกลุ่มย่อยเพื่อสรุปประเด็นความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 บทบาทการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ของ อสม. และนำเสนอการสรุปประเด็นของแต่ละกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Arunothai Pathan and Sirima Mongkolsomlit (2020)⁹ ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 4 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรม อสม.เข้าใจ โดยเป็นการบรรยายถึงอาการพฤติกรรมเสี่ยง ความรุนแรง ความเปราะบางของกลุ่มผู้สูงอายุ และมีการแบ่งกลุ่มวิเคราะห์บริบทของชุมชนตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยด้านการเข้าใจข้อมูลแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Rojanat Choojai et al. (2021)¹² ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 7 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรม การพัฒนาทักษะความเข้าใจในข้อมูล เป็นการสร้างความตระหนักในการส่งเสริม ป้องกันโรค ฟันฟูโรค ที่เกิดจากพฤติกรรมการเสี่ยง และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มผ่านกระดานนำเสนอผลงาน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยด้านการเข้าใจข้อมูลสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

การประเมินข้อมูลโรคโควิด-19 จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการประเมินข้อมูลโรคโควิด-19 แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($95\% \text{ CI} = 2.99 - 4.95$; $p\text{-value} < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนการประเมินข้อมูลโรคโควิด-19 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 3.98 คะแนน และภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการประเมินข้อมูลโรคโควิด-19 แตกต่างจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($95\% \text{ CI} = 2.88 - 4.94$; $p\text{-value} < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนการเข้าใจข้อมูลโรคโควิด-19 สูงกว่าก่อนการทดลองเท่ากับ 3.91 คะแนน ซึ่งการที่มีคะแนนการประเมินข้อมูลโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้นนั้น เกิดจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรม อสม.มีเฝ้าระวัง ประกอบด้วย การบรรยายเรื่อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลโรคโควิด-19 และการฝึกปฏิบัติการจัดกลุ่มความเสี่ยงของผู้เดินทาง และการบันทึกข้อมูลในรายงาน “สอบ ดีด ร. ม3” และการแบ่งกลุ่ม อสม. โดยแต่ละกลุ่มจะได้รับสถานการณ์สมมติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยให้อสม. จัดกลุ่มความเสี่ยงของผู้เดินทางตามสถานการณ์ที่ได้รับ พร้อมด้วยการบันทึกในรายงาน “สอบ ดีด ร. ม3” และนำเสนอหน้าชั้นเรียน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Arunothai Pathan and Sirima Mongkolsomlit (2020)⁹ ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 4 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรม อสม.ตัดสินใจ มีการแบ่งกลุ่ม และให้โจทย์สมมติสถานการณ์กับแต่ละกลุ่ม แล้วให้ช่วยกันวิเคราะห์เหตุการณ์ว่าควรตัดสินใจและมีจุดยืนอย่างไร ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยด้านการตัดสินใจข้อมูลแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Rojanat Choojai et al. (2021)¹² ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 7 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรม การพัฒนาทักษะการตัดสินใจและทักษะการรู้เท่าทันสื่อ เป็นการ แบ่งกลุ่มระดมความคิดเห็นจากข้อความโฆษณาการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 3-5 ข้อความ วิเคราะห์ว่าข้อความนั้นถูกต้อง น่าเชื่อถือหรือไม่อย่างไร มีวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือหรือความถูกต้องของข้อความนั้นอย่างไรบ้าง และการสาธิตวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ของสื่อจากเว็บไซต์ที่เชื่อถือได้ เช่น องค์การอาหารและยา มูลนิธิหมอชาวบ้าน กองสุศึกษา กระทรวง สาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยด้านการประเมินข้อมูลสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

การประยุกต์ใช้ข้อมูลโรคโควิด-19 จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการประยุกต์ใช้ข้อมูลโรคโควิด-19 แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 2.83 – 4.62 ; p -value < 0.001) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนการประยุกต์ใช้ข้อมูลโรคโควิด-19 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 3.73 คะแนน และภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการประยุกต์ใช้ข้อมูลโรคโควิด-19 แตกต่างจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 2.98-4.78; p -value < 0.001) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนการเข้าใจข้อมูลโรคโควิด-19 สูงกว่าก่อนการทดลองเท่ากับ 3.89 คะแนน ซึ่งการที่มีคะแนนการประยุกต์ใช้ข้อมูลโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้นนั้น เกิดจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรม อสม.ทดลองทำประกอบด้วย การฝึกปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ตาม “สอบ ทิต ร. ม3” โดยการแบ่งกลุ่ม อสม. โดยแต่ละกลุ่มจะได้รับสถานการณ์สมมติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และให้ อสม. แสดงบทบาทสมมติในการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ตาม “สอบ ทิต ร. ม3” มีความสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีประสบการณ์ (cone of experience) ของ Dale (1969)¹³ โดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Dramatized Experience) ซึ่ง Dale เชื่อว่าสามารถช่วยให้ผู้เรียนจดจำขั้นตอนในการปฏิบัติได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Arunothai Pathan and Sirima Mongkolsomlit (2020)⁸ ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 4 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรม อสม.นำไปใช้ โดยได้สมมติเหตุการณ์ให้กับ อสม. เพื่อให้ อสม. วิเคราะห์ว่าหากพบเหตุการณ์ดังกล่าวจะนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมทั้ง 3 กิจกรรมมาใช้ได้จริงหรือไม่ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยด้านการนำไปใช้แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Rojanat Choojai et al. (2021)¹² ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 7 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรม เสนวาสะท้อนคิด ผ่านกลุ่มออนไลน์ เป็นการ จัดเวทีเสวนาสะท้อนคิด และอธิบายความเปลี่ยนแปลงผ่านกลุ่มออนไลน์โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม ในการประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 และให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์และตัดสินใจว่าจะเลือกปฏิบัติตาม หรือไม่ ด้วยเหตุผลใด การสะท้อนกลับด้านพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 นั้นที่กลุ่มทดลองและกระตุ้นเตือน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยด้านการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

การปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 จากผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนการปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 7.36 - 9.30; p -value < 0.001) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 8.33 คะแนน และภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 แตกต่างจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 9.70 - 11.69 ; p -value < 0.001) โดยกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 สูงกว่าก่อนการทดลองเท่ากับ 10.69 คะแนน ซึ่งการที่มีคะแนนการปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้นนั้น เกิดจากกลุ่มทดลองได้รับการชมเชยวิธีดีที่ค้นในเรื่อง สาเหตุ อาการ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 และบทบาทการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ของ อสม. ในกิจกรรม อสม.เข้าถึงได้ ทำให้กลุ่มทดลอง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รวมถึงมีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดแรงจูงใจและความตั้งใจในการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (The Protection Motivation Theory) ของ Rogers (1975)¹⁴ ที่ว่า หากบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และมีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง บุคคลนั้นจะแสดงออกถึงพฤติกรรมในการป้องกันโรคนั้นได้ และจากที่กลุ่มทดลองได้รับ กิจกรรม การปฏิบัติจริง เป็นการออกปฏิบัติจริง โดยผู้วิจัยจะทำการติดตามการปฏิบัติจากรายงาน “สอบ ทิต ร. ม3” ที่ อสม. ได้รายงาน ผ่านทางกลุ่มไลน์ที่สร้างไว้ มีความสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีประสบการณ์ (cone of experience) ของ Dale

(1969)¹³ โดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง (Direct Purposeful Experience) ที่ทำให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริง ซึ่ง Dale เชื่อว่าเป็นประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรมมากที่สุด และกิจกรรมสรุปการเรียนรู้ โดยการทบทวนความรู้ที่ อสม. ได้รับตลอดระยะเวลา 9 สัปดาห์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เสนอปัญหาที่พบเจอ และเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)⁷ ที่กล่าวว่าหากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูลสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพนั้น จะสามารถนำข้อมูลสุขภาพเหล่านี้ไปใช้เพื่อการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kritsapon Thepin et al. (2019)¹⁵ ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Rojanat Choojai et al. (2021)¹² ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนตะโก อำเภอมือง จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.035$) จากผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนการปฏิบัติกาเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด-19 มากกว่าก่อนการทดลอง 2.82 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($95\% \text{ CI} = 1.79\text{-}3.85$; $p\text{-value} < 0.001$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มเปรียบเทียบได้รับนโยบายให้เคร่งครัดในการปฏิบัติงานตามมาตรการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ที่ทางกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแนวทางขึ้น

สรุป

1. ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference 4.33 95%CI 3.81 – 4.79 $p < 0.001$) และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference 4.42 95%CI 3.97 – 4.87 $p < 0.001$)
2. ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกาเฝ้าระวังโรคโควิด-19 สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference 8.33 95%CI 7.36 – 9.30 $p < 0.001$) และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference 10.69 95%CI 9.70 – 11.69 $p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะ

1. การใช้รูปแบบการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 “สอบ ติด ร. ม3” ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ได้อย่างครอบคลุม ชัดเจน และถูกต้อง
2. การใช้สถานการณ์สมมติ ในการฝึกปฏิบัติงานการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 “สอบ ติด ร. ม3” ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสนใจ และเข้าใจกระบวนการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 “สอบ ติด ร. ม3” มากยิ่งขึ้น
3. ควรมีการรายงาน บันทึก จัดเก็บข้อมูล ของการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 “สอบ ติด ร. ม3” ในรูปแบบของดิจิทัล เพื่อให้เกิดความสะดวกในการนำข้อมูลมาใช้ และการจัดการข้อมูล
4. ควรนำโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 และรูปแบบการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 “สอบ ติด ร. ม3” ไปศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภออื่นๆ เพื่อเป็นการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และพัฒนาศักยภาพในการเฝ้าระวังโรคโควิด-19

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุนสนับสนุนมูลฐาน Fundamental Fund:FF ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น กองทุนส่งเสริมงาน. (This research was supported by the Fundamental Fund of Khon Kaen University , has received funding support from the National Science, Research and Innovation Fund (NSRF) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคก ตำบลบ้านโคก อำเภอนวนาคำ จังหวัดขอนแก่น ที่อำนวยความสะดวกในด้านสถานที่ และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Anuttra Ratnarathon. Coronavirus infectious disease-2019 (COVID-19) : a case report, the first patient in Thailand and outside China. *Journal of Bamrasnaradura Infect*, 2020; 14(2): 116-23
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ โควิด-19 อัปเดตรายวัน. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 31 ตุลาคม 2564]: เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/covid19-dashboard/>
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. ระบบสารสนเทศโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 : จังหวัดขอนแก่น. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 31 ตุลาคม 2564]: เข้าถึงได้จาก <https://covid19.kkpho.go.th/situation>
4. โรงพยาบาลหนองนาคำ. สถานการณ์ COVID-19 อำเภอหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่น. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 31 ตุลาคม 2564]: เข้าถึงได้จาก <https://datastudio.google.com/u/0/reporting>
5. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือ อสม.ยุคใหม่. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2554
6. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. ฐานข้อมูลภาพออนไลน์. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยและพัฒนาเพื่อการแปลงานวิจัยสุขภาพสู่การปฏิบัติ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559
7. Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 2012; 12(80): 1-13.
8. Arunothai Pathan & Sirima Mongkolsomlit. Effectiveness of Mental Health Care Literacy Promotion Program of Elderly People among Village Health Volunteers, Pathumthani Municipality Province. *Journal of Behavioral Science for Development (JBSD)*, 2020; 12(2): 215-232
9. เชษฐา งามจรัส. การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2564
10. เอื้อจิต พูนสุข และคณะ. ผลของโปรแกรมการพัฒนารอบรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2563: 29 (3): 419-429
11. อรุณ จีรวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : บริษัทวิทยพัฒน์จำกัด; 2552
12. Rojanat Choojai, Chonticha Boonsiri and Kamonporn Patcheep. Effects of a Health Literacy Enhancement Program for COVID-19 Prevention on Health Literacy and Prevention Behavior of COVID-19 among Village Health Volunteers in Don Tako Sub-district, Mueang District. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 2021; 8(1): 250-262.
13. Dale, E. Audio-visual methods in teaching (3rded.). New York : Dryden Press; 1969
14. Roger R.W. Protection Motivation Theory Health Education Research Theory and Practice. 1986: 153-161
15. Kritsapon Thepin, Sutteepon Moolsart and Napaphen Jantacumma. Effectiveness of a Health Literacy Developmental Program in Patients with Uncontrolled Hypertension. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 2019; 11(1): 197-212.

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา

จุน หน่อแก้ว^{1*} นาฏนภา หีบแก้ว ปัตตาสวรรณ์² จิรายุทธ์ เชื้อตานาม³ ประภาธิดา ศรีจันลา⁴
กมลพัชร วิสุทธิภักดี⁵ ชวัลญญา รัตนพิบูลย์⁶

^{1*} คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล นครราชสีมา

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ กลุ่มงานวิชาการและหลักสูตร โครงการจัดตั้งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์

⁴ คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

⁵ คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยทองสุข

⁶ รองศาสตราจารย์ สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนด้วยการเสริมพลังแกนนำชุมชนในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดของโรคพยาธิใบไม้ในตับในเขตอำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างคือ แกนนำชุมชนที่มีอายุ 18-60 ปี เขตตำบลขุนทอง อำเภอบัวใหญ่ จำนวน 40 คน เป็นกลุ่มทดลอง และในเขตตำบลบึงสำโรง อำเภอแก้งสนามนาง จำนวน 40 คน เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ โดยการสุ่มแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ (1) โปรแกรมการเสริมพลังแกนนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกิจกรรม จำนวน 12 สัปดาห์ (2) แบบสัมภาษณ์ด้านข้อมูลทั่วไป ด้านการสร้างพลัง ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวของแกนนำ (3) เครื่องมืออุปกรณ์และสารเคมี ที่ใช้สำหรับการตรวจหาไข่พยาธิในอุจจาระด้วยวิธีเข้มข้น Mini Parasep SF Faecal Concentrator technique (MPFC) วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 6 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์ใช้ paired samples t-test และ independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลองแกนนำชุมชนกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยระดับพลังอำนาจสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$, 95% CI: 0.71-2.09) และมีความรู้ที่ถูกต้อง มีเจตคติที่ดี และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ มีระดับคะแนนเฉลี่ยทั้งสามด้านสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) นอกจากนี้ การดำเนินงานของแกนนำชุมชนทำให้ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดของโรคพยาธิใบไม้ในตับ ทำให้การติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ในตับลดลงในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมพลัง แต่ในทางตรงกันข้ามยังมีกลุ่มเปรียบเทียบติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ในตับถึงร้อยละ 2.0

คำสำคัญ: การเสริมพลัง / พยาธิใบไม้ในตับ / โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

*Corresponding author: จุน หน่อแก้ว, อีเมล: jun_nor@vu.ac.th, โทร 0885955190

Received: May 9, 2022 / Revised: November 21, 2022/ Accepted: December 12, 2022

The Effectiveness of Community Leadership Development Program to Solving of Opisthorchiasis in Bua Yai District, Nakhon Ratchasima Province

Jun Norkaew^{1*} Natnapa Heebkaew Padchasuwan² Jirayut Chuatanam³ Prabhatida Srichanla⁴

Kamonphat Visuttipukdee⁵ Schawanya Rattanapitoon⁶

^{1*}Faculty of Public Health Vongchavalitkul University, Nakhon Ratchasima

²Assistant Professor, Faculty of Public Health Khon Kaen University, Khon Kaen

³Academic and Curriculum work groups Faculty of Nursing Project Mahidol University Nakhon Sawan Campus

⁴Faculty of Public Health Chiang Rai College

⁵Faculty of Health Sciences Thongsuk College

⁶Associate Professor, School of Medicine Suranaree University of Technology

Abstract

This research was a quasi-experimental research. A studied for the effectiveness of empowerment program in community leaders to implementation community intervention for liver fluke prevention and control in Bua Yai district, Nakhon Ratchasima province. The population sampling are studied community leaders aged of 18-60 years old in Khun Thong sub-district, Bua Yai district, Nakhon Ratchasima province. Samples are selected 40 people were an experimental group and Bueng Samrong sub-district, Kaeng Sanam Nang district the samples are selected 40 people were comparison group. The tools used composed of (1) 12-week Empowerment program (2) Knowledge Attitude and Practice on Prevention and Protection of Liver Fluke interview form and (3) tools of equipment and chemicals used for the detection of fecal parasites using the Mini Parasep SF Faecal Concentrator technique (MPFC). The experimental period was 6 months. Data were analyzed by descriptive statistics, percentage, means, standard deviation and data were analyzed by paired samples t-test and independent t-test (p-value 0.05, 95% CI).

The results showed that the behavior modification program is prevented and protected. The process model was significantly higher than before ($p < 0.01$), the p-value 0.001, 95% CI: 0.10-0.19. Meant the community are empowered to participate in problem-solving in all sectors (p-value is 0.001, 95% CI: 0.71-2.09), caused resulted in infection of Liver Fluke in the experimental group. But the opposite to have the population comparison group was infected with Liver Fluke to 2.0%, and the data show as well as the leading people got the knowledge, good attitude and best practice. After the experiment, the community leader samples were significantly higher ($p < 0.01$) than those before. The importance of empowerment program can lead to a sustainable solution for Liver Fluke prevention and protection in the community.

Keywords: Empowerment/ Liver Fluke/ Behavior modification program

*Corresponding author: Jun Norkaew, E-mail: jun_nor@vu.ac.th, Tel: 0885955190

Received: May 9, 2022 / Revised: November 21, 2022/ Accepted: December 12, 2022

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทยโดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีรายงานความชุกสูงสุดของประเทศไทย และเป็นปัญหาสำคัญมีสาเหตุที่เกิดจากพยาธิใบไม้ตับชนิด *Opisthorchis viverrini* และพบว่าคนภาคตะวันออกเฉียงเหนือกว่า 20 ล้านคนติดโรคหรือเคยติดโรคพยาธิใบไม้ตับกว่า 6 ล้านคน¹ ผู้ป่วยที่ติดเชื่อพยาธิชนิดนี้เกิดจากการรับประทานอาหารที่ปรุงไม่สุกหรือปรุงสุกๆดิบๆที่ทำมาจากปลาเกล็ดขาวกลุ่มวงศ์ปลาตะเพียน ซึ่งนิยมรับประทานกันมากตามชุมชนชนบททางภาคอีสานและภาคเหนือ ในปี 2554 พบคนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดี และตับ จำนวน 14,314 ราย ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นคนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ หรือประมาณ 7,539 ราย รองลงมาคือ ภาคเหนือ จำนวน 2,638 ราย และจากสถิติโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี 2556 พบผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่มากกว่า 1,765 ราย ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 63 (1,108 ราย) มะเร็งตับร้อยละ 18 (320 ราย) โดยประมาณร้อยละ 55 เกิดขึ้นกับประชากรวัยทำงานที่เป็นหัวหน้าครอบครัว อายุระหว่าง 40 -60 ปี ค่าใช้จ่ายในการรักษา (เฉพาะผ่าตัดมะเร็งท่อน้ำดี ICC) 80,000 บาท ต่อราย หรือประมาณ 1,960 ล้านบาท/ปี ซึ่งถือว่าเป็นโรคที่ รุนแรงและก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจสังคม คุณภาพชีวิตของคนในสังคมเป็นอย่างมาก¹ ซึ่งถ้ามีอัตราการป่วยตายมากขึ้นก็จะส่งผลกระทบต่อและจะเป็นปัญหาการขาดแคลนแรงงานในอนาคตอันใกล้ ถ้าปัญหาดังกล่าวไม่ได้รับการแก้ไข จากข้อมูลด้านระบาดวิทยาของมะเร็งตับยังพบอุบัติการณ์ของมะเร็งท่อน้ำดีสอดคล้องกับการระบาดของพยาธิใบไม้ตับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยพบว่าชุมชนที่มีอุบัติการณ์มะเร็งสูงจะมีความหนาแน่นของพยาธิสูงกว่าชุมชนที่มีอุบัติการณ์มะเร็งต่ำ² จากการสำรวจและรายงานสถานการณ์อัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับในทุก 5 ปี จะเห็นได้ว่าที่ผ่านมาได้มีการดำเนินงานรณรงค์ควบคุมป้องกันโรคมานานกว่า 20 ปี แต่ปัญหาการป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับยังไม่หมดไป แต่กลับยังเป็นโรคของคนยากจนที่ถูกปล่อยปละละเลย ทั้งๆที่เป็นโรคที่ป้องกันได้หากได้รับความร่วมมือจากประชาชนและองค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกันอย่างจริงจัง เป็นโรคที่องค์การอนามัยโลกยอมรับ และจัดให้เป็นปัจจัยหลักที่ก่อโรคมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งปรากฏตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 – 2559) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาาระบบสุขภาพเชิงรุกโดยการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค สร้างจิตสำนึกด้านสุขภาพให้สังคมมีการตื่นตัวให้ความสำคัญต่อสุขภาพ สร้างสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ มีการค้นหาผู้ป่วยโรคติดต่อที่มีอาการแรกเริ่มเพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพลดภาวะแทรกซ้อน พร้อมทั้งพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ค้นหาคัดกรองและจัดการโรคติดต่อให้เหมาะสมตามความรุนแรงของโรค³

สถานการณ์ปัญหาการติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับในเขตอำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา พื้นที่ที่มีการรายงานการติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับ คือ หมู่ 5 และ หมู่ 10 ตำบลโนนทองกลาง ถนนหัวหนอง 1 เทศบาล และ หมู่ 7 ตำบลบัวใหญ่ หมู่ 7 ตำบลเสม็ดใหญ่ หมู่ 3 และ หมู่ 4 ตำบลหนองแวงใหญ่¹ ข้อมูลพฤติกรรมของประชาชนยังมีประชาชนบางส่วนที่มีความรู้และเจตคติที่ไม่ถูกต้องในการรับประทานอาหารโดยเฉพาะการกินปลาดิบ ลาบ ก้อย และปลาร้าดิบ ถึงแม้ว่าการแก้ไขปัญหาการติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับในเขตอำเภอบัวใหญ่ จะดำเนินการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เป็นประจำทุกปีตามนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแต่ก็ยังพบผู้ที่ติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับและป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดีทุกปี ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบัวใหญ่ก็ได้คิดหารูปแบบที่จะช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงให้อัตราติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับลดลง จึงได้ประสานความร่วมมือทางวิชาการกับทีมผู้วิจัยซึ่งเป็นทีมอาจารย์จากมหาวิทยาลัย และจากการศึกษาข้อมูลที่ผ่านมาพบว่าหลายหน่วยงานได้มีการนำทฤษฎีการเสริมพลังมาประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาโรคติดต่อ เช่น การป้องกันโรคไข้เลือดออก และโรคไม่ติดต่อ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และการป้องกันการติดสารเสพติด ได้ผลในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ผ่านมามีชุมชนในเขตอำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา ยังไม่เคยนำแนวคิดทฤษฎีการเสริมพลังแกนนำในชุมชนมาใช้ในการแก้ไขปัญหาการติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับ ปัญหาที่สำคัญในพื้นที่คือพฤติกรรมการกินปลาน้ำจืดดิบหรือสุกๆดิบๆ ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง นักวิจัยคาดหวังว่าถ้าแนวคิดการสร้างพลังร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้พัฒนาศักยภาพของแกนนำในชุมชน โดยให้แกนนำในชุมชนเป็นคนที่วางแผนดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย คอยกระตุ้นและนำพาให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงจะส่งผลทำให้แก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดการเสริมพลังในแกนนำชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ตามทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ เพื่อให้แกนนำในชุมชนดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาการติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ซึ่งแนวคิดนี้ผู้วิจัยคิดว่าจะสามารถใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อ

แก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนในเขตอำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา และขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

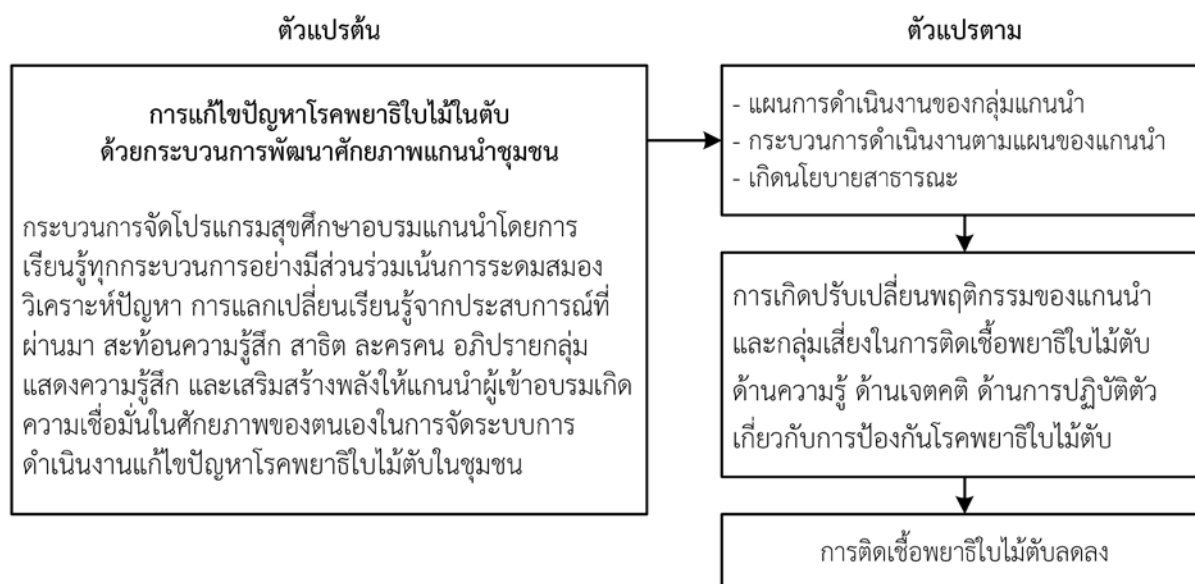
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาลักษณะทางประชากรของแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ ต่อ ความรู้ เจตคติ และ พฤติกรรมการป้องกันโรค ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ขอบเขตการวิจัย

ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจแกนนำชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเพื่อแก้ไขปัญหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในเขตอำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมาระยะเวลาการดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 30 เดือนกันยายน พ.ศ. 2561

กรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- experimental research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองสองกลุ่ม (Quasi-Equivalent Control Group Design) ทำการศึกษาทดลองในชุมชน (community tail) ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพโดยการเสริมสร้างพลังแกนนำชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเพื่อแก้ไขปัญหามะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีในเขตอำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มเลือกพื้นที่ชุมชนที่ใช้ในการดำเนินการศึกษาวิจัยโดยการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) จากพื้นที่ที่มีความชุกของโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีสูงสุด 5 อันดับ และมีความยินดีสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างคือ ชุมชนในเขตตำบลขุนทอง อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมาเป็นกลุ่มทดลอง และในเขตตำบลบึงสำโรง อำเภอแก้งสนามนาง เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

ประชากร คือ แกนนำชุมชนที่มีอายุ 18 - 60 ปี เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเฝ้าระวังแก้ไขปัญหาระบบสุขภาพที่ไม่ดีและมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชน อาศัยอยู่ในเขตตำบลขุนทอง อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา เป็นกลุ่มทดลอง และในเขตตำบลบึงสำโรง อำเภอแก้งสนามนาง เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ประกอบด้วย แกนนำชุมชน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเฝ้าระวังแก้ไขปัญหาระบบสุขภาพที่ไม่ดีและมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชน ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือสมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครู อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน แม่บ้าน พระสงฆ์ นักพัฒนาชุมชน ปศุสัตว์ ผู้ทรงคุณวุฒิ ราษฎรชาวบ้าน ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่เคยมีประวัติการรับประทานปลาน้ำจืดดิบ

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 80 คนแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คือแกนนำชุมชนในเขตตำบลขุนทอง อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 40 คน เป็นกลุ่มทดลอง และในเขตตำบลบึงสำโรง อำเภอแก้งสนามนาง จำนวน 40 คน เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกแกนนำชุมชนผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

ตารางที่ 1 การคัดเลือกตำบลที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัย (ข้อมูลจากการตรวจคัดกรองของแต่ละอำเภอ)

ตำบลที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 5 อันดับแรก ในกลุ่มทดลอง (สสอ.บัวใหญ่, 2559)		ตำบลที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 5 อันดับแรกในกลุ่ม เปรียบเทียบ (สสอ.แก่งสนามนาง, 2559)	
1.หนองแจ้งใหญ่	5 คน	1.แก่งสนามนาง	6 คน
2.ขุนทอง	5 คน	2.โนนสำราญ	5 คน
3.โนนทองหลาง	4 คน	3.บึงสำโรง	4 คน
4.บัวใหญ่	3 คน	4.สีสุก	3 คน
5.หนองบัวสะอาด	2 คน	5.บึงพะไล	1 คน
จับสลากได้ ตำบลขุนทอง และคัดเลือกแกนนำชุมชนจาก หลายภาคส่วนจำนวน 40 คน		จับสลากได้ ตำบลบึงสำโรง และคัดเลือกแกนนำชุมชนจาก หลายภาคส่วนจำนวน 40 คน	

เกณฑ์การคัดเลือก แกนนำชุมชนผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) กลุ่มตัวอย่าง โดยมี เกณฑ์การคัดเลือก

1. มีอายุตั้งแต่ 18- 60 ปี เป็นผู้อ่านออกเขียนหนังสือได้
2. สภาพร่างกายแข็งแรง สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการวิจัย
3. มีความยินดีสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก ผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง เช่น ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า 2 ครั้ง คัดออก
2. ผู้ที่เข้าร่วมโครงการแล้วมีความประสงค์จะยุติการเข้าร่วมโครงการ

การจัดโปรแกรมให้กับกลุ่มทดลอง กลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนที่ผู้วิจัยที่สร้างขึ้นจำนวนทั้งหมด 3 ครั้งในระยะเวลา 6 เดือน โดยมีกิจกรรมในโปรแกรมการเสริมพลังแกนนำดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 อบรมการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนโดยประยุกต์โปรแกรมการเสริมพลังในเดือนแรกรวมเวลาทั้งสิ้น 8 ชั่วโมง ใช้กระบวนการอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดทฤษฎีการสร้างพลัง ประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้ การอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์จริงที่ผ่านมาในชุมชน การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน กิจกรรมเสริมสร้างความภาคภูมิใจและเชื่อมั่นในศักยภาพตนเอง ฝึกทักษะในการสื่อสารการพูด การฟัง

ครั้งที่ 2 อบรมการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนโดยประยุกต์โปรแกรมการเสริมพลังในเดือนที่สอง รวมเวลาทั้งสิ้น 8 ชั่วโมง ใช้กระบวนการอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดทฤษฎีการสร้างพลัง ประกอบด้วย กิจกรรมกลุ่มเกม เรียนรู้การวางแผน การทำงานเป็นทีม ฝึกทักษะในการสื่อสารการพูดในที่ชุมชน การเป็นผู้ฟังรับฟังปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน การอภิปรายแลกเปลี่ยนแนวทางกลวิธีการจัดกิจกรรมให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนและมอบหมายผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานแต่ละกิจกรรม

ครั้งที่ 3 อบรมการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนโดยประยุกต์โปรแกรมการเสริมพลังในเดือนที่สาม รวมเวลาทั้งสิ้น 8 ชั่วโมง ใช้กระบวนการอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดทฤษฎีการสร้างพลัง ประกอบด้วย กิจกรรมกลุ่ม เกม เรียนรู้การวางแผน การทำงานเป็นทีม ฝึกทักษะในการสื่อสารการพูดในที่ชุมชน การถอดบทเรียนจากการดำเนินกิจกรรม การอภิปรายแลกเปลี่ยนในการปรับปรุงเพิ่มเติมหรือแก้ไขแนวทางกลวิธีการจัดกิจกรรมให้คนในชุมชนที่ผ่านมาแล้ว ว่าต้องปรับเปลี่ยนประเด็นไหน เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนให้ดียิ่งขึ้นกว่าเดิม และในส่วนกิจกรรมที่ได้ผลดีก็สรุปแนวทางเพื่อขยายผลต่อไป การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษามีวิธีการดำเนินงานตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ติดต่อประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบัวใหญ่ เพื่อดำเนินการขอเข้าพื้นที่ในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งอยู่เขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลขุนทองเป็นกลุ่มทดลอง และติดต่อประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแก่งสนามนาง ซึ่งอยู่เขตพื้นที่ตำบลบึงสำโรง เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มเปรียบเทียบ

2. ติดต่อประสานงานกับในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนคนทา จำนวน 2 พื้นที่ ซึ่งเป็นพื้นที่ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บตัวอย่าง เพื่อตรวจหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและตอบแบบสัมภาษณ์ และทำหนังสือขออนุญาตเข้าพื้นที่เป็นลายลักษณ์อักษรต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาแก่ แกนนำ อาสาสมัคร และส่งหนังสือชี้แจงอาสาสมัครแก่แกนนำ เพื่อลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษารั้งนี้
 4. ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์และสร้างความเข้าใจในการดำเนินโครงการวิจัยกับทีมวิจัยที่จะลงพื้นที่ ดำเนินกิจกรรมกระบวนการวิจัย และเก็บตัวอย่างอุจจาระและทำการวิเคราะห์ผล
 5. ชี้แจงกระบวนการดำเนินงานวิจัย การแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับที่สัมพันธ์กับแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลัง (Empowerment)
- กลุ่มเปรียบเทียบ เป็นตำบลในพื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับตำบลในกลุ่มทดลอง ให้มีการดำเนินการการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับตามนโยบายปกติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. โปรแกรมสุศึกษาโดยประยุกต์การเสริมพลังในการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนการอบรมแกนนำ กิจกรรมประกอบด้วย บรรยาย เล่าเรื่อง ชมวีดิทัศน์ อภิปรายกลุ่ม อภิปรายกลุ่มย่อย แสดงความคิดเห็นเรียนรู้วิเคราะห์จากสถานการณ์จริงและประสบการณ์ที่ผ่านมาในชุมชน เกม สาธิต ละคร ใบงาน กิจกรรมเสริมสร้างความภาคภูมิใจและเชื่อมั่นในศักยภาพตนเอง ฝึกทักษะการสื่อสาร และมีการกำหนดแผน กระตุ้นติดตามการดำเนินงานตามแผนอภิปรายกลุ่มและถอดบทเรียนสรุปข้อเสนอแนะการปรับปรุงแบบกิจกรรมในชุมชนที่ได้ผล
2. แบบสัมภาษณ์ ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนโดยประยุกต์โปรแกรมการเสริมพลังในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตอำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประเมินและคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) โดยค่าดัชนี ความสอดคล้องมีค่าเท่ากับ 0.60–1.00 แสดงว่าข้อมูลความนั้นใช้ได้
- แบบสัมภาษณ์ถามความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับได้ผ่านการ Try out และวิเคราะห์หาค่า KR-20 ผลการวิเคราะห์ข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับมีค่า KR-20 เท่ากับ 0.80
- แบบสัมภาษณ์ถามเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้ผ่านการ Try out และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอน บาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ผลการวิเคราะห์เท่ากับ 0.79
- แบบสัมภาษณ์ถามการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.80
3. เครื่องมืออุปกรณ์และสารเคมีที่ใช้สำหรับการตรวจหาไข่พยาธิในอุจจาระ การตรวจหาไข่พยาธิ ด้วยวิธีเข้มข้น Mini Parasep SF Faecal Concentrator technique (MPFC) การเตรียมตัวอย่างและตรวจวินิจฉัยด้วยวิธี MPFC เป็นวิธีที่ปราศจากการใช้สาร Ether หรือ Ethyl-Acetate สำหรับช่วยทำให้สามารถเห็นไข่และตัวอ่อนพยาธิ ซีซของโปรโตซัวได้อย่างชัดเจนและมีปริมาณมากเพียงพอ ชุดทดสอบนี้มีคุณสมบัติด้านความปลอดภัยและสุขอนามัยผู้ปฏิบัติงานเป็นกระบวนการทดสอบที่เป็นระบบปิดทั้งหมด ไม่จำเป็นต้องใช้สารตัวทำลายที่อันตราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. มีการเก็บข้อมูลวัดผล ระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังเสร็จสิ้นการทดลอง ซึ่งมีการจัดโปรแกรมเสริมพลังให้กับแกนนำชุมชนจำนวน 3 ครั้ง โดยมีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มทดลอง	O1	E1	E2	E3	O2
กลุ่มเปรียบเทียบ	O1	X1	X1	X1	O2

O1 = การวัดก่อนการทดลอง (Pretest)

X1 = การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับตามนโยบายปกติของพื้นที่

E1 = การเสริมพลังแกนนำแลกเปลี่ยนประสบการณ์วิเคราะห์ปัญหาในพื้นที่ วางแผนกิจกรรม ครั้งที่ 1

E2 = การเสริมพลังแกนนำเสริมทักษะการสร้างเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง ทักษะการสื่อสาร ครั้งที่ 2

E3 = กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียน วิเคราะห์ จุดแข็งจุดอ่อนในแต่ละกิจกรรมและสรุปผล ครั้งที่ 3

O2 = การวัดหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 6 เดือน (Posttest)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะประชากร

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

paired samples T test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังในกลุ่มเดียวกัน และ independent t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยผ่านการเห็นชอบจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เลขที่ KHE 2018-040

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสัมภาษณ์ในการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 80 คน เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 40 คนและกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.5 อายุ 31 – 39 ปี ร้อยละ 50.0 อายุเฉลี่ย 44.6 ปี จบการศึกษาระดับมัธยม/ปวช ร้อยละ 40.0 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 52.5 ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 35.0 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 10,001 – 20,000 บาท ร้อยละ 52.5 รายได้เฉลี่ย 18,316.5 บาทบาทหน้าที่ในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นประชาชนในหมู่บ้าน ร้อยละ 17.5

กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.0 อายุ 31-39 ปี ร้อยละ 32.5 อายุเฉลี่ย 45.1 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 47.5 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50.0 มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 32.5 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 10,001 – 20,000 บาท ร้อยละ 52.5 รายได้เฉลี่ย 19,283 บาทตำแหน่งและบทบาทหน้าที่ในชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้นำชุมชน อสม. และประชาชนในหมู่บ้าน ร้อยละ 25.0 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	19	47.5	14	35.0
หญิง	21	52.5	26	65.0
อายุ				
≤30 ปี	4	10.0	10	25.0
31 – 39 ปี	20	50.0	13	32.5
40 – 49 ปี	13	32.5	10	25.0
50 ปีขึ้นไป	3	7.5	7	17.5
$\bar{X}$ = 44.6, Max= 59, Min= 27, SD= 1.9, กลุ่มทดลอง (n=40)				
$\bar{X}$ = 45.1, Max= 61, Min= 29, SD= 2.1, กลุ่มเปรียบเทียบ (n=40)				
ระดับการศึกษาสูงสุด				
ประถมศึกษา	7	17.5	12	30.0
มัธยม/ปวช	16	40.0	3	7.5
อนุปริญญา/ปวส	6	15.0	6	15.0
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	11	27.5	19	47.5
สถานภาพสมรส				
คู่	21	52.5	20	50.0
โสด	16	40.0	19	47.5
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	3	7.5	1	2.5
อาชีพ				
รับจ้าง	10	25.0	7	17.5
เกษตรกร	6	15.0	15	37.5
ค้าขาย	4	10.0	4	10.0
แม่บ้าน	4	10.0	0	0.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	14	35.0	13	32.5
นักเรียนนักศึกษา	2	5.0	1	2.5
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย				
≤ 10,000 บาท	14	35.0	10	25.0
10,001 – 20,000 บาท	21	52.5	21	52.5
20,001 – 30,000 บาท	2	5.0	7	17.5
30,001 บาทขึ้นไป	3	7.5	2	5.0
$\bar{X}$ = 18316.5 Max= 50,000 Min= 3,000 SD= 24.0 กลุ่มทดลอง (n=40)				
$\bar{X}$ = 19,283.2 Max= 52,000 Min= 3,000 SD= 26.1 กลุ่มเปรียบเทียบ (n=40)				

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่งบทบาทหน้าที่ในชุมชน				
ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้นำชุมชน อสม.	2	5.0	10	25.0
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	5	12.5	7	17.5
ครู	3	7.5	1	2.5
ปลัดหรือเจ้าหน้าที่ อบต.	2	5.0	0	0.0
สมาชิก อบต.	2	5.0	1	2.5
นักเรียน/นักศึกษา	2	5.0	3	7.5
นายก อบต./รองนายก	1	2.5	1	2.5
แกนนำเยาวชน	5	12.5	4	10.0
ผู้นำกลุ่มสตรี	4	10.0	1	2.5
กรรมการหมู่บ้าน	5	12.5	1	2.5
ผู้ทรงคุณวุฒิในชุมชน	2	5.0	1	2.5
ประชาชนในหมู่บ้าน	7	17.5	10	25.0

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์สร้างเสริมพลังอำนาจแกนนำในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการสร้างพลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของ กลุ่มทดลองก่อนและหลังการจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังมากกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพแกนนำ ด้านความภาคภูมิใจในตนเอง อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.44$, $SD=0.86$) คะแนนเฉลี่ยหลังมากกว่าก่อน ด้านความคาดหวังในความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.14$, $SD=0.87$) และด้านความภาคภูมิใจในตนเองของภาคีเครือข่ายหรือแกนนำในชุมชน อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.34$, $SD=0.92$)

กลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินการการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับตามนโยบายปกติของพื้นที่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังมากกว่าก่อนการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับตามนโยบายปกติของพื้นที่ ด้านความภาคภูมิใจในตนเอง อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.49$, $SD=0.76$) คะแนนเฉลี่ยหลังมากกว่าก่อน การการดำเนินการด้านความคาดหวังในความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.93$, $SD=0.91$) และ ด้านความภาคภูมิใจในตนเองของภาคีเครือข่ายหรือแกนนำในชุมชน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.05$, $SD=0.94$) ค่าเฉลี่ยระดับพลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของ กลุ่มทดลองหลังการจัดโปรแกรมเสริมพลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยที่สูงกว่าก่อนจัดโปรแกรมและมีค่าสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระดับพลังอำนาจแกนนำในการป้องกันแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งในผู้ป่วยโรคมะเร็ง
กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน

ประเด็นพิจารณา	ระดับพลังอำนาจก่อน			ระดับพลังอำนาจหลัง		
	การทดลอง			การทดลอง		
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล
กลุ่มทดลอง						
ความภาคภูมิใจในตนเอง	3.94	1.06	ปานกลาง	4.44	0.86	มากที่สุด
ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง	3.24	1.15	ปานกลาง	4.14	0.87	มาก
ความภาคภูมิใจในตนเองของภาคีเครือข่ายหรือแกนนำในชุมชน	3.43	1.35	ปานกลาง	4.34	0.92	มากที่สุด
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ความภาคภูมิใจในตนเอง	3.19	1.12	ปานกลาง	3.49	0.73	มาก
ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง	3.92	1.22	มาก	3.93	0.91	มาก
ความภาคภูมิใจในตนเองของภาคีเครือข่ายหรือแกนนำในชุมชน	2.99	1.22	น้อย	4.05	0.94	มาก

ตอนที่ 3 ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งในผู้ป่วย

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนโดยประยุกต์การสร้างพลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งในผู้ป่วยโรคมะเร็งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference =1.40, 95% CI: 0.71-2.09, p-value <0.001) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนโดยประยุกต์การสร้างพลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งในผู้ป่วยโรคมะเร็งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการจัดโปรแกรม

การประเมินพลังอำนาจ	n	$\bar{X}$	SD	Mean Difference	95%CI	p-value
กลุ่มทดลอง				1.40	0.71-2.09	<0.001*
ก่อนการทดลอง	40	19.23	1.13			
หลังการทดลอง	40	17.83	2.68			
กลุ่มเปรียบเทียบ				0.74	-0.15-0.63	0.100
ก่อนการทดลอง	40	18.17	1.19			
หลังการทดลอง	40	17.43	3.55			

การเปรียบเทียบผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคมะเร็งในผู้ป่วยโรคมะเร็ง เจตคติ และการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งในผู้ป่วยโรคมะเร็งของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า

คะแนนความรู้เรื่องโรคมะเร็งในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในระดับปานกลาง หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มมากขึ้น อยู่ในระดับสูง กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนความรู้ในระดับปานกลางเหมือนเดิม เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.01)

คะแนนเจตคติต่อการป้องกันโรคมะเร็งในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมี คะแนนเฉลี่ยเจตคติเพิ่มมากขึ้น อยู่ในระดับสูง กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติอยู่ในระดับ ปานกลางเหมือนเดิม เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติ

พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น อยู่ในระดับสูง กลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้อยู่ในระดับปานกลางเหมือนเดิม เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติต่อการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ($n=80$)

ผลต่าง ค่าเฉลี่ย	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			$\bar{d}$	Mean different	95%CI	P-value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ				
ความรู้								0.30	0.75-2.20	.010
กลุ่มทดลอง	0.58	0.13	ปาน กลาง	0.90	0.05	สูง	0.32			
กลุ่ม เปรียบเทียบ	0.58	0.13	ปาน กลาง	0.60	0.10	ปาน กลาง	0.19			
เจตคติ								0.88	0.70-2.11	<.001
กลุ่มทดลอง	2.07	0.22	ปาน กลาง	2.95	0.05	สูง	0.89			
กลุ่ม เปรียบเทียบ	2.00	0.17	ปาน กลาง	2.07	0.19	ปาน กลาง	0.05			
การปฏิบัติ								0.62	0.68-2.03	<.001
กลุ่มทดลอง	2.08	0.18	ปาน กลาง	2.83	0.07	สูง	0.78			
กลุ่ม เปรียบเทียบ	2.10	0.21	ปาน กลาง	2.21	0.19	ปาน กลาง	0.08			

ตอนที่ 4 การติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมเสริมพลังแกนนำชุมชนในการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ผลการตรวจการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการเก็บตัวอย่างอุจจาระส่งตรวจ ด้วยเทคนิคการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธี MPFC พบว่า มีกลุ่มเปรียบเทียบติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.0 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงข้อมูลจำนวนผู้ที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมเสริมพลังแกนนำชุมชนในการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กลุ่มตัวอย่าง ที่ตรวจคัดกรอง	ติดเชื้อ OV จำนวน	ก่อนทดลอง ร้อยละ	ติดเชื้อ OV จำนวน	หลังการทดลอง ร้อยละ
กลุ่มทดลอง ($n=150$)	5	3.3	0	0.0
กลุ่มเปรียบเทียบ ($n=150$)	4	2.7	3	2.0

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตอำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา ด้วยวิธีบูรณาการแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการสร้างพลังเพื่อใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งมีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายผลดังนี้

1. การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนด้วยการเสริมพลังอำนาจแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการเสริมพลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มทดลองและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนการเสริมพลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าก่อนและหลังการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เจนณรงค์ ละอองศรี.⁵ การพัฒนาศักยภาพเยาวชนจิตอาสา ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หลังการพัฒนาและดำเนินการตามรูปแบบ พบว่า ความรู้ในการป้องกันพยาธิใบไม้ตับดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เยาวชนจิตอาสา รับรู้ถึงพลังอำนาจที่จะจัดการกับปัญหาของตนเอง และมีการประชาสัมพันธ์สื่อสาร ให้คนในครอบครัวเกิดการรับรู้ข้อมูลของโรคพยาธิใบไม้ตับ ชักชวนและโน้มน้าวให้คนในครอบครัวหันมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคปลาน้ำจืดมีเกล็ดขาวที่ถูกต้องลักษณะ และเกิดการสร้างความรู้สึกของการมีส่วนร่วมในทุกด้าน ส่งผลให้เยาวชนจิตอาสาและคนในครอบครัว เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคปลาน้ำจืดมีเกล็ดขาว ดังนั้นรูปแบบในการศึกษานี้สามารถนำมาใช้ ในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนเพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งแสดงให้เห็นว่า กระบวนการเสริมพลังก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในระดับบุคคล และการสร้างเสริมพลังแกนนำชุมชนในการป้องกันควบคุมแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยระดับพลังอำนาจของแกนนำในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเช่นกัน ผู้วิจัยได้ดำเนินการกระบวนการตามแผนการสร้างเสริมพลังอำนาจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) 5 ขั้นตอน

2. ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันแก้ไขปัญหาการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของแกนนำชุมชน เมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ด้านเจตคติ และด้านการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ที่เพิ่มมากขึ้นอยู่ในระดับสูง มีเจตคติอยู่ในระดับดี และการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สรุปได้ว่าเมื่อสิ้นสุดการทดลองติดตามผล 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมพลัง มีคะแนนเฉลี่ยที่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดำเนินกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับตามนโยบายปกติของพื้นที่ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองนั้นส่งผลต่อพฤติกรรมด้านความรู้ ด้านเจตคติและด้านการปฏิบัติตัวในการป้องกันพยาธิใบไม้ตับของแกนนำ จึงทำให้ร้อยละของจำนวนผู้ที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มทดลองลดลง ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดำเนินการการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับตามนโยบายปกติของพื้นที่นั้นยังคงมีผู้ที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับงานของ ทวีเลิศ ขายงามและคณะ.⁴ ผลของโปรแกรมสุศึกษาจากการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรง สนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ตำบลเมืองใหม่อำเภอสรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง มีการรับรู้ความรุนแรง มีการรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติตัว และมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ถูกต้องมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ทศนคติมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และยังสอดคล้อง ทวีเลิศ ขายงาม และคณะ.⁴

สรุป

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการวิจัยครั้งนี้ คือ การที่กลุ่มแกนนำชุมชนซึ่งประกอบด้วยผู้นำที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการในชุมชนและมาจากหลายภาคส่วนได้รับองค์ความรู้ มีการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้มีความมั่นใจ กล้าแสดงความคิดเห็นร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และมีการเยี่ยมติดตามให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง ส่งผลทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา

1. การศึกษาในครั้งนี้ทำให้เห็นถึงกระบวนการจัดโปรแกรมสุขศึกษาที่เน้นกระบวนการมีส่วนร่วม ซึ่งในการจัดกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจทำให้อาสาสมัครแกนนำ มีศักยภาพในการดำเนินงาน ควบคุมป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในทิศทางที่ดีขึ้นเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพอื่นๆที่เกิดขึ้นในชุมชน
2. ผลจากการศึกษาพบว่าด้านความรู้ ด้านเจตคติ และด้านการปฏิบัติตัวมีคะแนนอยู่ในระดับสูงขึ้น จึงควรใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และควรเน้นให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องยั่งยืน ซึ่งควรเน้นการขับเคลื่อนทางสังคมโดยการติดตามกระตุ้นการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายในชุมชนเป็นระยะๆ และการร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในชุมชน จะทำให้สามารถวางแผนหาแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหามาปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นหน่วยงานอื่นหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องที่มีลักษณะคล้ายกันนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาระบาดในชุมชนกลุ่มอื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. เพื่อเป็นการต่อยอดงานวิจัยควรมีการศึกษา ถึงปัญหา และอุปสรรคที่มีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายร่วมกับทฤษฎีอื่นๆ เช่น ร่วมกับแนวคิดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน ตลอดจนการขับเคลื่อนทางสังคมให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขและวางแผนดำเนินงานครั้งต่อไป เพื่อให้เกิด ประสิทธิภาพสูงสุด
2. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาถึง ปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น ความเชื่ออำนาจแห่งตน ขนบธรรมเนียม ประเพณี สภาพครอบครัว ชุมชนและสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยว่ามีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพสำหรับพื้นที่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซน์; 2563
2. บรรจบ ศรีภา, พวงรัตน์ ยวงนิษฐ์ และชวลิต ไพโรจน์กุล. สาเหตุและกลไกการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ปฐมบทความสัมพันธ์กับพยาธิใบไม้ตับ. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2558; 20 (3): 123-131.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลทรัพยากร ปี 2563: จำนวนเตียงผู้ป่วยหนัก ICU จำแนกตามสังกัด รายเขตพื้นที่เครือข่ายบริการ จังหวัด ปี 2563. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/hos55/hos.html>.
4. ทวีเลิศ ขยายงาม, ลิขิต เรืองจรัส และศุมาลีน ตีจันทร์. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาจากการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ตำบลเมืองใหม่อำเภอกะปงบุรี จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2562; 3 (2): 1-15.
5. เจนณรงค์ ละอองศรี. การพัฒนาศักยภาพ เยาวชนจิตอาสา ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ. งานวารสารและวิจัยกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี พ.ศ. 2560. 2560.
6. สรญา แก้วพิบูลย์, ณัฐฐาณิ แก้วพิบูลย์ และจุน หน่อแก้ว. รายงานการวิจัยการแก้ไขปัญหาระบาดโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยเชสโมเดล. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ปี พ.ศ.2559.
7. บวรพิพัฒน์ กระแสเสน, จุฬารณย์ โสตะ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในตำบลขามนูน อำเภอขามนูน จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2562; 12 (2): 91-103.

8. นภาพร วงศ์วิวัฒนกิจ, ชัชฎาภรณ์ นันทขว้าง. ผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาต่อความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ตำบลสบง อำเภอกูซาง จังหวัดพะเยา. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ. 2563; 26 (2): 12-23

ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปในจังหวัดนครราชสีมา

รชานนท์ งามใจรัก¹ อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง^{1*} จิรัญญา บุรีมาศ¹

¹ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

บทคัดย่อ

การดูแลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพเป็นเป้าหมายสำคัญของการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases : NCDs) การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs ของผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปในจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับโรค NCDs เลือกมาจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ด้วยการสุ่มอย่างง่ายและยินดีเข้าร่วมการศึกษาจำนวน 455 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สภาวะสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการวิเคราะห์แบบถดถอยลอจิสติก (Logistic regression analyses) ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs ประกอบด้วย เพศหญิง (AOR=1.86; 95%CI=1.02, 3.38) สิทธิการรักษาพยาบาลแบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (AOR=0.54; 95%CI=0.30, 0.94) และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs ที่เพียงพอ (AOR=2.23; 95%CI=1.08, 4.59) การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรค NCDs

คำสำคัญ: สภาวะสุขภาพ / พฤติกรรมสุขภาพ / การดูแลสุขภาพตนเอง / โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

* Corresponding author: อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง, อีเมล: atthawit.s@nrru.ac.th, โทร 0803762044

Received: November 2, 2022 / Revised: December 13, 2022 / Accepted: December 14, 2022

Determinants of self-care behavior for managing non-communicable diseases among residents aged 40 years and older in Nakhon Ratchasima Province

Rachanon Nguanjairak ¹ Atthawit Singsalasang ^{1,*} Jiranya Bureemas ¹

¹ Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

Abstract

Effective self-care is an important goal of non-communicable diseases (NCDs) prevention and control. Objective of the present research aimed to identify a determinant factor involving self-care behavior in NCDs management among residents aged 40 years and older in Nakhon Ratchasima Province. A total of 455 participants of both risk people and patients with NCD was picked up by a simple random sampling from those who met an eligibility criteria. A questionnaire consisted of characteristic data, health status, knowledge and behavioral aspects of self-care in NCDs management was used to collect between April and November in 2020. Data were analyzed using a descriptive statistic and logistic regression analyses. The study results showed that, the determinant factors identifying self-care behavior for managing NCDs were female (AOR=1.86; 95%CI=1.02, 3.38), universal coverage scheme (AOR=0.54; 95%CI=0.30, 0.94) and the adequate knowledge of self-care in NCDs management (AOR=2.23; 95%CI=1.08, 4.59). The present study indicates that health education strategy is the key and necessary way in improving health behavior of both risk people and patients with NCD.

Keywords: Health Status / Health Behavior / Self-Healthcare / Non-Communicable Disease

*Corresponding author: Atthawit Singsalasang, E-mail: atthawit.s@nrnu.ac.th, Tel: 0803762044

Received: November 2, 2022 / Revised: December 13, 2022 / Accepted: December 14, 2022

บทนำ

โรคไม่ติดต่อหรือ Non-communicable diseases (NCDs) เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นภัยสุขภาพและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO)¹ พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs ประมาณ 41 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 71.0 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก ในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี หรือเรียกว่า “การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร” มากถึงร้อยละ 85.0 ซึ่งส่วนใหญ่เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง โดยปัญหาดังกล่าวมักก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพจะจนอาจส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศได้ โดยสาเหตุหลักของโรค NCDs มักเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงในการกินอาหารและการใช้ชีวิตซึ่งสัมพันธ์กับเกิดโรค NCDs และภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อตนเองและต่อครัวเรือนเนื่องมาจากภาวะพึ่งพิงในอนาคต ข้อมูลระดับประเทศจากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรค NCDs² พบว่าประชากรไทยที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป มีความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ 3.8 ความชุกของโรคเบาหวานร้อยละ 3.6 และความชุกของโรคหัวใจขาดเลือดร้อยละ 1.07 สำหรับในเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ พบว่าจังหวัดชัยภูมิมีความชุกของโรคเบาหวานสูงสุตร้อยละ 3.3 และจังหวัดนครราชสีมาทั้งความชุกของความดันโลหิตสูงสูงสุตร้อยละ 7.2 และความชุกของโรคหัวใจขาดเลือดสูงสุตร้อยละ 0.8 ด้วยเช่นกัน

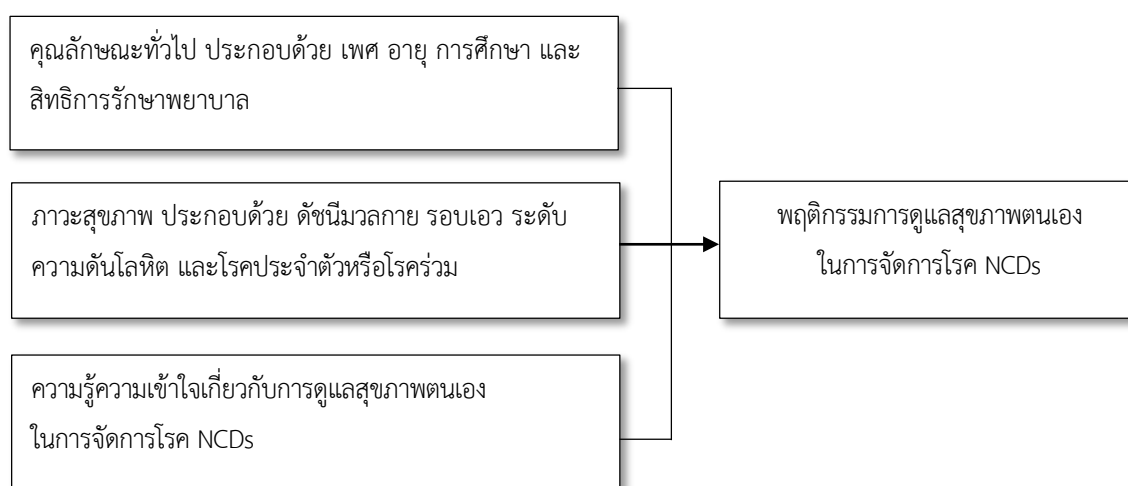
จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ภาครัฐได้กำหนดนโยบายในการลดพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อป้องกันและควบคุมการเกิดโรค NCDs ในประชากรไทย ผลลัพธ์ของการดำเนินงานด้านโรค NCDs ที่ผ่านมายังคงพบว่ามีผู้ป่วย NCDs รวมถึงอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยโรค NCDs อยู่จำนวนมาก ส่งผลให้ในแต่ละปีรัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าโรค NCDs เป็นภัยคุกคามต่อคุณภาพชีวิตของทรัพยากรคนรวมทั้งต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ และวาระในการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทยได้มีพันธสัญญาอย่างจริงจังที่จะควบคุมโรค NCDs รวมถึงทำให้อัตราการเสียชีวิตจากภาวะโรคดังกล่าวบรรลุปาหมายร่วมกันทั่วโลกให้สามารถลดลงได้หนึ่งในสามภายในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งพบการศึกษาเชิงพื้นที่เกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs แสดงให้เห็นว่าสามารถป้องกันการเกิดผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายใหม่ และผู้ป่วยสามารถควบคุมภาวะเสี่ยงหรือลดภาวะแทรกซ้อนของโรค ตลอดจนสามารถปรับลดการใช้ยาโดยคำวินิจฉัยของแพทย์ได้³⁻⁶ ดังนั้น เพื่อเป็นการจัดการปัญหาโรค NCDs อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนบุคลากรทางด้านสุขภาพที่รับผิดชอบงานด้าน NCDs เกิดสมรรถนะในการจัดการปัญหาดังกล่าวได้ดี จึงมีความจำเป็นต้องเข้าถึงข้อมูลปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการดำเนินของโรค NCDs สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่ได้รับไปประยุกต์พัฒนาในการออกแบบกิจกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs ในสถานบริการสาธารณสุข โดยคำนึงถึงปัจจัยสำคัญเกี่ยวกับการสร้างเสริมให้บุคคลมีความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs มิให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของตนเองและครอบครัว ตอบสนองต่อเป้าหมายในการป้องกันควบคุมโรค NCDs โดยบทบาทของบุคลากรด้านสาธารณสุขอย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง

ด้วยเหตุนี้ คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมและการดูแลตนเองในการจัดการโรค NCDs เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมและการดูแลตนเองของประชาชนทั้งกลุ่มเสี่ยงและเป็นโรค NCDs และเป็นแนวทางในการดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรค NCDs ตลอดจนลดอัตราป่วยด้วยโรค NCDs ในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยคุณลักษณะทั่วไป ภาวะสุขภาพ และระดับความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs ของผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปในจังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไป ภาวะสุขภาพ และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs ของผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปในจังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบของการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research) เพื่อศึกษาปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs ในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน รวมถึงผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนที่สัมพันธ์กับโรค NCDs ของผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปในจังหวัดนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรของการศึกษาคือผู้ที่มีความเสี่ยงและผู้ป่วยด้วยโรค NCDs และมีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ซึ่งมีขอบเขตเชิงพื้นที่ที่เคยได้รับกิจกรรมบริการวิชาการของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ระหว่างปี พ.ศ. 2561-2563 เพื่อจัดการโรค NCDs ใหม่ด้วยหลัก 4 อ. (อารมณ์ อาหาร ออกกำลังกาย และเอาพิษออก) หรือยาแปดขนาน จากทั้งหมด 5 อำเภอในจังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วย อำเภอเมืองนครราชสีมา อำเภอพิมาย อำเภอโชคชัย อำเภอจักราช และอำเภอปักธงชัย ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการประมาณค่าสัดส่วนประชากร⁷ ดังนี้ $n = \frac{NZ\alpha^2 P(1-P)}{e^2(N-1) + Z\alpha^2 P(1-P)}$ โดยที่ N คือ จำนวนประชากรที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมบริการวิชาการเกี่ยวกับการจัดการโรค NCDs ใหม่ด้วยหลัก 4 อ. เท่ากับ 1,385 คน, $Z\alpha^2$ คือ ค่าปกติมาตรฐานของการประมาณค่าที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.96, P คือ ค่าสัดส่วนของตัวแปรตามที่น่าสนใจซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ร้อยละ 59.1 หรือเท่ากับ 0.59⁸ และ e คือ ค่าความกระชับของการประมาณค่า โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดให้ความกระชับของการประมาณค่าในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คิดเป็นร้อยละ 4.0 หรือเท่ากับ 0.04 ได้จำนวนตัวอย่าง 410 คน อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายคิดเป็นร้อยละ 10.0 ด้วยสูตรการปรับขนาดตัวอย่าง $(n_{adj} = n / (1-R))$ ⁷ จึงได้จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ทั้งหมดเท่ากับ 455 คน จากนั้นผู้วิจัยได้เลือกตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่ายจากรายชื่อผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ (1) เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงหรือเป็นผู้ป่วยโรค NCDs ด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน และมีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป (2) เคยเข้าร่วมกิจกรรมบริการวิชาการเกี่ยวกับการจัดการโรค

NCDs แนวใหม่ด้วยหลัก 4 อ. หรือยาแปดขนานในช่วงเวลาที่กำหนด (3) สามารถตอบคำถามและสื่อสารเป็นภาษาไทยได้ดี และ (4) ยินดีเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีจำนวนทั้งหมด 28 ข้อ โดยประยุกต์จากแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการดูแลสุขภาพตนเองด้วยหลัก 4 อ. หรือยาแปดขนาน⁹ และทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย (1) คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา และสิทธิการรักษาพยาบาล เป็นลักษณะคำถามปลายปิดให้เลือกตอบหลายตัวเลือก (2) ภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรค NCDs มีจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับความดันโลหิต และโรคประจำตัวหรือโรคร่วม เป็นข้อคำถามปลายปิดให้เลือกตอบหลายตัวเลือก (3) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs มีจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก (ใช่-ไม่ใช่-ไม่แน่ใจ) ซึ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดหรือไม่แน่ใจได้ 0 คะแนน และแบ่งการแปลผลออกเป็น 2 ระดับ¹⁰ ได้แก่ ระดับเพียงพอ (คะแนน ≥ 7 คะแนน) และระดับไม่เพียงพอ (คะแนน < 7 คะแนน) และ (4) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs มีจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามปลายปิดแบบมาตราการประมาณค่า (Rating scale) ให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก (ปฏิบัติประจำ-ปฏิบัติบ้างครั้ง-ไม่เคยปฏิบัติ) แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก (ข้อ 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9 และ 10) และข้อคำถามเชิงลบ (ข้อ 2 และ 3) กำหนดค่าคะแนนของตัวเลือกตั้งแต่ 0-2 คะแนน และแบ่งการแปลผลออกเป็น 2 ระดับ¹⁰ ได้แก่ ระดับมาก (คะแนน ≥ 10 คะแนน) และระดับน้อย (คะแนน < 10 คะแนน)

ทั้งนี้ แบบสอบถามดังกล่าวถูกนำไปพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหาและความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการทำงานด้านการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการโรค NCDs จำนวน 3 ท่าน และปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องตามข้อเสนอแนะ มีค่าความสอดคล้องของข้อคำถาม (Item objective congruence [IOC] index) เท่ากับ 0.67 และ 1.00 จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการพิจารณาและปรับปรุงจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรค NCDs ในพื้นที่อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความน่าเชื่อถือ (Reliability) ของแบบสอบถามส่วนที่ 3 (ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs) ด้วยวิธีการของ Kuder และ Richardson โดยใช้สูตร KR-20 ได้เท่ากับ 0.77 และแบบสอบถามส่วนที่ 4 (พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs) ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.74

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลและเคารพในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจโดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs ภายใต้โครงการวิจัยหลัก เรื่อง การพัฒนาศักยภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังด้วยการดูแลสุขภาพ 8 ประการ จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เมื่อวันที่ 27 กันยายน 2562 เลขที่รับรอง HE-056-2562

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์และความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่รับผิดชอบของกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย กระบวนการเก็บข้อมูลให้ทราบ และการติดต่อประสานงานของทีมผู้วิจัย

2. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยนักวิจัยโดยอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดของแบบสอบถามและแนวทางการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ก่อนลงพื้นที่เก็บข้อมูลจริง เพื่อปรับมาตรฐานและควบคุมการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยนัดหมายอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่างพร้อมกันในพื้นที่เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ ได้แก่ การรักษาความลับ การนำเสนอข้อมูลวิจัยในภาพรวม และการขอความยินยอมของอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่างไว้เป็นลายลักษณ์อักษรก่อนดำเนินการสัมภาษณ์

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามตั้งแต่เดือนเมษายนถึงเดือนพฤศจิกายน 2563 ด้วยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทีละข้อ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลคำตอบลงในแบบสอบถาม โดยใช้เวลาในการ

สัมภาษณ์คนละประมาณ 10-15 นาที จากนั้นตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนสิ้นสุดการสัมภาษณ์ อย่างไรก็ตาม การเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างซึ่งอยู่ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยได้คำนึงถึงมาตรการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดอย่างเคร่งครัด โดยมีการรักษาระยะห่างระหว่างตัวผู้สัมภาษณ์และอาสาสมัครผู้ถูกสัมภาษณ์ 1-2 เมตร มีการสวมใส่หน้ากากอนามัย และการทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลก่อนและหลังการสัมภาษณ์อาสาสมัครทุกคน

5. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่เก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้วมากำหนดรหัส บันทึกข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ จากนั้นนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยไปเขียนรายงานนำเสนอในขั้นตอนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรค NCDs ระดับความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (จำนวน) ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะทั่วไปและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs ด้วยการวิเคราะห์แบบถดถอยลอจิสติก (Logistic regression analyses) โดยพิจารณาตัวแปรอิสระจากการวิเคราะห์แบบรายตัวแปรนำเข้าสู่โมเดลเริ่มต้นของการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร จากนั้นลดตัวแปรอิสระที่มีค่า P-value to remove (Pr) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.25 ออกทีละตัว (Backward elimination) จนกระทั่งได้ตัวแปรอิสระที่คงอยู่ในโมเดลสุดท้ายที่เหมาะสมที่สุด และนำเสนอค่า Crude OR, Adjusted OR, 95%CI และ P-value ทั้งนี้ ผู้วิจัยมีการทดสอบสหสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) ระหว่างตัวแปรอิสระมีค่า Tolerance (1/VIF) อยู่ระหว่าง 0.80-0.96

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 455 คน มีอัตราการตอบแบบสอบถามกลับ (Response rate) เท่ากับร้อยละ 100 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.6 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 64.19 ปี (SD=9.60) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 35.2 และมีสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ร้อยละ 78.9 ในด้านภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับโรค NCDs พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 25.08 (SD=3.81) มีรอบเอวรวมทั้งหมดเฉลี่ย 61.20 cm (SD=11.23) และมีค่าความดันโลหิต (SBP/DBP) เฉลี่ยเท่ากับ 144.00/81.33 mmHg (SD=18.38/9.76) นอกจากนี้ ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากถึงร้อยละ 78.9 ซึ่งป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 69.5) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปและภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	52	11.4
หญิง	403	88.6
อายุ (ปี) Mean±SD=64.19±9.60, Min=40, Max=87		
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	148	32.5
ประถมศึกษา	160	35.2
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส./อนุปริญญา	96	21.1
ปริญญาตรีขึ้นไป	51	11.2
สิทธิการรักษาพยาบาล		
สวัสดิการข้าราชการ	84	18.5
ประกันสังคม	12	2.6
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	359	78.9
ดัชนีมวลกาย หรือ BMI (เกณฑ์คนเอเชีย)		
<23	124	27.3
≥23	331	72.7
Mean±SD=25.08±3.81, Min=16.49, Max=37.73		
รอบเอวในเพศชาย (cm) n=52, Mean±SD 67.77±15.42, Min=46, Max=105		
รอบเอวในเพศหญิง (cm) n=403, Mean±SD=60.35±10.29, Min=43, Max=97		
รอบเอวทั้งหมด (ชายหญิง) Mean±SD=61.20±11.23, Min=43, Max=105		
โรคประจำตัว (รวมทั้งหมด)		
ไม่มี	96	21.1
มี	359	78.9
ประวัติการเจ็บป่วย		
โรคความดันโลหิตสูง	316	69.5
ค่าความดันโลหิต Systolic (mmHg) Mean±SD=144.00±18.38, Min=90, Max=182		
ค่าความดันโลหิต Diastolic (mmHg) Mean±SD=81.33±9.76, Min=57, Max=104		
โรคเบาหวาน	143	31.4
โรคไขมันในเลือดสูง	180	39.6
โรคหลอดเลือดสมอง	12	2.6
โรคไต	8	1.8

ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs ของกลุ่มตัวอย่าง (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจ อยู่ในระดับเพียงพอ (≥7 คะแนน) ร้อยละ 91.2 (Mean=7.89, SD=1.18) และด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับมาก (≥10 คะแนน) ร้อยละ 67.5 (Mean=10.64, SD=2.67)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs ของกลุ่มตัวอย่างแบบรายตัวแปร (Bivariate analysis) พบว่า เพศหญิงมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs อยู่ในระดับมากเป็น 1.93 เท่า เมื่อเทียบกับเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (COR=1.93; 95%CI=1.07, 3.46; P=0.028) เพศชายที่มีรอบเอว ≥90 cm มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs อยู่ในระดับมาก

เป็น 0.27 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มียุโรปเอว <90 cm (เหมาะสม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (COR=0.27; 95%CI=0.07, 0.99; P=0.048) ผู้ที่มีระดับความดันโลหิต $\geq 140/90$ mmHg มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs อยู่ในระดับมากเป็น 0.64 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มียุโรปเอว <140/90 mmHg อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (COR=0.64; 95%CI=0.43, 0.97; P=0.037)

การศึกษาค้นคว้าแสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีโรคประจำตัว (โรคใดโรคหนึ่งหรือมากกว่า) มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs อยู่ในระดับมากเป็น 1.66 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัวใดๆ เลยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (COR=1.66; 95%CI=1.04, 2.64; P=0.032) โดยพบว่าผู้ที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดสมอง มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs อยู่ในระดับมาก เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าวเป็น 0.65 และ 0.23 เท่า ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (โรคเบาหวาน COR=0.65; 95%CI=0.43, 0.98; P=0.042, โรคหลอดเลือดสมอง COR=0.23; 95%CI=0.07, 0.78; P=0.018) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs อย่างเพียงพอ มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs อยู่ในระดับมากเป็น 2.24 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs อย่างเพียงพอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (COR=2.24; 95%CI=1.17, 4.31; P=0.016) ดังแสดงในตารางที่ 2

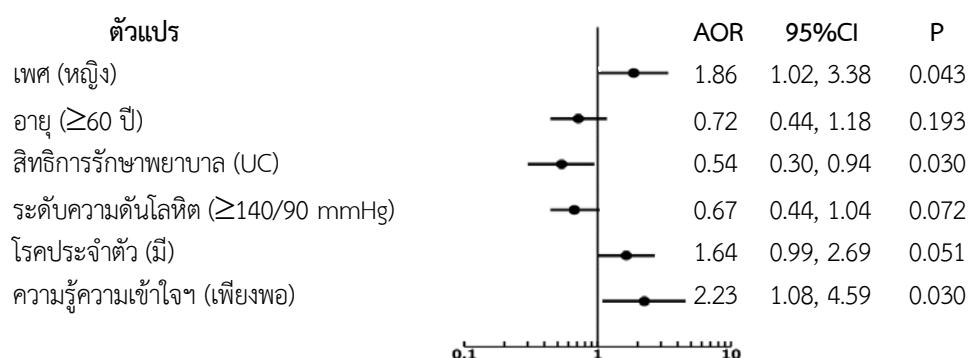
ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ในการจัดการโรค NCDs ด้วยการวิเคราะห์แบบรายตัวแปร

ตัวแปร	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง		COR (95%CI)	P
	มาก (n, %)	น้อย (n, %)		
เพศ				
ชาย	28 (9.1)	24 (16.2)	Ref.	
หญิง	279 (90.9)	124 (83.8)	1.93 (1.07, 3.46)	0.028
อายุ				
<60 ปี	83 (27.1)	32 (21.6)	Ref.	
≥ 60 ปี	224 (72.9)	116 (78.4)	0.74 (0.47, 1.19)	0.214
การศึกษา				
ต่ำกว่าปริญญาตรี	272 (88.6)	132 (89.2)	Ref.	
ปริญญาตรีขึ้นไป	35 (11.4)	16 (10.8)	1.06 (0.57, 1.99)	0.852
สิทธิการรักษาพยาบาล				
สวัสดิการข้าราชการและสิทธิประกันสังคม	72 (23.5)	24 (16.2)	Ref.	
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	235 (76.5)	124 (83.8)	0.63 (0.38, 1.05)	0.078
ดัชนีมวลกาย (kg/m ²)				
<23	80 (26.1)	44 (29.7)	Ref.	
≥ 23	227 (73.9)	104 (70.3)	1.20 (0.78, 1.85)	0.410
รอบเอวในเพศชาย (n=52)				
<90 cm	12 (42.9)	4 (16.7)	Ref.	
≥ 90 cm	16 (57.2)	20 (83.3)	0.27 (0.07, 0.99)	0.048

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปร	พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง		COR (95%CI)	P
	มาก (n, %)	น้อย (n, %)		
รอบเอวในเพศหญิง (n=403)				
<80 cm	44 (15.8)	24 (19.4)	Ref.	
≥80 cm	235 (84.2)	100 (80.6)	1.28 (0.74, 2.22)	0.376
รอบเอวรวมทั้งหมด (ชายหญิง)				
เหมาะสม	56 (18.2)	28 (18.9)	Ref.	
ไม่เหมาะสม (อ้วนลงพุง)	251 (81.8)	120 (81.1)	1.05 (0.63, 1.73)	0.861
ระดับความดันโลหิต				
<140/90 mmHg	131 (42.7)	48 (32.4)	Ref.	
≥140/90 mmHg	176 (57.3)	100 (67.6)	0.64 (0.43, 0.97)	0.037
โรคประจำตัว (รวมทั้งหมด)				
ไม่มี	56 (18.2)	40 (27.1)	Ref.	
มี	251 (81.8)	108 (72.9)	1.66 (1.04, 2.64)	0.032
ประวัติการเจ็บป่วย (มี VS ไม่มี)				
โรคความดันโลหิตสูง	212 (69.1)	104 (70.3)	0.94 (0.62, 1.45)	0.792
โรคเบาหวาน	87 (28.3)	56 (37.8)	0.65 (0.43, 0.98)	0.042
โรคไขมันในเลือดสูง	112 (36.5)	68 (45.9)	0.68 (0.45, 1.01)	0.054
โรคหลอดเลือดสมอง	4 (1.3)	8 (5.4)	0.23 (0.07, 0.78)	0.018
โรคไต	4 (1.3)	4 (2.7)	0.48 (0.12, 1.93)	0.298
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs				
ไม่เพียงพอ	20 (6.5)	20 (13.5)	Ref.	
เพียงพอ	287 (93.5)	128 (86.5)	2.24 (1.17, 4.31)	0.016

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปร (Multivariate analysis) พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs ในระดับมากเมื่อเทียบกับเพศชายเป็น 1.86 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR=1.86; 95%CI=1.02, 3.38; P=0.043) ผู้ที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลแบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs ในระดับมากเมื่อเทียบกับผู้ที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลแบบ Non UC เป็น 0.54 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR=0.54; 95%CI=0.30, 0.94; P=0.030) และผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs เพียงพอ มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs ในระดับมากเมื่อเทียบกับผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs ไม่เพียงพอเป็น 2.23 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR=2.23; 95%CI=1.08, 4.59; P=0.030) ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง (มาก VS น้อย) ในการจัดการโรค NCDs ด้วยการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs โดยเพศหญิงมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs มากกว่าเพศชายเป็น 1.86 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่าเพศหญิงนั้นมีโอกาสที่จะดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่าเพศชาย อาจเป็นเพราะเพศหญิงมีความใส่ใจและสนใจเข้าร่วมในกิจกรรมดูแลสุขภาพมากกว่าเพศชาย สังเกตได้จากการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมการจัดการโรค NCDs แนวใหม่ด้วยหลัก 4 อ. (อารมณ์ อาหาร ออกกำลังกาย และเอาพิษออก) หรือยาแปดขนาน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากเกือบถึงร้อยละ 90.0 สะท้อนให้เห็นว่าเพศหญิงมีโอกาสมากกว่าที่จะมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs มากกว่าเพศชาย ในขณะที่เพศชายอาจคิดว่าตนเองเป็นเพศที่แข็งแรงจึงสนใจเข้าร่วมกิจกรรมในด้านสุขภาพจำนวนน้อย หรืออาจมีภาระหน้าที่หลักในการประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงครอบครัวจึงไม่สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมได้ ทำให้มีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองน้อยกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง¹¹⁻¹² ซึ่งพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่การศึกษาหนึ่ง¹³ ได้พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง เพราะในกลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งเป็นแกนนำด้านสุขภาพและมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพเป็นอย่างดี จึงทำให้พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของเพศหญิงและเพศชายไม่แตกต่างกัน

สิทธิการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยผู้ที่มีสิทธิแบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) จะมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs มากกว่าผู้ที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลแบบไม่ใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Non UC) เป็น 0.54 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ว่าสิทธิการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลแบบ UC อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้ารับบริการส่งเสริมสุขภาพหรือรักษาเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรค NCDs ที่สถานบริการได้ด้วยความสะดวกสบาย ซึ่งภาครัฐได้พยายามสร้างความเท่าเทียมกันให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพเพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และใกล้บ้าน สังเกตได้จากการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลแบบ UC สนใจเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพที่จัดขึ้นในพื้นที่ใกล้บ้านและมีความสะดวกในการเดินทางมากถึงร้อยละ 79.0 จึงทำให้ผู้ที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลแบบ UC มีโอกาสมากกว่าที่จะมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs ได้มากกว่า ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 46.0 เมื่อเทียบกับผู้ที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลแบบ Non UC สอดคล้องกับการศึกษาหนึ่งในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล¹⁴ ซึ่งพบว่าสิทธิการรักษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การมารับบริการรักษาพยาบาลโรคเรื้อรังในสถานบริการปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs อย่างเพียงพอ จะมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs มากกว่าผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวที่ยังไม่เพียงพอ เป็น 2.23 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพควบคู่กับการเข้าร่วมกิจกรรมที่เน้นการปฏิบัติในการจัดการโรค NCDs แนวใหม่ด้วยหลัก 4 อ. หรือยาแปดขนาน ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมในการป้องกันโรค NCDs ในทางที่ถูกต้อง

เหมาะสมมากขึ้น กลุ่มตัวอย่างจึงมีที่พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs อยู่ในระดับมากสูงถึงร้อยละ 93.5 อาจเป็นผลมาจากการได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs อย่างเพียงพอ จึงทำให้มีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs มากกว่าเป็น 2.23 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในการจัดการโรค NCDs ไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ที่มีภาวะสุขภาพเสี่ยงและผู้ป่วยด้วยโรค NCDs¹⁵⁻¹⁶ ซึ่งพบว่าการได้รับคำแนะนำหรือได้รับความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อรังในบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเสี่ยง ทำให้คนที่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องสามารถป้องกันโรคได้ ตลอดจนผู้ป่วยที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนให้เหมาะสมก็มีโอกาสที่จะปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม

ทั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าหากบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันตนเองจากโรค ตลอดจนมีทัศนคติที่ดีต่อแนวทางปฏิบัติดังกล่าวจะทำให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ แต่อย่างไรก็ตาม การให้ความรู้โดยรวมหรือความรู้แยกโรคเพียงอย่างเดียวไม่น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดังเช่นการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง¹⁷ กล่าวคือ ในการพัฒนาให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี นอกเหนือไปจากความรู้ที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยโรค NCDs ได้แสดงออกถึงพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองในการจัดการโรค NCDs ได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้ว ควรเน้นการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติของกลุ่มเป้าหมายด้วย เนื่องจากการเรียนรู้ของบุคคลจากประสบการณ์ตรงผ่านสถานการณ์จำลองด้วยการลงมือปฏิบัติจริงด้วยตนเองหรือเชิงรุก (Active learning) สามารถทำให้บุคคลจดจำหรือมีการคงอยู่ของพฤติกรรมนั้นๆ เมื่อผ่านไปสองสัปดาห์ได้มากถึงร้อยละ 90.0 อีกทั้งทำให้ผลลัพธ์จากการเรียนรู้ของผู้เรียนได้ยาวนานมากขึ้นกว่าการเรียนรู้ในเชิงรับ (Passive learning)¹⁸ โดยสามารถเก็บประสบการณ์เอาไว้ในระบบความจำระยะยาว (Long-term memory) และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ตลอดชีวิต

สรุปผลการวิจัย

เมื่อเข้าสู่วัยที่มีความเสี่ยงหรือการเจ็บป่วยด้วยโรค NCDs จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคคลต้องใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อให้ห่างไกลจากโรคดังกล่าว การวิจัยครั้งนี้ได้ค้นพบว่าตัวกำหนดพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปนั้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ สิทธิในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ (สิทธิการรักษาพยาบาล) และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยเน้นการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ เหล่านี้ อาจช่วยเพิ่มโอกาสให้กลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อจัดการโรค NCDs ได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขควรออกแบบกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมป้องกันโรค NCDs โดยคำนึงถึงปัจจัยด้านเพศ สิทธิการรักษาพยาบาล และการให้ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเองในการจัดการโรค NCDs ของกลุ่มเป้าหมายเป็นสำคัญ
2. การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาติดตามและประเมินผลกระทบของกลุ่มเป้าหมายในประเด็นเกี่ยวกับการลด ละ หรือเลิกบริโภคอาหารโดยคำนึงถึงแพทย์ และภาระค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ตลอดจนการศึกษาวิจัยโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายซึ่งสอดคล้องกับบริบทของชุมชน
3. การศึกษาครั้งต่อไปควรทำการศึกษาโดยมีการจำแนกกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน เช่น เฉพาะกลุ่มเสี่ยงหรือเฉพาะกลุ่มผู้ป่วย เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และเป็นการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องโดยตรง นำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการออกแบบแนวทางหรือวิธีการดูแลสุขภาพตนเองเฉพาะกลุ่ม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ และผู้วิจัยขอขอบคุณอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่าง ผู้บริหาร คณาจารย์และบุคลากร หน่วยงานเครือข่าย และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2563]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.thaincd.com/2016/mission3>.
2. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. นนทบุรี : สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดตีไซน์ ; 2563.
3. อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง, ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์ และ ราชานนท์ ง่วนใจรัก. การพัฒนาหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพและป้องกันการเกิดภาวะพึ่งพิงในกลุ่มผู้สูงอายุ. วารสารควบคุมโรค 2564; 47(4): 1005-15.
4. อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง, ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์, พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์ และ ราชานนท์ ง่วนใจรัก. การพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ในการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง ตำบลหนองพลวง อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน 2565; 28(1): 88-100.
5. สมเกียรติ อินทะกนก, พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์, อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง, ราชานนท์ ง่วนใจรัก, ชูสง่า สีสัน และ ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์. การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง : กรณีศึกษาพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำซับ อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา 2564; 27(1): 56-67.
6. ราชานนท์ ง่วนใจรัก, อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง, ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์, พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์, วรลักษณ์ สมบูรณ์นาคี และ นพพร พร่องครบุรี. การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่ด้วยหลัก 4 อ. ตำบลตะขบ อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสุขภาพ 2565; 45(1): 40-55.
7. อรุณ จิรวัดนกุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : บริษัท ส. เอเซียเพรส (1989) จำกัด ; 2558.
8. วิลลลา อันดรา. การศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชนบ้านเอื้ออาทรบางเขน (คลองถนน). วารสารแพทยนาวิ 2561; 45(1): 121-38.
9. พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์, ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์, อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง, ราชานนท์ ง่วนใจรัก, ชูสง่า สีสัน และ พระทองถม ชลอกกุล. คู่มือการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่ด้วยหลัก 4 อ. (ยาแปดขนาน). นครราชสีมา : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา (อัสสเนา) ; 2561.
10. Harold O Kiess. Statistical concepts for the behavioral sciences. Boston: Allyn & Bacon; 1989.
11. แจ่มจันทร์ ทองลาด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2564; 36(2): 82-90.
12. กัลยารัตน์ แก้ววันดี, วราภรณ์ ศิริสว่าง และ จิตมา กตัญญู. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยาว อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน. การประชุมสัมมนาวิชาการการนำเสนองานวิจัยระดับชาติและนานาชาติเครือข่ายบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ ครั้งที่ 15. วันที่ 23 กรกฎาคม 2558 ณ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์. นครสวรรค์ ; 2558.
13. ประนอม กาญจนวนิชย์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2564; 36(2): 20-33.
14. ทัศนาศ ทันวงศ์, นิตยา เพ็ญศิริณา, พรทิพย์ กิระพงษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายสุขภาพอำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ 2559; 9(3): 26-36.
15. มณฑิรา ชนะกาญจน์ และ นิชาภัทร พุฒิกามิน. ปัจจัยที่ทำนายการรับรู้เกี่ยวกับโรคและปัจจัยเสี่ยง อากาณา การรักษา และพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารสมาคมประสาทวิทยาาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2559; 39(1): 70-77.
16. อภิญา บำรุงกลาง, อุดมลักษณ์ ดวงนาค และ ปรีดา รสดี. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น 2559; 23(1): 85-95.
17. ดวงพร กตัญญูตานนท์, วัชรินทร์ จันทน์ปัญญา, สุธิธิดา ปาเป้า, เสาวณี เบ้าจันท, ธรพร น้อยเปรม, สาวิกา พาลี และ จันทน์เพ็ญ แสงจันทร์. พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สถานีนอนามัยแห่งหนึ่งในตำบลบางเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี 2560; 6(2): 53-62.
18. Edgar Dale. Audio Visual Method in Teaching. 4th ed. New York: Holt Rinehart and Winston Inc.; 1969.

สถานการณ์ผลการดำเนินการสถานศึกษาปลอดภัยในโรงเรียนระดับประถมศึกษา เขตพื้นที่ตำบลขุนทะเล อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กนกรัตน์ ชลศิลป์¹ รัชกร ฮ่งกุล^{2*}

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

^{2*} อาจารย์ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

บทคัดย่อ

โรงเรียนเป็นสถานที่ที่ถูกคาดหวังเกี่ยวกับความปลอดภัย ทั้งด้านโครงสร้างอาคารและการบริหารจัดการเกี่ยวกับความปลอดภัย การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินการเกี่ยวกับความปลอดภัยของโรงเรียนระดับประถมศึกษา ตำบลขุนทะเล อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประชากร คือ โรงเรียนระดับประถมศึกษา จำนวน 4 โรงเรียน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบตรวจรายการของกองความปลอดภัยแรงงาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน และการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงเรียน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการหาค่าความถี่ และร้อยละ ผลการศึกษาพบว่า ทุกโรงเรียนไม่ผ่านเกณฑ์สถานศึกษาปลอดภัยตามแบบตรวจรายการ โดยโรงเรียนสังกัดสำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) 1 ผ่านเกณฑ์ 24 ข้อคำถาม (ร้อยละ 75) โรงเรียน สพฐ.2 ผ่านเกณฑ์ 30 ข้อคำถาม (ร้อยละ 93.75) โรงเรียน สพฐ.3 ผ่านเกณฑ์ 20 ข้อคำถาม (ร้อยละ 62.50) และโรงเรียนสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ผ่านเกณฑ์ 30 ข้อคำถาม (ร้อยละ 93.75) ผลการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดภัยโดยแบบตรวจรายการส่วนที่ 2 จำนวน 30 ข้อคำถาม พบว่า มี 12 ข้อคำถามที่มีผลการดำเนินงานผ่านทุกโรงเรียน มี 18 ข้อคำถามที่ผลการดำเนินงานผ่านไม่ครบทุกโรงเรียน มี 2 ใน 4 โรงเรียน ไม่ผ่านจำนวน 6 ข้อ และมี 1 ใน 4 โรงเรียน ไม่ผ่านจำนวน 12 ข้อ ซึ่งข้อคำถามที่ผลการดำเนินงานผ่านไม่ครบทุกโรงเรียน สามารถนำมาจัดกลุ่มเป็นประเด็นหลัก ๆ ดังนี้ 1) ความพร้อมของบุคลากรในการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดภัย 2) การจัดการด้านการป้องกันและระงับอัคคีภัยในสถานศึกษา 3) ความพร้อมด้านโครงสร้างอาคารสถานที่ และอุปกรณ์ที่จำเป็น 4) นโยบายด้านความปลอดภัยของสถานศึกษาและมาตรการเพื่อความปลอดภัยสำหรับการเรียนการสอน และ 5) การมีส่วนร่วมของครู นักเรียนและบุคลากรในโรงเรียน รวมถึงเครือข่ายผู้ปกครองและชุมชนใกล้เคียงเกี่ยวกับการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดภัย ผลที่ได้จากการศึกษานี้สามารถเป็นข้อมูลและแนวทางเพื่อการจัดการสถานศึกษาปลอดภัยต่อไป

คำสำคัญ: สถานศึกษาปลอดภัย / โรงเรียนประถมศึกษา / ผลการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดภัย

*Corresponding author: รัชกร ฮ่งกุล, E-mail: ratchakorn.hon@sru.ac.th, โทร. 0644539263

Received: January 31, 2022/ Revised: September 9, 2022/ Accepted: November 3, 2022

The Situation of School Safety Implementation Outcome in Primary Schools, Khun Talae Sub-district, Mueang Surat Thani District, Surat Thani Province

Kaknokrat Chonsin¹ Ratchakorn Hongkul^{2*}

¹ Assistant Professor, Public Health Program, Faculty of Science and Technology, Surattani Rajabhat University

^{2*} Lecturer, Public Health Program, Faculty of Science and Technology, Surattani Rajabhat University

Abstract

Schools are expected as the safety places including building structure and safety management. This research aimed to study the situation of primary school safety implementation outcomes in Khun Talae sub-district, Mueang Surat Thani district, Surat Thani province. The population was composed of four primary schools. Data were collected using a standard checklist from the Occupational Safety and Health Division, Ministry of Labour, and in-depth interviews. Data were analyzed using descriptive statistics such as frequency and percentage. The results revealed that all primary schools did not reach the standard checklist. Of 32 checklist items, schools under the Office of the Basic Education Commission affiliating school 1 (OBEC1) passed 24 items of the standard (75%), the OBEC2 passed 30 items (93.75%), the OBEC3 passed 23 items (71.88%) and the Local Government Organization affiliating school (LGO) passed 30 items (93.75%).

The results of the school safety institutions using 30 questions of checklist part 2 found that all schools achieved 12 items whereas there were 18 unqualified items in all schools (2 out of 4 schools failed 6 items, and 1 in 4 schools failed 12 items of checklist). Consequently, those 18 items of checklist can be grouped into the following main issues; 1) the preparedness of school staff to perform the academic safety, 2) fire prevention and firefighting management in school, 3) the preparedness of safety infrastructures, building, and equipment, 4) safety policy and standard of primary school, and 5) participation of each sector such as teacher, student, parents, community, and government sectors. This study's results can be used as basic information and guidelines for school safety management in the future.

Keywords: Academic Safety/ Primary School/ School Safety Implementation Outcome

*Corresponding author: Ratchakorn Hongkul, Email: ratchakorn.hon@sru.ac.th, Tel: 0644539263

Received: January 31, 2022/ Revised: September 9, 2022/ Accepted: November 3, 2022

บทนำ

อุบัติเหตุเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บในเด็กทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก เด็กมีโอกาสได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทั้งจากการเดินทางไป-กลับระหว่างบ้านกับโรงเรียน การบาดเจ็บจากเครื่องมือ อุปกรณ์ชำรุด ไม่ได้มาตรฐาน การบาดเจ็บจากการเล่นกีฬาและกิจกรรมสันทนาการ การหกล้มและตกจากที่สูง การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุอันเนื่องมาจากโครงสร้างอาคารชำรุด หรืออาจเกิดอุบัติเหตุจากการก่อสร้างของอาคารอื่น ๆ ในพื้นที่รอบโรงเรียน กาญจนาลอ เลิศลักษณ์ และคณะ¹ ศึกษาความคาดหวังของผู้ปกครองต่อการจัดการศึกษาระดับประถมศึกษาในจังหวัดลำปาง พบว่า ความปลอดภัยด้านอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม เป็นหนึ่งในความคาดหวังของผู้ปกครองที่มีต่อการบริหารจัดการของสถานศึกษา ซึ่งอาคารเรียนมีความแข็งแรง มั่นคง และปลอดภัย ควรเป็นสถานที่ปลอดภัยที่สุด ไม่มีการก่อสร้าง ไม่มีทางเข้าออกหลายทาง อาคารเรียนเหมาะสมกับเด็กแต่ละวัย ระดับชั้นประถมศึกษาควรให้อยู่ชั้นล่างของอาคาร บริเวณโดยรอบไม่มีสิ่งของที่จะก่อให้เกิดอันตราย จากข้อมูลสถิติพบว่า การบาดเจ็บเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการเสียชีวิตในเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปี ซึ่งการบาดเจ็บ 3 อันดับแรกที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตมากที่สุด คือ อุบัติเหตุจราจร การจมน้ำ และสาเหตุภายนอกอื่น ๆ² อย่างไรก็ตาม ความสุขของเด็ก หากรวมถึงสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยของโรงเรียน ซึ่งมีจุดเสี่ยงต่าง ๆ อยู่หลายจุด เช่น อาคารเรียน สนามเด็กเล่น ต้นไม้ตึ้ม โต๊ะ เก้าอี้ สนามกีฬา ฯลฯ จะทำให้เด็กมีความเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายต่าง ๆ ได้³ ดังนั้นโรงเรียนจึงควรให้ความสำคัญกับการเป็นสถานศึกษาปลอดภัย

กระทรวงแรงงาน ขับเคลื่อนนโยบาย Safety Thailand สู่สถานศึกษา เพื่อสร้างความเข้มแข็งด้านความปลอดภัยเกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยเชิงป้องกันอย่างมั่นคงและยั่งยืนในสถานศึกษา ตามระเบียบวาระแห่งชาติ “แรงงานปลอดภัยและสุขภาพอนามัยดี” ในปัจจุบันมีสถานศึกษาเข้าร่วมแล้วมากกว่า 1,000 แห่งทั่วประเทศ ครอบคลุมนักเรียน นักศึกษา ครู อาจารย์ และบุคลากรทางการศึกษา 1,275,638 คน ซึ่งในปี 2561 มีสถานศึกษาที่ผ่านเกณฑ์จำนวน 566 แห่ง⁴ สำหรับปี 2562 จำนวนสถานศึกษาที่ได้รับรางวัลเกียรติบัตรดีเด่น จำนวน 843 สถานศึกษา และในจำนวนนี้มีโรงเรียนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 5 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนบ้านนาสาร โรงเรียนบ้านนาใหญ่ โรงเรียนวัดบ้านโน โรงเรียนวัดเขาทอง และโรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาพัฒนาการสุราษฎร์ธานี⁵ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีข้อมูลการขอเข้ารับการประเมินสถานศึกษาปลอดภัยของโรงเรียนในเขตพื้นที่ตำบลขุนทะเล อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

จากความสำคัญและสถานการณ์ความปลอดภัยในสถานศึกษาดังกล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์การดำเนินการเกี่ยวกับความปลอดภัยของโรงเรียนระดับประถมศึกษา ตำบลขุนทะเล อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี อันนำไปสู่แนวทางการดำเนินงานให้กับสถานศึกษาเพื่อการจัดการด้านความปลอดภัยต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินการเกี่ยวกับความปลอดภัยของโรงเรียนระดับประถมศึกษา ตำบลขุนทะเล อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตของสถานที่ทำการวิจัย ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์การดำเนินการเกี่ยวกับความปลอดภัยของโรงเรียนระดับประถมศึกษาเขตพื้นที่ตำบลขุนทะเล อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ขอบเขตของประชากรที่ศึกษา ประชากรที่ศึกษา คือ โรงเรียนระดับประถมศึกษา เขตพื้นที่ตำบลขุนทะเล อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 4 โรงเรียน

ขอบเขตของเนื้อหาสาระที่ศึกษา ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์การดำเนินการเกี่ยวกับความปลอดภัยของโรงเรียนระดับประถมศึกษา อันนำไปสู่แนวทางการยกระดับความปลอดภัยในโรงเรียนระดับประถมศึกษา เขตพื้นที่ตำบลขุนทะเล อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ขอบเขตของระยะเวลา ระยะเวลาดำเนินการวิจัย คือ ระหว่างวันที่ 16 กันยายน 2563 – 19 พฤษภาคม 2564

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (descriptive cross-sectional study)

ประชากร ประชากร คือ โรงเรียนระดับประถมศึกษาในพื้นที่ตำบลขุนทะเล อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 4 โรงเรียน ประกอบด้วย โรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) จำนวน 3 โรงเรียน และโรงเรียนในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จำนวน 1 โรงเรียน โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้ เป็นโรงเรียนระดับประถมศึกษาที่ไม่เคยได้รับรางวัลสถานศึกษาปลอดภัยของกระทรวงแรงงาน ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่บริการของมหาวิทยาลัย เป็นเครือข่ายและทำข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) กับคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี และยินดีเข้าร่วมวิจัย คณะผู้วิจัยทำหนังสือทาบทามไปยังผู้อำนวยการโรงเรียน มีการตอบรับเข้าร่วมวิจัยจำนวน 3 โรงเรียน ในจำนวนนี้เป็นโรงเรียนขนาดเล็กจำนวน 2 โรงเรียน (สังกัด สพฐ.) และขนาดกลางจำนวน 1 โรงเรียน (สังกัด อปท.) โรงเรียนสังกัด สพฐ. ที่เป็นโรงเรียนขนาดเล็กจำนวน 1 โรงเรียน ตั้งอยู่ในเขตตำบลมะขามเตี้ย เป็นโรงเรียนในเขตพื้นที่บริการและเป็นเครือข่ายที่มีการทำข้อตกลงความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยมาทดแทนอีกหนึ่งโรงเรียน

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ตามเอกสาร REC-SRU 053/2020 (วันที่รับรอง 16 กันยายน พ.ศ. 2563)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบประเมินสถานศึกษาปลอดภัย ซึ่งเป็นแบบประเมินมาตรฐานของกองความปลอดภัยแรงงาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน⁶ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของสถานศึกษา จำนวน 11 ข้อ
2. แบบตรวจสอบรายการ (Check-list) สถานศึกษาปลอดภัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้
 - 2.1 ส่วนที่ 1 การเกิดพระเกียรติสถาบันพระมหากษัตริย์ จำนวน 2 ข้อ
 - 2.2 ส่วนที่ 2 สถานศึกษาปลอดภัย จำนวน 30 ข้อ

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของสถานศึกษา เก็บรวบรวมจากการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงเรียนหรือตัวแทนแบบประเมินสถานศึกษาปลอดภัย เก็บรวบรวมโดยผู้วิจัยเข้าไปตรวจสอบรายการ (Check-list)

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมนำมาวิเคราะห์โดยเทียบกับเกณฑ์ผลการดำเนินงาน ที่ระบุไว้ในคู่มือแนวทางการดำเนินการตามข้อกำหนดกิจกรรม สถานศึกษาปลอดภัย ประจำปี 2562 โดยกองความปลอดภัยแรงงาน กลุ่มงานเครือข่ายความปลอดภัยในการทำงาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของสถานศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของสถานศึกษา พบว่า โรงเรียนระดับประถมศึกษา จำนวน 4 โรงเรียน เป็นโรงเรียนในสังกัด สพฐ. จำนวน 3 โรงเรียน (ร้อยละ 75) ซึ่งทั้ง 3 โรงเรียนจัดเป็นโรงเรียนขนาดเล็กซึ่งมีจำนวนนักเรียนทั้งหมดไม่เกิน 500 คน และมีโรงเรียนในสังกัด อปท. จำนวน 1 โรงเรียน (ร้อยละ 25) ซึ่งจัดเป็นโรงเรียนขนาดกลาง ทุกโรงเรียนไม่เคยได้รับรางวัลสถานศึกษาปลอดภัย แต่ได้รับการรับรองมาตรฐานของ สมศ. ทุกโรงเรียน จากตารางจะเห็นว่าโรงเรียน สพฐ.3 ยังไม่มีบุคลากรผู้รับผิดชอบด้านความปลอดภัย คณะทำงานหรือคณะกรรมการความปลอดภัยของสถานศึกษา รวมถึงข้อมูลสถิติอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยในสถานศึกษา อย่างไรก็ตาม ทุกโรงเรียนมีข้อมูลการประกันภัย รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของสถานศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของสถานศึกษา	โรงเรียน			
	สพฐ.1	สพฐ.2	สพฐ.3	อปท.
สังกัด ที่ตั้ง	สพฐ. หมู่ที่ 1 ต.ขุนทะเล	สพฐ. หมู่ที่ 5 ต.มะขามเตี้ย	สพฐ. หมู่ที่ 9 ต.ขุนทะเล	อปท. หมู่ที่ 3 ต.ขุนทะเล
เคยได้รับรางวัล "สถานศึกษาปลอดภัย" หรือไม่	ไม่เคย	ไม่เคย	ไม่เคย	ไม่เคย
ได้รับการรับรองมาตรฐาน	สมศ.	สมศ.	สมศ.	สมศ.
จำนวนบุคลากร (ครู คุรุอัตราจ้างและผู้บริหาร) (คน)	34	9	12	77
- ชาย (คน)	5	1	0	14
- หญิง (คน)	29	8	12	63
จำนวนนักเรียนทั้งหมด (คน)	484	181	143	982
- ชาย (คน)	257	108	68	503
- หญิง (คน)	227	73	75	479
บุคลากรผู้รับผิดชอบด้านความปลอดภัย	มี	มี	ไม่มี	มี
คณะทำงานหรือคณะกรรมการความปลอดภัยของสถานศึกษา	มี	มี	ไม่มี	มี
ข้อมูลสถิติอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยในสถานศึกษา	มี	มี	ไม่มี	มี
ข้อมูลการประกันภัย	มี	มี	มี	มี

สพฐ. : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน; อปท. : องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น; สมศ. : สถาบันรับรองมาตรฐาน
และประเมินคุณภาพการศึกษา

ผลการดำเนินการเกี่ยวกับความปลอดภัยในโรงเรียนระดับประถมศึกษา

จากข้อมูลแบบตรวจสอบรายการ (check list) สถานศึกษาปลอดภัยของสถานศึกษาที่ศึกษา จำนวน 4 โรงเรียน ซึ่งจะประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน ส่วนที่ 1 การเกิดพระเกียรติสถาบันพระมหากษัตริย์ ส่วนที่ 2 สถานศึกษาปลอดภัย พบว่าแบบตรวจรายการส่วนที่ 1 การเกิดพระเกียรติสถาบันพระมหากษัตริย์ จำนวน 2 ข้อคำถาม ทุกโรงเรียนมีการดำเนินการครบทุกข้อ สำหรับแบบตรวจรายการส่วนที่ 2 สถานศึกษาปลอดภัย จำนวน 30 ข้อคำถาม พบว่า ข้อคำถามที่ 1, 2, 5, 9, 10, 11, 18, 20, 21, 22, 26 และ 28 มีผลการดำเนินงานผ่านทุกโรงเรียน ซึ่งข้อคำถามดังกล่าวประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับนโยบาย แผนงาน กฎระเบียบด้านความปลอดภัยในสถานศึกษา การดูแล ตรวจสอบความปลอดภัย อุปกรณ์และระบบป้องกันอัคคีภัย การป้องกันโรคระบาด การจัดน้ำดื่มสะอาด จำนวนห้องน้ำที่เหมาะสม การจัดที่รับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย การจัดกิจกรรมเพื่อสนับสนุนและกระตุ้นจิตสำนึกด้านความปลอดภัย และมาตรการดูแลเพื่อความปลอดภัยในการเดินทาง รายละเอียดดังตารางที่ 2 ในส่วนผลการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดภัยของโรงเรียนกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามี 18 ข้อคำถามที่ผลการดำเนินงานผ่านไม่ครบทุกโรงเรียน กล่าวคือ มี 2 ใน 4 โรงเรียน ไม่ผ่านจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 7, 13, 14, 15, 16 และ 30 และมี 1 ใน 4 โรงเรียน ไม่ผ่านจำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3, 4, 6, 8,

12, 17, 19, 23, 24, 25, 27 และ 29 ซึ่งข้อคำถามที่ผลการดำเนินงานผ่านไม่ครบทุกโรงเรียน สามารถนำมาจัดกลุ่มเป็นประเด็นหลัก ๆ ดังนี้

1) ความพร้อมของบุคลากรในการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดภัย ได้แก่ การมีบุคลากรผู้รับผิดชอบหรือคณะทำงานด้านความปลอดภัยของสถานศึกษา ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในสถานศึกษา การอบรมเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการดำเนินงานโครงการเพื่อรักษาความสะอาดและสุขาภิบาลในโรงเรียน

2) การจัดการด้านการป้องกันและระงับอัคคีภัยในสถานศึกษา ได้แก่ ระบบการป้องกันและระงับอัคคีภัย แผนการป้องกันและระงับอัคคีภัย การฝึกอบรมการดับเพลิงขั้นต้น การฝึกซ้อมดับเพลิงและการฝึกซ้อมอพยพหนีไฟ

3) ความพร้อมด้านโครงสร้าง อาคารสถานที่ และอุปกรณ์จำเป็น ได้แก่ ห้องพยาบาลและอุปกรณ์ปฐมพยาบาล จำนวนห้องน้ำห้องส้วมที่เหมาะสมและเพียงพอ และตำรา หนังสือหรือมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อม

4) นโยบายด้านความปลอดภัยของสถานศึกษา และมาตรการเพื่อความปลอดภัยสำหรับการเรียนการสอน ได้แก่ มาตรการความปลอดภัยสำหรับการเรียนการสอนเกี่ยวกับสารเคมี การจัดเก็บข้อมูลสถิติอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยในสถานศึกษาและการวางแผนป้องกันที่เหมาะสม

5) การมีส่วนร่วมของครู นักเรียนและบุคลากรในโรงเรียน รวมถึงเครือข่ายผู้ปกครอง และชุมชนใกล้เคียงเกี่ยวกับการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดภัย ได้แก่ การรับฟังความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะด้านความปลอดภัยในสถานศึกษา การสร้างความร่วมมือและกิจกรรมดำเนินการระหว่างชุมชน ผู้ปกครอง และหน่วยงานภาครัฐ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในสถานศึกษา การจัดตั้งชมรมและคณะกรรมการดำเนินการด้านความปลอดภัยในสถานศึกษา

ตารางที่ 2 แบบตรวจสอบรายการ (check list) สถานศึกษาปลอดภัย

แบบตรวจรายการ	โรงเรียน				จำนวนที่ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ)
	สพฐ. 1	สพฐ. 2	สพฐ. 3	อปท.	
ส่วนที่ 1 การเกิดพระเกียรติสถาบันพระมหากษัตริย์					
1. มีบอร์ดหรือนิทรรศการเทิดพระเกียรติสถาบันพระมหากษัตริย์ ในสถานศึกษาชัดเจน	✓	✓	✓	✓	4 (100)
2. มีการประชาสัมพันธ์ส่งเสริมเกี่ยวกับค่านิยมหลักของคนไทย 12 ประการ ในสถานศึกษาที่ชัดเจน	✓	✓	✓	✓	4 (100)
ส่วนที่ 2 สถานศึกษาปลอดภัย					
1. มีนโยบายความปลอดภัยในสถานศึกษา เป็นลายลักษณ์อักษรและมีการประกาศนโยบายให้เห็นได้ชัดเจน	✓	✓	✓	✓	4 (100)
2. มีแผนงานและงบประมาณดำเนินการด้านความปลอดภัยในสถานศึกษาที่ชัดเจน	✓	✓	✓	✓	4 (100)
3. มีบุคลากรผู้ดูแลรับผิดชอบด้านความปลอดภัยในสถานศึกษาที่ชัดเจน	✓	✓	✗	✓	3 (75)
4. มีคณะทำงานหรือคณะกรรมการความปลอดภัยในสถานศึกษาที่ชัดเจน	✓	✓	✗	✓	3 (75)
5. มีกฎระเบียบหรือคู่มือ/แนวทางว่าด้วยความปลอดภัยในสถานศึกษาที่เหมาะสม	✓	✓	✓	✓	4 (100)
6. บุคลากรทุกระดับ เช่น อาจารย์ ผู้บริหาร ลูกจ้าง ได้รับการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในสถานศึกษาตามแผนงานที่กำหนด	✓	✓	✗	✓	3 (75)
7. มีการอบรมเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นแก่บุคลากรในสถานศึกษา	✓	✓	✗	✗	2 (50)
8. มีโครงการหรือการดำเนินการเพื่อรักษาความสะอาด ความเป็นระเบียบเรียบร้อยในสถานศึกษาที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ	✓	✓	✓	✗	3 (75)

ตารางที่ 2 (ต่อ)

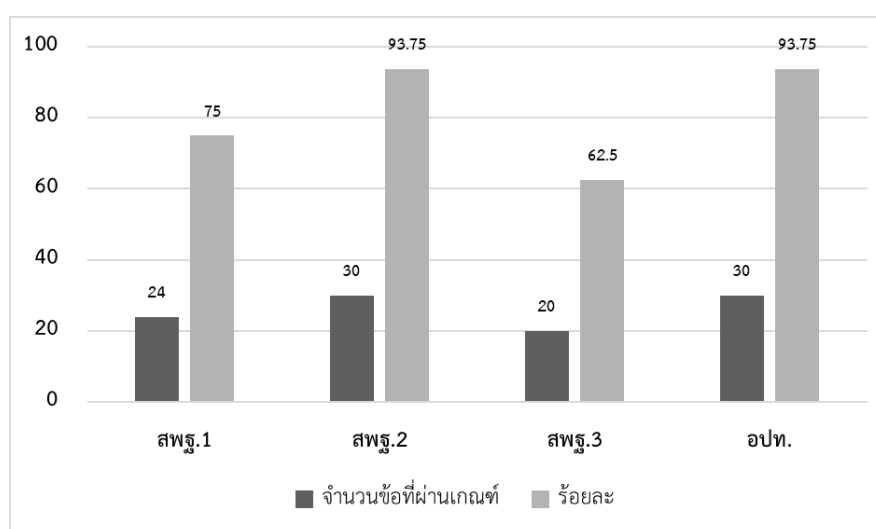
แบบตรวจรายการ	โรงเรียน				จำนวนที่ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ)
	สพฐ. 1	สพฐ. 2	สพฐ. 3	อปท.	
9. มีการดูแล สำรวจหรือตรวจสอบความปลอดภัยในสถานศึกษา โดยกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน รวมทั้งนำผลไปปรับปรุงแก้ไข	✓	✓	✓	✓	4 (100)
10. มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายของเครื่องจักร เครื่องมือ (Safeguard) ในสถานศึกษาอย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ เช่น ฝาครอบใบมีดเครื่องตัดหญ้า ฝาครอบใบเลื่อย ฝาครอบสายพาน	✓	✓	✓	✓	4 (100)
11. มีระบบป้องกันอันตรายจากไฟฟ้ารั่วหรือการต่อสายดินในสถานศึกษาที่มีประสิทธิภาพ	✓	✓	✓	✓	4 (100)
12. มีระบบป้องกันและระงับอัคคีภัยในสถานศึกษา เช่น สัญญาณแจ้งเหตุเพลิงไหม้ ถึงดับเพลิง เป็นต้น รวมทั้งการตรวจสอบและบำรุงรักษาที่ชัดเจน	✓	✗	✓	✓	3 (75)
13. มีแผนป้องกันและระงับอัคคีภัยในสถานศึกษาที่ชัดเจน	✗	✗	✓	✓	2 (50)
14. มีการฝึกอบบรมการดับเพลิงขั้นต้นในสถานศึกษา	✗	✓	✗	✓	2 (50)
15. มีการฝึกซ้อมดับเพลิงและการฝึกซ้อมอพยพหนีไฟในสถานศึกษาประจำปี	✗	✓	✗	✓	2 (50)
16. มีการฝึกซ้อมตามข้อ 15 โดยใช้หน่วยงานที่ได้รับการรับรองเป็นผู้ฝึกสอน	✗	✓	✗	✓	2 (50)
17. มีห้องพยาบาล และอุปกรณ์ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในสถานศึกษา พร้อมผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน	✓	✓	✗	✓	3 (75)
18. มีมาตรการป้องกันการเกิดโรคระบาดหรือโรคติดต่อให้กับบุคลากร และมีการเผยแพร่ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเจ็บป่วยหรือโรคอื่นเนื่องจากการทำงานในสถานศึกษา	✓	✓	✓	✓	4 (100)
19. มีห้องส้วม (ที่ถ่ายอุจจาระ และที่ถ่ายปัสสาวะ) และอ่างล้างมือ สำหรับนักเรียน/นักศึกษา แยกชาย-หญิง ที่พอเพียง	✗	✓	✓	✓	3 (75)
20. มีการจัดน้ำดื่มที่สะอาด ที่ล้างหน้าที่ถูกสุขลักษณะและพอเพียง เพื่อให้บุคลากรได้ใช้ก่อนการรับประทานอาหารหรือดื่มเครื่องดื่ม	✓	✓	✓	✓	4 (100)
21. มีการจัดที่รับประทานอาหารและที่พักที่เหมาะสมและถูกสุขลักษณะ เช่น ระบบแสงสว่าง ระบบระบายอากาศ ระดับความดังของเสียง เป็นต้น	✓	✓	✓	✓	4 (100)
22. มีการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยในสถานศึกษา	✓	✓	✓	✓	4 (100)
23. มีมาตรการเพื่อความปลอดภัยสำหรับการเรียนการสอนเกี่ยวกับสารเคมีในสถานศึกษาที่เหมาะสมและปลอดภัย	✗	✓	✓	✓	3 (75)
24. มีการรับฟังความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะด้านความปลอดภัยในสถานศึกษาจากครู อาจารย์ นักเรียน/นักศึกษา และมีการนำไปปรับปรุงแก้ไข	✓	✓	✗	✓	3 (75)
25. มีการจัดเก็บข้อมูลสถิติอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยในสถานศึกษา และการวางแผนป้องกันที่เหมาะสม	✓	✓	✗	✓	3 (75)
26. มีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมและกระตุ้นจิตสำนึกให้แก่ นักเรียน/นักศึกษา ด้านความปลอดภัยในสถานศึกษา ในรูปแบบต่าง ๆ ที่เหมาะสม	✓	✓	✓	✓	4 (100)
27. มีหนังสือ ตำรา หรือมาตรฐานเกี่ยวกับความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน เพื่อใช้ในการศึกษาค้นคว้าและการเรียนรู้ของบุคลากร	✗	✓	✓	✓	3 (75)

ตารางที่ 2 (ต่อ)

แบบตรวจรายการ	โรงเรียน				จำนวนที่ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ)
	สพฐ. 1	สพฐ. 2	สพฐ. 3	อปท.	
28. มีมาตรการดูแลเพื่อความปลอดภัยในการเดินทาง เช่น การจัดระบบจราจร การสวมหมวกกันน็อค การดูแลยานพาหนะรับ-ส่งนักเรียน/นักศึกษา ใบอนุญาตขับรถ เป็นต้น สำหรับนักเรียน/นักศึกษาในสถานศึกษา	✓	✓	✓	✓	4 (100)
29. มีการสร้างความร่วมมือและกิจกรรมดำเนินการระหว่างชุมชน ผู้ปกครอง และหน่วยงานภาครัฐ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในสถานศึกษา	✓	✓	✗	✓	3 (75)
30. มีนักเรียน/นักศึกษาจัดตั้งชมรมและคณะกรรมการดำเนินการด้านความปลอดภัยในสถานศึกษา	✗	✓	✗	✓	2 (50)

หมายเหตุ: ✓ คือ มี / ใช่; ✗ คือ ไม่มี / ไม่ใช่

ผลการเปรียบเทียบการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดภัยของแต่ละโรงเรียน พบว่า โรงเรียน สพฐ.1 ผ่านเกณฑ์ 24 ข้อคำถาม (ร้อยละ 75.00) โรงเรียน สพฐ.2 ผ่านเกณฑ์ 30 ข้อคำถาม (ร้อยละ 93.75) โรงเรียน สพฐ.3 ผ่านเกณฑ์ 20 ข้อคำถาม (ร้อยละ 62.50) และโรงเรียน อปท. ผ่านเกณฑ์ 30 ข้อคำถาม (ร้อยละ 93.75) (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดภัยของโรงเรียนกลุ่มตัวอย่าง

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาสถานการณ์ผลการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดภัยในโรงเรียนระดับประถมศึกษาจำนวน 4 โรงเรียน ไม่ผ่านเกณฑ์สถานศึกษาปลอดภัยตามแบบตรวจรายการ ซึ่งข้อคำถามที่ไม่ผ่านเกณฑ์ นำมาจัดกลุ่มประเด็นปัญหาด้านการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดภัย ได้แก่ 1) ความพร้อมของบุคลากรในการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดภัย 2) การจัดการด้านการป้องกันและระงับอัคคีภัยในสถานศึกษา 3) ความพร้อมด้านโครงสร้าง อาคารสถานที่ และอุปกรณ์จำเป็น 4) นโยบายด้านความปลอดภัยของสถานศึกษา และมาตรการเพื่อความปลอดภัยสำหรับการเรียนการสอน และ 5) การมีส่วนร่วมของครู นักเรียนและบุคลากรในโรงเรียน รวมถึงเครือข่ายผู้ปกครอง และชุมชนใกล้เคียงเกี่ยวกับการดำเนินงานสถานศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จิราภรณ์ หลานคำ และคณะ⁷ ศึกษารูปแบบการพัฒนาด้านความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมของโรงเรียนเครือข่าย มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า โรงเรียนในเครือข่ายมีสภาพปัญหาการจัดการด้านความปลอดภัย ได้แก่ ความปลอดภัยของสนามเด็กเล่น เนื่องจากมีสภาพที่ไม่ปลอดภัย มีหญ้าขึ้นสูง พื้นสนามดินไม่แข็งแรง สภาพเครื่องเล่นชำรุด เป็นสนิม ติดตั้งไม่มั่นคง เป็นต้น คณะผู้วิจัยดังกล่าวใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม

ร่วม พบว่า รูปแบบการพัฒนาด้านความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมของโรงเรียนเครือข่ายมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 4 ประเด็น คือ 1) การรับรู้สภาพปัญหาความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน 2) กระตุ้นให้เกิดความตระหนักเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากปัญหาด้านความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน 3) การรับรู้ศักยภาพและความพร้อมในการจัดการปัญหาด้านความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน และ 4) การสร้างระบบและกลไกในการจัดการปัญหาด้านความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนอย่างยั่งยืน ดังนั้น อาจเป็นไปได้ว่าโรงเรียนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ดังกล่าวอาจไม่รับรู้สภาพปัญหาความปลอดภัย รวมถึงอาจไม่มีกิจกรรมการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักและรับรู้ถึงผลกระทบ ศักยภาพ ความพร้อม และการสร้างระบบและกลไกต่าง ๆ

โรงเรียนที่ศึกษา 2 ใน 4 โรงเรียน มีผลการดำเนินงานสถานศึกษาไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 6 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการอบรมเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นของบุคลากรในสถานศึกษา และข้อคำถามเกี่ยวกับแผนป้องกันและระงับอัคคีภัย การฝึกอบรมการดับเพลิงขั้นต้น การฝึกซ้อมอพยพหนีไฟโดยหน่วยงานที่ได้รับการรับรอง และการจัดตั้งชมรมและคณะกรรมการดำเนินงานด้านความปลอดภัยในสถานศึกษา ในทำนองเดียวกัน Paci-Green และคณะ⁸ ทำการวิเคราะห์ผลการสำรวจพื้นฐานระดับชาติเกี่ยวกับความปลอดภัยในโรงเรียนที่ดำเนินการในปี 2017 การสำรวจดำเนินการใน 68 ประเทศของทวีปเอเชียแปซิฟิก แอฟริกา และลาตินอเมริกา รวมถึงแถบทะเลแคริบเบียน การสำรวจมีสาระสำคัญ 3 ประเด็นคือ 1) สิ่งอำนวยความสะดวก โครงสร้างอาคารเรียนที่ปลอดภัย 2) การจัดการภัยพิบัติในโรงเรียน และ 3) การลดความเสี่ยงและความยืดหยุ่นทางการศึกษา จากผลการวิเคราะห์พบว่า มีเพียงบางโรงเรียนที่ให้การฝึกอบรมกับครูผู้สอนในการจัดการกับภัยพิบัติ และโรงเรียนมีงบประมาณไม่พอในการบริหารจัดการเพื่อลดความเสี่ยงในโรงเรียน ดังนั้น อาจเป็นไปได้ว่าโรงเรียนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ดังกล่าวอาจมีข้อจำกัดด้านงบประมาณ หรือขาดการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก เนื่องจากโรงเรียนที่ผ่านเกณฑ์ได้รับความอนุเคราะห์จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการฝึกอบรมเกี่ยวกับการซ้อมดับเพลิงและการอพยพหนีไฟเป็นประจำทุกปี

โรงเรียนที่ผ่านเกณฑ์ข้อคำถามน้อยที่สุด คือ โรงเรียน สพฐ.3 พบข้อคำถามที่ไม่ผ่านเป็นข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรและคณะทำงานด้านความปลอดภัย การรับฟังข้อเสนอแนะด้านความปลอดภัยและการสร้างความร่วมมือด้านความปลอดภัยกับทุกภาคส่วน อาจเป็นเพราะโรงเรียน สพฐ.3 เป็นโรงเรียนขนาดเล็ก มีจำนวนบุคลากรจำกัด ไม่มีการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบงานด้านความปลอดภัยโดยตรง Petal และคณะ⁹ เสนอแนะแนวทางที่สำคัญในการพัฒนาระบบพื้นฐานและแผนที่นำทางเพื่อหาวิธีการที่ดีที่สุดในการออกแบบ การพัฒนา การประเมินและการนำไปใช้ของนโยบายการลดความเสี่ยงโดยมีเด็กเป็นศูนย์กลางและความปลอดภัยในโรงเรียน คือ การส่งเสริมความร่วมมือด้านการวิจัยและการสร้างศักยภาพผ่านการปฏิบัติของชุมชน นอกจากนี้ การทบทวนวรรณกรรมพบว่าการสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างโรงเรียนกับชุมชนเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานของโรงเรียนประสบความสำเร็จได้ และส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพการศึกษาและคุณภาพชีวิตของนักเรียนและชุมชน¹⁰

บทสรุป

การศึกษาสถานการณ์การดำเนินการเกี่ยวกับความปลอดภัยของโรงเรียนระดับประถมศึกษาจำนวน 4 โรงเรียน เป็นโรงเรียนในสังกัด สพฐ. จำนวน 3 โรงเรียน และมีโรงเรียนในสังกัด อปท. จำนวน 1 โรงเรียน ทุกโรงเรียนไม่เคยได้รับรางวัลสถานศึกษาปลอดภัย แต่ได้รับการรับรองมาตรฐานของ สมศ. ทุกโรงเรียน และทุกโรงเรียนไม่ผ่านเกณฑ์สถานศึกษาปลอดภัยตามแบบตรวจรายการ โดยโรงเรียน สพฐ.1 ผ่านเกณฑ์ 24 ข้อคำถาม (ร้อยละ 75) โรงเรียน สพฐ.2 ผ่านเกณฑ์ 30 ข้อคำถาม (ร้อยละ 93.75) โรงเรียน สพฐ.3 ผ่านเกณฑ์ 20 ข้อคำถาม (ร้อยละ 62.50) และโรงเรียน อปท. ผ่านเกณฑ์ 30 ข้อคำถาม (ร้อยละ 93.75)

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า 2 ใน 4 โรงเรียน มีผลการดำเนินงานสถานศึกษาไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 6 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการอบรมเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นของบุคลากรในสถานศึกษา และข้อคำถามเกี่ยวกับแผนป้องกันและระงับอัคคีภัย การฝึกอบรมการดับเพลิงขั้นต้น การฝึกซ้อมอพยพหนีไฟโดยหน่วยงานที่ได้รับการรับรอง และการจัดตั้งชมรมและคณะกรรมการดำเนินงานด้านความปลอดภัยในสถานศึกษา โรงเรียนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ควรมีการเตรียมความพร้อมเพื่อกำหนดทิศทางงานด้านความปลอดภัยในสถานศึกษาปลอดภัย ดังนี้

1. ผู้บริหารของโรงเรียน ควรกำหนดนโยบายด้านความปลอดภัย แต่งตั้งบุคลากรผู้รับผิดชอบและคณะกรรมการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของโรงเรียน
2. โรงเรียนควรมีหลักสูตรด้านความปลอดภัยเพื่อเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะของบุคลากรในการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดภัย ได้แก่ หลักสูตรอบรมเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น หลักสูตรการฝึกอบรบดับเพลิงขั้นต้น เป็นต้น
3. การจัดการเกี่ยวกับการป้องกันและระงับอัคคีภัยในสถานศึกษา ได้แก่ การมีระบบการป้องกันและระงับอัคคีภัย การวางแผนการป้องกันและระงับอัคคีภัย การฝึกซ้อมดับเพลิงและการฝึกซ้อมอพยพหนีไฟโดยหน่วยงานที่ได้รับการรับรอง ซึ่งโรงเรียนที่ผ่านเกณฑ์ในข้อคำถามนี้ได้รับอนุเคราะห์การฝึกซ้อมอพยพหนีไฟจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ที่โรงเรียนตั้งอยู่

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายผลการวิจัย โดยใช้กลุ่มตัวอย่างไปยังโรงเรียนระดับประถมศึกษาในพื้นที่อื่น ๆ หรือสถานศึกษาในระดับที่สูงขึ้น
2. ควรมีการพัฒนาแบบการดำเนินการสถานศึกษาปลอดภัย และทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ และนำรูปแบบที่ได้ไปประยุกต์ใช้กับโรงเรียนระดับประถมศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากกองทุนวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ประจำปีงบประมาณ 2563 ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงเรียนประถมศึกษาทั้ง 4 โรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการวิจัยและอนุเคราะห์ข้อมูลงานวิจัยสำเร็จ ลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กาญจนา ลอเลิศลักษณ์, วาสนา จักรแก้ว, สิทธา พงษ์ศักดิ์. ความคาดหวังของผู้ปกครองในการจัดการเรียนการสอนระดับประถมศึกษาในจังหวัดลำปาง. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา 2559: 11 (1):89-101.
2. กองการป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การบาดเจ็บในเด็ก [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 6 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://ddc.moph.go.th/dip>
3. กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. ปก. แนวแก้ไข 9 จุดเสี่ยงอันตราย – ป้องกันอุบัติเหตุในโรงเรียน [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 22 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://gnews.apps.go.th/news?news=19660>
4. สำนักข่าวไทย. สถานศึกษาปลอดภัยประจำปี 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 26 กรกฎาคม 2562]. เข้าถึงได้ จาก: <http://www.mol.go.th/content/75315/1539249440>
5. สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานกรุงเทพมหานครพื้นที่ 2. สถานศึกษาปลอดภัยประจำปี 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 26 กรกฎาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://area2.labour.go.th>
6. กองความปลอดภัยแรงงาน. คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามข้อกำหนดกิจกรรม สถานศึกษาปลอดภัย ประจำปี 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 26 กรกฎาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.obec.go.th>
7. จิราภรณ์ หลาบคำ, ลักษณะีย์ บุญขาว, นิตยา ชาคำรณ, สมเจตน์ ทองดำ, จีราพร ทิพย์พิลา, จินตนา ศิริบุรณ์พิพัฒนา. รูปแบบการพัฒนาด้านความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมของโรงเรียนเครือข่าย มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่ 2558: 7(4):52-69.
8. Paci-Green R, Varchetta A, McFarlane K, Iyer P. Comprehensive school safety policy: A global baseline survey. International Journal of Disaster Risk Reduction 2020;44:101399.
9. Petal M, Ronan K, Ovington G, Tofa M. Child-centred risk reduction and school safety: An evidence-based practice framework and roadmap. International Journal of Disaster Risk Reduction 2020: 49:101633.
10. ชูชาติ พวงสมจิตร. การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างโรงเรียนกับชุมชน. Veridian E-Journal, Silpakorn University 2017:10(2):1342-1354.

ความสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค พฤติกรรมการป้องกัน กับความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นในผู้ป่วย โรงพยาบาลขอนแก่น

นฤมล สิงสาราญ¹ รุจิรา ดวงสงค์^{2*}

¹นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

เลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเป็นภาวะฉุกเฉินที่สำคัญ เนื่องจากมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคนี้สูง ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค พฤติกรรมการป้องกัน ความเครียด กับความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นของผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 232 คน การรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2565 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ฯลฯ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ การมีโรคประจำตัว กับความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับต่ำมาก ($r=.168$, $p=0.010$) ความรู้เกี่ยวกับภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น มีความสัมพันธ์ทางสถิติในระดับต่ำมาก ($r=.207$, $p=0.001$) แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ได้แก่การประเมินภาวะคุกคามของภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นกับความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญสถิติ ($r=-.143$, $p=0.029$) การพฤติกรรมการป้องกัน มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับต่ำมาก ($r=-.174$, $p=0.008$)

คำสำคัญ: ความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น/ ความรู้/แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค/ พฤติกรรมการป้องกัน

* Corresponding author: รุจิรา ดวงสงค์, E-mail: drujir@kku.ac.th, โทร. 0935923048

Received: October 31, 2022, Revised: November 2, 2022, Accepted: November 8, 2022

Relationships between Personal Characteristics, Protection Motivation, Preventive Behaviors and Risk Factors of Upper Gastro-intestinal Bleeding among Patients in Khon Kaen Hospital

Naluemol Singsomran¹ Rujira Duangsong^{2*}

¹Master student of Public Health in Health Behavior and Health Promotion, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

^{2*}Asst. Prof., Faculty of Public Health, Khon Kaen University

Abstract

Upper gastrointestinal bleeding is an emergency condition. It is considered an important public health problem. Therefore, need to be treated accurately and in a timely, and found that the mortality rate was high. The researcher is interested in studying relationship between personal characteristics, protection motivation theory, preventive behavior, and the risk of bleeding among the upper gastrointestinal tract of patients admitted to Khon Kaen hospital. This research is descriptive research, cross section study. The sample consisted of 232 UGIB patients. Data were collected by questionnaires and collected during July-August 2022. Data analysis by descriptive statistics such as number, percentage, mean, standard deviation, etc. The correlation was analyzed using Pearson's correlation coefficient.

The results of the study found that personal characteristics, patients with another disease there were a very low statistical correlation ($r=.168$, $p=0.010$). Knowledge of upper gastrointestinal bleeding there was a very low statistically significant correlation ($r=.207$, $p=0.001$). Perceived threat of upper gastrointestinal bleeding was significantly negative correlation ($r = -.143$, $p = 0.029$). Practice to prevent complication of upper gastrointestinal bleeding was a statistically significant negative correlation ($r = -.174$, $p=0.008$).

Keywords: Risk Factors of Upper Gastrointestinal Bleeding/ Knowledge/ Protection Motivation Theory/ Preventive Behavior

* Corresponding author: Rujira Duangsong, E-mail: drujir@kku.ac.th, Tel. 0935923048

Received: October 31, 2022, Revised: November 2, 2022, Accepted: November 8, 2022

บทนำ

เลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น(Upper gastrointestinal bleeding UGIB หรือ Upper gastrointestinal hemorrhage: UGIH) เป็นภาวะฉุกเฉินที่จำเป็นต้องให้การรักษาย่างถูกต้องและรวดเร็ว เป็นภาวะที่มีเลือดออกตั้งแต่ หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กส่วนต้น จนถึงส่วนที่เหนือบริเวณ Ligament of Treitz สาเหตุของภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น แบ่งได้เป็น สาเหตุจากหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร (Variceal hemorrhage) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคตับแข็งถึงร้อยละ 50-60 ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร่วมกับการติดเชื้อไวรัส สำหรับภาวะเลือดออกจากสาเหตุอื่นสามารถแบ่งออกได้เป็น Primary bleeding มีสาเหตุจากโรคที่ทำให้มีเลือดออก ได้แก่ Peptic ulcer ซึ่งส่วนมากจะมีการติดเชื้อ Helicobacter Pylori (H. Pylori) ร่วมด้วย ส่วน Secondary bleeding ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยภายหลังเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล^{1,2}

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นพบได้บ่อยในประชากรทั่วโลก มีอุบัติการณ์ 80-150 ต่อประชากร 100,000 คน และอัตราการตายประมาณร้อยละ 2-15³ สำหรับประเทศไทย พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 10-15) และสูงขึ้นเป็นร้อยละ 35 ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลที่มีโรคทางอายุรกรรมอื่น ๆ ร่วมด้วย¹ เขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วยจังหวัด กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคามและร้อยเอ็ด อัตราผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาด้วยโรคกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กซึ่งเป็นสาเหตุหลักของโรคเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น รายงานที่ 818.94 ต่อประชากร 100,000 คน⁴ โรงพยาบาลขอนแก่นมีผู้ป่วย UGIB มากเป็นอันดับ 1 ใน 5 ของกลุ่มศัลยกรรมทั่วไป นอกจากนี้ UGIB มีอัตราการเสียชีวิตติดอันดับ 1 ใน 10 ของโรงพยาบาล เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลขอนแก่นช่วงเวลาเดียวกัน⁵ นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วย UGIB ร้อยละ 80 เป็นเพศชาย เนื่องจากเพศชายมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นมากกว่าเพศหญิง เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ มีความเครียดและความวิตกกังวลสูง⁶ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะ Hypovolemic shock คือ ภาวะของร่างกายที่มีการไหลเวียนเลือดลดลงต่ำผิดปกติ ส่งผลให้การสูบน้ำเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ในร่างกายไม่เพียงพอ ทำให้เซลล์และอวัยวะเสียหายจากการขาดเลือดที่เป็นตัวนำออกซิเจนและสารอาหาร เมื่อเกิดกับอวัยวะสำคัญและรักษาไม่ทันเวลาอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต⁷

แนวคิดแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ของ Rogers⁸ ได้อธิบายไว้บุคคลจะปกป้องตนเองเมื่อเกิดความกลัว โดยมีพื้นฐานมาจาก 2 ปัจจัยคือ การประเมินภาวะคุกคาม คือรู้ว่าสิ่งนั้นเป็นอันตรายและตนเองมีโอกาสเสี่ยงได้รับอันตราย และการประเมินเผชิญปัญหา คือการรับรู้ความสามารถของตนเองหรือเชื่อในความสามารถของตนทำในสิ่งนั้นได้ และมีการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองว่ามีประโยชน์ เมื่อผู้ป่วยมีอาการของภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น เช่น อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำหรือถ่ายเป็นเลือด อาจมีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดและเลือด ต้องเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลจะมีความไม่สบายเกิดขึ้นเช่นปวดท้อง เหนื่อย เวียนศีรษะ มีความกลัวต่ออันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการ เห็นเลือดจำนวนมากออกจากร่างกายของตนเอง จนคิดว่าตัวเองมีโอกาสเสียชีวิตได้ เมื่อได้ทราบถึงแผนการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ ได้แก่ การส่องกล้องทางเดินอาหารซึ่งอาจได้รับความเจ็บปวด หรือถ้ารุนแรงกว่านั้นไม่สามารถห้ามเลือดได้จากการส่องกล้องอาจจะต้องถึงขั้นผ่าตัดกระเพาะอาหารและมีความทุกข์ทรมานจากการที่ต้องงดน้ำงดอาหาร ต้องจากครอบครัวมาอยู่โรงพยาบาล ต้องหยุดงานขาดรายได้ ครอบครัวเกิดความกังวล เมื่อปัญหาเหล่านี้เกิดขึ้น ย่อมคิดถึงไปถึงสาเหตุหรือการกระทำที่เป็นเหตุให้ตนเองมีอาการเจ็บป่วยเช่นนี้ และทำอย่างไรตนเองถึงจะไม่เจ็บป่วยอย่างนี้อีก และตนเองจะสามารถปฏิบัติเพื่อป้องกันได้หรือไม่ และการปฏิบัติเช่นนี้จะสามารถป้องกันภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นได้จริงหรือไม่ เมื่อผู้วิจัยมองเห็นปัญหาเช่นนี้จึงเกิดแนวความคิดที่จะเชื่อมโยงทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคกับความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ผลของการศึกษาจะได้เป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นแก่ผู้ป่วยต่อไป นอกจากนี้ อรรถพรณ บุญลือ และคณะ⁹ ได้ศึกษา พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ผลลัพธ์ในการปฏิบัติ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดเลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดเลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค พฤติกรรมป้องกันโรค ได้แก่ความรู้เรื่องภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (การประเมินภาวะคุกคามของ UGIB ได้แก่ 1. การรับรู้ความรุนแรงของโรค 2. โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค) (การประเมินเผชิญปัญหาของ UGIB ได้แก่ 1. การรับรู้ประสิทธิภาพของการตอบสนอง 2. การรับรู้ความสามารถตนเอง) ความเครียด กับความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นของผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป ที่เข้ารับการรักษาด่วนด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น โรงพยาบาลขอนแก่น

วัตถุประสงค์การวิจัย

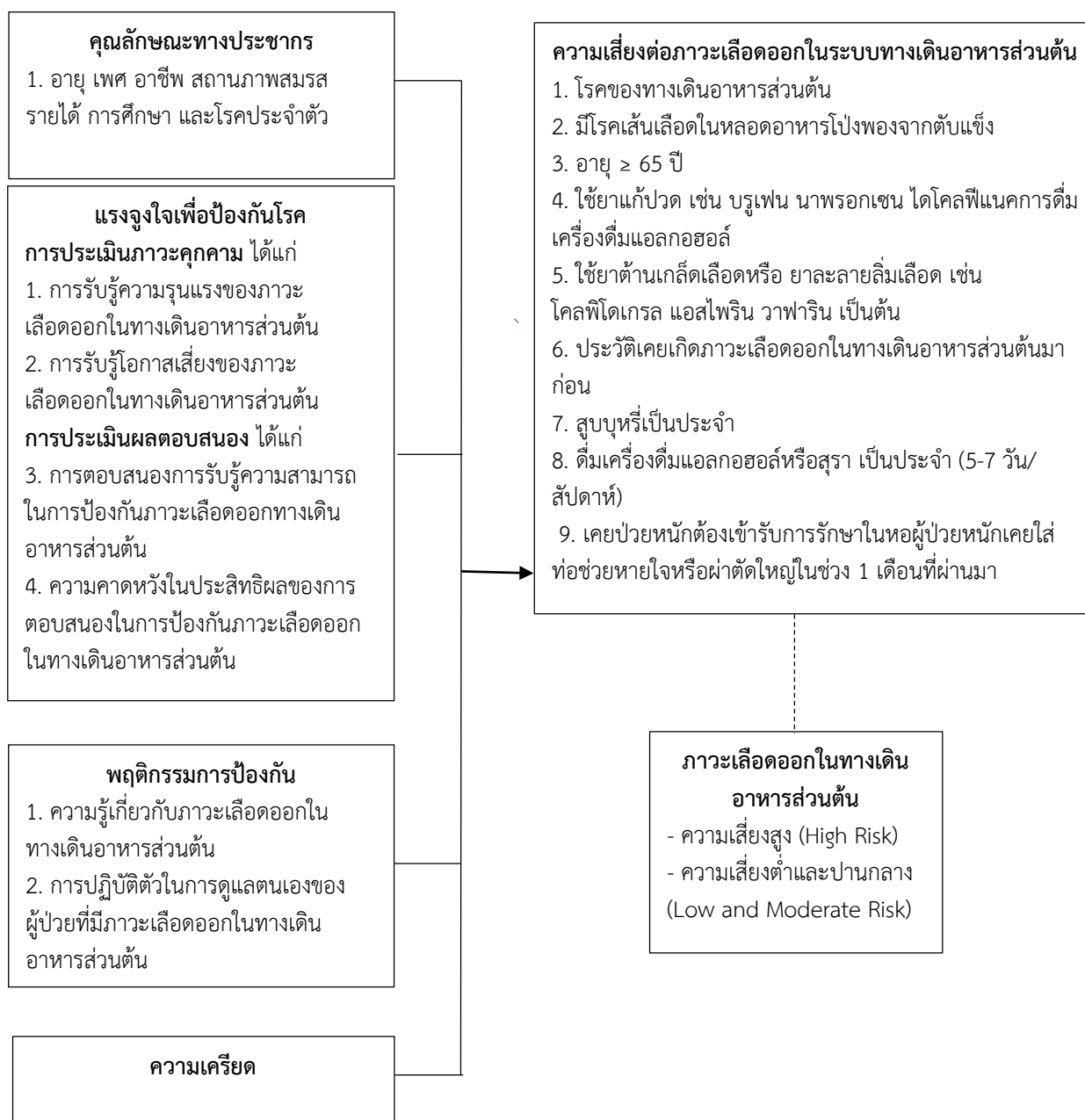
1. เพื่อศึกษาลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค พฤติกรรมป้องกันโรค และความเครียด ของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น แผนกศัลยกรรมทั่วไปของโรงพยาบาลขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาความเสี่ยงของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นแผนกศัลยกรรมทั่วไปของโรงพยาบาลขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค พฤติกรรมป้องกันโรค ความเครียด กับความเสี่ยงของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นแผนกศัลยกรรมทั่วไปของโรงพยาบาลขอนแก่น

ขอบเขตการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ได้แก่ การรับรู้ภาวะคุกคามและความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง พฤติกรรมป้องกันโรค ได้แก่ความรู้เรื่องภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น และความเครียด กับความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นของผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น แผนกศัลยกรรมทั่วไปในโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 232 คน ระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2565

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น ประกอบด้วย คุณลักษณะทางประชากร แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค พฤติกรรมป้องกันโรค ความเครียด ได้นำมาหาความสัมพันธ์กับความเสี่ยงภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นและนำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ส่วนสันปะภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นกลุ่ม High Risk และ Low - Moderate Risk นำมาอภิปรายผลการแยก 2 กลุ่มแต่ไม่ได้นำมาหาความสัมพันธ์



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. **รูปแบบการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive cross-sectional study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค พฤติกรรมป้องกันโรค ความเครียด กับความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ของผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น แผนกศัลยกรรมทั่วไปในโรงพยาบาลขอนแก่น

2. **ประชากร และ กลุ่มตัวอย่าง** ประชากรเป็นผู้ป่วย UGIB มารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 1,475 คน กลุ่มตัวอย่าง 232 คน

การคำนวณหาตัวอย่างที่ใช้ในการสำรวจเพื่อประมาณสัดส่วน คือ

$$\text{จากสูตร } n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \frac{N\pi(1-\pi)}{Z_{\alpha/2}^2 \pi(1-\pi) + Nd^2} \quad (\text{วิลเลียม กุสลาวิชฌ์กุล})$$

N= ประชากร ผู้ป่วยUGIB จำนวน 1,475 คน

ขนาดตัวอย่าง

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นในการประมาณสัดส่วน 5 %

π = สัดส่วน ผู้ป่วยUGIB = 19.04

$$\text{แทนค่า } n = \frac{(1.96)^2}{(1.96)^2} \frac{(7,745)(.19)(1-.19)}{(.19)(1-.19) + (7,745)(.05)^2}$$

= 207.91 คน

R = กำหนดสัดส่วนสูญเสียร้อยละ 5 %

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

$$\text{แทนค่า } n_{adj} = \frac{207.91}{(1-.05)^2} = 231.11$$

= 232 คน

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้ป่วย UGIB ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาที่ รพ.ขอนแก่น
 2. อายุ 18 ปีขึ้นไป
 3. เป็นผู้มีระดับความรู้สึกตัวดี
 4. สามารถ อ่านออก เขียนได้ สามารถสื่อสารเข้าใจ
 5. เป็นผู้นิยมเข้าร่วมโครงการ
- ### 3. เครื่องมือในการวิจัย

แบบสอบถามชุดนี้เป็นแนวทางในการศึกษาความที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น โดยประยุกต์ใช้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค มาเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม แบบสอบถามชุดนี้ แบ่งออกเป็น 6 ส่วน รวมจำนวน 90 ข้อ ได้แก่

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ ความเพียงพอของรายได้ การศึกษา มีหรือไม่มีโรคประจำตัว และโรคประจำตัวที่มี

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น จำนวน 27 ข้อ ประกอบด้วย สาเหตุ/ความเสี่ยง อาการ การรักษา และการป้องกันภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด ข้อคำถามแบบ 3 ตัวเลือก คือใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ การแปลผล ตอบใช่ให้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่หรือไม่ทราบให้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 27 คะแนน การประเมินผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง ระดับคะแนนความรู้ต่ำ หมายถึง ได้คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 (0-16 คะแนน) ระดับคะแนนความรู้ปานกลาง หมายถึง ได้คะแนน ระหว่าง ร้อยละ 60-79 (17-20 คะแนน) ระดับคะแนนความรู้สูง หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป (21-27 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น จำนวน 27 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด ข้อคำถามแบบ 3 ตัวเลือกให้เลือกตอบ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย การแปลผล เห็นด้วยให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วยให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยให้ 1 คะแนน

1. การประเมินภาวะคุกคามของภาวะเลือดออกทางเดินอาหารในทางเดินอาหารส่วนต้น

1.1 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น จำนวน 7 ข้อ คะแนนเต็ม 21 คะแนน การประเมินผล ระดับคะแนนการรับรู้ความรุนแรงระดับมาก หมายถึง ได้คะแนน ระหว่าง 16-21 คะแนน ระดับ

คะแนนการรับรู้ความรุนแรงระดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนน ระหว่าง 11-15 คะแนน ระดับคะแนนการรับรู้ความรุนแรงระดับน้อยหมายถึง ได้คะแนน ระหว่าง 7-10 คะแนน

1.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น จำนวน 8 ข้อ คะแนนเต็ม 24 คะแนน การประเมินผล ระดับคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงระดับมาก หมายถึง ได้คะแนน ระหว่าง 19-24 คะแนน ระดับคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงระดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนน ระหว่าง 13-18 คะแนน ระดับคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงระดับน้อยหมายถึง ได้คะแนน ระหว่าง 8-12 คะแนน

2. การประเมินเผชิญปัญหาของภาวะเลือดออกทางเดินอาหารในทางเดินอาหารส่วนต้น

2.1 การตอบสนองการรับรู้ความสามารถในการป้องกันภาวะเลือด ออกทางเดินอาหารในทางเดินอาหารส่วนต้น จำนวน 7 ข้อ คะแนนเต็ม 21 คะแนน การประเมินผล ระดับคะแนนการตอบสนองระดับมาก หมายถึง ได้คะแนน ระหว่าง 16-21 คะแนน ระดับคะแนนการตอบสนองระดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนน ระหว่าง 10-15 คะแนน ระดับคะแนนการตอบสนองระดับน้อยหมายถึง ได้คะแนน ระหว่าง 7-9 คะแนน

2.2 ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะเลือดออกทางเดินอาหารในทางเดินอาหารส่วนต้น จำนวน 5 ข้อ คะแนนเต็ม 15 คะแนน การประเมินผล ระดับคะแนนความคาดหวังในประสิทธิผลระดับมาก หมายถึง ได้คะแนน ระหว่าง 12-15 คะแนน ระดับคะแนนความคาดหวังในประสิทธิผลระดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนน ระหว่าง 8-11 คะแนน ระดับคะแนนความคาดหวังในประสิทธิผลระดับน้อย หมายถึง ได้คะแนน ระหว่าง 5-7 คะแนน

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น จำนวน 8 ข้อ คำถามเชิงบวก 4 ข้อ เชิงลบ 4 ข้อ ลักษณะของคำถามแบบ 3 ตัวเลือกให้เลือกตอบ คือปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติ การแปลผล ปฏิบัติประจำ เชิงบวกให้ 3 คะแนน เชิงลบให้ 1 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง เชิงบวกให้ 2 คะแนน เชิงลบให้ 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติ เชิงบวกให้ 1 คะแนน เชิงลบให้ 3 คะแนน คะแนนเต็ม 24 คะแนน การประเมินผล คะแนนการปฏิบัติแบ่งเป็น 3 ระดับ คะแนนการปฏิบัติตัวระดับดี หมายถึง ได้คะแนน ระหว่าง 19-24 คะแนน คะแนนการปฏิบัติตัวระดับพอใช้ หมายถึง ได้คะแนน ระหว่าง 13-18 คะแนน คะแนนการปฏิบัติตัวระดับต้องปรับปรุงหมายถึง ได้คะแนน ระหว่าง 8-12 คะแนน

ส่วนที่ 5 การประเมินความเครียด จำนวน 10 ข้อ คำถามเชิงบวก 4 ข้อ เชิงลบ 6 ข้อ ลักษณะของคำถามแบบ 5 ตัวเลือก คือ บ่อยมาก บ่อย บางครั้ง เกือบไม่เคย และไม่เคย การแปลผล ข้อคำถามเชิงบวก ตอบบ่อยมาก ให้ 4 คะแนน บ่อย 3 คะแนน บางครั้ง 2 คะแนน เกือบไม่เคย 1 คะแนน ไม่เคย 0 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบ ตอบบ่อยมาก ให้ 0 คะแนน บ่อย 1 คะแนน บางครั้ง 2 คะแนน เกือบไม่เคย 3 คะแนน ไม่เคย 4 คะแนน คะแนนเต็ม 40 คะแนน การประเมินผล แบ่งช่วงคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ระดับความเครียดสูงมีคะแนน 27-40 คะแนน ระดับความเครียดปานกลาง มีคะแนน 14-26 คะแนน ระดับความเครียดต่ำ มีคะแนน 0-13 คะแนน

ส่วนที่ 6 การประเมินความเสี่ยงเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น จำนวน 9 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบทั้งหมด 9 ข้อ ข้อคำถามแบบ 2 ตัวเลือก คือใช่ กับ ไม่ใช่ การแปลผล ตอบใช่ให้ 1 คะแนน ไม่ใช่ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 9คะแนน การประเมินผล แบ่งระดับความเสี่ยง 2 ระดับคือ Low-Moderate Risk คะแนน 0-4 คะแนน และ High Risk คะแนน 5-9 คะแนน

เครื่องมือวิจัยส่วนที่ 2, 3, 4 และ 6 ผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาขึ้นเอง

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความสามารถ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบประเมินค่าความสอดคล้อง ค่า IOC ไม่ต่ำกว่า 0.5 พบว่าทุกข้อผ่าน 0.5 แต่มีท้ายข้อคำถามส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นข้อ 1-20 ผู้เชี่ยวชาญได้แนะนำให้ตัดข้อความ ใช่หรือไม่ ท้ายข้อออก ส่วนที่ 4 การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ข้อ 4 และข้อ 5 ผู้ทรงคุณวุฒิให้ไปทบทวนจำนวนวันและจำนวนชั่วโมง ที่เหมาะสมกับการออกกำลังกายใน 1 สัปดาห์ ส่วนที่ 6 แบบประเมินภาวะปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นข้อ 3 ผู้เชี่ยวชาญได้แนะนำให้ใช้คำว่ามากกว่าหรือเท่ากับแทนสัญลักษณ์ $\geq$ ส่วนที่3 แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ข้อ 19 เปลี่ยนคำจาก ก็ เป็น ซึ่ง ของเครื่องมือส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ได้ค่า IOC = 1 ส่วนที่ 3 แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ได้ค่า IOC = 1 ส่วนที่ 4 การปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ได้ค่า IOC = 1 ส่วนที่ 6 การประเมินความเสี่ยงเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ได้ค่า IOC = 1 ซึ่งเครื่องมือทั้ง 4 ส่วนนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นใหม่ ส่วนที่ 5 การประเมินความเครียด ไม่ได้นำไปหาค่า IOC เนื่องจากประยุกต์ใช้ของ Cohen et al.¹⁷

2. การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น วิเคราะห์ด้วยค่า KR20 ได้ความเชื่อมั่น = 0.83 ส่วนที่ 3 แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรควะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น = 0.83 ส่วนที่ 4 การปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น = 0.84 ส่วนที่ 5 การประเมินความเครียดไม่ได้นำไปหาค่าความเชื่อมั่น เนื่องจากประยุกต์ใช้ของ Cohen et al.¹ ส่วนที่ 6 การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น = 0.82

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ฯลฯ

2. สถิติอนุมาน (Inference Statistics) ที่ใช้ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยแบ่งเกณฑ์การวัดระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ออกเป็น 5 ระดับ¹¹

จริยธรรมการวิจัย

ในการศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมมนุษย์ ผู้ศึกษาได้ยึดหลักจรรยาบรรณและเคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้ถูกศึกษา โดยผู้ศึกษาเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมทั่วไปทั้ง 4 หอผู้ป่วย แนะนำตัวพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาและขั้นตอนของการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูลอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามเปิดโอกาสให้ซักถาม และให้เวลาอย่างเพียงพอในการทำความเข้าใจ ตัดสินใจและได้รับคำยินยอมจากบุคคลที่ถูกศึกษาว่ายินยอมให้ข้อมูลเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัย หลังรับทราบข้อมูลจะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล หากอาสาสมัครผิดนัด หรือไม่สบายใจขณะทำการศึกษาหรือตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัย และไม่ต้องการเป็นอาสาสมัครก็สามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา ไม่มีการถ่ายภาพหรือบันทึกเสียง ในระหว่างการให้ข้อมูล เก็บรักษาข้อมูลที่เกิดขึ้นรวบรวมจากอาสาสมัครทั้งที่เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์และกระดาษไว้ในที่ปลอดภัยและทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย เพื่อปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลให้เป็นความลับและรับรองว่าจะไม่นำความเดือดร้อนเสียหายให้เกิดขึ้นแก่ผู้ให้ข้อมูล ในการเขียนรายงานผลการศึกษจะไม่ระบุชื่อและนามสกุลจริงของผู้ให้ข้อมูล การเผยแพร่ข้อมูลจะเป็นการเผยแพร่ในภาพรวม โดยชี้แจงต่อบุคคลที่ถูกศึกษาเหมือนกันทุกรายอย่างเท่าเทียมกันตามสิทธิของผู้ถูกศึกษา ทั้งนี้ผู้ดำเนินการส่งโครงร่างวิจัยพร้อมเครื่องมือในการเก็บข้อมูลแบบสอบถามแบบบันทึกการยินยอม เพื่อขออนุมัติต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น และได้ผ่านการรับรองเลขที่ HE652102 วันที่ 7 กรกฎาคม 2565

ผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่าง 232 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 80.20 อายุมากที่สุด ช่วง 46-60 ปี ร้อยละ 40.9 อายุเฉลี่ย 56.66 ปี (SD 12.23) สถานภาพคู่ ร้อยละ 81.90 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 42.6 รายได้เฉลี่ย 194,572.41 บาทต่อปี (SD 194,572.41) รายได้พอดีกับรายจ่ายร้อยละ 78.40 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.7 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 91.37 มีโรคเรื้อรังมากกว่า 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 73.6 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น โรงพยาบาลขอนแก่น (n=232 คน)

ลักษณะส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	186	80.20
	หญิง	46	19.80
อายุ			
	≤ 30	4	1.72
	31-45	40	17.20
	46-60	95	41.00
	61-75	83	35.78
	75+	10	4.30
Max=90 ปี min=20 ปี อายุเฉลี่ย 56.66 ปี median 56 ปี SD.=12.23 ปี			
สถานภาพสมรส			
	โสด	16	6.90
	คู่	190	81.90
	หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	26	11.20
ระดับการศึกษา			
	ประถมศึกษา	157	67.7
	มัธยมศึกษาตอนต้น	30	12.9
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	27	11.6
	ปวส./อนุปริญญา	8	3.4
	ปริญญาตรี	10	4.3
อาชีพปัจจุบัน			
	ว่างงาน	31	13.40
	เกษตรกร (ทำนา, ทำไร่, เลี้ยงสัตว์)	99	42.60
	รับจ้าง	64	27.60
	ค้าขาย/ธุรกิจ	25	10.80
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	11	4.70
	ทำงานบ้าน (พ่อบ้าน, แม่บ้าน)	2	0.90
รายได้ต่อปีของครอบครัว/ปี (บาท)			
	ต่ำกว่า 30,000	7	3.02
	30,000 ขึ้นไป	225	96.98
Max=960,000 บาท Min=9,600 บาท Med=120,000 บาท $\bar{x}$ =194,572 บาท			
ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว			
	ไม่เพียงพอ	28	12.10
	รายได้พอดีกับรายจ่าย	182	78.40
	เพียงพอ/เหลือเก็บ	22	9.50
มีโรคประจำตัว			
	ไม่มี	18	7.76
	มี	214	92.24

2. ความรู้เกี่ยวกับภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 40.1 แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น (UGIB) การประเมินภาวะคุกคามของภาวะ UGIB พบว่าส่วนใหญ่รับรู้ระดับมากร้อยละ 93.1 การประเมินเผชิญปัญหาของภาวะเสี่ยง UGIB พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการประเมิน UGIB ระดับมากร้อยละ 90.9 การปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วย UGIB พบว่าส่วนใหญ่การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองระดับพอใช้ ร้อยละ 67.7 ความเครียดของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 81.5 ความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเสี่ยงระดับ Low – Moderate Risk ร้อยละ 84.9 (197 คน) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ระดับความรู้ แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค พฤติกรรมป้องกัน ความเครียด กับความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ของผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น โรงพยาบาลขอนแก่น (n=232 คน)

ตัวแปร	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)
ความรู้	53 (22.8)	93 (40.1)	86(37.1)
แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค			
1. การประเมินภาวะคุกคาม	216 (93.1)	13 (5.6)	3 (1.3)
2. การประเมินเผชิญปัญหา	211 (90.9)	19 (8.2)	2 (0.9)
การปฏิบัติ	61 (26.3)	157 (67.7)	14 (6)
ความเครียด	38 (16.4)	189 (81.5)	5 (2.1)
ความเสี่ยงต่อ UGIB	35 (15.1)	ระดับปานกลาง น้อย 197 (84.9)	

3. ความสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค พฤติกรรมป้องกัน กับความเสี่ยงต่อ UGIB

ลักษณะส่วนบุคคล พบว่าการมีโรคประจำตัวกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก ($r=.168$, $p = 0.010$) ความรู้ กับความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในระดับต่ำมาก ($r=.207$, $p = 0.001$) แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค กับความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น พบว่าการประเมินภาวะคุกคาม มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในเชิงลบ ($r = -.143$, $p = 0.029$) พฤติกรรมป้องกันภาวะเลือดออกทางเดินอาหารในทางเดินอาหารส่วนต้น กับความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงลบ ($r = -.174$, $p = 0.008$) ความเครียด รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค พฤติกรรมป้องกัน ความเครียด กับความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (n=232 คน)

ตัวแปร	ความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น		
	ระดับความสัมพันธ์	r	P - value
ลักษณะส่วนบุคคล			
เพศ	ไม่มีความสัมพันธ์	.101	0.125
อายุ	ไม่มีความสัมพันธ์	-.019	0.770
อาชีพ	ไม่มีความสัมพันธ์	.054	0.415
รายได้	ไม่มีความสัมพันธ์	.037	0.572
การมีโรคประจำตัว	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ	.168	0.010
ความรู้เกี่ยวกับ UGIB	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ	.207	0.001
แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค			
แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคโดยรวม	ไม่มีความสัมพันธ์	.009	0.891
การประเมินภาวะคุกคามของ UGIB	มีความสัมพันธ์เชิงลบ	-.143	0.029
การประเมินเผชิญปัญหาของ UGIB	ไม่มีความสัมพันธ์	-.057	0.388
การปฏิบัติตัว	มีความสัมพันธ์เชิงลบ	-.174	0.008
ความเครียด	ไม่มีความสัมพันธ์	.027	0.683

การอภิปรายผล

ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น พบว่าลักษณะส่วนบุคคลส่วนใหญ่ไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ได้แก่ เพศ ($r=.101$, $P=0.125$) อายุ ($r=-.019$, $P=0.770$) อาชีพ ($r=.054$, $P=0.415$) รายได้ ($r=.037$, $P=0.572$) มีตัวแปรเดียวที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น คือ การมีโรคประจำตัว พบว่าการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.169$, $P=0.010$) โรคสำคัญที่ทำให้มีภาวะเสี่ยงกับภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ได้แก่ 1) โรคแผลในกระเพาะอาหารส่วนต้น (Upper gastrointestinal disease) 2) โรคข้ออักเสบต่างๆ ได้แก่ arthritis osteoarthritis การใช้ยารักษาโรคข้ออักเสบอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน (UGIB)¹² 3) โรคหัวใจโคโรนารี (coronary artery disease) การรักษาโรคหัวใจโคโรนารี โดยใช้ยาแอสไพริน และโคลพิโดเกรล จะเพิ่มความเสี่ยงของการมีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น (UGIB) 4) โรคตับแข็ง ผู้ป่วยโรคตับแข็งมักพบว่ามีเส้นเลือดในหลอดอาหารขยายตัวและโป่งพอง อาจทำให้เส้นเลือดรั่วหรือแตกและมีเลือดออก ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของ UGIB 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษ¹³

ความรู้ มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ($r=.207$, $P=0.001$) ซึ่งขัดแย้งกับแนวคิดทฤษฎี KAP การแบ่งกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ออกเป็นสามขั้นตอน: การได้มาซึ่งความรู้ การสร้างทัศนคติ/ความเชื่อ และการสร้างแนวปฏิบัติ/พฤติกรรมซึ่งในระหว่างนั้นพฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์สามารถเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁴ ขัดแย้งกับการศึกษาของอร่าม อามีระและอมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ¹⁵ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลเกาะสะท้อน อำเภอดงขี้เหล็ก จังหวัดนครราชสีมา พบว่าพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลเกาะสะท้อน อำเภอดงขี้เหล็ก จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.192$, $P<0.001$) อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ได้แก่มีโรคของทางเดินอาหารส่วนต้น มีโรคเส้นเลือดในหลอดอาหารโป่งพองจากตับแข็ง มีโรคปวดข้อปวดกล้ามเนื้อที่ต้องใช้ยาแก้ปวด มีโรคหัวใจหรือหลอดเลือดใช้ยาต้านเกล็ดเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือดหรือประวัติเคยเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร

ส่วนต้นมาก่อน ได้เคยเข้าสู่กระบวนการรักษาในโรคเหล่านี้เคยได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขถึงภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินอาหารที่อาจเกิดขึ้น ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นขณะที่ความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นยังคงอยู่เพราะมีบางโรคไม่สามารถรักษาให้หายได้ เพียงแต่ประคับประครอง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง

แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคกับความเสี่ยงต่อ UGIB แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น แต่ต้องประกอบกับการแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น

การประเมินภาวะคุกคาม มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในเชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.143, P = 0.029$) นั่นคือกลุ่มตัวอย่างมีการประเมินความภาวะคุกคามต่ำ โอกาสมีความเสี่ยงต่อภาวะ UGIB ก็จะมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อรพรรณ บุญลือ และคณะ⁹ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น พบว่า การประเมินภาวะคุกคาม [การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ($r = 0.320, p = 0.010$)] และ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ($r = 0.310, p = 0.01$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำ และบุษยารัตน์ ลอยศักดิ์, วัลภา คุณทรงเกียรติ, ภาวนา กิริติยดวงศ์¹⁶ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ ($r = -0.40, p < 0.01$) ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ($p > 0.05$)

การประเมินเผชิญปัญหา ไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ($r = -0.057, P = 0.388$)

การปฏิบัติการป้องกัน ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น การวิเคราะห์ความสัมพันธ์การปฏิบัติพบว่า การปฏิบัติมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($-0.174, P = 0.008$) นั่นคือถ้ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตัวถูกต้อง จะทำให้มีความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ อรพรรณ บุญลือ และคณะ⁹ ได้ศึกษาพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ($r = 0.810, p < 0.05$) การรับรู้ผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ($r = 0.720, p < 0.05$) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ($r = 0.320, p < 0.05$) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ($r = 0.310, p < 0.05$) และ บุษยารัตน์ ลอยศักดิ์, วัลภา คุณทรงเกียรติ, ภาวนา กิริติยดวงศ์¹⁶ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำพบว่า ในกลุ่มตัวอย่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของภาวะเลือดออกซ้ำ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ ($p > 0.05$)

สรุปผลการวิจัย

การมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น กลุ่มศึกษาร้อยละ 92.4 มีโรคประจำตัวและโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคทางเดินอาหารส่วนต้นและโรคตับแข็ง ในด้านความรู้กลุ่มศึกษามากกว่าครึ่งไม่รู้ว่าการรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำไม่สะอาดที่ปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรีย การไม่ล้างมือให้สะอาดทุกครั้งหลังใช้ห้องน้ำและก่อนจัดเตรียมหรือรับประทานอาหาร ทำให้เสี่ยงต่อเป็นโรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น¹⁸ ซึ่งเป็นสาเหตุของเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น กลุ่มศึกษาร้อยละ 74.1 ไม่ทราบว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น¹⁹ ด้านความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นพบว่ากลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ดื่มสุราเป็นประจำ ร้อยละ 54.30 ด้านการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองกลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกายร้อยละ 59.91

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การจัดให้ความรู้เรื่องการป้องกันการเกิดโรคของทางเดินอาหารส่วนต้น และโรคตับแข็งรายใหม่ การควบคุมผู้ป่วยรายเก่าไม่ให้เกิดอาการกำเริบด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมร่วมกับการเข้ารับการรักษอย่างสม่ำเสมอจะเป็นแนวทางในการป้องกันเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น ควรจัดในหอผู้ป่วยหรือห้องตรวจที่มีผู้ป่วยโรคของทางเดินอาหารส่วนต้น และโรคตับแข็งเข้ารับการรักษามาตามนัดติดตามการรักษาเช่น หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป หอผู้ป่วยอายุรกรรม ห้องตรวจศัลยกรรม ห้องตรวจอายุรกรรม หน้าห้องส่องกล้องทางเดินอาหาร

2. ให้ความรู้เรื่องอันตรายของการติดเชื้อ *Helicobacter Pylori* ต่อระบบทางเดินอาหาร การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลเพื่อป้องกันติดเชื้อแบคทีเรีย *Helicobacter Pylori*

3. จากการศึกษากิจการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในกลุ่มศึกษา พบว่ากลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกายร้อยละ 59.91 ควรส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคตับแข็ง การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น การเดินด้วยความเร็วระดับปานกลาง อย่างน้อย 4 วัน/สัปดาห์ ครั้งละไม่ต่ำกว่า 20 นาที ควรทำควบคู่กับการออกกำลังกายแบบที่ไม่ใช้ออกซิเจน (Anaerobic Exercise) สามารถทำได้โดยออกแรงต้านให้กล้ามเนื้อได้บริหารไปที่ละกลุ่มมัด ด้วยท่าต่างๆ เช่น การยกน้ำหนัก การฝึกโยคะ สิ่งสำคัญที่สุดคือการออกกำลังกายใดๆ ก็ตามเป็นสิ่งที่ดี และควรเป็นชนิดที่ผู้ป่วยชอบ เพื่อความยั่งยืนและความสำเร็จในระยะยาวการออกกำลังกายที่ต่อเนื่องสามารถช่วยส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพเพื่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพดี²⁰

4. ให้ความรู้เรื่องโทษภัยของบุหรี่ต่อระบบทางเดินอาหารแก่ผู้ป่วยที่ติดบุหรี่ ส่งไปคลินิกอดบุหรี่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ ดึงความร่วมมือจากคนในครอบครัวเพื่อสร้างกำลังใจให้เกิดความยั่งยืน

5. จัดทำโครงการ เลิกดื่มสุราในกลุ่มผู้ป่วยเพศชาย ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ที่มีประวัติดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำให้ความรู้ ชี้ให้เห็นโทษของสุราทั้งต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและสังคม โดยอาศัยความร่วมมือจากบุคคลในครอบครัว ส่งแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาอาการติดสุรา

ทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าสู่กระบวนการอดบุหรี่และบำบัดอาการติดสุรา จะได้รับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ทางไลน์ และเมื่อมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามอาการ ให้กำลังใจ และเกิดความยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยคัดกรองกลุ่มมีความเสี่ยงเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นสูง ก่อนที่จะมีอาการแสดงภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

- สมิทธิ์ เกิดสินธุ์, พิมพ์ เลหาหะวีร์, มินชิตา จุฑาธิปไตย, วราภรณ์ แดงสุวรรณ. ความเสี่ยงและลักษณะทางคลินิกของภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นจากเส้นเลือดโป่งพองและไม่ใช่เส้นเลือดโป่งพอง. *บูรพาเวชสาร*. 2563; 6(2): 47-54.
- ศุภกร มะลิขาว. การหาค่าความแตกต่างของคะแนน Blatchford ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการทำหัตถการหยุด เลือดและกลุ่มที่ไม่ได้ทำหัตถการเพื่อหยุดเลือดในคนไข้ที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น. *วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย*. 2564; 1(1): 34-41.
- Antunes C, Copelin EL. Upper Gastrointestinal Bleeding. [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 5]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470300>.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
- งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลขอนแก่น. สถิติผู้ป่วย 2561-2563 [เอกสารอัดสำเนา]. ขอนแก่น: งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลขอนแก่น; 2564.
- ชนิษฐา รักษาเคน, สุพัตรา บัวที. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*. 2560; 36(3): 377-382.
- O'Carroll D. Hypovolemic Shock. [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 5]. Available from: <https://www.healthline.co.m/health/hypovolemic-shock>.
- Rogers RW. A Protection Motivation Theory of Fear Appeals and Attitude Change1. *The Journal of Psychology*. 1975; 91(1): 93-114.

9. อรพรรณ บุญลือ, วไลยา คุณทรงเกียรติ, เขมรดี มาสิงบุญ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี มค.-มิย.2562; 30(1): 125-137.
10. วิไล กุศลวิเศษกุล. การสู่มตัวอย่าง ทฤษฎีหรือการประยุกต์. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2528.
11. Hinkle DE, William W, Stephen GJ Applied Statistics for the Behavioral Sciences. Boston, Mass.: Houghton Mifflin; 2003.
12. Wan Ghazali WS, Wan Zainudin WMKB, Yahya NK, Mohamed Ismail A, Wong KK. Older age and diclofenac are associated with increased risk of upper gastrointestinal bleeding in gout patients. Peer. 2021; 20(9): e11468.
13. José Alberto González-González, Diego García-Compean, Genaro Vázquez-Elizondo, Aldo Garza-Galindo, Joel Omar Jáquez-Quintana, Héctor Maldonado-Garza. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in patients with liver cirrhosis. Clinical features, outcomes and predictors of in-hospital mortality. A prospective study. ANNAIS of Hepatology. 2011 Jul-Sep; 10(3): 287-295.
14. Wang J, Chen L, Yu M, He J. Impact of knowledge, attitude, and practice (KAP)-based rehabilitation education on the KAP of patients with intervertebral disc herniation. APM. Annals of Palliative Medicine is endorsed. 2020; 9(2).
15. อร่าม อามีเราะ, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ. ความรู้และทัศนคติที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลเกาะสะท้อน อำเภอดงบัง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช. 2561; 37(1): 38-49.
16. บุษยรัตน์ ลอยศักดิ์, วไลยา คุณทรงเกียรติ, ภาวนา กิริยัตวงศ์. ความที่มความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา. 2559; 24(1): 51-64.
17. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R (December 1983). A global measure of perceived stress. Journal of Health and Social Behavior. 1983 Dec; 24(4): 385-396.
18. รัฐกร วิไลชนม์, วโรชา มหาชัย. รู้เท่าทัน H pylori แบคทีเรียตัวร้ายทำลายกระเพาะอาหาร. วงการแพทย์. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 5 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <http://www.wongkamapat.com/viewpat.php?id=243>
19. Li LF, Chan R, Lu L, Shen J, Zhang L, Wu W, et al. (2014). Cigarette smoking and gastrointestinal diseases: the causal relationship and underlying molecular mechanisms (review). National Library of Medicine. Int J Mol Med. 2014; 34(2): 372 80.
20. Stine J. How patients with liver disease can benefit from exercise. [Internet]. 2021 [cited 2021 Nov 10]. Available from: <https://pennstatehealthnews.org/topics/how-patients-with-liver-disease-can-benefit-from-exercise>

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียนหญิง ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตอำเภอชายแดนจังหวัดศรีสะเกษ

ภควีนิต เฟ่งพันธ์¹ รุจิรา ดวงสงค์^{2*}

¹นักศึกษาลัทธิสุทธสาธิตสาธิตสาธิตมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

^{2*}ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาระดับโลก และมีผลกระทบต่อสุขภาพ ทางสังคมและเศรษฐกิจ ผู้วิจัยจึงสนใจปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตอำเภอชายแดนจังหวัดศรีสะเกษ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical research) แบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study) กลุ่มศึกษาเป็นนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในอำเภอชายแดน จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 417 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงมากจำนวน 157 คน และกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงน้อยจำนวน 260 คนการรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติ Descriptive statistics เช่น ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ฯลฯ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้สถิติ Multiple logistic regression กำหนด นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ค่าช่วงเชื่อมั่น 95% CI)

ผลการศึกษา พบว่า นักเรียนที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับบิดามารดามีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์เสี่ยงมากเป็น 1.28 เท่าของกลุ่มที่อาศัยอยู่กับบิดามารดา (Adjusted OR = 1.28; 95%CI = 1.03-2.00, p-value = 0.029) นักเรียนหญิงที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์น้อยจะมีพฤติกรรมเสี่ยงมากเป็น 1.69 เท่า ของกลุ่มนักเรียนหญิงที่มีความเข้าใจ ปานกลางหรือมาก (Adjusted OR = 1.69; 95%CI = 1.10-2.58, p-value = 0.016) นักเรียนหญิงที่เข้าถึงแหล่งเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์มีพฤติกรรมเสี่ยงมากเป็น 1.38 เท่าของนักเรียนที่เข้าถึงแหล่งเสี่ยงฯ ปานกลาง /น้อย (Adjusted OR = 1.38; 95%CI = 1.11-2.34, p-value = 0.040) ข้อเสนอแนะนักเรียนควรได้รับการพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ผู้ปกครองควรมีความใกล้ชิดนักเรียนและควบคุมกำกับการเที่ยวแหล่งเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์อย่างเคร่งครัด

คำสำคัญ: พฤติกรรมเสี่ยง/ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ/ วัยรุ่นตั้งครรภ์

*Corresponding author; รุจิรา ดวงสงค์, email: drujir@kku.ac.th, Tel: 093 592 3048

Received: 2 November 2022 / Revised: 10 November 2022 / Accepted: 17 November 2022

Factors Associated with Sexual Risk Behaviors among Female High School Students in the border district of Sisaket Province

Pakaweenit Phengphan¹ Rujira Duangsong^{2*}

¹Master of Public Health, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

^{2*}Assistant Professor, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

ABSTRACT

Teen pregnancy is a global problem. Impacts of teen pregnancy are social and economic. The researcher was therefore interested in factors related to sex risk behavior among female high school students in the border district of Sisaket Province. This study was an analytical research, cross-sectional study. The study group consisted of female high school students in border districts. Sisaket Province, 417 students were divided into 2 groups, 157 students were high risk behaviors, and 260 students were low risk behaviors. Data analysis, descriptive statistics were used for analyzed descriptive data such as percentage, mean, standard deviation, etc. Multiple logistic regression statistic was used to analyze the relationship with a 95% CI confidence interval.

Results found that the students who did not live with parents had risk behavior more 1.28 times of students living with their parents (Adjusted OR = 1.28; 95%CI = 1.03-2.00, p-value = 0.029). The risk behaviors were 1.69 times as high as those of female students with understanding. moderate or strong (Adjusted OR = 1.69; 95%CI = 1.10-2.58, p-value = 0.016). Female students with access to risky place for sex had risky behavior 1.38 times more than those with moderate access. /Low (Adjusted OR = 1.38; 95%CI = 1.11-2.34, p-value = 0.040). Suggestion: Parents should be intimate with students and strictly supervise exposure to risky sexual behaviors.

Keywords: Risk Behaviors/ Health Literacy/ Teen Pregnancy

*Corresponding author; Rujira Duangsong, email: drujir@kku.ac.th, Tel: 093 592 3048

Received: 2 November 2022 / Revised: 10 November 2022 / Accepted: 17 November 2022

บทนำ

ปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์เป็นปรากฏการณ์ระดับโลกมีผลกระทบทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจที่ร้ายแรง อัตราการเกิดของวัยรุ่นทั่วโลก (ABR) เป็นสาเหตุให้มีการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปี ทั่วโลก จากการทำแท้งประมาณ 5.6 ล้านครั้ง ซึ่งในแต่ละปีในวัยรุ่นหญิงอายุระหว่าง 15-19 ปี ประมาณ 3.9 ล้านคน ไม่ปลอดภัยจากการทำแท้งส่งผลให้เสียชีวิต หรือเจ็บป่วย จนมีปัญหาสุขภาพเรื้อรังตามมา (World Health Organization[WHO], 2020)¹ วัยรุ่นเป็นวัยก้าวเข้าสู่ผู้ใหญ่ ที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ วัยรุ่นจะเริ่มมีความเชื่อมั่นใน ตัวเองมากขึ้น ให้มีความสำคัญกับการทำกิจกรรมกับบุคคลอื่น ๆ นอกจากสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น โดยให้ความสนใจกับการปรับตัว และแสดงออกเพื่อให้ได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน วัยรุ่นก็กำลังพัฒนาและรวบรวมความรู้สึกของตัวเอง ด้วยอัตลักษณ์ในตนเองที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ วัยรุ่นยังต้องการความเป็นอิสระและความรับผิดชอบที่มากขึ้น นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมของวัยรุ่นส่งผลกระทบและได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงภายในของวัยรุ่น (WHO, 2014)² อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันมีการวิวัฒนาการของเทคโนโลยีและสื่อดิจิทัล การสื่อสารในปัจจุบันทุกคนสามารถเข้าถึงสื่อได้อย่างง่ายดายและหลากหลาย การเปิดรับและศึกษาเรียนรู้พฤติกรรมทางเพศจากสื่อต่าง ๆ ในสังคมปัจจุบันจะต้องพึงระมัดระวังเป็นอย่างมาก ไม่เห็นเป็นเพียงแค่เรื่องที่น่าสนใจ น่าตื่นเต้น ทำหาย จนลองทำตามแบบไม่ยั้งคิด จากการศึกษาของ อัครวัฒน์ ราตรีสวัสดิ์ (2564)³ ได้ศึกษาพฤติกรรมการศึกษาและการเรียนรู้พฤติกรรมทางเพศของเยาวชน ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าเยาวชนใช้สมาร์ตโฟนมาก ส่งผลให้เยาวชนการมีเพศสัมพันธ์และตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ทั้งนี้ขาดการคิดอย่างวิจรรณญาณก็จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ จากการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น (สุกัญญา สุรังษี, 2558)⁴ ได้ศึกษาปัจจัยป้องกันด้านบุคคลและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่าปัจจัยเสี่ยงมีหลายสาเหตุดังนี้ คือ (1) การเที่ยวสถานเริงรมย์ ซึ่งจะมีบรรยากาศชวนให้มึนเมา (2) ขาดความรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ (3) ขาดทักษะปฏิเสธ มีความมั่นใจตนเองน้อยในการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ส่งผลให้วัยรุ่นหญิงมีแนวโน้มที่จะมีเพศสัมพันธ์สูงกว่าวัยรุ่นหญิงที่มั่นใจตนเองว่าจะสามารถปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ได้ (4) การรับสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ (5) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (6) การสูบบุหรี่ (7) การเปิดโอกาสให้เพศตรงข้ามแตะต้องสัมผัสร่างกายเชิงชู้สาว และ (8) การใช้ยาเสพติด

จากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรค ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและความหมาย ความสามารถในการตีความและประเมินข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ความสามารถในการตัดสินใจอย่างชาญฉลาดเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ นำไปป้องกันโรค (Sorensen et al., 2012)⁵ ซึ่ง อีสริย์ ปัดภัย และคณะ (2565)⁶ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพทางเพศกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทักษะการเข้าถึงข้อมูลต่ำ ร้อยละ 86.75 ทักษะความเข้าใจสูง ร้อยละ 65.75 ทักษะการประเมินต่ำ ร้อยละ 67.50 ทักษะการตัดสินใจปฏิบัติต่ำ ร้อยละ 66.25 สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี พ.ศ. 2562 ได้มีรายงานในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โดยได้รายงานอายุเฉลี่ยของนักเรียนเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เพศชาย และเพศหญิง ที่อายุ 15 ปี ร้อยละของนักเรียนเคยมีเพศสัมพันธ์ เพศชาย ร้อยละ 24.4 เพศหญิง ร้อยละ 16.2 ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เพศชาย ร้อยละ 77.6 เพศหญิง ร้อยละ 80 ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับแฟนหรือคูรัก เพศชาย ร้อยละ 84.6 เพศหญิง ร้อยละ 69.2 ร้อยละของการคุมกำเนิดด้วยวิธีที่เชื่อถือได้ เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับแฟนหรือคูรัก เพศชาย ร้อยละ 81 เพศหญิงร้อยละ 80.4 นอกจากนี้ยังได้รายงานสถานการณ์วัยรุ่นตั้งครรภ์ประเทศไทย พบว่าวัยรุ่น หญิงไทย อายุ 15-19 ปี มีอัตราการตั้งครรภ์ต่อ หญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2562 เท่ากับร้อยละ 10.7 อัตราการคลอดซ้ำ ร้อย 8.2 อัตราน้ำหนักรากแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 19.4 อัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิง 15-19 ปี 1,000 คน เท่ากับร้อยละ 31.3 อย่างไรก็ตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560-2569 ยุทธศาสตร์ที่ 4 มีเป้าหมาย อัตราคลอดมีชีพ ในหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ไม่เกินร้อยละ 34 การตั้งครรภ์ซ้ำ ไม่เกินร้อยละ 14 (สำนักวิจัยเจริณพันธุ์ กรมอนามัย, 2562)⁷ จากรายงานสถานการณ์ตั้งครรภ์ของวัยรุ่นประเทศไทยพบว่า แนวโน้มอัตราการคลอดของหญิง อายุ 15-19 ปี ต่อวัยรุ่นหญิง 15-19 ปี 1,000 คน ลดลง จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าหญิงคลอด อายุ 15-19 ปี คลอด 1,360 คน อัตราการคลอดของหญิง อายุ 15-19 ปี ต่อวัยรุ่นหญิง 15-19 ปี 1,000 คน ปี พ.ศ. 2562 เท่ากับร้อยละ 29.3 และพบมากสุดในอำเภอชายแดนของจังหวัดศรีสะเกษ คือ อำเภอภูสิงห์ อำเภอกันทรลักษ์ อำเภอขุนหาญ ซึ่งอัตราการคลอดของหญิง อายุ 15-19 ปี ต่อวัยรุ่นหญิง 15-19 ปี 1,000

คน ปี พ.ศ. 2562 เท่ากับร้อยละ 29.91, 27.69 และ 20.46 ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูล Health data center จังหวัดศรีสะเกษ, 2562)⁸ ดังนั้นผู้วิจัยสนใจปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตอำเภอขามเฒ่าของจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาไปวางแผนเพื่อป้องกันวัยรุ่นตั้งครรภ์ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตอำเภอขามเฒ่าของจังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตอำเภอขามเฒ่าของจังหวัดศรีสะเกษ

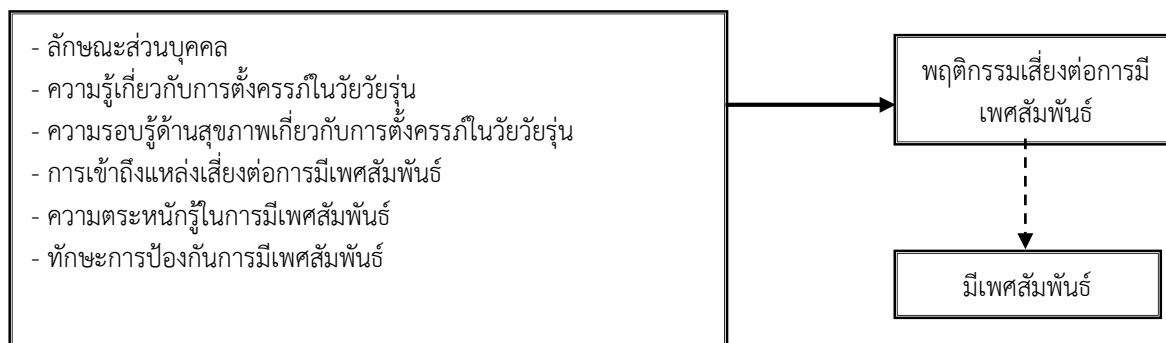
สมมติฐานของการวิจัย

ลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงแหล่งเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ ความตระหนักรู้ในการมีเพศสัมพันธ์ ทักษะการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตอำเภอขามเฒ่าของจังหวัดศรีสะเกษ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical research) แบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตอำเภอขามเฒ่า จังหวัดศรีสะเกษประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในอำเภอกันทรลักษณ์ อำเภอภูสิงห์ อำเภอขุนหาญจังหวัดศรีสะเกษ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical research) แบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอขามเฒ่า ของจังหวัดศรีสะเกษ นักเรียนหญิงจำนวน 1,157 คน สุ่มแบบเป็นระบบมีขั้นตอนดังนี้ คือ

2. การสุ่มตัวอย่าง

ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) ดังนี้คือ

ขั้นที่ 1 สุ่มแบบเจาะจงโดยคัดเลือกโรงเรียนในอำเภอที่มีนักเรียนมีอัตราคลอดสูง 6 อันดับแรกของจังหวัดศรีสะเกษ โรงเรียน (อัตราต่อเยาวชนหญิง 1,000 คน) ได้แก่ โรงเรียนในอำเภอขุนหาญ เท่ากับ 43.58 โรงเรียนในอำเภอน้ำเกลี้ยง

เท่ากับ 33.71 โรงเรียนในอำเภอภูสิงห์เท่ากับ 32.21 โรงเรียนในอำเภอวังหินเท่ากับ 32.13 โรงเรียนในอำเภอศิลาลาด เท่ากับ 30.55 และโรงเรียนในอำเภอกันทรลักษ์ เท่ากับ 29.60

ขั้นที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) โดยวิธีการจับฉลาก ทุก 2 โรงเรียน จาก 6 โรงเรียนได้ 3 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนในอำเภอขุนหาญ โรงเรียนในอำเภอภูสิงห์ และโรงเรียนในอำเภอกันทรลักษ์ โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria)

- 1) เป็นนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (ชั้น ม. 4 - 6)
- 2) นักเรียนยินยอมเข้าร่วมการศึกษา
- 3) เล่น Internet เป็น

3. ขนาดตัวอย่าง

สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างแบบ Multiple logistic regression(Hsieh, Bloch, & Larson,1998)

$$n = \frac{\left\{ Z_{1-\alpha/2} \sqrt{\frac{P(1-P)}{B}} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + \frac{P_2(1-P_2)(1-B)}{B}} \right\}^2}{(P_1 - P_2)^2 (1-B)}$$

ในการคำนวณขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้มาจากการศึกษาของ วาลินี โสมณะ และคณะ (2561)⁹ ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง พบว่านักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาและการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ส่วนใหญ่คะแนนระดับปานกลางร้อยละ 50 รองลงมา ระดับสูงร้อยละ 42.50 และน้อยที่สุดระดับต่ำร้อยละ 7

เมื่อ

$$P = (1 - B)P_1 + BP_2$$

$$= (1 - 0.35) \cdot 0.07 + 0.35 \times 0.43 = 0.20$$

P_1 = สัดส่วนของ นักเรียนที่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาและการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่ำ เท่ากับ 0.07 (วาลินี โสมณะ และคณะ,2561)

P_2 = สัดส่วนของสัดส่วนของ นักเรียนที่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาและการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูง เท่ากับ 0.43 (วาลินี โสมณะ และคณะ,2561)

B = สัดส่วนของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี คลอดมีชีวิต เท่ากับ .35

$Z_{(1-\alpha/2)}$ = ค่าสถิติแจกแจงปกติมาตรฐานที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และทำการทดสอบแบบสองทาง จะได้ $Z_{(1-\alpha/2)} = 1.96$

$Z_{(1-\beta)}$ = ค่าสถิติแจกแจงปกติมาตรฐานที่ระดับอำนาจการทดสอบ 80% ($\beta=0.20$) จะได้

$$Z_{(1-\beta)} = 0.84$$

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{\left\{ 1.96 \sqrt{\frac{0.20(1-0.20)}{0.35}} + 0.84 \sqrt{0.07(1-0.07) + \frac{0.43(1-0.43)(1-0.35)}{0.35}} \right\}^2}{(0.43 - 0.07)^2 (1 - 0.35)}$$

$$= 149.88 = 150$$

ปรับขนาดตัวอย่าง

เมื่อ

n_1 คือ จำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้แต่ยังไม่ได้ปรับขนาดตัวอย่าง

n_p คือ ขนาดตัวอย่างที่ปรับด้วยค่า p

$\rho_{1.2.3...p}^2$ คือ ค่ากำลังสองของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงซ้อนในการศึกษานี้ ใช้ค่า 0.5

ดังนั้น จะได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 150 ราย จึงปรับขนาดตัวอย่างของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ตามการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยลอจิสติกเชิงพหุ โดยใช้สูตรดังนี้(Hsieh, Bloch, & Larson,1998)

$$n = \frac{n_1}{1 - \rho_{1.2.3..p}^2}$$

เมื่อ

n_1 คือ ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำที่ได้จากการคำนวณด้วยสูตร เท่ากับ 56

n_p คือ ขนาดตัวอย่างที่ปรับด้วยค่า p

$\rho_{1.2.3..p}^2$ คือ ค่ากำลังสองของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุ (Multiple correlation) ระหว่างตัวแปรที่อิสระที่สนใจ และตัวแปรอื่นๆที่เหลือ

ดังนั้น
$$n = \frac{150}{1 - \rho_{1.2.3..p}^2} = 417 \text{ คน}$$

4. เครื่องมือในการวิจัย

รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบ่งเป็น 6 ส่วนคือ 1) ลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ 2) ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยวัยรุ่น จำนวน 4 ข้อ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยวัยรุ่น จำนวน 14 ข้อ 4) การเข้าถึงแหล่งเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์สะดวก จำนวน 7 ข้อ 5) ความตระหนักในการมีเพศสัมพันธ์จำนวน 7 ข้อ และ 6) พฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 5 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ ค่าความตรง ค่า IOC= 0.5 ขึ้นไป

2) ค่า reliability ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ เท่ากับ .81 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ .90 แบบสอบถามทักษะ เท่ากับ .82 และแบบสอบถามความตระหนัก เท่ากับ .89

5. วิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2) วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ โดยใช้สถิติอ้างอิง (Inferential Statistics) ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression Analysis [MRA]) แบบขั้นตอน (Stepwise) กำหนดค่าช่วงความเชื่อมั่น 95%CI

ผลการวิจัย และอภิปรายผล

1. ลักษณะส่วนบุคคล

ระดับการศึกษากลุ่มพฤติกรรมเสี่ยงมาก มากที่สุดระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 36.94 (จำนวน 58 คน) ส่วนกลุ่มพฤติกรรมเสี่ยงน้อย มากที่สุดระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 40.38 (จำนวน 105 คน) อายุ กลุ่มพฤติกรรมเสี่ยงมาก มากที่สุดอายุ 17 ปี ร้อยละ 46.50 (136 คน) กลุ่มพฤติกรรมเสี่ยงน้อย มากที่สุดอายุ ร้อยละ 52.31 (จำนวน 136 คน) ผลการเรียนรู้เฉลี่ยปัจจุบัน ทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่มีผลการเรียนเฉลี่ย 3.51- 4.00 ร้อยละ 66.24 (จำนวน 104 คน) และร้อยละ 61.92 (161 คน) ตามลำดับ การอาศัยกับบิดามารดา ทั้ง 2 กลุ่ม อาศัยอยู่กับบิดา มารดา ร้อยละ 70.70 (111 คน) และ ร้อยละ 67.69 (176 คน) ตามลำดับสอดคล้องกับการศึกษาของ นฤาประไพ สาระ และ ชูติมา ห่อหม่อง (2559) ได้ศึกษาความชุกของการมีประสพ การณ์ทางเพศและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนหญิงอาชีวศึกษาในจังหวัดนนทบุรี.พบว่านักเรียนที่อาศัยอยู่ในหอพักเอกชน อยู่กับญาติ จะมีประสพการณ์ทางเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนที่อาศัยอยู่กับบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.001$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงแหล่งพฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ (n = 417)

ตัวแปร	กลุ่มพฤติกรรมเสี่ยงมาก (n=157)		กลุ่มพฤติกรรมเสี่ยงน้อย (n=260)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะส่วนบุคคล				
ระดับชั้นการศึกษา				
มัธยมศึกษาปีที่ 4	42	26.75	56	21.54
มัธยมศึกษาปีที่ 5	57	36.31	105	40.38
มัธยมศึกษาปีที่ 6	58	36.94	99	38.08
อายุ(ปีเต็ม)				
15- 16	76	48.41	111	42.69
17-18	81	51.59	149	57.31
(Mean± SD), Min/Max	16.54 ± (0.64), 15/18		16.58 ± (0.70), 15/18	
การอาศัยอยู่กับบิดา มารดา				
อาศัยอยู่กับบิดา มารดา	111	70.70	176	67.69
ไม่อาศัยอยู่กับบิดา มารดา	46	29.30	84	32.31
ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์				
ระดับมาก	131	83.40	156	60.00
ระดับปานกลาง	26	16.60	26	10.00
ระดับน้อย	0	0	78	30.00
(Mean± SD), Min/Max	(3.83 ± .37), 0/ 5		(3.1 ± .5), 0/ 4	
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยวัยรุ่น (โดยรวม)				
ระดับปานกลาง	26	16.67	0	0.00
ระดับน้อย	131	83.4	260	100
(Mean ± SD), Min/Max	(30.87 ± (9.63), 18/ 46		(23.6 ± 4.57), 18/ 31	
ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์				
ระดับปานกลาง	26	16.6	0	0
ระดับน้อย	131	83.4	260	100
(Mean± SD),Min /Max	(9.33 ± 0.19) ,5/ 16		6.8 ± (2.09), 5/ 10	
การเข้าถึงแหล่งเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์				
ระดับมาก	0	0	52	20
ระดับปานกลาง	52	33.1	52	20
ระดับน้อย	105	66.9	156	60
ระดับพฤติกรรมเสี่ยง				
ระดับมาก	157	100	234	90
ระดับปานกลาง	0	0	26	10
(Mean ± SD), Min/Max	(25 ± 0), 25/25		(21.4 ± 2.38),16/24	

2. ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยวัยรุ่น

พบว่าทั้ง 2 กลุ่ม มีความรู้ระดับมาก ส่วนกลุ่มพฤติกรรมเสี่ยงมากร้อยละ 80.89 (127 คน) กลุ่มพฤติกรรมเสี่ยงน้อยร้อยละ 81.54 (212 คน) ตามลำดับ

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

จากผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของ กลุ่มนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายต่อการมีเพศสัมพันธ์ กลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงมาก พบว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์โดยรวม อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 83.4 (จำนวน 131 คน) รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 16.67 (จำนวน 26 คน) กลุ่มนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายต่อการมีเพศสัมพันธ์ กลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงน้อย พบว่า โดยรวมมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 100 (จำนวน 260 คน) ตามลำดับดังรายละเอียดในตารางที่ 1

4. การตัดสินใจเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์

จากการศึกษาการตัดสินใจเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ของกลุ่มนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายต่อการมีเพศสัมพันธ์กลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงมาก พบว่าทั้งหมดมีการตัดสินใจเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ อยู่ในระดับน้อย จำนวน 157 คน คิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายต่อการมี กลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงน้อย พบว่าส่วนใหญ่มีการตัดสินใจเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ อยู่ในระดับน้อย จำนวน 260 คน ร้อยละ 100 ตามลำดับ ทดสอบความสัมพันธ์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยง

5. การเข้าถึงแหล่งเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์

ผลการศึกษาของกลุ่มนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายต่อการมีเพศสัมพันธ์กลุ่มที่เสี่ยงมาก พบว่า ส่วนใหญ่มีความตระหนักรู้ในการมีเพศสัมพันธ์ อยู่ในระดับมาก จำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 84.08 รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 18 คิดเป็นร้อยละ 11.46 และระดับน้อย จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 4.46 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.55 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.60 กลุ่มนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายต่อการมีเพศสัมพันธ์น้อย พบว่า ส่วนใหญ่มีความตระหนักรู้ในการมีเพศสัมพันธ์ อยู่ในระดับมาก จำนวน 207 คน คิดเป็นร้อยละ 76.92 รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 34 คิดเป็นร้อยละ 13.08 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.85 สอดคล้องกับการศึกษาของวันชัย สมใจเพ็ง.(2565). ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศกับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดสุพรรณบุรีพบว่าการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.01$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

6. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับน้อย จำนวน 260 คน คิดเป็นร้อยละ 62.4 และมีกลุ่มพฤติกรรมเสี่ยงมาก จำนวน 157 คน คิดเป็นร้อยละ 37.6 ตามลำดับ

7. วิเคราะห์ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในอำเภอชายแดน ของจังหวัดศรีสะเกษ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในอำเภอชายแดน ของจังหวัดศรีสะเกษ ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณโลจิสติก (Multiple Logistic Regression) พบตัวแปรที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลของปัจจัยต่างๆที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในอำเภอชายแดน ของจังหวัดศรีสะเกษโดยใช้ Multiple logistic regression (n=417)

ตัวแปร	กลุ่มพฤติกรรม เสี่ยงมาก (n=157)		กลุ่มพฤติกรรม เสี่ยงน้อย (n=260)		Crude OR	Adjusted OR	(95% CI) of AOR	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
อาศัยอยู่กับบิดา มารดา								
ใช่	111	70.70	176	67.69				
ไม่ใช่	46	70.70	84	32.31	1.15	1.28	1.03 - 2.00	0.029
ความเข้าใจเกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์								
ระดับปานกลาง/ มาก	60	38.22	70	26.92				
ระดับน้อย	97	61.78	190	73.08	1.68	1.69	1.10 – 2.58	0.016
การเข้าถึงแหล่งเสี่ยง ต่อการมีเพศสัมพันธ์								
ระดับปานกลาง/ น้อย	106	67.52	154	59.33				
ระดับมาก	51	32.48	106	40.77	1.35	1.38	1.11 – 2.34	0.040

จากตารางที่ 2 เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นๆ พบว่า

1. กลุ่มนักเรียนหญิงที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับบิดา มารดา มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์มากเป็น 1.28 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มนักเรียนหญิงที่อาศัยอยู่กับบิดา มารดา (Adjusted OR = 1.28 ; 95%CI=1.03 – 0.97, p-value=0.029) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ นฤาประไพ สาระ (2559)¹⁰ ได้ศึกษาความชุกของการมีประสพ การณ์ทางเพศและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนหญิงอาชีวศึกษาในจังหวัดนนทบุรี.พบว่านักเรียนที่อาศัยอยู่ในหอพักเอกชน อยู่กับญาติ จะมีประสพ การณ์ทางเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนที่อาศัยอยู่กับบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.001)

2. นักเรียนหญิงที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์อยู่ในระดับน้อย มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์มากกว่า 1.69 เท่า เมื่อเทียบกับนักเรียนหญิงที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง/มาก (Adjusted OR = 1.35; 95%CI = 1.10 – 2.58, p-value=0.016) สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวาร์รัตน์ แก้วเวียงเดช (2559)¹¹ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เขตอำเภอเมือง จันทวันนครพนม.พบว่า ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P< 0.001) (2563).สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิมา สิงห์ทองและคณะ (2563)¹³ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นหญิงโรงเรียนแห่งหนึ่งจากในเมือง จันทวันนครราชสีมา พบว่าการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นหญิงโรงเรียนแห่งหนึ่งจากในเมือง จันทวันนครราชสีมา มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r=0.141, p=-0.014)

3. การเข้าถึงแหล่งเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนหญิงที่มีการเข้าถึงแหล่งเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับมาก มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์มากกว่า 1.38 เท่า เมื่อเทียบกับนักเรียนหญิงที่มีการเข้าถึง

แหล่งเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง/น้อย (Adjusted OR = 1.35; 95%CI= 1.11 – 2.34, p-value=0.040*) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาดา วิริยานุภาพพงศ์ และคณะ.(2564)⁴ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีความพิการทางการได้ยินพบว่าพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีความพิการทางการได้ยินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r_s = .316$, $r_s = .236$ และ $r_s = .615$)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำไปปฏิบัติ

1.1 ผู้ปกครองควรดูแลนักเรียนที่ไม่ได้อาศัยกับบิดามารดาเพื่อไม่ให้พฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์จากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายๆ พบว่านักเรียนที่ไม่ได้อาศัยกับบิดามารดาที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่นักเรียนหญิงอยู่นอกบ้านจะทำให้เด็กมีอิสระและอาจจะมีการตัดสินใจผิดพลาด ดังนั้นบิดามารดาที่เป็นนักเรียนหญิงเรียนที่เรียนนอกบ้านควรดูแลเอาใจใส่กำกับพฤติกรรมไม่ให้มีพฤติกรรมเสี่ยงๆต่อบุตรสาวเป็นอย่างดี

1.2 นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย มีความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์น้อย ดังนั้นโรงเรียนควรให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียนให้มีพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากการศึกษานักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย มีพฤติกรรมเข้าถึงแหล่งเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นควรจัดกิจกรรมดังนี้

2.1 ควรทำวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

2.2 ควรมีการเข้มงวด กวดขันไม่ให้เด็กวัยรุ่นเข้าเที่ยวสถานบันเทิง หรือแหล่งอบายมุข

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization(WHO). (2020). **Adolescent pregnancy**. Retrieved July 20, from <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
2. World Health Organization [WHO]. (2014). **Adolescence: a period needing special attention**. Retrieved July, 10,2021 from <https://apps.who.int/adolescent/second-decade/reference.html#section2>.
3. อัครวัฒน์ ราตรีสวัสดิ์ และ ศุภฤกษ์ โพธิ์ไพโรจน์.พฤติกรรมการสื่อสารและการเรียนรู้พฤติกรรมทางเพศของเยาวชน ในจังหวัดเชียงใหม่.วารสารการสื่อสารมวลชน คณะการสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปีที่9 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2564 :44-51.
4. สุภิญญา สุรังสี. การศึกษาปัจจัยป้องกันด้านบุคคลและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล ปีที่ 21 ฉบับที่ 2, 2558 : 17-26.
5. Kristine Sørensen, Stephan Van den Broucke,James Fullam, Gerardine Doyle, Jürgen Pelikan, Zofia Slonska, and Helmut Brand. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health** 2012, 12:80.
6. อิศริย์ ปัตถัย ภาวิณี แสนชนม์ เทพไทย โชติชัย ศันสนีย์ จันทะสุข นิชกานต์ มีลุน วณิดา ศรีพรหมษา. ความสัมพันธ์ ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ และโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2565 : 296-309.
7. สำนักวิจัยเจริณพันธุ์ กรมอนามัย. **สถานการณ์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์** รายงานประจำปี 2562 สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ค้นเมื่อ 15 ตุลาคม, 2564 จาก <https://rh.anamai.moph.go.th/th/departement-yearly-report/download/>.
8. ศูนย์ข้อมูลด้านสุขภาพ. [Health data center-HDC] จังหวัดศรีสะเกษ.2560. รายงาน งานอนามัยแม่และเด็ก ค้นเมื่อ 20 มิถุนายน 2562 จาก <https://ssk.hdc.moph.go.th/hdc/reports/>.

9. วาลินี โสมณะ, ปุณณพัฒน์ ไชยเมธ และ สมเกียรติยศ วรเดช. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอบางปะอิน จังหวัดพิจิตร.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2561:13-25.
10. นภาพระไพ สาร และ ชุตินา หุ้มนเรืองวงศ์. (2559). ความชุกของการมีประสบการณ์ทางเพศและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนหญิงอาชีวศึกษาในจังหวัดนนทบุรี. *เวชศาสตร์ร่วมสมัย* ปีที่ 60 ฉบับที่ 2 มีค-เมย. 2559.:215-230.
11. ขวัญรัตน์ แก้วเวียงเดช พัดชา หิรัญวัฒนกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม.วารสารพยาบาลทหารบก 17 ฉบับที่ 3 (ก.ย. - ธ.ค.) 2559 : 168—177.
12. นันทิมา สิงห์ทอง , ณัฐธวัช เพ็งแจ่ม, วันฉัตร โสฬส , ศุภรดา โมขุนทด ณัฐมน เนตรภักดี , เขมิกา วิเศษเพ็ง , นิภาพร ปลื้มมะลิ่ง เกษรวิ ศรีศุภนัน , ต่วนนุรีชน อีแต และนาเดียร์ อาแซ (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ของวัยรุ่นหญิงโรงเรียนแห่งหนึ่งจากในเมือง จังหวัดนครราชสีมา.เอกสารประกอบการประชุม “วัดกรรมเพื่อสุขภาพและสังคม ในยุคดิจิทัล” การประชุมวิชาการระดับชาติ วิทยาลัยนครราชสีมา ครั้งที่ 7 ประจำปี 2563.
13. วิภาดา วิริยานุภาพพงศ์ รุจา ภูไพบูลย์ ทิพวัลย์ ดารามาศ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีความพิการทางการได้ยิน. *วารสารพยาบาลตำรวจ* ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2564 : 78-90.
14. วันชัย สมใจเพ็ง. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพทางเพศกับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดสุพรรณบุรี.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม –สิงหาคม2565 : 101-116.

พฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเองของประชาชนต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตให้บริการของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

พัทลิสมา ภัทรธีรานนท์¹ รุ่งทิวา เสาวนีย์^{2*} พัชรกรพจน์ ศรีประสาร³ นิภาวรรณ ศรีโยหะ⁴

^{1,2*,4} พยาบาล หน่วยพยาบาลบริการชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

³ พยาบาล (ผู้เชี่ยวชาญ) หน่วยพยาบาลบริการชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเองของประชาชนต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะช่วยให้พยาบาลชุมชนวางแผนการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเองของประชาชนต่อการป้องกันโรคโควิด-19 ในชุมชนเขตให้บริการของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีที่เป็นชุมชนแออัดจำนวน 8 ชุมชน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม - เมษายน พ.ศ. 2563 จากแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเองของประชาชนต่อการป้องกันโรคโควิด-19 ที่สมบูรณ์ จำนวน 496 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย

ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเอง เกินร้อยละ 90.00 เช่น การใส่หน้ากากอนามัย/ผ้าเวลาออกนอกบ้าน ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่และน้ำ ปิดปากและจมูกเวลาไอ/จามและล้างมือทันที หลีกเลี่ยงการจับใบหน้า ตา จมูก ปาก รักษาระยะห่างจากคนอื่น 1-2 เมตร เป็นต้น ปฏิบัติตามมาตรการของรัฐ เช่น งดการเดินทางไปกลับระหว่างกรุงเทพมหานครกับต่างจังหวัดต่างประเทศ ร้อยละ 97.38 สัมผัสหรืออยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยโควิด-19 จะกักตัวในที่พัก ร้อยละ 92.14 งดการมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 82.46 ใช้อุปกรณ์รับประทานอาหารส่วนตัว เช่น ช้อน/แก้ว/จาน ร้อยละ 79.43 และความต้องการและความคิดเห็นในการป้องกันตนเอง เช่น ต้องการหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า แอลกอฮอล์เจล แหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือและมีระบบให้คำปรึกษา 24 ชั่วโมง มีจุดบริการในการฉีดวัคซีนที่มากเพียงพอ มีจุดบริการสำหรับวัดไข้คัดกรองความเสี่ยง และเฝ้าระวังการติดเชื้อในชุมชน มีการประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย มีบอร์ดประกาศความรู้ มีขั้นตอนการรับบริการจากสถานพยาบาล เป็นต้น การวางแผนการพยาบาลโดยนำข้อมูลจากงานวิจัยนี้ไปใช้จะช่วยสนับสนุนและเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองของประชาชน

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019/ พฤติกรรมสุขภาพ/ การจัดการตนเอง/ พยาบาลชุมชน

*Corresponding author: รุ่งทิวา เสาวนีย์, e-mail: lalabelle145@gmail.com, Tel. 08 2514 4441

Received: 12 October 2022; Revised: 10 November 2022; Accepted: 9 December 2022

Health Behavior and Self-management to Prevent Covid-19 Among People Live in Community Service Area of Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital

Patsima Pattarateeranon¹ Rungtiwa Saowanee^{2*}

Phatcharakoraphot Sreeprasarn³ Nipawan Sriyoha⁴

^{1,2*,4} Registered Nurse, Community Nursing Services Unit, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

² Registered Nurse (expert level), Community Nursing Services Unit, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Abstract

Information on people's health behaviors and self-management in the prevention of coronavirus disease 2019 to help community nurses create nursing plans for health promotion and prevention. The objective of people's health behaviors and self-management is to prevent covid -19 in the community service area of the Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. These are 8 slum communities, selected samples from the data collection during March - April 2020 from the record of health behavior and self-management of people towards the prevention of covid-19 with complete information. A total of 496 samples were obtained. Descriptive statistic was used to analyze.

The result showed that majority of people take action to prevent covid-19 in more than 90.00% of critical issues. For example, wearing a mask when going outside, washing hands often with soap and water, covering mouth and nose when coughing/sneezing, and washing hands immediately, avoiding and touching the face, eyes, nose, and mouth. And keep a distance of 1-2 meters from other people, etc. Most people follow government policies such as refraining from traveling between Bangkok and other provinces abroad 97.38 %, people who have come into contact with or are in close contact with a patient infected with covid-19 will be quarantined 92.14 %, refraining from being at risk of the covid-19 82.46 %, use personal eating utensils such as spoons/glasses/dishes 79.43%. Needs and opinions to prevent covid-19, People need facemasks/ cloth masks, alcohol gel, reliable sources and health consulting 24 hours, enough service points for vaccination, a service point for temperature measurement risk screening and surveillance of infection in the community, having regular publicity for voice the calls in community, Having a knowledge board of covid-19 and the process of receiving services/ transfer system from home to hospital, etc. Using right information from this research by providing and supporting that people need will help increase their potential to take care of themselves.

Keywords: Coronavirus Disease 2019/ Health Behavior/ Self-Management/ Community Nurses

*Corresponding author: Rungtiwa Saowanee, e-mail: lalabelle145@gmail.com, Tel. 08 2514 4441

Received: 12 October 2022; Revised: 10 November 2022; Accepted: 9 December 2022

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ หรือ โควิด-19 (Coronavirus disease 2019: COVID-19) เป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่ส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลกทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ¹ จากรายงานสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 2019 ณ วันที่ 15 กันยายน 2565 มีรายงานการผู้ติดเชื้อยืนยันสะสมทั่วโลกในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 607,083,820 ราย เสียชีวิตสะสม 6,496,721 ราย¹ สำหรับในประเทศไทยพบจำนวนผู้ติดเชื้อยืนยันสะสม จำนวน 4,671,309 ราย เสียชีวิตสะสม 32,591 ราย มีผู้ติดเชื้อผู้ป่วยรายใหม่เฉลี่ยต่อวัน จำนวน 1,125 ราย² สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ปี พ.ศ. 2565 จนถึงปัจจุบัน มีอุบัติการณ์การเกิดโรคที่เพิ่มขึ้นและส่งผล สลับกันเป็นระยะ ๆ ล่าสุดมีการกลายพันธุ์ของโรคโควิด-19 สายพันธุ์โอมิครอนหรือเรียกว่า สายพันธุ์ B.1.1.529³ เป็นสายพันธุ์ที่มีการระบาดอย่างรวดเร็ว แต่มีอาการและอาการแสดงของโรคน้อยกว่าและอัตราการเสียชีวิตน้อยกว่าสายพันธุ์ที่มีการระบาดก่อนหน้านี้ สถานการณ์ที่ผ่านมาพบว่าเมื่อมีอุบัติการณ์การติดเชื้อที่เพิ่มสูงขึ้นจะมีอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน³ ทั้งนี้การระบาดของโรคโควิด-19 นอกจากจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรงแล้วยังส่งผลกระทบด้านสังคมโดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจและการดำรงชีวิตของประชาชน⁴ ธนาคารแห่งประเทศไทยได้ประมาณการว่าการระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อแรงงาน จำนวน 4.70 ล้านคน โดยในจำนวนนี้ 1.10 ล้านคน มีความเสี่ยงที่จะตกงาน และอีกจำนวน 3.60 ล้านคน และเสี่ยงที่รายได้จะลดลงมาก ผลกระทบทางเศรษฐกิจที่และรุนแรงสำหรับคนบางกลุ่มจะส่งผลกระทบด้านสังคมที่จะตามมาอีกหลากหลายโดยเฉพาะในประชาชนกลุ่มเปราะบาง⁵

นโยบายรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขของไทย ได้กำหนดแนวทางสำหรับบุคลากรสาธารณสุข คือ การป้องกัน การเฝ้าระวังการติดเชื้อ การคัดกรองและประเมินอาการผู้ป่วย การส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในระบบต่างๆ เช่น การแยกกักตัวที่บ้าน การแยกกักตัวในชุมชน การแยกกักตัวในโรงแรม การแยกกักตัวในโรงแรมเสมือนโรงพยาบาล และการแยกกักตัวในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการให้การดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากร โดยเฉพาะพยาบาลชุมชน⁶ เพื่อให้สามารถรับมือกับสถานการณ์การระบาดของโรคอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลชุมชนมีบทบาทที่สำคัญในทีมสุขภาพในการคัดกรองเชิงรุก ให้ความรู้ และให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดโรค ลดความพิการ และลดการสูญเสียชีวิต ดังนั้นพยาบาลชุมชนจึงจำเป็นต้องมีองค์ความรู้ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีทักษะการพยาบาลผู้ป่วย สามารถประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสมเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข⁷ จากรายงานการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลด้านการคัดกรองผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ ประกอบด้วย 3 สมรรถนะ คือ 1) สมรรถนะด้านสามารถประเมินอาการ อาการแสดง การคัดกรองและการคัดแยกผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ ครอบคลุมทุกโรคติดต่ออุบัติใหม่ ตามหลักการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ของแต่ละโรคได้อย่างรวดเร็ว 2) สมรรถนะด้านทักษะในการซักประวัติ การวินิจฉัยแยกโรคเพื่อสามารถค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคติดต่ออุบัติใหม่ได้อย่างรวดเร็ว โดยการใช้แนวทางการสอบสวนโรค และผู้ป่วยสงสัย ของโรคติดต่ออุบัติใหม่แต่ละโรคได้อย่างถูกต้อง 3) สมรรถนะด้านมีความรู้เกี่ยวกับโรค นิยาม ศัพท์ อาการ อาการแสดงของโรค และระบาดวิทยาของโรคติดต่ออุบัติใหม่ครอบคลุมทุกโรคได้อย่างถูกต้อง^{6,7}

การปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลชุมชนภายใต้สถานการณ์การระบาดที่มีแนวโน้มรุนแรงอย่างต่อเนื่องและไม่สามารถคาดเดาอนาคตได้ส่งผลกระทบเป็นอย่างมาก ขณะที่การประเมินข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเองของประชาชนในชุมชนที่จะนำมาประกอบการตัดสินใจเพื่อวางแผนให้การพยาบาลนั้นมีความสำคัญและจำเป็น⁸ โดยกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย คือ การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่จะนำมาสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเองของประชาชนที่ดีขึ้น ประกอบกับการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเองของประชาชนพบเฉพาะในภาพรวมระดับโลกและระดับประเทศ ขณะที่การศึกษาในชุมชนเมืองที่มีลักษณะเป็นชุมชนแออัดยังไม่มีการศึกษามาก่อน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเองของประชาชนต่อการป้องกันโรคโควิด-19 ในชุมชนที่รับผิดชอบของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 8 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนซอยสวนเงิน ชุมชนหน้าวัดมะกอก ชุมชนเพชรบุรีซอย 7 ชุมชนแดงบุหงา ชุมชนเค็งรถไฟยมราช ชุมชนหลังกรมทางหลวง ชุมชนมันสิน ชุมชนสระแก้ว ซึ่งเป็นชุมชนเมืองที่มีลักษณะเฉพาะเป็นชุมชนแออัด⁹ ซึ่งจะทำให้ทราบพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเองของประชาชนต่อการป้องกันโรคโควิด-19 เพื่อนำไปวางแผนการพยาบาลการเพื่อดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในชุมชน อีกทั้งยังเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจให้กับผู้บริหารการพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ทราบถึงความสำคัญในการจัดสรรทรัพยากรในการดำเนินงานดังกล่าวได้อย่างเหมาะสมและเป็นรูปธรรมมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเองของประชาชนต่อการป้องกันโรคโควิด-19 ในชุมชนเขตให้บริการของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงสำรวจ (survey research design) โดยการศึกษาวิจัยจากข้อมูลย้อนหลัง (retrospective study) แบบการศึกษาที่จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเองของประชาชนต่อการป้องกันโรคโควิด-19 ในชุมชนเขตให้บริการของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล จากแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเองของประชาชนต่อการป้องกันโรคโควิด-19 ในชุมชนเขตให้บริการของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีที่มีการบันทึกสมบูรณ์

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่สำคัญ คือ แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเองต่อการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นให้มีความสอดคล้องกับการเก็บรวบรวมข้อมูลและลักษณะชุมชนในเขตให้บริการ เพื่อเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลขณะปฏิบัติงาน โดยมีการอ้างอิงจากงานวิจัยระดับประเทศที่มีความน่าเชื่อถือของจรัส รัชกุลและคณะ¹⁰ ที่เผยแพร่รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ในเว็บไซต์ของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กระทรวงสาธารณสุขให้สามารถนำไปใช้อ้างอิงได้ แบบบันทึกประกอบด้วย 2 ส่วนสำคัญ คือ

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ การสูบบุหรี่ คนที่อาศัยอยู่ในบ้าน การเจ็บป่วย เป็นต้น
2. ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเองของประชาชนต่อการป้องกันโรคโควิด-19 โดยนิยามความหมายของ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเอง การปฏิบัติตัวตามมาตรการของรัฐ และความต้องการและความคิดเห็นในการป้องกันตนเองมาเป็นข้อมูลเพื่อบอกพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเองของประชาชนต่อการป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งแบบบันทึกข้อมูลส่วนนี้ประกอบด้วย

- 2.1 การปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเอง เช่น ใส่หน้ากากอนามัย/ผ้าเวลาออกนอกบ้าน ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่และน้ำ ปิดปากและจมูกเวลาไอ/จาม และล้างมือทันที หลังเสี่ยงการจับใบหน้า ตา จมูก ปาก ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยแอลกอฮอล์เจลรักษาระยะห่างจากคนอื่น 1-2 เมตร กินอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ผัก ผลไม้ มากขึ้น เช็ดโทรศัพท์มือถือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ กินวิตามินบำรุง วัตถุดิบภูมิร่างกายตัวเองทุกวัน เป็นต้น

- 2.2 การปฏิบัติตัวตามมาตรการของรัฐ เช่น งดการเดินทางไป-กลับระหว่างกรุงเทพมหานครกับต่างจังหวัด ต่างประเทศ สัมผัสหรืออยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 จะกักตัวในที่พัก งดการมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ใช้อุปกรณ์รับประทานอาหารส่วนตัว เช่น ช้อน/แก้ว/จาน ปิดร้านอาหาร/จำกัดเวลาเปิด-ปิดส่งผลให้เกิดความลำบากในการซื้ออาหาร การเดินทางมาจากต่างประเทศ การทำงาน จำนวนวันทำงานที่บ้านตามมาตรการ จำนวนคนที่คุยต่อหน้าเมื่อวาน กรณีมีความเสี่ยงหรือมีอาการที่เข้าข่ายการติดเชื้อโควิด-19 จะหยุดพักผ่อนหรือทำงานอยู่ที่บ้าน กิจกรรมที่เข้าร่วมในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ยาที่ต้องใช้เป็นประจำ และมีความกังวลที่จะติดเชื้อโควิด-19 ในช่วง 14 วันที่ผ่านมา เป็นต้น

- 2.3 ความต้องการและความคิดเห็นในการป้องกันตนเอง เช่น มีความต้องการหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า ต้องการแอลกอฮอล์เจลสำหรับล้างมือ ต้องการแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือตรวจสอบได้และสามารถให้คำปรึกษาได้ 24 ชั่วโมง ต้องการให้มีจุดบริการในการฉีดวัคซีน ต้องการให้มีจุดบริการสำหรับวัดไข้ คัดกรองความเสี่ยงและเฝ้าระวังการติดเชื้อในชุมชน ต้องการให้มีการประชาสัมพันธ์เสียงตามสายอย่างสม่ำเสมอ มีบอร์ดประกาศความรู้ การป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 และขั้นตอนการรับบริการจากสถานพยาบาลที่เห็นได้ชัดเจน ส่วนความคิดเห็นเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 คือ จะดูแลตัวเองและคนใกล้ชิดเน้นการใส่หน้ากากอนามัย การล้างมือบ่อย ๆ ระวังการใช้มือจับบริเวณหน้า จมูก ปาก และตา เมื่อสงสัยตัวเองหรือคนใกล้ชิดติดเชื้อโควิด-19 เช่น มีไข้ ร่วมกับอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง เชื้อโควิด-19สามารถลอยอยู่ในอากาศและแพร่กระจายเชื้อได้ และตัวเองมีโอกาสติดเชื้อโควิด-19 เป็นต้น

2. การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการสร้างแบบบันทึกให้มีความสอดคล้องกับการเก็บรวบรวมข้อมูล และลักษณะชุมชนในเขตให้บริการ เพื่อเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลขณะปฏิบัติงาน ผู้วิจัยปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความครอบคลุม ความถูกต้อง และความชัดเจนในแบบบันทึก รวมถึงภาษาที่ใช้และนำมาปรับแก้ไข

3. ขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 1 ทบทวนเอกสารและระเบียบข้อมูล การศึกษานี้ได้ใช้การทบทวนเอกสารจากข้อมูลสถานการณ์การแพร่ระบาดและมาตรการ รวมถึงเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ก่อนที่จะมีการยกร่างเป็นแบบบันทึกของมาตรการหรือนโยบายนั้น ๆ

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาแบบบันทึก จากการทบทวนเอกสารงานวิจัย การยกร่างแบบบันทึก การออกแบบแบบบันทึก การปรับให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ จากนั้นจึงมีการทดสอบความเที่ยงตรง (validity) โดยนำแบบบันทึกไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง ผลที่ได้จากการทดสอบความเที่ยงตรง ได้นำไปปรับปรุงแก้ไข ก่อนที่จะไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 4 การขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ทำการส่งโครงการวิจัยเพื่อรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ขั้นตอนที่ 5 ใช้ในการปฏิบัติงานจริง ในการสำรวจโดยใช้แบบบันทึกกับกลุ่มเป้าหมายในชุมชนเขตให้บริการของ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และการวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 6 เผยแพร่ข้อมูลคืนให้กับชุมชน หลังจากดำเนินการวิเคราะห์ผล ผู้วิจัยจัดทำมีการทำประชาคมในชุมชนเพื่อเผยแพร่และคืนข้อมูลให้ชุมชน เพื่อใช้เป็นข้อมูลการติดตามการปฏิบัติตามในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และพัฒนาปรับปรุงนโยบายหรือมาตรการการป้องกันการแพร่ระบาดที่สอดคล้องกับในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 7 นำเสนอข้อมูลให้กับผู้บริหารหน่วยงาน ศูนย์บริการสาธารณสุข และสำนักงานเขตเพื่อกำหนดกำหนดนโยบายระดับชุมชนในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และเผยแพร่ผลงานวิจัยเพื่อเป็นประโยชน์แก่การดำเนินงานเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ต่อไป

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเองต่อการป้องกันโรคโควิด-19 ในชุมชนที่รับผิดชอบของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 8 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนซอยสวนเงิน ชุมชนหน้าวัดมะกอก ชุมชนเพชรบุรีซอย 7 ชุมชนแดงบุหงา ชุมชนโค้งรถไฟยมราช ชุมชนหลังกรมทางหลวง ชุมชนมันสิน ชุมชนสระแก้ว ระหว่าง เดือนมีนาคม-เมษายน พ.ศ. 2563 และมีการบันทึกข้อมูลสมบูรณ์ในแบบบันทึก คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) รวมถึงได้เคยแสดงความยินยอมในการให้ข้อมูลตามแบบฟอร์มหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (informed consent form) และผู้วิจัยขออนุญาตผู้เป็นเจ้าของข้อมูลและมีอำนาจอนุมัติ คือ ศูนย์สุขภาพชุมชน ซอยสวนเงิน หน่วยให้คำปรึกษาและสร้างเสริมสุขภาพ งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยที่จะศึกษา พร้อมทั้งเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก

กลุ่มเป้าหมาย คือ ประชาชนผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเองของประชาชนต่อการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 ในชุมชนที่รับผิดชอบของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 8 ชุมชน รวมจำนวน 521 คน ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 และมีการบันทึกข้อมูลสมบูรณ์ คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง เคยแสดงความยินยอมในการให้ข้อมูลตามแบบฟอร์มหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจและแบบบันทึกได้ผ่านการขออนุญาตจากผู้เป็นเจ้าของข้อมูลและมีอำนาจอนุมัติ จำนวน 496 ราย

เกณฑ์คัดเข้า คือ

1. อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สามารถเข้าใจภาษาไทยได้ และได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ พร้อมเซ็นยินยอม
2. อาศัยอยู่ในชุมชนเขตให้บริการ 8 ชุมชน ที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามาธิบดี ได้แก่ ชุมชนซอยสวนเงิน ชุมชนหน้าวัดมะกอก ชุมชนเพชรบุรีซอย 7 ชุมชนแดงบุหงา ชุมชนโค้งรถไฟยมราช ชุมชนหลังกรมทางหลวง ชุมชนมันสิน ชุมชนสระแก้ว ที่มีข้อมูลสมบูรณ์
3. เป็นผู้ที่ไม่เคยติดเชื้อโควิด-19 มาก่อน
4. ได้รับอนุญาตให้ใช้ข้อมูล จากศูนย์สุขภาพชุมชนซอยสวนเงิน หน่วยให้คำปรึกษาและสร้างเสริมสุขภาพ งานการ

พยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ให้สามารถศึกษาข้อมูลของกลุ่มเป้าหมายได้

เกณฑ์คัดออก คือ

1. มีการเจ็บป่วย ไม่สามารถให้ข้อมูลได้
2. ข้อมูลเท็จ เช่น สืบทราบว่าไม่ได้อาศัยอยู่ในชุมชนเขตให้บริการ 8 ชุมชน หรือ เคยติดเชื้อโควิด-19 มาก่อน เป็นต้น

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดตัวอย่างของงานวิจัยเชิงสำรวจในประชากรที่มีขนาดใหญ่และมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง ขนาดตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.7^{11,12} คำนวณโดยเลือกสถิติ χ^2 -tests (1 tails) ค่าคาดหวังของผลต่างระหว่างสัดส่วนของผลลัพธ์ที่มีค่าสำคัญในกลุ่มตัวอย่างกับสัดส่วนของผลลัพธ์ที่สำคัญในกลุ่มประชากรเท่ากับ 1.50 ระดับความเชื่อมั่นที่ .05 และอำนาจในการวิเคราะห์ .95 ได้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 134 ราย อย่างไรก็ตาม คณะผู้วิจัยได้ตัดสินใจเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าจากแบบบันทึกข้อมูลที่สมบูรณ์และกำหนดขนาดตัวอย่างจำนวน 496 ราย

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ COA. MURA2021/222 ลงวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2564 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยโดยไม่เปิดเผยชื่อในฐานข้อมูลที่วิเคราะห์ เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้นที่เข้าถึงแฟ้มข้อมูลได้ รวมถึงไม่ปรากฏชื่อผู้เข้าร่วมวิจัยในการรายงานผลหรือการตีพิมพ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย (descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยที่เป็นข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ และการจัดการตนเองของประชาชนต่อการป้องกันโรคโควิด-19

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยพบว่าข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.47 ประชากรเกินครึ่งหนึ่งอยู่ในช่วงวัยทำงานอายุระหว่าง 21-60 ปี ร้อยละ 62.90 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพโดยการทำงานที่บ้าน ร้อยละ 34.68 รองลงมาคือประกอบอาชีพโดยทำงานในสถานที่เปิด (เช่น ตลาดสด ตลาดนัด ร้านขายของชำ เป็นต้น) ร้อยละ 23.39 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 20. ตามลำดับ เกินครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 66.53 อาศัยอยู่กับผู้ใหญ่อายุ 70 ปีขึ้นไป และร้อยละ 80.24 ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการเจ็บป่วย แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	206	41.53
หญิง	290	58.47
อายุ		
0-20 ปี	51	10.28
21-40 ปี	118	23.79
41-60 ปี	194	39.11
60 ปีขึ้นไป	133	26.82
สูบบุหรี่		
สูบ	135	27.2
ไม่สูบ	361	72.8
ลักษณะอาชีพ		
ทำงานในสถานที่ปิด (เช่น ผับ/ บาร์/ สปา/ ฟิตเนส / ห้างสรรพสินค้า เป็นต้น)	55	11.09
ทำงานในสถานที่เปิด (มีการติดต่อ เช่น ตลาดสด ตลาดนัด)	116	23.39
ทำงานที่บ้าน	172	34.68
นักเรียน/นักศึกษา	53	10.68
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	100	20.16
คนที่อาศัยร่วมบ้าน		
อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป	330	66.53
อาศัยอยู่กับผู้ใหญ่ (18-70 ปี)	98	19.76
อาศัยอยู่กับเด็ก (0-17ปี)	38	7.66
อาศัยอยู่คนเดียว	30	6.05
การเจ็บป่วย		
มีอาการป่วย	44	8.87
ไม่มีอาการเจ็บป่วย	398	80.24
ไม่แน่ใจ	54	10.89

2. การปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเอง

จากการสำรวจการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 คือ การใส่หน้ากากอนามัย/ผ้าเวลาออกนอกบ้าน ร้อยละ 98.19 ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่และน้ำ ร้อยละ 96.77 ปิดปากและจมูกเวลาไอ/จาม และล้างมือทันที ร้อยละ 94.56 หลีกเลียงการจับใบหน้า ตา จมูก ปาก ร้อยละ 94.35 ล้างมือบ่อยๆด้วยแอลกอฮอล์เจล ร้อยละ 93.95 รักษาระยะห่างจากคนอื่น 1-2 เมตร ร้อยละ 93.55 กินอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ผัก ผลไม้ มากขึ้น ร้อยละ 89.31 เช็ดโทรศัพท์มือถือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ร้อยละ 72.28 กินวิตามินบำรุง ร้อยละ 50.20 งดออกกำลังกายตัวเองทุกวัน ร้อยละ 43.15 แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเอง

การปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเอง	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ใส่หน้ากากอนามัย/ผ้าเวลาออกนอกบ้าน	487	98.19	9	1.81
ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่และน้ำ	480	96.77	16	3.23
ปิดปากและจมูกเวลาไอ/จาม และล้างมือทันที	469	94.56	27	5.44
หลีกเลี่ยงการจับใบหน้า ตา จมูก ปาก	468	94.35	28	5.65
ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยแอลกอฮอล์เจล	466	93.95	30	6.05
รักษาระยะห่างจากคนอื่น 1-2 เมตร	464	93.55	32	6.45
กินอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ผัก ผลไม้ มากขึ้น	443	89.31	53	10.69
เช็ดโทรศัพท์มือถือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ	359	72.38	137	27.62
กินวิตามินบำรุง	249	50.20	247	49.80
วัดอุณหภูมิร่างกายตัวเองทุกวัน	214	43.15	282	56.85

3. การปฏิบัติตามมาตรการของรัฐ

จากการสำรวจการปฏิบัติตามมาตรการของรัฐเพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 คือ งดการเดินทางไป-กลับระหว่างกรุงเทพมหานครกับต่างจังหวัดต่างประเทศ ร้อยละ 97.38 สัมผัสหรืออยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 จะกักตัวในที่พัก ร้อยละ 92.14 งดการมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 82.46 ใช้อุปกรณ์รับประทานอาหารส่วนตัว เช่น ช้อน/แก้ว/จาน ร้อยละ 79.43 ปิดร้านอาหาร/จำกัดเวลาเปิด-ปิดส่งผลให้เกิดความลำบากในการซื้ออาหาร ร้อยละ 39.31 รายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 45.64 กักตัวครบตามมาตรการกรณีเดินทางกลับจากต่างประเทศ ร้อยละ 77.78 ทำงานที่บ้าน ร้อยละ 43.95 ทำงานที่บ้านมากกว่า 5 วันขึ้นไป ร้อยละ 41.95 จำนวนคนที่คุยต่อหน้าเมื่อวาน 0-25 คน ร้อยละ 86.29 สามารถปฏิบัติได้อย่างแน่นอนกรณีมีความเสี่ยงหรือมีอาการที่เข้าข่ายการติดเชื้อโควิด-19 จะหยุดพักผ่อนหรือทำงานอยู่บ้าน ร้อยละ 60.28 ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมใด ๆ ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ร้อยละ 95.17 ส่งเสริมให้เกิดการล้างมือ (มีการล้างมืออย่างน้อย 1 ครั้งในระหว่างวัน ร้อยละ 99.40) มียาเพียงพอที่ต้องใช้ประจำ ร้อยละ 78.71 มีความกังวลทุกวันที่จะติดเชื้อโควิด-19 ในช่วง 14 วันที่ผ่านมา ร้อยละ 52.42 แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การปฏิบัติตามมาตรการของรัฐ

การปฏิบัติตามมาตรการของรัฐ	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
งดการเดินทางไป-กลับระหว่างกรุงเทพมหานครกับต่างจังหวัดต่างประเทศ	483	97.38	13	2.62
สัมผัสหรืออยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 จะกักตัวในที่พัก	457	92.14	39	7.86
งดการมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19	409	82.46	87	17.54
ใช้อุปกรณ์รับประทานอาหารส่วนตัว เช่น ช้อน/แก้ว/จาน	394	79.43	102	20.57
ปิดร้านอาหาร/จำกัดเวลาเปิด-ปิดส่งผลให้เกิดความลำบากในการซื้ออาหาร	195	39.31	301	60.69
สาเหตุ : รายได้ไม่เพียงพอ	89	45.64		
กลัวติดเชื้อโควิด-19	60	30.77		
ร้านค้า/ตลาดมีอาหารเหลือน้อย	41	21.03		
ป่วยหรืออยู่ระหว่างกักตัวจากการติดเชื้อโควิด-19	5	2.56		
การเดินทางมาจากต่างประเทศ	9	1.84	487	98.16
การปฏิบัติตัว : กักตัวครบตามมาตรการ	7	77.78		
กักตัวบ้าง	1	11.11		
ไม่ได้กักตัว	1	11.11		
การทำงาน				
ทำงานที่บ้าน	218	43.95		
ไม่ได้ทำงานที่บ้าน	119	23.99		
ไม่ได้ทำงาน	159	32.06		
จำนวนวันทำงานที่บ้านตามมาตรการ				
5 วันขึ้นไป	208	41.94		
1-4 วัน	104	20.96		
ไปทำงานตามปกติหลังมีมาตรการ	156	31.45		
ไปทำงานมากขึ้นหลังมีมาตรการ	28	5.65		
จำนวนคนที่คุยต่อหน้าเมื่อวาน				
26 คนขึ้นไป	68	13.71		
0-25 คน	428	86.29		
กรณีมีความเสี่ยงหรือมีอาการที่เข้าข่ายการติดเชื้อโควิด-19				
จะหยุดพักผ่อนหรือทำงานอยู่กับบ้าน				
ทำได้แน่นอน	299	60.28		
ทำได้บ้าง	158	31.85		
ทำไม่ได้	39	7.87		

ตารางที่ 3 (ต่อ)

การปฏิบัติตามมาตรการของรัฐ	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กิจกรรมที่เข้าร่วมในช่วง 7 วันที่ผ่านมา				
การประชุมคนที่มีคนตั้งแต่ 20 คน	7	1.41		
กิจกรรมทางศาสนา	14	2.82		
งานแสดงสินค้าต่าง ๆ	1	0.20		
งานแข่งขันกีฬา	2	0.40		
ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมใด ๆ	472	95.17		
จำนวนครั้งในการล้างมือต่อวัน				
20 ครั้งขึ้นไป	42	8.47		
11-20 ครั้ง	161	32.46		
1-10 ครั้ง	290	58.47		
ไม่ล้างมือเลย	3	0.60		
ยาที่ต้องใช้เป็นประจำ (n=249)				
มียาเพียงพอ	196	78.71		
มียาไม่เพียงพอ	53	21.29		
มีความกังวลที่จะติดเชื้อโควิด-19 ในช่วง 14 วันที่ผ่านมา				
กังวลทุกวัน	260	52.42		
กังวลบ้าง	127	25.60		
ไม่กังวลเลย	109	21.98		

4. ความต้องการและความคิดเห็นในการป้องกันตนเอง

จากการสำรวจความต้องการและความคิดเห็นในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 พบว่า มีความต้องการหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า ต้องการแอลกอฮอล์เจลสำหรับล้างมือ เป็นอันดับสูงสุด คือ ร้อยละ 98.39 รองลงมา คือ ต้องการแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ตรวจสอบได้ และสามารถให้คำปรึกษาได้ 24 ชั่วโมง ร้อยละ 97.98 ต้องการให้มีจุดบริการในการฉีดวัคซีนที่มากเพียงพอร้อยละ 96.98 ต้องการให้มีจุดบริการสำหรับวัดไข้ คัดกรองความเสี่ยง และเฝ้าระวังการติดเชื้อในชุมชน ร้อยละ 95.77 ต้องการให้มีการประชาสัมพันธ์เสียงตามสายอย่างสม่ำเสมอ มีบอร์ดประกาศความรู้ การป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 และขั้นตอนการรับบริการจากสถานพยาบาลที่เห็นได้ชัดเจน ร้อยละ 95.56 ส่วนความคิดเห็นเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 คือ ดูแลตัวเองและคนใกล้ชิดเน้นการใส่หน้ากากอนามัย การล้างมือบ่อยๆ ระวังการใช้มือจับบริเวณหน้า จมูก ปาก และตา ร้อยละ 97.58 เมื่อสงสัยตัวเองหรือคนใกล้ชิดติดเชื้อโควิด-19 เช่น มีไข้ ร่วมกับอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ร้อยละ 92.14 เชื้อโควิด-19 สามารถลอยอยู่ในอากาศและแพร่กระจายเชื้อได้ ร้อยละ 84.48 และตัวเองมีโอกาสติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 62.10

ตารางที่ 4 ความต้องการและความคิดเห็นในการป้องกันตนเอง

ความต้องการและความคิดเห็นในการป้องกันตนเอง	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ใส่หน้ากากอนามัย/ผ้าเวลาออกนอกบ้าน	487	98.19	9	1.81
ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่และน้ำ	480	96.77	16	3.23
ปิดปากและจมูกเวลาไอ/จาม และล้างมือทันที	469	94.56	27	5.44
หลีกเลี่ยงการจับใบหน้า ตา จมูก ปาก	468	94.35	28	5.65
ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยแอลกอฮอล์เจล	466	93.95	30	6.05
รักษาระยะห่างจากคนอื่น 1-2 เมตร	464	93.55	32	6.45
กินอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ผัก ผลไม้ มากขึ้น	443	89.31	53	10.69
เช็ดโทรศัพท์มือถือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ	359	72.38	137	27.62
กินวิตามินบำรุง	249	50.20	247	49.80
วัดอุณหภูมิร่างกายตัวเองทุกวัน	214	43.15	282	56.85

อภิปรายผลการวิจัย

การปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเอง จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 คือ การใส่หน้ากากอนามัย/ผ้าเวลาออกนอกบ้าน ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่และน้ำ ปิดปากและจมูกเวลาไอ/จาม และล้างมือทันที หลีกเลี่ยงการจับใบหน้า ตา จมูก ปาก ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยแอลกอฮอล์เจล รักษาระยะห่างจากคนอื่น 1-2 เมตร กินอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ผัก ผลไม้ มากขึ้น เช็ดโทรศัพท์มือถือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ เป็นพฤติกรรมที่ประชาชนมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อในระดับที่สูง การได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง รวดเร็ว และเข้าถึงง่ายช่วยให้ประชาชนเห็นความสำคัญในการปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเอง 2.การปฏิบัติตามมาตรการของรัฐ ตามแนวปฏิบัติของศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (ศบค.) และกระทรวงสาธารณสุข โดยขอความร่วมมือให้ประชาชนปฏิบัติตามมาตรการของรัฐบาลโดยการให้ข้อมูลการระบาดของโรค มีการเน้นย้ำให้เห็นถึงความรุนแรงของโรคที่ส่งผลต่อสุขภาพที่อาจทำให้อันตรายถึงแก่ชีวิตได้ และมีการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพหลังติดเชื้อ การสนับสนุนข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคและมาตรการของรัฐบาล ส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนมีการปฏิบัติตามมาตรการของรัฐบาลในระดับสูง คือ มีการจำกัดการเดินทางทั้งในประเทศและต่างประเทศ ปฏิบัติตนในการควบคุมโรคเมื่อสัมผัสผู้ติดเชื้อ มีการใช้อุปกรณ์หรือภาชนะส่วนตัวในการรับประทานอาหาร มีการปฏิบัติตามมาตรการการทำงานที่บ้าน ลดกิจกรรมที่มีการรวมกลุ่มหรือการพบปะผู้คนจำนวนมาก มีการปรึกษาปัญหาสุขภาพเมื่อเกิดความวิตกกังวลหรือความเครียด และมีปฏิบัติเพื่อเปิด-ปิดของสถานบริการและร้านอาหารตามมาตรการในระดับหนึ่ง เพราะปฏิบัติได้ยากและก่อให้เกิดความลำบากในการซื้ออาหารของประชาชนในชุมชน อย่างไรก็ตามการที่ประชาชนในชุมชนปฏิบัติตามมาตรการของรัฐบาลเป็นการช่วยส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนเองและช่วยป้องกันการติดเชื้อได้ 3. ความต้องการและความคิดเห็นในการป้องกันตนเอง การพึงเสียงสะท้อนจากประชาชนในชุมชนถือเป็นเรื่องจำเป็นและสำคัญเพื่อเป็นการประเมินและทำความเข้าใจกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะความคิดเห็นและความต้องการของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อจะเห็นว่าประชาชนมีความคิดเห็นที่ถูกต้องต่อความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองในระดับสูง การสนับสนุนและส่งเสริมสิ่งที่ประชาชนในชุมชนต้องการจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อได้ดี ยิ่งประชาชนมีความต้องการมากย่อมแสดงให้เห็นว่าประชาชนให้ความสำคัญกับเรื่องนั้น ๆ สูง และถ้าได้รับการสนับสนุนยิ่งจะส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้มากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า แอลกอฮอล์เจล การให้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ การมีจุดบริการในการฉีดวัคซีน คัดกรองความเสี่ยงและเฝ้าระวังการติดเชื้อในชุมชน การประชาสัมพันธ์เสียงตามสายอย่างสม่ำเสมอ มีบอร์ดประกาศความรู้ การป้องกันตนเอง และขั้นตอนการรับบริการจากสถานพยาบาล การวางแผนการพยาบาลโดยนำข้อมูลการวิจัยจากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเองของประชาชนต่อการป้องกันโรคโควิด-19 ไปใช้จะช่วยสนับสนุนและเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองของประชาชน อีกทั้งผู้บริหารการพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถจัดสรรทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ ค้นพบว่าประชาชนในเขตให้บริการของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเองต่อการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับสูง ทั้งด้าน การปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเอง การปฏิบัติตามมาตรการของรัฐ และความต้องการและความคิดเห็นในการป้องกันตนเอง จะเห็นว่าการส่งเสริม สนับสนุนโดยการสอนทักษะให้ประชาชนตั้งแต่การเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการ รวดเร็ว และเข้าถึงง่ายช่วยให้ประชาชนเห็นความสำคัญในการปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเอง ขณะเดียวกันการปฏิบัติตามมาตรการของรัฐ การโดยการสนับสนุนข้อมูลที่ต้องการเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค มาตรการต่าง ๆ ของรัฐบาลสามารถปฏิบัติได้จริงและประชาชนในชุมชนสามารถปฏิบัติตามได้ ประเด็นสุดท้ายคือความต้องการและความคิดเห็นในการป้องกันตนเองคือความตระหนักและการให้ความสำคัญที่จะช่วยให้ประชาชนสามารถรับมือกับการระบาดของโรคโควิด-19 ได้ การที่พยาบาลชุมชน ผู้บริหารการพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้ปฏิบัติโดยช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนได้รับข้อมูลที่ถูกต้องรวดเร็วและเข้าถึงง่าย ส่งเสริมให้ประชาชนเลือกรับสื่อหรือข้อมูลจากช่องทางที่ถูกต้องตามแนวปฏิบัติของศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (ศบค.) และกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นสำคัญคือ พยาบาลชุมชนสามารถเป็นผู้ประสานแหล่งประโยชน์ จากหน่วยงานที่ช่วยสนับสนุนสิ่งของที่ประชาชนต้องการใช้ในการป้องกันตนเองและลดการแพร่กระจายเชื้อ จึงส่งผลกระทบเชิงบวกโดยสามารถลดการระบาดในชุมชน และลดอุบัติการณ์การเสียชีวิตในชุมชนลงได้

ข้อเสนอแนะในการการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเอง การสนับสนุนและตอบสนองความต้องการ เช่น การขาดแคลนหน้ากากอนามัย และ 70% แอลกอฮอล์ ต้องการแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ตรวจสอบได้และสามารถให้คำปรึกษาได้ 24 ชั่วโมง ต้องการให้มีจุดบริการในการฉีดวัคซีนที่มากเพียงพอ ต้องการให้มีจุดบริการสำหรับวัดไข้ คัดกรองความเสี่ยง และเฝ้าระวังการติดเชื้อในชุมชน ต้องการให้มีการประชาสัมพันธ์เสียงตามสายอย่างสม่ำเสมอ มีบอร์ดประกาศความรู้ การป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโคโรนาไวรัส และขั้นตอนการรับบริการจากสถานพยาบาลที่เห็นได้ชัดเจน ดังนั้นการวางแผนการพยาบาลโดยนำข้อมูลการวิจัยไปใช้จะช่วยสนับสนุนและเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองของประชาชนในชุมชนได้ และข้อมูลจากการวิจัยนี้จะช่วยให้ผู้บริหารการพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตัดสินใจเพื่อจัดสรรทรัพยากรในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ โดยเฉพาะการส่งเสริมและสนับสนุนโดยการสอนทักษะให้ประชาชนได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง รวดเร็ว และเข้าถึงง่าย จะช่วยส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง เช่น มีความรู้เรื่องโรค การล้างมือที่ถูกรวิธี การสวมหน้ากากอนามัยที่ถูกรวิธี เป็นต้น ให้ความรู้ในการเลือกช่องทางรับข้อมูลที่ถูกต้องจะส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรการของรัฐ และการประสานงานเพื่อให้ได้สิ่งของที่หรืออุปกรณ์ในการป้องกันตนเอง

2.2 ศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในตัวแปรอื่นๆ เช่น สิ่งแวดล้อมในชุมชนที่จะมีผลต่อพฤติกรรมและการจัดการตนเองของประชาชนในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) [Internet]. 2022. [cited 2022 Sep 15]. Available from: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>.
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health (Thailand). The situation of COVID-19 infected with daily update visualization [Internet]. 2022. [cited 2022 Sep 16]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>.
3. World Health Organization. Classification of omicron (B.1.1.529): SARS-CoV-2 variant of concern. [Internet]. 2022. [cited 2022 Sep 17]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/>.

4. Kaendera S, Leigh L. Five things to know about Thailand's economy and COVID-19 international monetary fund. [Internet]. 2022. [cited 2022 Sep 20]. Available from: <https://www.imf.org/en/News/Articles/2021/06/21/na062121-5-things-to-know-about-thailands-economy-and-covid-19>. June 23, 2021.
5. Jitsuchon S. The social impact of the COVID-19 outbreak new ripples and measures that should be taken. [Internet]. 2022. [cited 2022 Sep 20]. Available from: <https://tdri.or.th/2021/01/impact-of-new-covid-19-wave/>. (in Thai)
6. Abdel-Latif MMM. The enigma of health literacy and COVID-19 pandemic. Public Health. 2020; 185:95-6. doi: 10.1016/j.puhe.2020.06.030. Epub 2020 Jun 19. PMID: 32593054; PMCID: PMC7303647.
7. Abel T, McQueen D. Critical health literacy and the COVID-19 crisis. Health Promot Int. 2020; 35(6):1612-3. doi: 10.1093/heapro/daaa040. PMID: 32239213; PMCID: PMC7184450.
8. Shahnazi H, Ahmadi-Livani M, Pahlavanzadeh B, Rajabi A, Hamrah MS, Charkazi A. Assessing preventive health behaviors from COVID-19: a cross sectional study with health belief model in Golestan Province, Northern of Iran. Infect Dis Poverty. 2020; 9(1):157. doi: 10.1186/s40249-020-00776-2. PMID: 33203453; PMCID: PMC7671178.
9. Pattarateeranon P, Sriyoha N, Sreeprasarn P, Saowanee R. Role of Community Nurses in Health Promotion and Prevention of Coronavirus 2019 Pandemic in 8 Community Responsible Area, Ramathibodi Hospital. TH. J. of Health Edu. 2021; 44(1): 1-11. (in Thai)
10. Ratchakul J, Suwannit C, Taungratananon T, Ruangsom P, Hatsaro J, Wibunpan S. Survey of public perspectives toward population adherence to COVID-19 mitigation policy following the outbreak in the first half of 2021. International Health Policy Program, Ministry of Public Health. [Internet]. 2022. [cited 2022 Apr 12]. <https://www.ihppthaigov.net/>
11. Heinrich-Heine-University. G*Power: Analyze different types of power and compute size with graphics options. [Internet]. 2022. [cited 2022 Apr 19]. Available from: <https://g-power.apponic.com/>.
12. Heinrich-Heine-University. G * Power 3.1 manual. [Internet]. 2022. [cited 2022 Apr 19]. Available from: https://www.psychologie.hhu.de/fileadmin/redaktion/Fakultaeten/Mathematisch-Naturwissenschaftliche_Fakultaet/Psychologie/AAP/gpower/GPowerManual.pdf.
13. Zhong BL, Luo W, Li HM, Zhang QQ, Liu XG, Li WT, Li Y. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey. Int J Biol Sci. 2020; 16(10):1745-52. doi: 10.7150/ijbs.45221. PMID: 32226294; PMCID: PMC7098034.

