



วารสารสุขศึกษา

Thai Journal of Health Education

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
Faculty of Public Health Rajabhat Nakhon Ratchasima University

ปีที่ ๔๗ ฉบับที่ ๑
Vol. 47 No. 1

มกราคม - มิถุนายน ๒๕๖๗
January – June 2024

บทความวิชาการ

- ❖ ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล

บทความวิจัย

- ❖ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา
- ❖ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครปฐม
- ❖ ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดปราจีนบุรี
- ❖ การจัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย พ.ศ. 2562
- ❖ ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏภูมิภาคตะวันตก
- ❖ ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัย ตำบลทรงคนอง อำเภอสามปราชญ์ จังหวัดนครปฐม
- ❖ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลโนนตูม อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา
- ❖ ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร
- ❖ ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3๐ 2๘ ของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนไทย อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา
- ❖ การพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาและเด็กตามโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9

วารสารสุขศึกษา

Thai Journal of Health Education

ปีที่ 47 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2567

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: 0 4400 9009 ต่อ 3831 อีเมล: phjournal@nrru.ac.th

Office

Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

340 Suranarai Road, Nai Mueang Sub-district, Mueang Nakhon Ratchasima District,

Nakhon Ratchasima Province 30000

Tel: 0 4400 9009 ext. 3831 email: phjournal@nrru.ac.th

กำหนดออก

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

บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสุขศึกษาเป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการ คณะผู้จัดทำ และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนต้องรับผิดชอบบทความของตนเอง กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไข ข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสม

วารสารสุขศึกษา

Thai Journal of Health Education

บรรณาธิการ

รศ.ดร.ธนิดา ผาติเสนาะ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

รองบรรณาธิการ

รศ.ดร.อรรณวิทย์ สิงห์ศาลาแสง

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ผศ.ดร.รัชชัย เอกสันติ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ดร.ฐิติมา ระย้าเพชร

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.วงศา เล่าหศิริวงศ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ.ดร.พรรณี บัญชรหัตถกิจ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์
ในพระบรมราชูปถัมภ์

รศ.พญ.ชวัลัญญา รัตนพิบูลย์

สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

รศ.ดร.อุไรวรรณ อินทร์ม่วง

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ.ดร.มณฑา เก่งการพานิช

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์

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.พุดิพงษ์ สัตยวงศ์ทิพย์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ผศ.ดร.ทิวากรณ์ ราชูธร

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

เลขานุการจัดทำวารสาร

นางปัทมาภรณ์ อำไพกุล

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

นางสาวอณณา สุวรรณชาติ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก พิจารณาบทความ (Peer review)

รศ.ดร.กุลวดี โจนไฟศาลกิจ

รศ.ดร.พรณี ปัญชรหัตถกิจ

ผศ.ดร.มะลิ โพธิพิมพ์

ผศ.ดร.นภาพัณญ์ จันทขัมมา

ผศ.ดร.อมรรัตน์ ลือนาม

ผศ.ดร.นาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ

ดร.บัณฑิต นิตยคำหาญ

ดร.พุทธิไกร ประมวล

ดร.เกษิณีจิษฐ์ พลศรีประดิษฐ์

ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์

ในพระบรมราชูปถัมภ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

ผู้ทรงคุณวุฒิภายใน พิจารณาบทความ (Peer review)

ผศ.ดร.จรรุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ

ผศ.ดร.ธวัชชัย เอกสันติ

ผศ.ดร.รชานนท์ ง่วนใจรัก

ดร.นฤมล เวชจักรเวร

ดร.ฐิติมา ระย้าเพชร

ผศ.ดร.ฐิติกาญจน์ บุญรักษา อินทาปัท

ผศ.ดร.สุรีย์ ธรรมิกบวร

ผศ.ดร.นัฐรัมภาพร ธนปิยวัฒน์

ผศ.ดร.จุลจราพร สิ้นศิริ

น.ท.หญิง ดร.ศิริกัญญา ฤทธิ์แปลก

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับและการส่งบทความวิชาการ หรือบทความงานวิจัยเพื่อเผยแพร่

1. ประเภทบทความ

1.1 วารสารสุศึกษา รับบทความต้นฉบับทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเป็นบทความที่ไม่เคยตีพิมพ์ที่ไหนมาก่อน 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 เซนติเมตร ทุกด้าน พร้อมใส่หมายเลขหน้าทุกหน้าที่มุมบนด้านขวา

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 / หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ผลการวิจัย และการสรุป/ ข้อเสนอแนะ มีความยาวไม่เกิน 350 คำ หรือ 15 - 16 บรรทัด

4) คำสำคัญ 3 - 5 คำ

- หน้าที่สองบทคัดย่อภาษาอังกฤษ มีเนื้อหาตั้งเช่นหน้าแรก 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

องค์ประกอบบทคัดย่อภาษาไทย

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.....

*ผู้รับผิดชอบบทความ: 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 ตามลำดับหมายเลขด้วยตัวเลขอารบิกที่พิมพ์แบบตัวยก โดยเริ่มจากหมายเลข 1 และเมื่ออ้างอิงซ้ำในส่วนต่างๆ ของบทความวิจัยจะต้องใช้หมายเลขเดิมตามที่เคยระบุไว้ก่อนแล้วตลอดทั้งบทความ ทั้งนี้ให้เขียนอ้างอิงทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษทุกรายงาน โดยจำแนกเป็น

4.1 การอ้างอิงในเนื้อหา

1) ระบุหมายเลขเรียงลำดับกันไปท้ายข้อความหรือชื่อบุคคลที่ใช้อ้างอิงเริ่มจากหมายเลข 1,2,3 ไปตามลำดับที่อ้างก่อนหลังเป็นเลขอารบิกโดยไม่มีการเว้นวรรค รวมถึงให้อยู่ในวงเล็บกลมและใช้ “ตัวยก”

2) ทุกครั้งที่มีการอ้างอิงซ้ำจะต้องใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิง และหมายเลขที่ใช้อ้างอิงจะต้องตรงกับหมายเลขของรายการอ้างอิงท้ายเล่ม

3) สำหรับการอ้างอิงในตารางหรือในคำอธิบายตารางให้ใช้เลขที่สอดคล้องกับที่เคยอ้างอิงมาก่อนแล้วในเนื้อเรื่อง

4) การอ้างอิงจากเอกสารมากกว่า 1 รายการต่อเนื่องกันจะใช้เครื่องหมายยัติภังค์ (-) เชื่อมระหว่างรายการแรกถึงรายการสุดท้าย เช่น (1-3) หากเป็นการอ้างอิงถึงเอกสารที่มีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน จะใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) โดยไม่มีการเว้นวรรค เช่น (4,6,10)

ตัวอย่างการอ้างอิงในเนื้อหา

แหล่งของการได้รับโซเดียมจากการบริโภคอาหารข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563 พบว่าส่วนใหญ่ได้รับโซเดียมจากการรับประทานอาหารที่ผ่านกระบวนการผลิต และการรับประทานอาหารนอกบ้าน แบ่งออกเป็นการเติมขณะปรุงอาหาร (ร้อยละ 71) อาหารตามธรรมชาติ (ร้อยละ 18) การปรุงรสเพิ่มบนโต๊ะอาหาร (ร้อยละ 11)^(1,2)

4.2 การอ้างอิงท้ายบทความ

ตัวอย่างการอ้างอิงดังต่อไปนี้

กรณีการอ้างอิงวารสาร

รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง (Authors). ชื่อบทความ (Title of article). ชื่อวารสาร (Title of journal). ปีพิมพ์ (Year of publication); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Pages)
ตัวอย่าง	สมเกียรติ อินทะกนก, พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์, อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง, ราชานนท์ งามใจรัก, ชูสง่า สีสัน, ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์. การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง:กรณีศึกษาพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำซับ อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา. 2564; 27(1): 56-67. Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement. 1970; 30(3): 607-610.

กรณีการอ้างอิงหนังสือ/ตำรา

รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.
ตัวอย่าง	สมศักดิ์ นวลแก้ว. เกสกรรมแผนไทยประยุกต์. พิมพ์ครั้งที่ 8. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, คณะเภสัชศาสตร์; 2563. Gilstrap LC, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. Operative obstetrics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

กรณีการอ้างอิงหนังสือ/ตำราที่มีผู้แต่งและบรรณาธิการหรือผู้แปล

รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor/editors. หรือ ชื่อผู้แปล, ผู้แปล/translator/translators. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.
ตัวอย่าง	วรารณ เสถียรนพแก้ว. โภชนาการในงานสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. วรารณ เสถียร นพแก้ว, สุภัทรา ลีลิตชาญ, จิรนนท์ แก้วกล้า, พร้อมลักษณ์ สมบูรณ์ปัญญากุล, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วิฑูรย์การปก 1997; 2558. Breedlove GK, Schorfheide AM. Adolescent pregnancy. 2nd ed. Wiecezorek RR, editor. White Plains (NY): March of Dimes Education Services; 2001.

กรณีการอ้างอิงหนังสือ/ตำราที่มีเฉพาะบรรณาธิการ

รูปแบบ	ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor/editors. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.
ตัวอย่าง	ชนิกา ตูจินดา, สุริยเดว ทรีปาตี, ปิยะดา ประเสริฐสม, บรรณาธิการ. เลี้ยงลูกอย่างไร ห่างไกลโรคอ้วน. กรุงเทพฯ: รักลูกแฟมมิลี่กรุ๊ป; 2547. Gilstrap LC, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. Operative obstetrics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

กรณีอ้างอิงวิทยานิพนธ์ หรือดุษฎีนิพนธ์

รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่รับปริญญา.
ตัวอย่าง	อัจฉราพรรณ ค้ายาดี. การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองอย่างมีส่วนร่วมต่อความสม่ำเสมอ ของการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2558. Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

กรณีอ้างอิงหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม

รูปแบบ	ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor/editors. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; ปี เดือน วันที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. <i>*กรณีเป็นภาษาไทย ให้ใส่วัน เดือน ปีที่ประชุม</i>
ตัวอย่าง	นเรนทร์ โชติรสนิรมิต, บรรณาธิการ. New frontier in surgery. การประชุมวิชาการส่วนภูมิภาค ครั้งที่ 22 New frontier in surgery; 2551; มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะแพทยศาสตร์, ภาควิชาศัลยศาสตร์; 2551. Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editors. Germ cell tumours V. Proceedings of the 5 th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.

กรณีอ้างอิงหนังสืออิเล็กทรอนิกส์

รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ [อินเทอร์เน็ต/Internet]. ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วัน]. เข้าถึงได้จาก/Available from: http://...
ตัวอย่าง	วิชัย โชควิวัฒน์, บรรณาธิการ. ระบบยาของประเทศไทย 2563 [อินเทอร์เน็ต]. พิมพ์ครั้งที่ 6. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 16 ส.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://thesis.swu.ac.th/swuebook/A440954.pdf Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: https://www.nap.edu/catalog/10149/improving-palliative-care-for-cancer

กรณีอ้างอิงบทความวารสารอิเล็กทรอนิกส์

รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [อินเทอร์เน็ต/Internet]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วัน]; เล่มที่: เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. เข้าถึงได้จาก/Available from: http://...
ตัวอย่าง	นัตยา อังคนาวิน. ผลของการใช้สตีเวียและมอลทิพอลต่อสมบัติทางเคมี-กายภาพการทดสอบ ประสาทสัมผัส คุณค่าทางโภชนาการและฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระของเชอร์เบทหม่อน. วารสาร มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี) [อินเทอร์เน็ต]. ก.ค.-ธ.ค. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 16 ส.ค. 2563];11(22): 78-90. เข้าถึงได้จาก: http://ejournals.swu.ac.th/index.php/SWUJournal/article/view/12118/10268 Happell B. The influence of education on the career preferences of undergraduate nursing students. Aust Electron J Nurs Educ [Internet]. 2002 Apr [cited 2007 Jan 8];8(1):[about 12 p.]. Available from: http://www.scu.edu.au/schools/nhcp/aejne/vol8-1/refereed/happell_max.html

กรณีอ้างอิงจากเว็บไซต์

รูปแบบ	ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเว็บไซต์ [อินเทอร์เน็ต/Internet]. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor/editors (ถ้ามี). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์ [ปรับปรุงเมื่อ/updated ปี เดือน วัน; เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วัน]. เข้าถึงได้จาก /Available from: http://...
ตัวอย่าง	สำนักงานประกันสังคม [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงาน; c2017 [เข้าถึงเมื่อ 27 ก.ย. 2563]. เข้าถึงได้ จาก: https://www.sso.go.th/wpr/main eatright.org [Internet]. Chicago: Academy of Nutrition and Dietetics; c2016 [cited 2016 Dec 27]. Available from: https://www.eatright.org/

หมายเหตุ เอกสารอ้างอิงควรพิจารณาให้มีความสำคัญในการอ้างอิงบทความที่ตีพิมพ์วารสารในฐานข้อมูล 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 ไม่ว่าจะได้รับการพิจารณาให้ตีพิมพ์หรือไม่

6. ขั้นตอนการตรวจสอบ/ ทบทวนบทความต้นฉบับโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

6.1 บทความต้นฉบับทุกเรื่องต้องผ่านการกลั่นกรองจากกองบรรณาธิการ และเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) จำนวน 2-3 ท่าน เพื่อประเมินคุณภาพของบทความในลักษณะผู้พิจารณาไม่ทราบชื่อผู้แต่ง และผู้แต่งไม่ทราบชื่อผู้พิจารณา (double bind)

6.2 ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิจะส่งกลับให้ผู้เขียนดำเนินการแก้ไขภายใน 2 สัปดาห์

6.3 บรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับสุดท้ายก่อนการตีพิมพ์เผยแพร่

6.4 เพื่อป้องกันการปฏิบัติบทความต้นฉบับกรุณาตรวจสอบเนื้อหาบทความในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

6.4.1 ตรวจสอบการสะกดคำตามหลักไวยากรณ์ภาษาไทยอย่างเคร่งครัด

6.4.2 โปรดตรวจสอบชื่อ Technical term ชื่อเรียกสถิติที่นำมาวิเคราะห์ให้เป็นมาตรฐาน

6.4.3 ผลการวิจัยควรมีตารางประกอบการเขียนอธิบาย

7. การออกต้นฉบับ

วารสารสุขศึกษาจะออกปีละ 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” เนื่องจากบทความจะต้องได้รับการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2-3 ท่าน และบรรณาธิการก่อน จึงจะดำเนินการแจ้งผลการพิจารณาว่าบทความของท่านผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 2-3 ท่าน ให้ลงตีพิมพ์เผยแพร่ได้หรือไม่

2. ขอแจ้งให้ท่านรับทราบก่อนส่งบทความเพื่อเข้ารับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสุศึกษา กรณีที่บทความของท่าน “ถูกปฏิเสธการลงตีพิมพ์” จากผู้ทรงคุณวุฒิหรือบรรณาธิการ ทางกองบรรณาธิการจะไม่คืนค่าธรรมเนียมให้กับผู้พิมพ์ทุกกรณี เนื่องจากค่าธรรมเนียมดังกล่าวจะเป็นค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิที่ประเมินบทความของท่าน

การชำระค่าธรรมเนียม

ชำระค่าธรรมเนียมโดยการโอนเข้าบัญชีธนาคาร

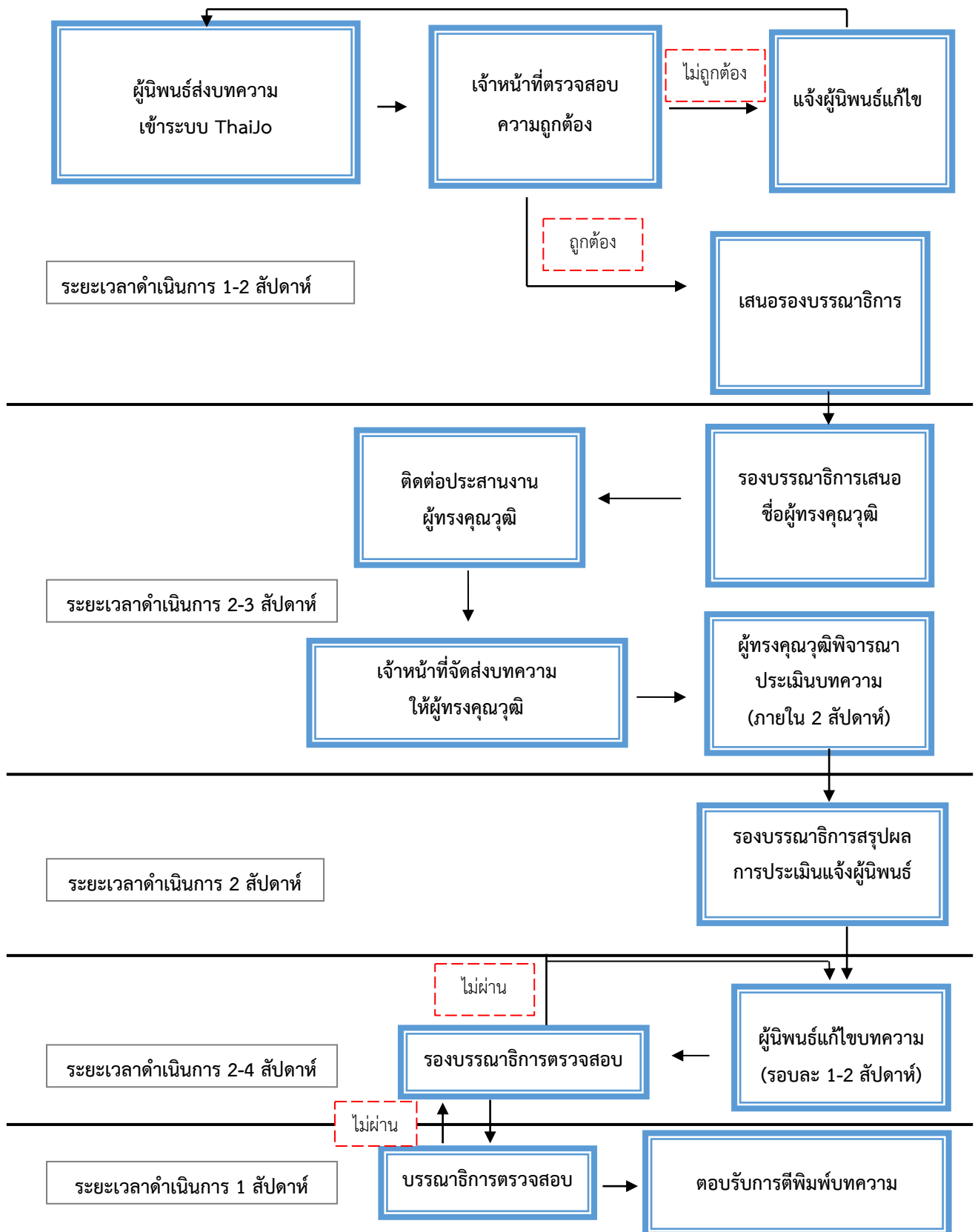
เลขที่บัญชี 419-1-78460-8

ชื่อบัญชี นางธนิดา ผาติเสนะ และ นางปัทมาภรณ์ อ่ำไพบูล

ธนาคาร กรุงศรีอยุธยา สาขา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ประเภทบัญชี ออมทรัพย์

หลังจากชำระค่าธรรมเนียมแล้ว โปรดส่งหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมผ่านทางระบบ ThaiJO หรือ ทางอีเมล phjournal@nrru.ac.th

ขั้นตอนการรับบทความเพื่อพิจารณาเผยแพร่ในวารสารสุขศึกษา



หมายเหตุ ในกรณีผู้พิมพ์ไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนข้างต้น ขอสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธบทความตีพิมพ์ในวารสารสุขศึกษา

บทบรรณาธิการ

วารสารสุขศึกษาฉบับนี้เป็นปีที่ 47 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – มิถุนายน 2567 การดำเนินงานของวารสารยังคงดำเนินงานอย่างมีระบบ และเป็นไปตามเกณฑ์คุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI สำหรับปีนี้วารสารได้ส่งข้อมูลเพื่อเข้ารับการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI รอบที่ 5 พ.ศ. 2568-2572 เพื่อการพิจารณาต่อไป สำหรับฉบับนี้ยังคงมีผู้สนใจส่งบทความมาตีพิมพ์อย่างต่อเนื่อง โดยวารสารฉบับนี้มีบทความรวมทั้งสิ้น จำนวน 11 เรื่อง ประกอบด้วย บทความวิชาการ จำนวน 1 เรื่อง และ บทความวิจัย จำนวน 10 เรื่อง บทความวิจัยยังคงมีรูปแบบการวิจัยที่หลากหลาย มีเนื้อหาวิชาการทางสุขภาพที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์อย่างมาก บทความทุกเรื่องผ่านกระบวนการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2-3 ท่าน ทำให้บทความทุกเรื่องมีคุณภาพ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ เจ้าของผลงานวิชาการ กองบรรณาธิการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้มีส่วนร่วมทำให้วารสารสุขศึกษาฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี



รองศาสตราจารย์ ดร.ธนิดา ชาติเสนะ
บรรณาธิการ

สารบัญ

ชื่อบทความ	หน้า
บทความวิชาการ	
❖ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล <i>อภิฤดี พาผล, นัฐรภัฏพร ธนปิยวัฒน์ และ สุมาพร เชี่ยวชาญ</i>	1 – 9
บทความวิจัย	
❖ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับ บริการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา <i>มัตนา ภูมิโคกรักษ์, ณัฐวุฒิ กนกกระโทก และ ตะวัน แข็งแรง</i>	10 - 21
❖ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครปฐม <i>เอ็นดู ธรรมวงษ์การณ, มณฑา เก่งการพานิช และ ศรัณญา เบญจกุล</i>	22 - 36
❖ ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดปราจีนบุรี <i>ชนสิทธิ์ คุณานนตพงศ์, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามี และ มลีนี สมภพเจริญ</i>	37 - 49
❖ การจัดการอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย พ.ศ. 2562 <i>พัชรวิพรรณ เจนสาริกรณ์</i>	50 - 63
❖ ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏ ภูมิภาคตะวันตก <i>วิภาดา โหม่งมาตย์, กมลฤ ญนอมสัจย์, เอ็มอัชมา วัฒนบุรณนธ์ และ คณัย บวรเกียรติกุล</i>	64 - 77
❖ ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัย ตำบลทรงคนอง อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม <i>รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, มารยาท โยทองยศ, ชีราวุธ ปุณณวิช และ พณิชนันท์ งามสม</i>	78 - 92
❖ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลโนนตูม อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา <i>สุพิชญาภรณ์ สุนนทสถิตกุล, สาโรจน์ เพชรมณี และ ธนกร ปัญญาโสโสภณ</i>	93 - 108
❖ ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร <i>พรปวีณ์ เลาสวรรณาทยก, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, มลีนี สมภพเจริญ และ นิรัตน์ อิมามี</i>	109 - 120

สารบัญ (ต่อ)

ชื่อบทความ	หน้า
❖ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนไทย อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา กวี ชื่นจอหอ	121 - 132
❖ การพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาและเด็กตามโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9 ผการัตน์ แสงกล้า, สายทิพย์ ตัน, ชัชฎา ประจตุทะเก, ประดับ ศรีหมื่นไวย และ อนุรักษ์ กระรัมย์	133 - 149

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล

อภิฤดี พาผล^{1*} นัฐธัมภาพร ธนปิยวัฒน์² ฐมาพร เชี่ยวชาญ³

¹อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

³อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล ความสุขเป็นที่มีความสำคัญกับชีวิตของมนุษย์ นักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มที่มีความท้าทายในการจะวัดความสุขเพราะมีปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องหลายปัจจัย นักศึกษาพยาบาลยังเป็นกลุ่มที่มีความเครียดเนื่องมาจากการที่ต้องปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมใหม่ การใช้ชีวิตภายใต้กฎระเบียบในหอพัก การดำรงชีวิตกับบุคคลที่มีความแตกต่างหลากหลาย วิชาเรียนที่มีความซับซ้อน การมอบหมายงานที่จำนวนมาก และการฝึกปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและความสูญเสีย ความสุขทั่วไปหมายถึงการที่เรารู้สึกชอบหรือพึงพอใจกับชีวิต สำหรับความสุขที่เกิดจากการศึกษา คือเกิดจากการที่ผู้เรียนมีปัญหาเข้าใจคุณค่าของสิ่งต่าง ๆ สิ่งที่สำคัญความสุขในการเรียนต้องเกิดมาจากตัวผู้เรียน เมื่อผู้เรียนเกิดความสุขในการเรียนก็จะมี การตอบสนองต่อความใฝ่รู้ ทำให้เกิดคุณค่าแก่ชีวิต การเรียนรู้มีความสุขเป็นความรู้สึกของผู้เรียนที่แสดงออกถึงความพึงพอใจ ความตั้งใจ ความสนใจ กระตือรือร้นที่จะมีส่วนร่วมในการเรียนการสอน

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ 1) ปัจจัยภายใน ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความฉลาดทางอารมณ์ ความแข็งแกร่งในชีวิต และ 2) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ครอบครัว ลักษณะอาจารย์ การจัดการเรียนการสอน และสภาพแวดล้อม ควรนำผลไปใช้ในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอน และเป็นข้อมูลสำหรับอาจารย์ผู้สอนและอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อช่วยเหลือนักศึกษาเกี่ยวกับการเรียนและการสอน

คำสำคัญ: ความสุข/ ความสุขในการเรียน/ นักศึกษาพยาบาล

*ผู้รับผิดชอบบทความ: อภิฤดี พาผล, อีเมล: papolruedee@gmail.com, โทร.: 08 1981 5557

Received: 21 ธันวาคม 2566/ Revised: 13 เมษายน 2567/ Accepted: 28 พฤษภาคม 2567

Factors Affecting Learning Happiness of Nursing Students

Apiruedee Papol^{1*} Natrampaporn Thanapiyawat² Tamaporn Chaiwcharn³

^{1*}Lecturer, Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

²Asst. Prof., Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

³Lecturer, Department of Public Health, Faculty of Science and Technology, Bansomdejchaopraya Rajabhat University

Abstract

This academic article aims to present factors associated with learning happiness of Nursing students. Happiness is a crucial factor in human life. Nursing students' life can be challenging due to many factors that may contribute to their happiness index. Furthermore, they have been found to be at risk of stress and unpleasant emotions due to several reasons such as having to adjust to a new environment, living under dormitory regulations, coexisting with diverse individuals, dealing with complex coursework, handling numerous assignments, and undergoing practical training related to illness and loss. Happiness refers to how we feel like or satisfied with life. For the happiness derived from studying it is caused by learners having wisdom to understand the value of things. The important thing, happiness in learning must come from the learner. When learners are happy to learn, they will respond to their curiosity, bring value to life happy learning is a learner's feeling of satisfaction, determination, interest, and eagerness to participate in teaching and learning.

Factors associated with learning happiness of Nursing students such as 1) internal factors such as health status, emotional intelligence, resilience and 2) external factors such as family, characteristic of instructors, teaching and learning and the environment supporting students. These should be used to improve the management of teaching and learning, and serve as information for instructors and advisors to assist students with their studies and education.

Keywords: Happiness/ Learning Happiness/ Nursing students

*Corresponding author: Apiruedee Papol, email: papolrueedee@gmail.com, Tel.: 08 1981 5557

Received: December 21, 2023/ Revised: April 13, 2023/ Accepted: May 28, 2023

บทนำ

ปัจจุบันวัยนักศึกษามีแนวโน้มมีปัญหาในการปรับตัวทางด้านร่างกายและจิตใจ อันเนื่องมาจากยุคสมัยที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การใช้สื่อเทคโนโลยีมีอิทธิพลอย่างมากในการเชื่อมโยงข้อมูลรอบด้านซึ่งส่งผลต่อการแสดงออกทางทัศนคติ ความคิด วิธีในการดำเนินชีวิต โดยในแต่ละคนมีความสามารถในการจัดการปัญหาและอารมณ์ของตนเองที่ต่างกัน เป็นวัยที่มีความคิดเป็นของตนเองสูง และเริ่มมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง รู้ว่าตนเองชอบหรือถนัดสิ่งใด ชอบเรียนวิชาใด เลือกคบกลุ่มเพื่อนที่มีความคล้ายคลึงกัน และต้องการที่จะเป็นที่ยอมรับในกลุ่มเพื่อน เมื่อได้มาใช้ชีวิตอยู่ในมหาวิทยาลัยมักจะแสดงความเป็นตัวของตัวเอง ซึ่งนักศึกษาบางคนไม่สามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงและเกิดพฤติกรรมที่ปรับตัวไม่ได้มักมีสาเหตุมาจากความตึงเครียดจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว⁽¹⁾

จากบริบทการจัดการเรียนการสอนทางกายภาพที่เป็นเอกลักษณ์และแตกต่างจากศาสตร์การศึกษาอื่น นักศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องเรียนภาคทฤษฎีและต้องนำองค์ความรู้ที่ได้รับไปบูรณาการสู่การดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริง⁽²⁾ นักศึกษาพยาบาลเป็นบุคคลที่มุ่งเน้นการศึกษาที่เตรียมสำหรับการเป็นพยาบาลวิชาชีพ ต้องศึกษาเกี่ยวกับศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วย มีการจัดการเรียนการสอนประกอบไปด้วยภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในส่วนของห้องปฏิบัติการและหอผู้ป่วย นับเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดได้สูง การเรียนการสอนทางภาคทฤษฎีนั้นจะเป็นการสอนในชั้นเรียน ประกอบด้วยกลุ่มวิชาพื้นฐานวิชาชีพ เช่น พยาธิ สรีรวิทยา เภสัชวิทยา และกลุ่มวิชาชีพ ลักษณะวิชามีความเฉพาะทางศาสตร์วิชาชีพทางการพยาบาล นอกจากนั้นนักศึกษาพยาบาลต้องขึ้นฝึกประสบการณ์วิชาชีพบนหอผู้ป่วย⁽³⁻⁴⁾ ต้องเชื่อมโยงองค์ความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติเผชิญกับบรรยากาศของผู้ป่วยที่มีแต่ความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมาน และมีความหลากหลายของปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ต้องมีความรับผิดชอบสูง รับผิดชอบ อดทน รอบคอบในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย หากมีความผิดพลาดก็จะก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยได้ รวมทั้งนักศึกษาต้องปรับตัวเข้ากับลักษณะของบุคลากรทางสุขภาพที่หลากหลายแตกต่างกันออกไป⁽⁵⁻⁶⁾ หากนักศึกษาพยาบาลที่ไม่สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจึงอาจเกิดความรู้สึกที่ผิดปกติ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล รวมถึงการมีความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อการฝึกภาคปฏิบัติ⁽⁷⁾ ซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล ไม่มีความสุขในการเรียนส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ที่ไม่ดี เกิดความเครียด ลาออกกลางคัน และ เกิดภาวะซึมเศร้า⁽⁸⁾ ในทางตรงกันข้าม หากนักศึกษาพยาบาลเกิดความพึงพอใจในการเรียน และเกิดความสุขที่จะเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ อยู่เสมอจะส่งผลต่อความพร้อมที่จะเรียนรู้⁽⁹⁾

จากสิ่งที่กล่าวมาข้างต้นจึงขอเสนอบทความเพื่อทบทวนความหมายของความสุข และปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล เป็นแนวทางการเสริมสร้างความสุขในการเรียนรู้ เพื่อให้เข้าใจนักศึกษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น และส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลเรียนรู้ได้อย่างมีความสุข มีการปรับตัวที่ดี พร้อมก้าวเข้าสู่วิชาชีพพยาบาลต่อไป ความหมายของความสุขในการเรียนมีดังนี้

ความหมายของความสุข

ราชบัณฑิตยสถาน⁽¹⁰⁾ ได้ให้ความหมายว่า สุข คือ ความสบายกายสบายใจ ซึ่งแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 มีการใช้คำว่า ความอยู่ดีมีสุข (Well – Being) ให้ความหมายเป็นความสำเร็จโดยมีอิสรภาพ ในการเลือกดำรงชีวิต ฉะนั้น ความสุข (Happiness) จึงเป็นส่วนหนึ่งของความอยู่ดี มีสุขเป็นเครื่องชี้วัด ด้านสังคม

อภิชัย มงคล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, ทวี ตั้งเสรี, รัชนิ หัตถพนม, ไพรวลัย รมชัย และวรวรรณ จุฑา⁽¹¹⁾ ได้ให้ความหมายว่า สภาพชีวิตที่เป็นสุขของบุคคล ซึ่งเกิดจากการมีความสามารถที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต การมีจิตใจที่ดีงาม และการพัฒนานตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงทางสังคมได้ การมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีที่มีความสุขมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ด้านคือ สภาพจิตใจ (Mental stage) สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) คุณภาพจิตใจ (Mental quality) และ ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors)

ความหมายของความสุขในการเรียน

ภารดี อนันต์นาริ⁽¹²⁾ ได้ให้ความหมายว่า ความรู้สึก ความนึกคิดของผู้เรียนที่แสดงพฤติกรรมในการเรียน มีความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ความพึงพอใจ และความกระตือรือร้น ความสนุกในขณะที่ดำเนินการเรียนการสอน เกิดความรู้สึกที่ดีต่อสิ่งที่เรียน ต่อเพื่อน ต่ออาจารย์ ต่อสภาพแวดล้อม ทำให้มีความรู้เพิ่มมากขึ้น สามารถเรียบเรียงสิ่งที่เรียนรู้ ให้เป็นระเบียบเพื่อให้สามารถเรียกกลับมาใช้ได้ตามที่ต้องการ⁽³⁾

แพรวพรรณ พิเศษ⁽¹³⁾ ได้ให้ความหมายว่า ความรู้สึกของนักเรียนที่แสดงออกถึงความพึงพอใจ ความตั้งใจ ความสนใจ และความกระตือรือร้น ขณะที่มีส่วนร่วมในการเรียนการสอน เนื่องจากการเรียนการสอนที่มีบรรยากาศสนุกสนานเพลิดเพลิน เปิดโอกาสให้นักศึกษาแสดงออก และมีกำลังใจแสวงหาความรู้ เกิดความรู้สึกที่ดีต่อสิ่งที่เรียน ต่อเพื่อน ต่อครูและต่อโรงเรียน เกิดการเรียนรู้ ประโยชน์ของการเรียนรู้ และสามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวันได้ โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

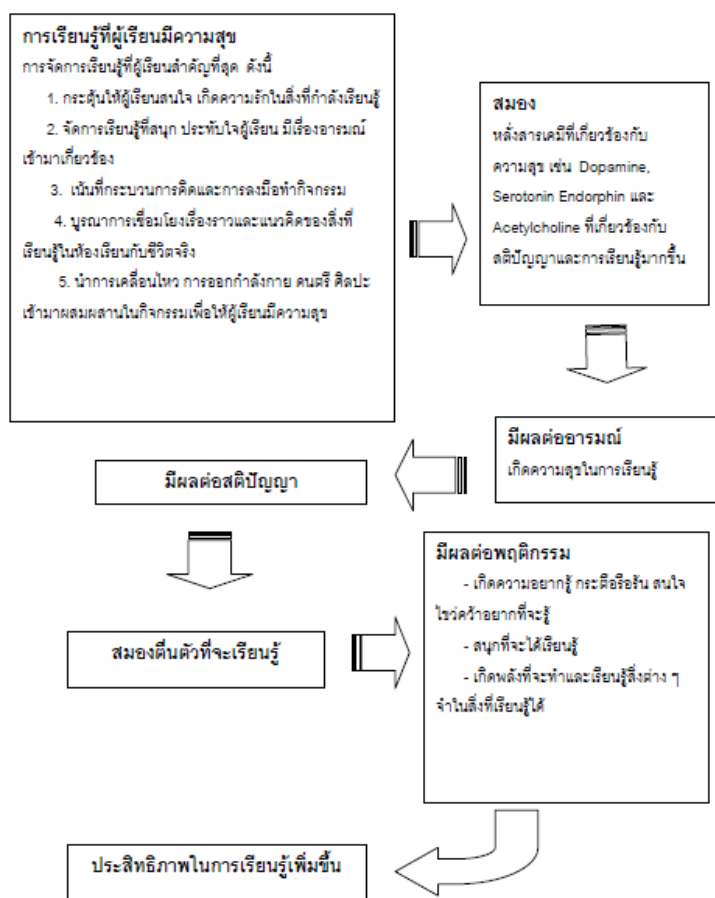
1. ความรู้สึกต่อตนเองในการเรียนรู้ เป็นความรู้สึกที่จะแสดงออกถึงความพึงพอใจ ความตั้งใจ ความสนใจและความกระตือรือร้นในการเรียนรู้ มีความสุข สนุกกับการเรียนและสามารถนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้
2. ความรู้สึกต่อวิชาที่เรียน เป็นความรู้สึกของนักเรียนที่แสดงออกถึงความพึงพอใจ ความสนใจต่อวิชาที่เรียน เข้าใจเนื้อหาวิชาที่เรียนและยอมรับผลของการประเมิน
3. สัมพันธภาพกับผู้อื่น เป็นความรู้สึกที่ดีต่อผู้อื่น ได้แก่ ครู เพื่อน และบุคคลที่แวดล้อม สามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น

ทฤษฎีการเรียนรู้มีความสุข

กิตติวดี บุญเชื้อ⁽¹⁴⁾ ได้นำเสนอทฤษฎีการเรียนรู้มีความสุข โดยสรุปสาระสำคัญไว้ว่า “การเรียนรู้มีความสุขจะต้องมีแนวคิดพื้นฐานเกิดจากการสร้างความรักและความศรัทธาให้กับนักเรียน เพราะศรัทธาเป็นจุดเริ่มต้นของการเรียนรู้ที่ดีที่สุด การเรียนรู้ที่ดีเกิดจากการได้สัมผัสและสัมพันธ์กับของจริงและธรรมชาติ การเปิดโอกาสให้นักเรียนได้เรียนรู้ตนเอง และบุคคลรอบข้างช่วยให้เขาปรับตัวได้อย่างเหมาะสมกับสิ่งแวดล้อมรอบตัว การประยุกต์กระบวนการทัศนใหม่ทางการศึกษาในการจัดการเรียนการสอน” การพัฒนาให้เด็กเป็นคนดี เก่ง และมีความสุข ต้องมีความสมดุลในการจัดกระบวนการเรียนการสอน บรรยากาศ และสภาพแวดล้อม โดยให้เด็กได้สนุกสนานกับกิจกรรมการเรียน และเสริมสร้างประสบการณ์ที่สร้างสรรค์ ให้ผู้เรียนมีความสุขตามสภาพจริง และกระบวนการประเมินตามสภาพจริงในการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาให้เด็กเป็นคนดี เก่ง และมีความสุข

ความสัมพันธ์ของความสุขกับการเรียน

ความสัมพันธ์ของความสุขกับการเรียน โดยคันสนีย์ ฉัตรคุปต์⁽¹⁵⁾ ได้อธิบายความสัมพันธ์ของผลของการเรียนรู้ที่ผู้เรียนที่มีความสุขไว้ดังนี้ การเรียนรู้ที่ผู้เรียนมีความสุข การจัดการเรียนรู้ที่ผู้เรียนสำคัญที่สุด ดังนี้ 1) กระตุ้นให้ผู้เรียนสนใจเกิดความรักในสิ่งที่กำลังเรียนรู้ 2) จัดการเรียนรู้ที่สนุก ประทับใจผู้เรียน มีเรื่องอารมณ์เข้ามาเกี่ยวข้อง 3) เน้นที่กระบวนการคิดและการลงมือทำกิจกรรม 4) บูรณาการเชื่อมโยงเรื่องราวและแนวคิดของสิ่งที่เรียนรู้ในห้องเรียนกับชีวิตจริง 5) นำการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย ดนตรี ศิลปะเข้ามาผสมผสานในกิจกรรมเพื่อให้ผู้เรียนมีความสุข สมองหลังสารเคมีที่เกี่ยวข้องกับความสุข เช่น โดปามีน (Dopamine) เซโรโทนิน (Serotonin) เอ็นดอร์ฟิน (Endorphin) และอะซิติลโคลีน (Acetylcholine) ที่เกี่ยวข้องกับสติปัญญาและการเรียนรู้มากขึ้น มีผลต่ออารมณ์ เกิดความสุขในการเรียนรู้ มีผลต่อสติปัญญา สมองต้นตอที่จะเรียนรู้ มีผลต่อพฤติกรรม เกิดความอยากรู้ กระตือรือร้น สนใจใฝ่คว้าอยากรู้อยากจะทำ สนุกที่จะได้เรียนรู้ เกิดพลังที่จะทำและเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ จำในสิ่งเรารู้ได้ ประสิทธิภาพในการเรียนรู้เพิ่มขึ้น ดังแสดงในแผนภาพ



ที่มา: ศันสนีย์ ฉัตรคุปต์และคณะ การเรียนรู้อย่างมีความสุข: สารเคมีในสมองกับความสุขและการเรียนรู้⁽¹⁵⁾

ความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล

ส่วนในนักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มที่อยู่ภายใต้ความกดดัน มีความเครียดสูง และมีความสุขในการเรียนค่อนข้างน้อย เนื่องมาจากการที่ต้องปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมใหม่ การใช้ชีวิตภายใต้กฎระเบียบในหอพัก การดำรงชีวิตกับบุคคลที่มีความแตกต่างหลากหลาย วิชาเรียนที่มีความซับซ้อน การมอบหมายงานที่จำนวนมาก และการฝึกปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและความสูญเสีย⁽³⁾ ซึ่งกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา ก่อให้เกิดความเครียด และอาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการศึกษาและการใช้ชีวิต ทั้งนี้ส่งผลให้นักศึกษาเกิดความเบื่อหน่ายในการเรียน เกิดการเรียนรู้ที่ไม่ดี ทำให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ จนต้องลาออกกลางคัน และหากนักศึกษามีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี จะช่วยให้สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างเหมาะสม และมีความสุขในการเรียน การส่งเสริมสภาพจิตใจ และคงไว้ซึ่งความสุขทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดความสมดุลในการเผชิญชีวิต⁽¹⁶⁾ ดังนั้นการจัดการศึกษาพยาบาลจึงควรเข้าใจปัจจัยที่ช่วยเสริมสร้างความสุขในการเรียนให้นักศึกษาพยาบาล เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาวิธีการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลสามารถเชื่อมโยงองค์ความรู้สู่การเรียนรู้ภาคปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ เกิดความรู้สึกล้นด้านบวกต่อการเรียน และเกิดการเรียนรู้ที่มีความสุข และหากนักศึกษามีความสุขในการเรียนรู้เพิ่มขึ้นจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี เพิ่มความสามารถในการจดจำ และต้องการที่จะเรียนรู้เพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงจำเป็นต้องเสริมสร้างความสุขในการเรียนพยาบาล เพื่อให้นักศึกษามีความสุขเพิ่มขึ้น มีความสามารถในการปรับตัวที่ดี และคงอยู่ในวิชาชีพเพิ่มมากขึ้น^(3,5)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล

ปัจจัยต่าง ๆ มากมายที่ส่งผลต่อความสุขและการเรียนอย่างมีความสุข โดยพิจารณาถึงผู้เรียนเป็นสำคัญ (Student-Centered Learning) การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเรียนรู้อย่างมีความสุข ประกอบด้วย การมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรง สภาพจิตใจที่แจ่มใส กระบวนการจัดการเรียนการสอนที่มีครู อาจารย์ และผู้เกี่ยวข้องที่ให้การสนับสนุน⁽¹⁶⁾ นอกจากนี้พบว่า การได้รับความรู้ (Knowledge) โดยเฉพาะความรู้ที่ได้จากการเรียนการสอนและสภาพแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ (Learning Environment) จะมีส่วนในการสร้างแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจ ตลอดจนความกระตือรือร้นในการเรียนของผู้เรียน⁽⁵⁾ การศึกษาการพัฒนาดัชนีชี้วัดความสุขในการเรียนของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการเรียน มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ลักษณะอาจารย์ ลักษณะการเรียนการสอน ลักษณะนักศึกษา ลักษณะวิทยาลัย ลักษณะนักศึกษาร่วมวิทยาลัยและลักษณะบิดามารดา/ ผู้ปกครอง⁽¹⁷⁾

จึงพอสรุปได้ว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของนักศึกษาพยาบาล แบ่งได้เป็น 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก⁽⁴⁾ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ปัจจัยภายในที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความฉลาดทางอารมณ์ และความแข็งแกร่งในชีวิต มีดังต่อไปนี้

1.1 ภาวะสุขภาพการเจ็บป่วยของนักศึกษา เช่น โรคประจำตัว จำนวนครั้งของการเจ็บป่วย เป็นต้น ภาวะสุขภาพกายสามารถทำนายความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล การที่นักศึกษาที่มีปัญหาภาวะสุขภาพกายมาก จะส่งผลทำให้ความสุขในการเรียนลดลง อธิบายได้ว่าการที่ร่างกายและจิตใจมีส่วนที่สัมพันธ์กัน หากร่างกายแข็งแรงไม่เจ็บป่วย จิตใจก็แจ่มใสไปด้วย การสร้างความสุขทางใจจึงควรควบคู่ไปกับการดูแลสุขภาพทางกายควบคู่กัน⁽¹⁶⁾

1.2 ความฉลาดทางอารมณ์ หมายถึง ความสามารถในการรับรู้และแสดงออกทางอารมณ์ รวมทั้งคุณลักษณะทางอารมณ์ที่เหมาะสมกับวัยและสังคม โดยนักศึกษาที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูง จะทำให้มีความสุขในการเรียนสูง⁽¹⁸⁾ นักศึกษาที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูง จะมีทักษะในการแก้ไขปัญหา สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้ดี ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ได้เร็ว และมีความสุข⁽⁴⁾

1.3 ความแข็งแกร่งในชีวิต เป็นความสามารถของบุคคลในการเผชิญปัญหาท่ามกลางเหตุการณ์ที่ ก่อให้เกิดความเครียด อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น⁽⁴⁾ การศึกษาที่ผ่านมายังพบว่าบุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง จะสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีสุขภาพจิตดี⁽¹⁹⁾ ส่งผลให้บุคคลพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้อย่างมีความสุข

2. ปัจจัยภายนอกที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของนักศึกษาพยาบาลจากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา ได้แก่ ปัจจัยด้านครอบครัว ลักษณะอาจารย์ การจัดการเรียนการสอน และสภาพแวดล้อม เช่น กิจกรรมนักศึกษา สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ และกลุ่มเพื่อน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 ครอบครัว หมายถึง บุคคลในครอบครัวของผู้เรียน ครอบครัวมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้อย่างมีความสุข โดยลักษณะพ่อแม่และผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความสุขในการเรียน บุคคลในครอบครัวของผู้เรียนมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้มีความสุข ครอบครัว ที่เอาใจใส่ดูแลและเข้าใจในตัวผู้เรียน จะทำให้ผู้เรียนไม่เครียด มีสมาธิ และสามารถเรียนรู้ได้อย่างมีความสุข⁽²⁰⁾ ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และความสัมพันธ์กับเพื่อนกับความสุขของนักศึกษาพยาบาลศาสตร⁽²¹⁾ โดยยังพบอีกว่าครอบครัวมีความรักใคร่กลมเกลียวกันก็แสดงถึงครอบครัวมีความรักเป็นต้นทุนในการดำเนินชีวิต ครอบครัวมีความผูกพัน มีการสื่อสารที่เหมาะสม มีกฎระเบียบที่ชัดเจน มีการอบรมเลี้ยงดูบุตรในช่วงวัยต่าง ๆ อย่างเหมาะสมตามพัฒนาการมีการปรับตัวที่ดี และสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ในยามที่นักศึกษามีปัญหา ครอบครัวก็เป็นแหล่งเอื้ออำนวยสนับสนุนที่สำคัญ⁽¹⁹⁾

2.2 ลักษณะอาจารย์ เช่น บุคลิกภาพของอาจารย์ จากการทบทวนวรรณกรรม อาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติ ทำโทษ ขู่ให้กลัว หรือใช้เสียงดัง เมื่อพฤติกรรมการพยาบาลไม่ถูกต้องต่อหน้าผู้รับบริการและญาติ โดยลักษณะการมีปฏิสัมพันธ์กับอาจารย์ที่ทำให้นักศึกษาเกิดความเครียด ได้แก่ การที่อาจารย์ใช้คำถาม ซักถามอยู่ตลอดเวลา และนักศึกษาไม่สามารถตอบคำถามได้ในขณะนั้น ทำให้นักศึกษาเกิดความเครียด⁽⁶⁾ ส่วนลักษณะอาจารย์ที่เป็นกันเอง ไม่กดดันนักศึกษา จะทำให้นักศึกษา ฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยอย่างมีความสุข นอกจากนี้ลักษณะของอาจารย์ที่เข้าใจธรรมชาตินักศึกษา รักและเอาใจใส่นักศึกษา⁽¹⁷⁾ รวมไปถึงการที่อาจารย์นิเทศให้ความรัก ความเมตตา และความรู้สึกที่ต่ออย่างแท้จริง นักศึกษาจะรับรู้ได้ถึงความรู้สึกปรารถนาดี เกิดการเสริมสร้างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ จะส่งผลให้การเรียนของนักศึกษาดำเนินไปอย่างมีความสุข⁽²²⁾

2.3 การจัดการเรียนการสอน เมื่อผู้เรียนมีความเครียด จะไปยับยั้งกระบวนการเรียนรู้ การเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญมีอิทธิพลต่อความสุขทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยส่งผ่านความภาคภูมิใจในตนเอง กล่าวคือการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญเป็นการส่งเสริมกิจกรรมการเรียนรู้ ส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถสร้างความรู้และเรียนรู้ได้ด้วยตัวเอง ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรม การเรียนการสอน ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้เรียนรู้กระบวนการและสร้างผลงานได้ด้วยตนเอง และส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้ และการมีความสามารถด้านการเรียน⁽²³⁾

การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล มีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ อาจจะนำมาซึ่งความเครียดและทำให้นักศึกษาไม่มีความสุขในการเรียน ผู้เรียนต้องเรียนรู้และรับผิดชอบต่อชีวิตผู้อื่น⁽³⁾ โดยเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าคะแนนความสุขเฉลี่ยโดยแยกเป็นรายชั้นปี พบว่า นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 มีคะแนนความสุขเฉลี่ยมากที่สุด ในขณะที่นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 มีคะแนนความสุขเฉลี่ยต่ำที่สุด อาจอธิบายได้ว่า นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 เริ่มมีการเรียนการสอนที่เป็นวิชาชีพปฏิบัติเป็นวิชาแรก คือ ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน ซึ่งทำให้นักศึกษาเกิดความเครียดในการเตรียมตัวและการปรับตัวในการขึ้นฝึกปฏิบัติครั้งแรก ทำให้ส่งผลต่อความสุขที่ลดลง อันเกิดจากภาวะกดดันทางด้านการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ⁽²⁴⁾ การฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ก่อให้เกิดความกลัวต่อการทำงาน เนื่องจากเป็นการฝึกปฏิบัติงานครั้งแรก กลัวการปฏิบัติที่อาจการผิดพลาดขึ้นได้ ต้องเผชิญกับงานต่าง ๆ ที่ยังไม่เคยได้ปฏิบัติจริง ต้องสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย บุคลากรทีมสุขภาพ อาจารย์นิเทศ และเพื่อนนักศึกษาที่ร่วมฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยด้วยกัน^(6,25) จึงอาจกล่าวได้ว่าการจัดการเรียนการสอนในชั้นปีที่สูงขึ้นจะส่งผลกระทบต่อความสุขของนักศึกษาพยาบาลได้

2.4 กลุ่มเพื่อน การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น ๆ ในสังคมนั้น เป็นปัจจัยป้องกันของการมีสุขภาพกายและจิตที่ดี ดังนั้นการมีความสุขหรือความสัมพันธ์ที่ดีอยู่กับเพื่อนและรุ่นพี่ภายในมหาวิทยาลัย การได้อยู่ร่วมกับเพื่อนนั้น ทำให้นิสิตนักศึกษามีความสุขมากและมากที่สุด⁽²⁶⁾ การได้อยู่กับกลุ่มเพื่อนเป็นประสบการณ์การเรียนรู้เชิงบวก รวมถึงการมีเพื่อนสนิทเพื่อพูดคุยช่วยให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อนักศึกษาพยาบาลในขณะขึ้นฝึกปฏิบัติงานอีกด้วย⁽²⁷⁾

2.5 สภาพแวดล้อมในสถาบันการศึกษา นอกจากกระบวนการจัดการเรียนการสอนที่ทำให้ผู้เรียนเกิดความสุขแล้ว ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดสภาพแวดล้อมในสถาบันการศึกษา กับความสุขในการเรียนรู้อีกด้วย โดยพบว่า การจัดสภาพแวดล้อมที่ดี จะช่วยสนับสนุนให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่ดี เกิดความพึงพอใจ และมีความสุขในการเรียน สภาพแวดล้อมที่เป็นตัวแปรหลัก ได้แก่ สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ การให้บริการนักศึกษา และกลุ่มเพื่อน⁽²⁵⁾

สรุป

นักศึกษาพยาบาลที่มีสถานการณ์ในชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียดสูง จะส่งผลทำให้ความสุขในการเรียนน้อยลง ดังนั้น การพัฒนาผู้เรียนให้มีความสุขในการเรียน ต้องคำนึงถึง ทั้งปัจจัยภายใน ซึ่งได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความฉลาดทางอารมณ์ และความแข็งแกร่งในชีวิต และปัจจัยภายนอก ครอบคลุม ลักษณะอาจารย์ การจัดการเรียนการสอน และสภาพแวดล้อม เช่น สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ การให้บริการนักศึกษา และกลุ่มเพื่อน ในบทบาทของอาจารย์ผู้สอนควรจะทราบปัจจัยที่ส่งผลต่อ

ความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับอาจารย์และผู้เกี่ยวข้องในการนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนหรือกิจกรรมหรือโปรแกรมส่งเสริมให้นักศึกษาได้เรียนรู้ได้อย่างบรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุขในการเรียน และการเสริมสร้างปัจจัยดังกล่าว ก็จะทำให้ นักศึกษามีความสุขในการเรียนรู้เพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. นัฐนรี ศรีชัย. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตตรัง. ปรินญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม ตรัง: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2564.
2. Meyer, R., van Schalkwyk, S.C., & Archer, E. The influence of context on the teaching and learning of undergraduate nursing students: A scoping review. *African Journal of Health Professions Education*. 2020; 12(3): 124-129.
3. ปราณี อ่อนศรี และสายสมร เฉลยภิตติ. การจัดการเรียนรู้ทางการพยาบาลเพื่อสร้างความสุข : บทบาทของผู้สอนและผู้เรียน. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 2556; 14(1): 8-16.
4. ธนพล บรรดาศักดิ์, กนกพร ชาวเวียง และณฤมล จันทระเกษม. ความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์*. 2560; 5(1): 357-368.
5. แอน ไทยอุดม และสายสมร เฉลยภิตติ. วิถีทางสร้างสุขสำหรับนักเรียนพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 2557; 15(2): 92-98.
6. ฐมาพร เชี่ยวชาญ และอภิฤดี พาผล. ความเครียดในการขึ้นฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*. 2564; 15(1): 21-28.
7. Mark, C., Horton, R., Toliver, T., & Platt, M. Attrition of medical students and nursing students with anxiety and depression: A systematic review. *Annals of Behavioral Science and Medical Education*. 2015; 21(1): 30–37.
8. Townsend, M. C. *Essentials of psychiatric mental health nursing: concepts of care in evidence-base practices*. (5th ed.) Philadelphia: F. A. Davis Company. (2011).
9. Doyle, K., Sainsbury, K., Cleary, S., Parkinson, L., Vindigni, D., McGrath, I., & Cruickshank, M. Happy to help/happy to be here: Identifying components of successful clinical placements for undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*. 2017; 49: 27–32.
10. ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน: ราชบัณฑิตยสถาน กรุงเทพมหานคร, 2546.
11. อภิชัย มงคล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมณ์สานต์, ทวี ตั้งเสรี, รัชณี หัตถพนม, ไพโรวัลย์ ร่มซ้าย และวรวรรณ จุฑา. การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (เวอร์ชัน 2007). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
12. ภารดี อนันต์นาวิ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการเรียนของนิสิตสาขาวิชาการบริหารการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. *วารสารวิชาการศรีปทุม ชลบุรี*. 2559; 12(4): 1-13.
13. แพรพรรณ พิเศษ. โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีผลต่อการเรียนรู้อย่างมีความสุขของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2. วิทยานิพนธ์ การศึกษามหาบัณฑิต. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2549.
14. กิตยวดี บุญเชื้อ. ทฤษฎีการเรียนรู้มีความสุข. กรุงเทพฯ :สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี; 2540.
15. ศันสนีย์ ฉัตรคุปต์. การเรียนรู้มีความสุข: สารเคมีในสมองกับความสุขและการเรียนรู้. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยเรื่องการพัฒนาสมองและการเรียนรู้; 2544.
16. กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ, กาญจนา เลิศถาวรธรรม, วรเดช ช่างแก้ว และวิภารัตน์ ยมดิษฐ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*. 2563; 13 (1); 71-82.

17. ปัทมา ทองสม. การพัฒนาดัชนีชี้วัดความสุขในการเรียนของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. หลักสูตรปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาอุดมศึกษา ภาควิชานโยบาย การจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษา. กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
18. พรพรรณ ศรีโสภะ, ภัทร เองอุดมทรัพย์ และกิงดาว การะเกด. การเรียนรู้มีความสุขและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนิสิตพยาบาล. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2556; 27(2); 16-29.
19. พชรินทร์ นินทจันทร์, พิศสมัย อรทัย และพูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์. โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างเหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจบรรยายภายในครอบครัว ความแข็งแกร่งในชีวิต และสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล. ราชบัณฑิตยบาลสาร. 2557; 20(3); 401-414.
20. ยุพา วงศ์สไตรและวราภรณ์ ตีน้ำจิต. ความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2563; 13(1); 43-57.
21. เทียนทอง ทาระบุตร, ชุตินา ปัญญาพินิจนุกูล, สุระพรรณ พนมฤทธิ์, พัชรา สมชื่อ, นิรมัย คุ่มรักษา และดารุณี งามขา. ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต. วารสารเกษมบัณฑิต. 2562; 20(2); 68-80.
22. ปิยธิดา เทพประดิษฐ์, จุฑารัตน์ คงเพชร และนารีรัตน์ พุทธิกุล. ระดับความสุขระหว่างการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนคลินิก ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2. วารสารวิจัยทางการพยาบาล การผดุงครรภ์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2566; 43(3); 12-23.
23. ณัฐชัย วงศ์สุลักษณ์, อัญสุรีย์ ศิริโสภณ และพูลพงศ์ สุขสว่าง. โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุความสุขของนักศึกษาพยาบาล. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2557; 6(1); 60-72.
24. กมลรัตน์ ทองสว่าง. ความสุขของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ. วารสารพยาบาลทหารบก. 2565; 23(2); 302-311.
25. จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์, ภัทรกัญย์ ดีเอียดย่อ, จันทนี ปลุกไม้ดี, ศรีญญา ทังสุข, สุพรรณษา สุดสวาท และกนกพร สงปราบ. ความสุขของนักศึกษามหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2559; 34(5); 269-279.
26. ณัฐดนัย เอี่ยมวัฒนเสรี, พวงสร้อย วรกุล, ชุตินา หุ่มเรื่องวงษ์. สุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนิสิตระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1. จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 2560; 61(6); 783-98.
27. Papastavrou, E., Dimitriadou, M., Tsangari, H., & Andreou, C. Nursing students' satisfaction of the clinical learning environment: a research study. BMC Nursing. 2016; 15(44); 1-10.

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการ ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา

มัตนา ภูมิโคกรักษ์¹ ณัฐวุฒิ กกกระโทก^{2*} ตะวัน แข็งแรง³

^{1,2,3}อาจารย์ คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

บทคัดย่อ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบัน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะมีอาการรุนแรงและเสียชีวิตเมื่อเทียบกับผู้ป่วยทั่วไป ดังนั้นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional analytical research) จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 175 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 3) แบบสอบถามการรับรู้สภาวะสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ค่าสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's Correlation Coefficient)

ผลการศึกษา พบว่า 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการรับรู้สภาวะสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง และ 2) อาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการรับรู้สภาวะสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

สำหรับการศึกษารั้งต่อไป ควรมีการนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรม
การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี
อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019/ โรคเบาหวาน/ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

*ผู้รับผิดชอบบทความ: ณัฐวุฒิ กกกระโทก, อีเมล: nattawut.numchok@gmail.com, โทร.: 08 7880 5917

Received: 28 กันยายน 2566/ Revised: 28 กุมภาพันธ์ 2567/ Accepted: 2 เมษายน 2567

Prevention Behaviors of Coronavirus Disease 2019 among Diabetic Patients Receiving Services in Hospital, Nakhon Ratchasima Province

Mattana Phumkokrak¹ Nattawut Kokkrathok^{2*} Tawan Khengraeng³

^{1,2*,3}Lecturer, Faculty of Allied Health Sciences, Nakhon Ratchasima College

Abstract

The current situation of the COVID-19 pandemic shows that diabetic patients are at a higher risk of experiencing severe symptoms and death compared to the general patient population. Therefore, this cross-sectional analytical research aimed to study the behavior of preventing COVID-19 infection among diabetic patients receiving services in hospitals in Nakhon Ratchasima. The sample group used in the research consisted of 175 diabetic patients, selected through purposive sampling. The research tools used included a questionnaire, which comprised four parts: 1) a personal information questionnaire, 2) a test of knowledge about COVID-19 infection, 3) a questionnaire on health status perception according to a health belief model, and 4) a questionnaire on behavior to prevent COVID-19 infection. Data were analyzed using statistics, including percentages, mean, standard deviation, and Spearman's Correlation Coefficient.

The study found that: 1) Diabetic patients had a high level of knowledge about COVID-19 and perceived their health status in accordance with a health belief model at a high level, while their behavior in preventing COVID-19 infection was at a moderate level. And 2) Occupation, average monthly family income, knowledge about COVID-19, and perception of health status according to health belief model regarding the perception of severity, perceived benefits, and perceived barriers to COVID-19 infection were statistically significantly related to the behavior of preventing COVID-19 infection (p -value < 0.05). However, the perception of risk did not have a relationship with the behavior of preventing COVID-19 infection.

For future studies, the data obtained from this study should be used as a guideline to develop and promote behaviors that prevent COVID-19 among diabetic patients. This will lead to diabetic patients adopting sustainable healthy behaviors.

Keywords: COVID-19 prevention behavior/ Diabetes/ Diabetic patients

*Corresponding author: Nattawut Kokkrathok, email: nattawut.numchok@gmail.com, Tel.: 08 7880 5917

Received: September 28, 2023/ Revised: February 28, 2024/ Accepted: April 2, 2024

บทนำ

โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง CORONAVIRUS-2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ (Novel Coronavirus) ที่ทำให้เกิดอาการในระบบทางเดินหายใจ บางรายอาจไม่มีอาการ หรือมีไข้ ไอ หายใจลำบาก ปอดอักเสบ บางรายอาจรุนแรงจนกระทั่งเสียชีวิต^(1,2) จากรายงานสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) พบว่า มีผู้ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สะสมทั่วโลก จำนวน 622 ล้านราย มีจำนวนผู้เสียชีวิตสะสมกว่า 6.5 ล้านราย ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สะสมอยู่ที่อันดับ 29 ของโลก จำนวน 4,681,309 ราย และมีผู้เสียชีวิตรวมจำนวน 32,764 รายอยู่ที่อันดับ 32 ของโลก⁽³⁾ ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกเผชิญกับการระบาดของโรคโควิด-19 แตกต่างกัน แต่ในหลายประเทศพบว่าความเหลื่อมล้ำทางสังคมและการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อให้เกิดวิกฤติที่ถาโถมรุนแรง⁽⁴⁾ ทำให้เกิดการเสียชีวิตและเจ็บป่วย ส่งผลให้ระบบบริการสาธารณสุขต้องแบกรับภาระอย่างหนักส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศ ซึ่งผลกระทบเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างรุนแรงในกลุ่มประชากรที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง และอาการทางตับ ซึ่งหากติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) จะมีโอกาสสูงที่จะมีอาการรุนแรงและเสียชีวิตได้ เมื่อเทียบกับผู้ป่วยทั่วไป⁽⁵⁾ โดยความเสี่ยงจะแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มอายุ และมีอีกจำนวนมากที่มีโรคประจำตัวแต่ไม่รู้ตัวและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรค ซึ่งจัดเป็นความเสี่ยงที่ซ่อนอยู่ ผู้ที่มีโรคประจำตัวควรได้รับการดูแล หรือได้รับวัคซีนเป็นลำดับแรกๆ เมื่อมีวัคซีนที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย⁽⁶⁾

ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคเบาหวานมีมากกว่า 400 ล้านคนทั่วโลก และยังพบว่าอัตราการป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคเบาหวานก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โรคเบาหวานนั้นเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยทุพพลภาพ โรคหัวใจและหลอดเลือด และไตวาย⁽⁷⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ของการศึกษาในประชากรทั้งหมด 1,382 คน พบว่า ผู้ที่มีโรคเบาหวานและติดเชื้อโรคโควิด-19 นั้นมีความเสี่ยงที่สูงขึ้นที่จะได้เข้ารับการรักษาในห้องที่ดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต (ICU) และเสียชีวิต⁽⁸⁾ ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้นยังมีความเสี่ยงที่จะตอบสนองต่อการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ไม่ดีเท่าที่ควร จากการศึกษาแบบติดตามประชากร (Cohort study) จำนวน 17 ล้านคน ในสหราชอาณาจักรพบว่า ผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้น มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 มากกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ถึงเกือบ 2 เท่า⁽⁹⁾ การควบคุมและรักษาระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 จึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงควรดูแลสุขภาพและป้องกันตนเองในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)

สถานการณ์โรคเบาหวานในจังหวัดนครราชสีมา ตามข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา⁽¹⁰⁾ เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยปีต่อปีร้อยละ 5.65 โดยในปี 2564 และ 2565 เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.80 และ 7.00 ตามลำดับ ซึ่งจากที่มีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทำให้ส่งผลต่อปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อโรคโควิด-19 เขตสุขภาพที่ 9 พบผู้ป่วยยืนยันโรคโควิด-19 ระลอกใหม่ เมษายน 2564 เสียชีวิต 247 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 0.49 อันดับแรกๆ ที่เสียชีวิตมากที่สุดคือกลุ่มอายุ 70 ปี 73 ราย รองลงมาคือกลุ่มอายุ 60-69 ปี จำนวน 44 ราย และกลุ่มอายุ 50-59 ปี อัตราป่วย 60 ราย ปัจจัยเสี่ยงในการติดเชื้อส่วนใหญ่เดินทางมาจากพื้นที่ระบาด 106 ราย รองลงมาคือ สัมผัสผู้ป่วยยืนยันในครอบครัวหรือชุมชน 92 ราย โดยผู้เสียชีวิตทุกรายไม่ได้รับวัคซีนครบ 2 เข็ม มีโรคประจำตัวด้วยโรคเรื้อรัง 104 ราย (ร้อยละ 42.10) และเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 117 ราย (ร้อยละ 47.37)⁽¹¹⁾

จากปัญหาคือความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะมีอาการรุนแรงและเสียชีวิต เมื่อเทียบกับผู้ป่วยทั่วไป เพราะหากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ยิ่งส่งผลต่อการรักษาของโรคโควิด-19 ดังนั้นผู้ศึกษาสนใจศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมในการป้องกันโควิด-19
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล จังหวัดนครราชสีมา

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional analytical research) ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 307 คน (ผู้ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ) ศึกษาตั้งแต่ เดือนธันวาคม 2564 - สิงหาคม 2565 จำนวนทั้งหมด 307 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณสูตรของ Krejcie & Morgan⁽¹²⁾ จำนวน 175 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่สนใจและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย อาศัยอยู่ในเขตบริการโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย หรือมีภาวะอื่น ๆ ที่ได้รับการยืนยันจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญว่าไม่สามารถให้ข้อมูลในการวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ของครอบครัว/เดือน ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน และครอบครัวผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) คำถามเป็นแบบตอบถูก/ผิด ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77 จำนวน 11 ข้อ เกณฑ์การแปลผล ได้แก่⁽¹³⁾

80.00 - 100 คะแนน หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับดี (8 - 11 คะแนน)

60.00 - 79.00 คะแนน หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (4-7 คะแนน)

00.00 - 59.00 คะแนน หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับปรับปรุง (0 - 3 คะแนน)

ส่วนที่ 3 การรับรู้ภาวะสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์การป้องกัน และการรับรู้อุปสรรคของโรคโควิด-19 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 จำนวน 22 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน⁽¹²⁾ คำถามเชิงบวก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน เห็นด้วย ให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบ จะให้คะแนน 1-5 ตามลำดับ

เกณฑ์การแปลผล ได้แก่⁽¹⁴⁾

ค่าเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการรับประทานยา พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย และพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86 จำนวน 24 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ เกณฑ์การให้

คะแนน⁽¹²⁾ คำถามเชิงบวก คือ ปฏิบัติประจำให้ 5 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง ให้ 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ให้ 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบ จะให้คะแนน 1-5 ตามลำดับ

เกณฑ์การแปลผล ได้แก่⁽¹⁴⁾

ค่าเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คำนวณค่าความตรงของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence; IOC) ปรับปรุงเนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิจึงนำแบบสอบถามที่ปรับแก้ไข ไปทดสอบความเที่ยง (Reliability) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้สูตร KR-20 เท่ากับ 0.77 การรับรู้ภาวะสุขภาพตามแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.81 และ 0.86 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ในกระบวนการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับหลักจริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย เลขที่ NMCEC-0033/2564 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยนครราชสีมา ซึ่งในการดำเนินการวิจัยได้มีการทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ เพื่อขอใช้พื้นที่และกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาอย่างชัดเจน จากนั้นเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. จัดทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากวิทยาลัยนครราชสีมา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา
2. ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือรับผิดชอบกลุ่มโรคเรื้อรัง เพื่อชี้แจงให้ทราบวัตถุประสงค์ของกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา และขั้นตอนในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง
3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 5 เดือน จากนั้นตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติในลำดับต่อไป

จริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับหลักจริยธรรมในการวิจัย โดยได้ชี้แจงข้อมูลวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดขั้นตอนการทำวิจัยทุกอย่างให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้อย่างชัดเจน ซึ่งการศึกษานี้จะไม่ขัดต่อกฎหมายและศีลธรรมอันดีงามของไทย กลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามความสมัครใจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการศึกษา ผู้วิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมในเชิงวิชาการเท่านั้น โดยข้อมูลส่วนบุคคลจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและทำลายหลักฐานทั้งหมดเมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัย สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก วิทยาลัยนครราชสีมา หมายเลข NMCEC-0033/2564

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ภาวะสุขภาพตามแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การทดสอบการแจกแจงของข้อมูลแบบปกติ (Normal distribution) ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้สถานะสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมกำหนัดป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิเคราะห์ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's correlation coefficient) นำเสนอด้วยค่า r และ p-value

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 65.70 อายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40.60 มีระดับการศึกษาอยู่ประถมศึกษา ร้อยละ 85.10 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 90.90 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 48.6 รายได้ครอบครัวเฉลี่ย/เดือน 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 63.40 ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน 6-10 ปี ร้อยละ 49.70 และไม่มีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 ร้อยละ 98.30

2. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 10.50 (S.D.=±0.07) มีความรู้ในระดับสูง จำนวน 174 คน คิดเป็นร้อยละ 99.40 และมีความรู้ในระดับปานกลาง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.60 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=175)

ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จำนวน (n)	ร้อยละ
ความรู้ระดับปานกลาง (ได้คะแนนระหว่าง 4-7 ข้อ)	1	0.60
ความรู้ระดับสูง (ได้คะแนนระหว่าง 8-11ข้อ)	174	99.40
Mean=10.50, S.D.=0.07		

3. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีภาวะสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.28 (S.D.=±0.51) มีการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับสูง จำนวน 170 คน คิดเป็นร้อยละ 97.10 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 2.30 และระดับต่ำ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.60

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.21 (S.D.=±0.41) ส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับสูง จำนวน 174 คน คิดเป็นร้อยละ 99.4 และ ระดับต่ำ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.60

ด้านการรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.12 (S.D.=±0.41) ส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับสูง จำนวน 170 คน คิดเป็นร้อยละ 97.10 อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 2.90

ด้านการรับรู้อุปสรรคโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.90 (S.D.=±0.43) ส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับสูง จำนวน 170 คน คิดเป็นร้อยละ 97.10 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.70 และ ระดับปานกลาง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.10 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การรับรู้ภาวะสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน และการรับรู้อุปสรรคโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=175)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
ระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33)	1	0.60
ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.66)	4	2.30
ระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00)	170	97.10
Mean = 4.28 (S.D.=±0.51)		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
ระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33)	1	0.60
ระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00)	174	99.40
Mean=4.21 (S.D.=±0.41)		
การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.66)	5	2.90
ระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00)	170	97.10
Mean=4.12(S.D.=±0.41)		
การรับรู้อุปสรรคของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
ระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33)	3	1.70
ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.66)	2	1.20
ระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00)	170	97.10
Mean =3.90 (S.D.=±0.43)		

4. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.57 (S.D=0.24) ส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 71.40 รองลงมา มีพฤติกรรมป้องกันอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 14.94 และมีพฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับสูง จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 13.70 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=175)

ระดับพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33)	26	14.90
พฤติกรรมระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.66)	125	71.40
พฤติกรรมระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00)	24	13.70
Mean=2.57 (S.D.=±0.24)		

5. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ประกอบด้วย อาชีพ ($r=0.183$, $p=0.016$) และ รายได้ครอบครัวเฉลี่ย/เดือน ($r= 0.179$, $p=0.017$) ส่วนปัจจัยเรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน

ชนิดที่ 2 และ ครอบครัวผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=175)

ปัจจัย	พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	
	r	p-value
เพศ	.024	.580
อายุ	.047	.537
ระดับการศึกษา	.022	.771
สถานภาพ	.042	.582
อาชีพ	.183	.016
รายได้ครอบครัวเฉลี่ย/เดือน	.179	.017
ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2	.095	.211
ครอบครัวผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19	.025	.744

6. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ภาวะสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการรับรู้ภาวะสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการรับรู้อุปสรรคของเกิดโรคการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($r = .179, .298, .238$ และ $.241$ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ภาวะสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=175)

ปัจจัย	พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	
	r	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	.179	.018
การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	.298	<.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	.102	.178
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	.238	.002
การรับรู้อุปสรรคของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	.241	.001

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง ซึ่งอาจเกิดจากที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศให้บุคลากรด้านการแพทย์แต่ละพื้นที่ ประชาสัมพันธ์การให้ความรู้ทุกช่องทางแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อให้เกิดความตระหนัก และปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคได้ถูกต้อง โดยดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวังโรคติดต่อ เช่น การคัดกรองด้วยการวัดไข้ การปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ในใกล้ชิดกับกลุ่มเสี่ยง การให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจ่ายยาให้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานตามบ้านเพื่อลดความเสี่ยง และการติดตามการเข้าออกของกลุ่มเสี่ยง จึงทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)

ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ประภัศร เรืองฤทธิ์⁽¹⁵⁾ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.80 มีทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.00 และมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อยู่ในระดับอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.70 ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.28 (S.D.=±0.51) รองลงมา คือ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.21 (S.D.=±0.41) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.12 (S.D.=±0.41) ด้านการรับรู้อุปสรรคของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.90 (S.D.=±0.43) และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พันิชญา ชันติจิตร⁽¹⁶⁾ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 99.43 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 97.14 และมีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100 และด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ร้อยละ 94.86 ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.57 (S.D.=±0.24) ส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรม การป้องกันอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 133 คน ร้อยละ 76.0 ซึ่งน่าจะเกิดจากจากผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับที่สามารถทำให้ตนเอง มีพฤติกรรมที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ได้ เพราะรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะมี อาการรุนแรงและเสียชีวิต เมื่อเทียบกับผู้ป่วยทั่วไป สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chow et al.⁽¹⁷⁾ พบว่า โรคหลอดเลือด สมองโรคเบาหวาน โรคปอด เรื้อรัง และโรคไตเรื้อรัง ล้วนเกี่ยวข้องกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยและผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ จากโควิด-19 ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคและอัตราการเสียชีวิตของโรคโควิด-19 ที่เกี่ยวข้อง กับอายุและโรคประจำตัว และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ญัฐวรรณ คำแสน⁽¹⁸⁾ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรค ติดเชื้อโควิด-19 ในระดับสูง ร้อยละ 80.70 เชื่อมั่นว่าประเทศไทยจะเอาชนะโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้ และร้อยละ 83.40 มั่นใจว่าในที่สุดโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 จะถูกควบคุมได้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99.80 สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน และการให้ข้อมูลข่าวสารจากศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) ที่ได้ให้ข้อมูลข่าวสารในทุกช่องทางรวมถึงข้อมูลข่าวสาร ในชุมชนจาก อสม.ผู้นำชุมชน หรือนโยบายระดับชาติจากกระทรวงสาธารณสุข จึงมีพฤติกรรมการป้องกันที่ดี

ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) จากผลการศึกษาและ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งนี้อาจเป็น เพราะ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป มีวิถีการดำเนินชีวิตคล้ายคลึงกัน อีกทั้งในปัจจุบันมีการเผยแพร่ความรู้ ข่าวสารข้อมูลทางสุขภาพผ่านสื่อหลายช่องทางทำให้บุคคลทุกสาขาอาชีพให้ความสำคัญและใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Poonaklom⁽¹⁹⁾ พบว่า แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้อธิบายว่า ความรู้เป็นปัจจัย โครงสร้างพื้นฐานปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติของบุคคลได้ และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง แต่เป็น ปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติของบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเองได้

รายได้ครอบครัวเฉลี่ย/เดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายได้ดีย่อมมี ผลต่อการจัดการด้านสุขภาพที่ดี ส่งผลในการดูแลสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น และยังสามารถส่งผลต่อการจัดการสุขภาพและ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพราะรู้ว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงมากกว่าบุคคล ทั่วไป ในระหว่างที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กขกร สมมิ่ง⁽²⁰⁾

พบว่า รายได้มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ อธิบายได้ว่าผู้ที่มีรายได้สูงสามารถจัดสภาพแวดล้อมในบ้านหรือชุมชนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ได้ ทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ที่เหมาะสมกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ

การรับรู้ภาวะสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งนี้ น่าจะเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากเป็นโรคที่เกิดขึ้นใหม่ มีอาการที่แน่นอนเด่นชัด สามารถตรวจได้ง่าย และมีความรุนแรงในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าคนปกติ จึงอาจส่งผลให้การรับรู้ความรุนแรงของโรคกับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Becker & Maiman⁽²¹⁾ ได้กล่าวว่า ปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อแนวโน้มการเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคและรักษาโรคทางอ้อม ส่วนปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงการรับรู้โอกาสเสี่ยง อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยเบาหวานพบว่า การกินอาหารหวาน มัน หรือรสจัด การดื่มสุรา ความอ้วน การมีภาวะเครียด การรับประทานยาบางชนิด ล้วนแล้วแต่มีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานและบุคคลที่มีโรคประจำตัวมีโอกาเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่าคนปกติ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ความเสี่ยงระดับสูงแต่ก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อาจเป็นเพราะบุคคลแต่ละคนจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่อาจมีการคาดการณ์ถึงความเป็นไปได้ที่จะเกิดโรคแตกต่างกัน ดังนั้น พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของแต่ละบุคคลจึงแตกต่างกัน ผลการศึกษานี้แตกต่างจากผลการศึกษาของ สุภาภรณ์ ชูเชิดรัตน์ และ คณะ⁽²²⁾ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สอดคล้องกับแนวความคิดของ Stretcher and Rosenstock⁽²³⁾ ที่กล่าวว่า ความเชื่อ หรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับผลกระทบทางด้านลบ เช่น ค่าใช้จ่าย หรือการมารับบริการนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดความขัดแย้ง และหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ บุคคลจึงต้องประเมินระหว่างประโยชน์ที่ได้รับกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจและสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Wong LP⁽²⁴⁾ พบว่า การใช้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อประเมินตัวทำนายความตั้งใจในการรับวัคซีนป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 และความเต็มใจที่จะจ่ายเงินค่าฉีดวัคซีน ของบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศมาเลเซีย การรับรู้อุปสรรคด้านค่าใช้จ่ายในการฉีดวัคซีนมีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การรับรู้อุปสรรคโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งนี้ น่าจะเกิดจากการที่บุคคลมีการรับรู้ต่ออุปสรรคมากขึ้น ยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเพิ่มขึ้น เช่น การไม่สวมหน้ากากปิดจมูก การใช้เจลแอลกอฮอล์ การรับประทานยาครบ 3 มื้อ และตรงเวลาโดยไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นการถูกบังคับและไม่ถือว่าเป็นภาระของครอบครัวในการเตรียมอาหาร มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ไปพบแพทย์ตามนัด ถึงแม้ว่าจะต้องเสียค่าใช้จ่ายค่าเดินทางและสูญเสียรายได้ หรือการรอคอยในการพบแพทย์เพื่อตรวจการติดเชื้อ สิ่งเหล่านี้ถือว่าไม่เป็นอุปสรรคในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เยาวลักษณ์ ชาวบ้านโพธิ์⁽²⁵⁾ พบว่า อุปสรรคสำคัญในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ การขาดความร่วมมือในการสวมหน้ากาก และการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคลซึ่งจากการรับรู้ต่ออุปสรรคในประเด็นดังกล่าว เป็นประเด็นสำคัญที่ทำให้เกิดการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมีการรณรงค์ให้ประชาชนทุกคนปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงมีความจำเป็นต้องประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าใจถึงความสำคัญ และตระหนักถึงความจำเป็นในการสวมหน้ากากอนามัย และการรักษาระยะห่างระหว่างบุคคล เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประชาสัมพันธ์เชิงรุกของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นหน่วยงานที่เชื่อถือได้ จะเป็นประโยชน์ในการป้องกันโรคของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น และควรจัดกิจกรรมให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ การวางแผน การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อที่จะช่วยให้มีพฤติกรรมป้องกันที่ดี

2. สำหรับการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและสร้างเสริมให้เกิดพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือกลุ่มที่มีโรคประจำตัวโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุให้มี พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ดี หรือโรคติดเชื้ออื่น ๆ อันจะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี อย่างยั่งยืนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยนครราชสีมา ที่ให้ทุนการวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณบุคลากรสาธารณสุข และ ผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา ที่ให้การสนับสนุนและความ ร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Bhaskaran K, Bacon S, JW Evans S, J Bates C, T Rentsch C , MacKenna B . et al. Factors associated with deaths due to COVID-19 versus other causes: population-based cohort analysis of UK primary care data and linked national death registrations within the Open SAFELY platform. The Lancet Regional Health - Europe. 2021; 6:1-13.
2. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult in patients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. The Lancet. 2020; 28; 395:1054-1062.
3. ศูนย์ปฏิบัติการด้านนวัตกรรมการแพทย์และการวิจัยและพัฒนาศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้น วันที่ 21 สิงหาคม 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://covid19.nrct.go.th/daily-report-30sep2022/4>
4. Katzmarzyk P, Salbaum M, Heymsfield S. Obesity, no communicable diseases, and COVID-19:A perfect storm. BMC Public Health. 2020; 32(5)2020; 32:e23484.
5. Nikoloski Z, Alqunaibet A, Alfawaz R, Saeed Almudarra S, Herbst C, El-Saharty, S. et al. Covid-19 and non-communicable diseases: evidence from a systematic literature review. BMC Public Health. 2021; 21:1068/10.1186/s12889-021-11116-w
6. Clark A, Jit M, Warren-Gash C, Guthrie B, Wang H, Mercer S. et al. Global, regional, and national estimates of the population at increased risk of severe COVID-19 due to underlying health conditions in 2020: a modeling study. Lancet Global Health. 2020; 8(8):E1003-E17.
7. Organization WHO. Diabetes. Fact sheets. [Internet].2020[Cited 2023 August 21]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.
8. Roncon L, Zuin M, Rigatelli G, Zulian G. Diabetic patients with COVID-19 infection are at higher risk of ICU admission and poor short-term outcome. Journal of Clinical Virology. 2020; 127 :104354
9. Williamson EJ, Walker, A.J., Bhaskaran K, Bacon S, Bates C, Morton C. et al. Factors associated with COVID-19-related death using Open SAFELY. 430-436.

10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. HDC Report กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ >> อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน. HDC [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2566 พฤศจิกายน 29]. เข้าถึงได้จาก https://nma.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=cefa42b9223ec4d1969c5ce18d762bdd
11. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) ทีม SAT COVID-19 HDC Report กลุ่มรายงานมาตรฐานโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ข้อมูล ณ วันที่ 25 สิงหาคม 2564. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2566 พฤศจิกายน 30]. เข้าถึงได้จากที่มา. <http://odpc9.ddc.moph.go.th/hot/64-situation-covid19-25Aug.pdf>
12. Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement. 1970;30(3), pp. 607-610
13. Bloom BS. Learning for mastery. UCLA-CSEIP Evaluation Comment. Los Angeles: University of California; 1968.
14. Best JW. Research in education. New Jersey: Prentice Hall; 1997
15. ประภัสสร เรืองฤทธิ์ วรินทร์มาศ เกษทองมา และอุฬิพงศ์ รักดีกุล. พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในจังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565;15(12):254-268.
16. พันธ์ญา ชันติจิตร และคณะ. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชน ในจังหวัดอุบลราชธานี.วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์. 2564;5(2):39-53.
17. Chow, N., Fleming-Dutra, K., Gierke, R., Hall, A., Hughes, M., Pilishvili, T., Ussery, E. Preliminary Estimates of the Prevalence of Selected Underlying Health Conditions Among Patients with Coronavirus Disease 2019 — United States, February 12–March 28, 2020. MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report. 69(13): 382–386.
18. ญัฏฐวรรณ คำแสน. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2564;4(1): 33-48.
19. Poonaklom P, Rungram V, Abthaisong P, Piralam B. Factors Associated with Preventive Behaviors towards Coronavirus Disease (COVID-19) among Adults in Kalasin Province, Thailand. Outbreak, Surveillance, Investigation & Response (OSIR) Journal. 2020;13(3): 78-89
20. กชกร สมมั่ง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. วารสารสุขศึกษา. 2557;37(126): 8-21
21. Becker MH, Maiman LA. The health Belief Model: Origins and Correlation in Psychological Theory. Health Education Monography. 1975;2: 336-85.
22. สุภาภรณ์ ชูเชิดรัตน์, จารุเนตร ศรีคำสุข, ญาณนันท์ ผาคำ, ธัญวรัตน์ เทพอุดม, ปิยมน พวงคำ พันทิภา หมั่นโกวิท และคนอื่นๆ. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของพนักงานรักษาความปลอดภัยมหาวิทยาลัยนครสวรรค์. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2564;15(2): 78-89.
23. Stretcher V. J., & Rosenstock, I. M. The health belief model. In K. Glanz, F. M. Lewis, & B. K. Rimer, (eds.), Health behavior and health education: Theory, research, and practice. San Francisco: Jossey-Bass. ;1997.31-43.16
24. Wong LP, Alias H, Wong PF, Lee HY, Abu Bakar S. The use of the health belief model to assess predictors of intent to receive the COVID-19 vaccine and willingness to pay. Human vaccines & immunotherapeutic. 2553;16: 204-14.
25. เยาวลักษณ์ ชาวบ้านโพธิ์. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 2564;4: 44-58.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครปฐม

เอ็นดู ธรรมวงษ์การณ¹ มณฑา เก่งการพานิช^{2*} ศรัณญา เบญจกุล³

¹นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

²รองศาสตราจารย์ สาขาสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั่วโลก ในประเทศไทยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกำลังสำคัญในการควบคุมและป้องกันโรคในชุมชน การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้เรื่องโรคโควิด 19 และพฤติกรรมการป้องกันโรค ของ อสม. ในจังหวัดนครปฐม รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความรู้เรื่องโรคโควิด 19 กับพฤติกรรมการป้องกันโรค จำนวนตัวอย่าง 280 คน สุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มชนิด 2 ขั้นตอน เก็บข้อมูลในช่วงพฤษภาคมถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2564 โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติ Chi-Square วิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรต่อเนื่อง และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้เรื่องโรคโควิด 19 ภาพรวมของ อสม. อยู่ในระดับดี และพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก ปัจจัยโรคประจำตัวและการมีโทรศัพท์มือถือสมาร์ทโฟนมีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องโรคโควิด 19 และระดับการศึกษาและความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.011$ และ $p=0.009$ ตามลำดับ) โดยความรู้เรื่องโรคโควิด 19 ภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในระดับปานกลาง ($r=0.444$) ซึ่งปัจจัยระดับการศึกษา การมีสถานภาพอื่น ๆ ในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน สมาชิก อบต. และกลุ่มในชุมชน และความรู้ด้านการจัดการตนเอง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ได้ร้อยละ 26.4

ดังนั้น ควรส่งเสริมความรู้เรื่องโรคโควิด 19 ให้แก่ อสม. อย่างจริงจังโดยเฉพาะด้านการจัดการตนเอง เพื่อให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ที่ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ/ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019/ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)/
พฤติกรรมการป้องกันโรค

*ผู้รับผิดชอบบทความ: มณฑา เก่งการพานิช, อีเมล: mondha.ken@mahidol.ac.th, โทร.: 08 9777 7043

Received: 29 กุมภาพันธ์ 2567/ Revised: 2 เมษายน 2567/ Accepted: 21 พฤษภาคม 2567

Coronavirus Disease 2019 Health Literacy and Preventive Behavior among Village Health Volunteers (VHVs), Nakhon Pathom Province

Endu Thammawongkan¹ Mondha Kengganpanich^{2*} Sarunya Benjakul³

¹Master of Science (Public Health) Program in Health Education and Health Promotion, Faculty of Public Health,
Mahidol University

^{2*}Assoc. Prof., Program in Health Education and Health Promotion, Faculty of Public Health, Mahidol University

³Asst. Prof., Program in Health Education and Health Promotion, Faculty of Public Health, Mahidol University

Abstract

The coronavirus disease 2019 or COVID-19 outbreak is affecting the global health. In Thailand, the village health volunteers (VHVs) are considered as an important workforce for controlling and preventing diseases in communities. This cross-sectional survey research aimed (1) to explore the level of literacy and prevention behaviors that related to COVID-19, and (2) to study the relation between individual factors, level of literacy and prevention behaviors related to COVID-19 among 280 VHVs in Nakhon Pathom province. The samples were selected using two-stage cluster sampling. Data collection was processed during May to July, 2021 by questionnaires. Descriptive statistics, chi-square test and multiple regression analysis were used for data analysis.

The study revealed that the majority of VHVs had COVID-19 literacy and prevention behaviors relevant to COVID-19 in high level. The factors of health conditions and having smartphone of VHVs significantly related with literacy level. Education level of VHVs and all the six dimensions of health literacy including access skill, cognitive skill, communication skill, self-management skill, decision skill, and media literacy skill were significantly associated with prevention behaviors ($p < 0.05$). Additionally, the overall of COVID-19 literacy has a positive relationship with COVID-19 prevention behaviors at a moderate level ($r = 0.444$). Furthermore, education level, having other community status, and health literacy in self-management skill could predict 26.4% of COVID-19 prevention behaviors.

Therefore, knowledge about COVID-19 should be actively promoted to VHVs, especially in the area of self-management in order to have COVID-19 disease prevention behavior correctly that will help prevent and control COVID-19 in the community effectively.

Keywords: Health Literacy/ COVID-19/ Village Health Volunteers/ Prevention Preventive Behavior

*Corresponding author: Mondha Kengganpanich, email: mondha.ken@mahidol.ac.th, Tel.: 08 9777 7043

Received: February 29, 2024/ Revised: April 2, 2024/ Accepted: May 21, 2024

บทนำ

ปัจจุบัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ยังคงมีอุบัติการณ์เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าในปัจจุบันจะมีวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 เป็นตัวช่วยในการลดความรุนแรงของการติดเชื้อ ดังนั้นในทุกประเทศทั่วโลกยังให้ความสำคัญกับการวางมาตรการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁾ ซึ่งสถานการณ์โรคโควิด 19 ของประเทศไทยนั้น พบผู้ติดเชื้อรายแรกในวันที่ 8 มกราคม พ.ศ. 2563 ซึ่งเป็นผู้ที่กลับมาจากประเทศจีนหรือมีประวัติสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วย และมีการระบาดใหญ่ขึ้น เกิดขึ้นอีกหลายรอบ^(2,3) จากข้อมูลวันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2563 มีผู้ติดเชื้อโควิด 19 ทั้งหมดจำนวน 6,690 ราย แบ่งเป็นผู้ติดเชื้อในประเทศจำนวน 4,688 ราย ผู้ติดเชื้อเดินทางจากต่างประเทศจำนวน 2,002 ราย และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 61 ราย จากสถานการณ์ครั้งนี้ส่งผลให้พบผู้ติดเชื้อกระจายไปหลายจังหวัด รัฐบาลไทยจึงมีการเตรียมความพร้อมป้องกันและระงับการระบาดใหม่โดยมีการแบ่งพื้นที่สถานการณ์ตามความรุนแรงออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ พื้นที่ควบคุมสูงสุด พื้นที่ควบคุม พื้นที่เฝ้าระวังสูง และพื้นที่เฝ้าระวัง โดยแต่ละพื้นที่จะมีมาตรการควบคุมที่แตกต่างกันไปตามความรุนแรงของพื้นที่⁽⁴⁾

องค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุขของไทยตระหนักถึงการป้องกันโรคโควิด 19 จึงออกมาตรการต่าง ๆ มากมาย เช่น วัคซีนและการปฏิบัติ DMHTTA⁽⁵⁾ รวมถึงการปรับพฤติกรรมอื่น ๆ เช่น การทำงานที่บ้าน การกักกันตนเอง เมื่อไปในพื้นที่เสี่ยงอย่างน้อย 14 วัน ปิดปากและจมูกเวลาไอหรือจาม ทำความสะอาดพื้นผิวสัมผัสด้วยแอลกอฮอล์ เป็นต้น ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนปฏิบัติตามวิถีใหม่หรือชีวิตวิถีใหม่ (New Normal)⁽¹⁾ ซึ่งในช่วงแรกของการระบาดนั้นประชาชนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไปจากการสำรวจพบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันตนเองในภาพรวมลดลง โดยเฉพาะการสัมผัสบริเวณหน้า จมูก และปาก การเว้นระยะห่างระหว่างกัน และการใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา อีกทั้งยังพบการรวมกลุ่มทางสังคมเพิ่มขึ้น^(6,7) กระทรวงสาธารณสุขจึงปฏิบัติงานเชิงรุกมากขึ้น มีการตรวจคัดกรองผู้ที่เดินทางไปพื้นที่เสี่ยง และคัดกรองแรงงานต่างชาติ โดยอาศัยการทำงานร่วมกันของข้าราชการและเจ้าหน้าที่จากหลายหน่วยงาน โดยมีกำลังสำคัญคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีบทบาทหน้าที่ในการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ในท้องถิ่น เป็นด่านหน้าตรวจคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ลงพื้นที่เคาะประตูเยี่ยมบ้าน นำกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบการรักษาอย่างรวดเร็ว ให้คำแนะนำแก่ประชาชน การเยี่ยมและติดตามผู้ที่ถูกกักกันที่บ้าน ทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยง และรายงานสถานการณ์ของโรคให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ทราบ⁽⁸⁾ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นการพัฒนาระดับ อสม. เป็น “อสม. หมอประจำบ้าน” เพื่อช่วยดูแลประชาชนในระดับครัวเรือน⁽⁹⁾ และกิจกรรม อสม. เคาะประตูเยี่ยมบ้านถือเป็นผลงานที่องค์การอนามัยโลกให้การยอมรับและชื่นชมว่าเป็นพลังฮีโร่เจียบสู้โรคโควิด 19 ช่วยทำให้จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง และเป็นตัวอย่างแนวทางการควบคุมโรคให้กับหลายประเทศได้อีกด้วย⁽¹⁰⁾

จังหวัดนครปฐม เป็นจังหวัดหนึ่งที่เป็นพื้นที่ควบคุมโรคโควิด 19 จากข้อมูลวันที่ 7 มีนาคม พ.ศ. 2564 มีผู้ติดเชื้อระลอกใหม่สะสมจำนวน 120 ราย และมีแนวโน้มจะพบผู้ติดเชื้อมากขึ้นเรื่อย ๆ แม้ยังไม่พบผู้เสียชีวิต แต่การระบาดส่งผลสภาพเศรษฐกิจของคนในชุมชนและจังหวัด เนื่องจากเป็นแหล่งสินค้าเกษตรและสินค้าอุตสาหกรรมมากมาย รวมทั้งยังเป็นสถานที่ท่องเที่ยวเชิงประวัติศาสตร์ที่สำคัญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมจึงเน้นการปฏิบัติงานเชิงรุก มีการเน้นย้ำให้ประชาชนปฏิบัติตามมาตรการควบคุมและป้องกันโรคโควิด 19 อย่างเคร่งครัด โดยจะมี อสม. เป็นแกนนำหลักในการลงพื้นที่ต่าง ๆ⁽¹¹⁾ ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ อสม. ควรมีความรู้ในพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ซึ่งจะช่วยให้อสม. ป้องกันตนเองได้ และสามารถให้ความรู้ และแนะนำประชาชนในพื้นที่ให้ปลอดภัยจากโรคโควิด 19 ได้ สอดคล้องกับกองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จึงส่งเสริมให้อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อใช้ดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และประชาชนในชุมชนได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีในอนาคต ตามเป้าประสงค์ของกระทรวงสาธารณสุขและยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ.2561-2580 จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอสม. มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ⁽¹²⁾ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹³⁾ และพบว่า

อสม. ไม่มีทักษะการอ่านและแปลความข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อสิ่งพิมพ์⁽¹⁴⁾ อีกทั้งยังพบว่า ปัจจัย เพศ⁽¹⁵⁾ อายุ ระดับการศึกษา⁽¹⁴⁾ และระยะเวลาที่เป็น อสม.⁽¹⁶⁾ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (30 2ส) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹²⁾ และการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับบทบาทการควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนของ อสม. และสามารถทำนายบทบาทการควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนได้ร้อยละ 17.30⁽¹⁷⁾

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับระดับความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในชุมชนของ อสม. รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. จังหวัดนครปฐม เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและทักษะในการป้องกันโรคโควิด 19 ให้แก่อสม. สามารถปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด 19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

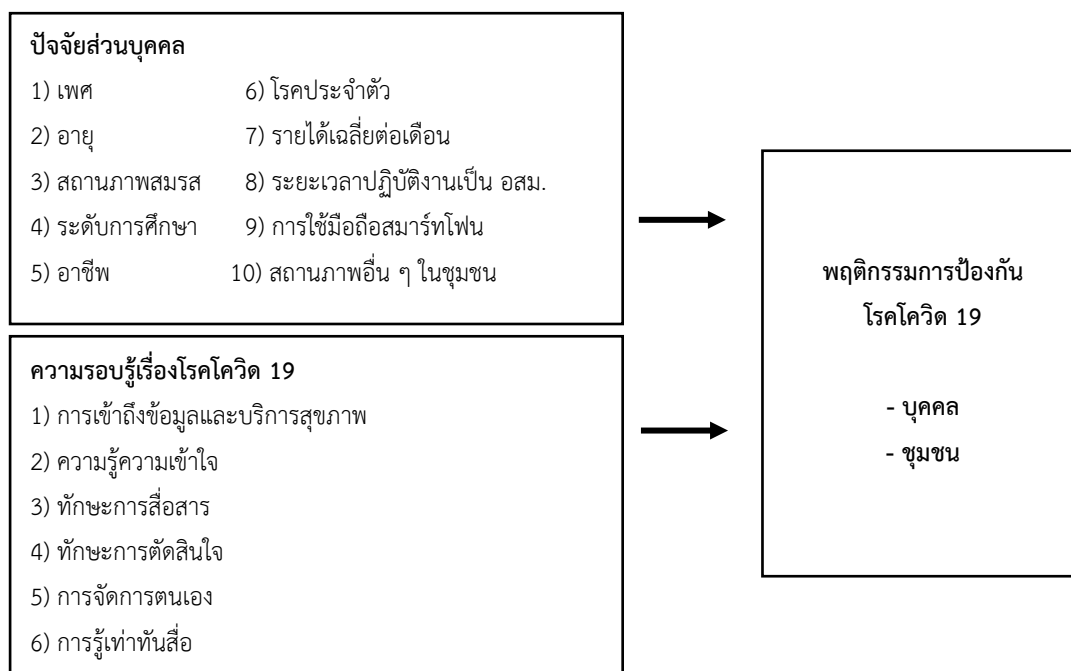
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล และระดับความรู้เรื่องโรคโควิด 19 ที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครปฐม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความรู้เรื่องโรคโควิด 19 ของ อสม. จังหวัดนครปฐม
- 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. จังหวัดนครปฐม
- 3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคโควิด 19 และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. จังหวัดนครปฐม
- 4) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. จังหวัดนครปฐม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการดำเนินการวิจัย เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ประชากร คือ อสม. ที่มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และมีรายชื่อในทะเบียน อสม. จังหวัดนครปฐม ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 11,132 คน⁽¹⁸⁾

คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Daniel⁽¹⁹⁾ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ค่าความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ 0.05 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากรในการวิจัยนี้ใช้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของ อสม. ในเขตสุขภาพที่ 11 ในระดับดี มีค่าเท่ากับ 0.411⁽²⁰⁾ คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้ 254 คน และเพื่อป้องกันแบบสอบถามที่ตอบกลับมาด้วยตนเองไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10⁽²¹⁾ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจัดเก็บมีจำนวนทั้งสิ้น 280 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มชนิด 2 ขั้นตอน (Two-stage cluster sampling) ได้ 2 อำเภอ ประกอบด้วย 1) อำเภอเมืองนครปฐม ได้แก่ ตำบลโพรงมะเดื่อ จำนวน 122 คน ตำบลห้วยจรเข้ม้า จำนวน 24 คน และ ตำบลหนองปากโลง จำนวน 33 คน และ 2) อำเภอนครชัยศรี ได้แก่ ตำบลท่าตำหนัก จำนวน 60 คน และ ตำบลโคกพระเจดีย์ จำนวน 41 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการประชาสัมพันธ์เชิญชวนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมในการวิจัย คือ เป็น อสม. อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดนครปฐม ที่มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง สามารถอ่านเข้าใจภาษาไทย สามารถกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองได้ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน และมีเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย คือ ผู้ที่ไม่สะดวกให้ข้อมูลในช่วงเวลาของการเก็บรวบรวมข้อมูลหรือขอยุติการให้ข้อมูลในระหว่างที่ยังกรอกข้อมูลไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยประยุกต์แบบวัดระดับความฉลาดด้านสุขภาพของ Osborne และคณะ⁽²²⁾ และแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. และประชาชนวัยทำงาน สำหรับหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในตำบลจัดการคุณภาพชีวิต⁽²³⁾ นำมาสร้างข้อคำถามเพื่อวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านตามแนวคิดของ Nutbeam⁽²⁴⁾ ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาปฏิบัติงานเป็น อสม. การใช้มือถือสมาร์ทโฟน และสถานภาพอื่น ๆ ในชุมชน จำนวน 10 ข้อ โดยทุกคำถามมีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคโควิด 19 จำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็นคำถามเชิงบวกและเชิงลบ อย่างละ 6 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเรื่องสาเหตุ การแพร่ระบาด การติดต่อ อาการและอาการแสดง และการป้องกันโรคโควิด 19 มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คือ ใช่ ไม่ใช่หรือไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ โดยคำตอบถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดหรือตอบไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน แบ่งระดับความรอบรู้ด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคใช้เกณฑ์ของ Bloom⁽²⁵⁾ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ปานกลาง และมาก

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 (อีก 5 ด้าน) ได้แก่ ความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ ด้านทักษะการสื่อสาร จำนวน 9 ข้อ ด้านทักษะการตัดสินใจ จำนวน 8 ข้อ ด้านการจัดการตนเอง จำนวน 9 ข้อ และด้านการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด จำนวนทั้งสิ้น 43 ข้อ โดยประยุกต์จากแบบวัดระดับความฉลาดด้านสุขภาพ ของ Osborne⁽²²⁾ และแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. และประชาชนวัยทำงาน⁽²⁶⁾ โดยมีข้อคำถามเกี่ยวกับความรอบรู้ทั้ง 3 ระดับ คือ ระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับ

วิจารณ์ญาณ เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด การแปลผลระดับความรอบรู้แต่ละด้านจะแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ได้แก่ ความรอบรู้ระดับดีมาก ดี พอใช้ และควรปรับปรุง

ภาพรวมของความรอบรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความรอบรู้ด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคโควิด 19 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการตัดสินใจ ด้านการจัดการตนเอง และด้านการรู้เท่าทันสื่อ คะแนนเต็มรวมทั้งสิ้น 227 คะแนน การแปลผลระดับความรอบรู้ในภาพรวม จะแบ่งคะแนนรวมเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ความรอบรู้ระดับดีมาก ดี พอใช้ และควรปรับปรุง

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด จำนวน 17 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. จำนวน 10 ข้อ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในชุมชน จำนวน 7 ข้อ เป็นการวัดความถี่ในการปฏิบัติ แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ทุกครั้ง เกือบทุกครั้ง น้อยครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ คะแนนเต็ม 51 คะแนน เนื่องจากข้อคำถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในชุมชน มีข้อคำถามจำนวนแตกต่างกัน จึงมีการปรับการคำนวณค่าคะแนนของพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ทั้งในระดับบุคคล (อสม.) และระดับชุมชน ให้มีค่าน้ำหนักเท่ากัน สำหรับการแปลผลระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในภาพรวมใช้เกณฑ์อ้างอิงตามแนวคิดของ Bloom⁽²⁵⁾ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย ปานกลาง และมาก

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง และความตรงเชิงเนื้อหาโดยอาจารย์ ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหารายข้อ (Content Validity for Item: I-CVI) ซึ่งค่า I-CVI และ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (Content Validity Index for Scale: S-CVI) ของแบบสอบถามส่วนที่ 3 และ 4 มีค่าเท่ากับ 0.97 และ 0.96 ตามลำดับ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับ อสม. ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างวิจัย จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (Reliability) โดยวิธีของ Kuder Richardson (KR-20) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 ได้ค่าเท่ากับ 0.78 และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามส่วนที่ 3 และ 4 ได้ค่า 0.96 และ 0.81 ตามลำดับ

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลขการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ COA. No. MUPH 2021-059 ณ วันที่ 2 พฤศจิกายน 2565

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือแจ้งคณะกรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมให้รับทราบ และทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลวิจัยไปยังสาธารณสุขอำเภอเมืองนครปฐม และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ที่ต้องการเก็บข้อมูล จากนั้นประสานงานกับประธาน อสม. อำเภอเมืองนครปฐมและประธาน อสม.ระดับตำบลที่ต้องการเก็บข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา พร้อมกับนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ผู้วิจัยมีการจัดทำแผนการเก็บข้อมูลและแผนการจัดเตรียมสถานที่ โดยคำนึงถึงมาตรการป้องกันโรคโควิด 19 เป็นหลัก ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองในวันประชุมประจำเดือนของ อสม. ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของพื้นที่ศึกษา กระบวนการเก็บข้อมูลนั้นผู้วิจัยเริ่มแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา ชี้แจงเรื่องการรักษาสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลนำมาประมวลและวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS v.18 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical

Statistics) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย โดยใช้สถิติ Chi-Square วิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรต่อเนื่อง (ค่า r) และวิเคราะห์ทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ด้วยวิธีวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของ อสม.

อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุเฉลี่ย 55.43 ± 9.90 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 66.1 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 46.8 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 27.5 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 50.3 มีรายได้เฉลี่ย $6,297.22 \pm 4,693.93$ บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่รายได้ไม่น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 52.9 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็น อสม. เฉลี่ย 12.53 ± 8.55 ปี ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 31.1 อสม. ส่วนใหญ่มีมือถือสมาร์ทโฟน ร้อยละ 96.4 โดยมีความสามารถใช้งานมือถือสมาร์ทโฟนได้ โดยต้องมีผู้อื่นช่วยอธิบายเป็นบางครั้ง ร้อยละ 55.9 และ อสม. ส่วนใหญ่ไม่มีสถานภาพอื่นในชุมชน (มีสถานภาพเป็น อสม. อย่างเดียว) ร้อยละ 63.2

2. ความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19

ภาพรวมความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 ทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อสม. มีความรอบรู้ด้านความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับมาก ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการตัดสินใจ และด้านการจัดการตนเอง อยู่ในระดับดีมาก และด้านทักษะการสื่อสาร และด้านการรู้เท่าทันสื่อ อยู่ในระดับดี โดยความรอบรู้ด้านความรู้ความเข้าใจที่ อสม. มีมากที่สุด คือ เมื่อพบคนในชุมชนที่ประวัติสัมผัสกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสติดเชื้อโรคโควิด 19 จะแนะนำให้กักกันตนเองเพื่อสังเกตอาการอย่างน้อย 14 วัน ร้อยละ 98.6 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ คือ การค้นหาสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 จนเข้าใจได้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 44.3 ด้านทักษะการสื่อสาร คือ การอธิบายวิธีการใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า การล้างมือ รวมถึงแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ให้ผู้อื่น เช่น คนในครอบครัว เพื่อนบ้าน หรือคนในชุมชน ให้เข้าใจและปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 43.2 ด้านทักษะการตัดสินใจ คือ การหลีกเลี่ยงไม่ไปเดินในที่ชุมชนแออัด เมื่อได้ยินว่ามีคนติดโควิดในชุมชน ร้อยละ 47.5 ด้านทักษะการจัดการตนเอง คือ การปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ได้ตรงตามเป้าหมาย เช่น ใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งที่ออกจากบ้าน ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้งหลังจากสัมผัสลูกบิดประตู รักษาระยะห่างระหว่างบุคคลทุกครั้งเมื่อต้องไปแหล่งที่มีคนหนาแน่น เป็นต้น ร้อยละ 53.6 และด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ คือ การตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ที่เกินจริงได้ และการตรวจสอบข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ว่ามาจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือก่อนส่งต่อไปให้ผู้อื่น ร้อยละ 25.0

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19

ภาพรวมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. และพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. ในชุมชน อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน โดยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ที่ อสม. ปฏิบัติมากที่สุด คือ การสวมใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าเมื่อออกนอกบ้าน ร้อยละ 99.3 และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. ในชุมชนที่ปฏิบัติทุกครั้งมากที่สุด คือ การสวมใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลาเมื่อปฏิบัติงานคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือปฏิบัติงานในชุมชน ร้อยละ 96.4 และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. ในชุมชนที่ไม่ได้ปฏิบัติมากที่สุด คือ การจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด 19 ในชุมชนที่รับผิดชอบ ร้อยละ 13.2

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19

4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 พบ 2 ปัจจัยส่วนบุคคล คือ การมีโรคประจำตัวและการมีโทรศัพท์มือถือสมาร์ทโฟนมีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.011$ และ $p=0.009$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 ($n = 280$)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19			χ^2	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)				
	ควรปรับปรุง และพอใช้	ดี	ดีมาก		
โรคประจำตัว				9.102	0.011*
ไม่มีโรคประจำตัว	8 (5.8)	62 (44.9)	68 (49.3)		
มีโรคประจำตัว	22 (15.5)	46 (32.4)	74 (52.1)		
โทรศัพท์มือถือสมาร์ทโฟน				9.376	0.009*
ไม่มีมือถือสมาร์ทโฟน	4 (40.0)	3 (30.0)	3 (30.0)		
มีมือถือสมาร์ทโฟน	26 (9.6)	105 (38.9)	139 (51.5)		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 พบเพียง 1 ปัจจัย คือ ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.004$) (ตารางที่ 2) ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ๆ ได้แก่ เพศ และอายุ พบความแตกต่างกันของระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 หากแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ($n = 280$)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 จำนวน		χ^2	p-value
	(ร้อยละ)			
	น้อยและปานกลาง**	มาก		
ระดับการศึกษา			13.102	0.004*
ประถมศึกษา	12 (10.1)	107 (89.9)		
มัธยมศึกษา	13 (9.9)	118 (90.1)		
อนุปริญญา/ปวส.	5 (45.5)	6 (54.5)		
ปริญญาตรีขึ้นไป	2 (10.5)	17 (89.5)		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ** รวมกลุ่มน้อยและปานกลางเนื่องจากมีเซลล์ศูนย์ (0)

4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้เรื่องโรคกับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 พบว่า ปัจจัยความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 ภาพรวมทั้ง 6 ด้านนั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.444$, $p<0.001$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความรอบรู้ด้านการจัดการตนเอง และด้านการรู้เท่าทันสื่อมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ส่วนความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านทักษะ

การสื่อสาร และด้านทักษะการตัดสินใจมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แต่ความรู้ด้านความรู้ความเข้าใจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ($r = 0.108$, $p = 0.071$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคโควิด 19 และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ($n = 280$)

ความรู้เรื่องโรคโควิด 19	พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19		
	ค่าความสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.331**	< 0.001	น้อย
2. ด้านความรู้ความเข้าใจ	0.108	0.071	ไม่มี
3. ด้านทักษะการสื่อสาร	0.325**	< 0.001	น้อย
4. ด้านทักษะการตัดสินใจ	0.379**	< 0.001	น้อย
5. ด้านการจัดการตนเอง	0.419**	< 0.001	ปานกลาง
6. ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	0.406**	< 0.001	ปานกลาง
ภาพรวม	0.444**	< 0.001	ปานกลาง

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

5. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความรู้เรื่องโรคโควิด 19 (รายด้าน) ที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 โดยใช้วิธีการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบ Enter พบตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ ระดับการศึกษา การมีสถานภาพอื่น ๆ ในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน สมาชิก อบต./เทศบาล และสมาชิกกลุ่มในชุมชน เป็นต้น และความรู้เรื่องโรคโควิด 19 ด้านการจัดการตนเองสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ได้ร้อยละ 26.4 (R^2 เท่ากับ 0.264) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความรู้เรื่องโรคโควิด 19 (รายด้าน) ที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ($n = 280$)

ปัจจัย	Unstandardized		Standardized	t	p-value
	Coefficients		Coefficients		
	β	Std. Error	Beta		
ระดับการศึกษา (ประถมศึกษา)	3.905	1.701	0.233	2.296	0.022*
การมีสถานภาพอื่น ๆ ในชุมชน	2.143	0.964	0.125	2.224	0.027*
ความรู้เรื่องโรคโควิด 19 ด้านการจัดการตนเอง	0.433	0.177	0.239	2.440	0.015*

$R^2 = 0.264$, * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผลการวิจัย

ความรู้เรื่องโรคโควิด 19 จากผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคโควิด 19 ภาพรวมทั้ง 6 ด้านของ อสม. อยู่ในระดับดี เช่นเดียวกับผลการศึกษาศรัทธาความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. จังหวัดราชบุรี ที่อยู่ในระดับดี⁽²⁷⁾ ซึ่งน่าจะเป็นผลของการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนวัยทำงานและ อสม. ทั่วประเทศ โดยเน้นพฤติกรรม 8 ประเด็นหลัก ได้แก่ การบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การป้องกันโรค การใช้ยาอย่างสมเหตุผล และการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19⁽²³⁾ จึงส่งผลให้ อสม. มีความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคได้อย่างถูกต้อง และสามารถชี้แนะคนในชุมชนได้ โดยเฉพาะความรู้ด้านความรู้

ความเข้าใจเรื่องโรคโควิด 19 ที่พบว่าอยู่ในระดับมาก ได้ผลเช่นเดียวกับการศึกษาใน อสม. เขตสุขภาพที่ 6⁽²⁸⁾ ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากประเทศไทยมีการณรงค์และเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 อย่างต่อเนื่องและเน้นการทำงานเชิงรุก โดยให้ อสม. เป็นกำลังสำคัญในการแนะนำให้คนในชุมชนที่มีประวัติสัมผัสกลุ่มเสี่ยง และกักกันตนเองเพื่อสังเกตอาการอย่างน้อย 14 วัน ซึ่งพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด (ทักษะด้านความรู้ความเข้าใจระดับปฏิสัมพันธ์) และรองลงมา ความรอบรู้เรื่องการตรวจวัดอุณหภูมิ สวมหน้ากากอนามัย และล้างมือด้วยแอลกอฮอล์ก่อนเข้าใช้บริการร้านค้าทุกครั้ง (ทักษะด้านความรู้ความเข้าใจระดับพื้นฐาน) อย่างไรก็ตามพบว่า อสม. มีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในการแนะนำให้คนในชุมชนล้างมือด้วยน้ำเปล่าก่อนรับประทานอาหาร (ทักษะด้านความรู้ความเข้าใจระดับปฏิสัมพันธ์) เช่นเดียวกับผลการศึกษาในประชาชนจังหวัดพะเยาที่พบการล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์เมื่อต้องออกไปที่สาธารณะและล้างมือด้วยสบู่หลังสัมผัสเหรียญหรือธนบัตรน้อยที่สุด⁽²⁹⁾ ดังนั้นการล้างมืออย่างถูกวิธีเป็นคำแนะนำที่ควรเน้นย้ำใน อสม. มากที่สุด⁽³⁰⁾ เพื่อการป้องกันโรคโควิด 19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพของ อสม. มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก เหมือนกับผลการศึกษาใน อสม. จังหวัดจันทบุรี⁽³¹⁾ ทั้งนี้เนื่องมาจากในจังหวัดนครปฐมมีกลยุทธ์ “นครปฐมโมเดล” เพื่อใช้ในการรับมือกับโรคโควิด 19 โดยมียุทธศาสตร์หลัก คือ การใช้ระบบการดูแลในชุมชน (Community Isolation: CI) เน้นการทำงานเชิงรุก⁽³²⁾ ส่งผลต่อทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่าง อสม. กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และยังสามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก่อนที่จะเชื่อข้อมูล (ทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ) ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ถือเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญและมีความใกล้ชิดกับ อสม. ทั้งเรื่องตอบข้อสงสัย ให้คำปรึกษา และให้ข้อมูล เพื่อให้ อสม. สามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับจากแหล่งต่าง ๆ ได้ แต่พบประเด็นที่ต้องพัฒนา อสม. ให้มีความรอบรู้เกี่ยวกับการค้นหาข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบันจากสื่อสิ่งพิมพ์หรือสื่อออนไลน์ และการสอบถามข้อมูล ซึ่งทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ยังคงเป็นปัญหาต่อเนื่องของ อสม. จังหวัดนครปฐมที่มีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารโดยใช้ช่องทางอินเทอร์เน็ตอยู่ในระดับไม่ดี⁽¹⁵⁾ และพบว่า อสม. บางส่วนยังขาดทักษะในการอ่านและแปลความข้อมูลสาธารณสุขจากสื่อสิ่งพิมพ์⁽¹⁴⁾ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการให้ความรู้เกี่ยวกับช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้ อสม. สามารถค้นหาข้อมูลที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ และทันสมัยได้ และใช้ช่องทางการเผยแพร่ข้อมูลในชุมชนที่หลากหลาย ได้แก่ การใช้เสียงตามสาย วิทยุชุมชน การบอกกล่าว การใช้สื่อสิ่งพิมพ์ ป้ายประชาสัมพันธ์ (โปสเตอร์ แผ่นพับ ใบปลิว) และช่องทางออนไลน์ เช่น ไลน์ เฟซบุ๊ก แอปพลิเคชัน หรือเว็บไซต์ รวมถึงการทำตัวเป็นแบบอย่าง เป็นต้น⁽³³⁾ ซึ่งในปัจจุบันควรส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลจากแหล่งข้อมูลออนไลน์มากขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบาย อสม. 4.0 ที่เน้นระบบการสื่อสารผ่านทางไลน์และแอปพลิเคชัน SMART อสม. รวมถึงเว็บไซต์และ/หรือช่องทางที่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ และการส่งผลงานของ อสม. ได้⁽⁹⁾ ซึ่งควรประยุกต์ใช้ช่องทางการสื่อสารให้เหมาะสมตามบริบทในแต่ละพื้นที่

ความรอบรู้ด้านทักษะการสื่อสาร อสม. มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี เช่นเดียวกับการศึกษาในจังหวัดราชบุรี⁽²⁷⁾ ดังนั้น การพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารใน อสม. จึงเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งทักษะด้านการพูด อ่าน เขียน และการสื่อสารเพื่อโน้มน้าวให้คนในชุมชนเข้าใจและปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด 19 ได้ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทำให้ประชาชนมีความรู้วิธีหลีกเลี่ยง ป้องกัน ลดความตื่นตระหนก และทำให้ประชาชนให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจะช่วยป้องกันการระบาดของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น⁽³³⁾ อีกทั้งยังพบว่า อสม. มีทักษะในด้านการสื่อสารทั้งเป็นผู้ส่งสารและผู้รับสารที่ดี มีทักษะการอธิบายวิธีการใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า การล้างมือ รวมถึงแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด 19 ให้แก่คนในครอบครัว เพื่อนบ้าน หรือคนในชุมชน ให้มีความเข้าใจและปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้องมากที่สุด (ทักษะด้านการสื่อสารระดับปฏิสัมพันธ์) รองลงมา คือ การซักถามหรือติดต่อขอข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ทักษะด้านการสื่อสารระดับปฏิสัมพันธ์) ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในชุมชนที่จะเป็นผู้

เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ จัดรณรงค์ ให้ความรู้ เฝ้าระวัง เป็นแกนนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นกำลังสำคัญในการประสานการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนและปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงองค์กรพัฒนาชุมชนอื่น ๆ ในท้องถิ่น⁽³⁴⁾ หากแต่ อสม. บางส่วนยังมีความรอบรู้เกี่ยวกับการเขียนเพื่อสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 น้อย เช่น เขียนแผ่นพับ ใบปลิว โปสเตอร์ หรือจัดนิทรรศการ (ทักษะการสื่อสารระดับพื้นฐาน) เช่นเดียวกับการศึกษาใน อสม. จังหวัดสมุทรสาคร ที่พบทักษะเรื่องการเขียนแนวทางการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนอยู่ในระดับไม่ดี⁽³⁵⁾ เป็นผลมาจากปัจจัย อาทิ ระดับการศึกษา ความรู้ และประสบการณ์ในเรื่องที่ต้องการสื่อสารเป็นอย่างดี การมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การใช้ภาษาที่สื่อสารเข้าใจง่าย และเหมาะสมกับผู้รับสาร ซึ่งต้องอาศัยการฝึกฝนและปฏิบัติเป็นประจำ จึงจะสามารถถ่ายทอดความรู้ให้คนในชุมชนเข้าใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความรอบรู้ด้านทักษะการตัดสินใจ อสม. มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก เช่นเดียวกับการศึกษาใน อสม. จังหวัดจันทบุรี⁽³¹⁾ ซึ่งทักษะการตัดสินใจเป็นความสามารถของ อสม. ในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งวิเคราะห์ผลดี ผลเสีย และแสดงข้อมูลเพื่อหักล้างความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม⁽³⁶⁾ จากผลการศึกษาพบว่า อสม. มีทักษะการตัดสินใจในระดับพื้นฐาน คือการหลีกเลี่ยงไม่ไปเดินในที่ชุมชนแออัดและมีความเสี่ยงต่อโรคโควิด 19 และ การเลือกปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ที่ถูกต้อง ได้แก่ การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคลและการจำกัดจำนวนบุคคลเป็นคำแนะนำที่ควรเน้นย้ำมากที่สุด⁽³⁰⁾ อย่างไรก็ตามก็ดียังพบว่า อสม. ขาดทักษะด้านการตัดสินใจระดับวิจารณ์ญาณไม่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 เพื่อปรับความเข้าใจผิดของคนในชุมชนได้ เนื่องจาก อสม. บางส่วนขาดความมั่นใจในการแนะนำความรู้แก่เพื่อนบ้าน⁽¹⁴⁾ และความเข้าใจของบุคคลนั้นมีพื้นฐานมาจากหลายปัจจัย เช่น ความเชื่อ ทศนคติ และความรู้พื้นฐาน เป็นต้น

ความรอบรู้ด้านทักษะการจัดการตนเอง อสม. มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมากเช่นเดียวกับ อสม. จังหวัดจันทบุรี⁽³¹⁾ เนื่องจากมีการรณรงค์และมีนโยบายที่มุ่งเน้นให้ อสม. เป็นแบบอย่างในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ได้แก่ การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ได้ตรงตามเป้าหมาย เช่น ใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งที่ออกจากบ้าน ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้งหลังจากสัมผัสลูกบิดประตู และรักษาระยะห่างเมื่อต้องไปแหล่งที่มีคนหนาแน่น (ทักษะการจัดการตนเองระดับปฏิสัมพันธ์) รองลงมา คือ การทำตามแผนการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ที่กำหนด (ทักษะการจัดการตนเองระดับปฏิสัมพันธ์) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า อสม. สามารถใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าทุกครั้งที่ออกจากบ้าน⁽²⁸⁾ ซึ่งให้เห็นว่า อสม. ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของตนเองเป็นอย่างมาก เนื่องจากมีการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และสามารถทำได้ตามแผนที่วางไว้ได้เป็นอย่างดี แต่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในชุมชนยังต่ำอยู่ ซึ่งจำเป็นต้องเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเอง เพื่อให้มีความรู้ที่เพียงพอและสามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเพื่อนำไปแนะนำคนในชุมชนให้ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ที่ถูกต้องได้

ความรอบรู้ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ อสม. มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ขณะที่ อสม. จังหวัดจันทบุรี พบว่าอยู่ในระดับดีมาก⁽³¹⁾ เป็นผลมาจากปัจจุบันมีการให้ความสำคัญการรู้เท่าทันสื่อของ อสม. และประชาชนเป็นอย่างมาก เห็นได้จากนโยบาย อสม. 4.0 ซึ่งเน้นให้ อสม. ติดต่อสื่อสารโดยใช้สมาร์ตโฟนมากขึ้น⁽⁹⁾ และเนื่องจากมีความพลวัตของสื่อ (Dynamic media) ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างสื่อสิ่งพิมพ์ สื่อกระจายเสียง และสื่ออินเทอร์เน็ต เพื่อให้เข้าถึงบุคคลจำนวนมากในเวลาเดียวกันและมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสารตลอดเวลา จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดนิ่ง⁽³⁷⁾ ดังนั้นการรู้เท่าทันสื่อของ อสม. รวมทั้งการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ การเปรียบเทียบ และการประเมินข้อความสื่อ เพื่อนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองและชี้แนะแนวทางให้คนในชุมชน จะเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่ผู้บริโภคสื่อในยุคปัจจุบันได้⁽³⁶⁾ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าการมีโทรศัพท์มือถือสมาร์ตโฟนมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เรื่องโรคโควิด 19 แต่ อสม. มีความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลใหม่ ๆ จากสื่อออนไลน์ต่าง ๆ เช่น โลกโซเชียล ยูทูบ และเว็บไซต์น้อยมาก ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนา อสม. ให้รู้เท่าทันช่องทางสื่อสมัยใหม่ โดยเฉพาะสื่อสังคมออนไลน์ที่เพิ่มมากขึ้น⁽³⁸⁾ ทั้งนี้

เนื่องจากการแพร่ข่าวปลอมในสื่อดังกล่าวมากขึ้น⁽³⁹⁾ ส่งผลให้ประชาชนเกิดความสับสนและมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องได้⁽³⁾ ดังนั้นการรู้เท่าทันสื่อจะช่วยในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนได้⁽⁴⁰⁾

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรู้เรื่องโรคโควิด 19 ทั้ง 6 ด้านของ อสม. พบว่าโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เรื่องโรคโควิด 19 เช่นเดียวกับการศึกษาใน อสม. เขตสุขภาพที่ 11⁽⁴¹⁾ และการมีโทรศัพท์มือถือสมาร์ทโฟนมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เรื่องโรคโควิด 19 ซึ่งจะสามารถเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลส่งเสริมการเรียนรู้ และสามารถเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพอันจะนำไปสู่ภาวะที่ดีในประชาชนได้⁽⁴⁰⁾ ดังนั้น การจัดกิจกรรมสร้างเสริมความรู้เรื่องโรคโควิด 19 ใน อสม. นั้น ควรจัดให้เหมาะสมกับสถานะทางสุขภาพของ อสม. โดยประยุกต์ใช้ช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย ทั้งสื่อในรูปแบบสิ่งพิมพ์และสื่อออนไลน์ เพื่อให้การสื่อสารเป็นไปอย่างทั่วถึงและเหมาะสมกับ อสม. แต่ละบุคคล

พฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 จากผลการศึกษา พบว่า อสม. มีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ของตนเองในชุมชน และภาพรวมอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับการศึกษาใน อสม. เขตสุขภาพที่ 11⁽²⁰⁾ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580)⁽²⁶⁾ ที่มีการสนับสนุนความรู้ในประชาชนทุกกลุ่มวัย และ อสม. เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมในการดูแลตนเอง คนในครอบครัว และคนในชุมชน และเป็นตัวอย่างที่ดีในการประพฤติปฏิบัติ อาทิ การสวมใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าเมื่อออกนอกบ้านทุกครั้ง และสวมตลอดเวลาเมื่อปฏิบัติงานคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือปฏิบัติงานในชุมชน รวมทั้งขณะให้คำแนะนำแก่คนในชุมชน^(31,42) สำหรับพฤติกรรมที่ อสม. ยังคงปฏิบัติน้อย คือ การลงชื่อเข้าใช้งานสถานที่ต่าง ๆ ผ่านแอปพลิเคชันไทยชนะ การตรวจสอบอาการผิดปกติผ่านแอปพลิเคชันหมอชนะ และการจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด 19 ในชุมชนที่รับผิดชอบ จากผลการศึกษาพบ อสม. ร้อยละ 55.9 สามารถในการทำงานมือถือสมาร์ทโฟนได้แต่ต้องมีผู้อื่นช่วยอธิบายเป็นบางครั้ง จึงอาจส่งผลให้มีการใช้แอปพลิเคชันน้อยและไม่สะดวกในการใช้บริการ⁽⁴³⁾ และการมีภาระงาน อสม. ที่แตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาและบริบทของแต่ละพื้นที่ มากกว่านั้นผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาของ อสม. มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19⁽²⁵⁾ ซึ่ง อสม. ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมและมัธยมศึกษา ดังนั้นจึงต้องมีการส่งเสริมการเรียนรู้ การใช้สื่อ (สมัยใหม่) และการรู้เท่าทัน

สำหรับความรู้เรื่องโรคโควิด 19 ทั้ง 6 ด้าน และพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 พบมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาใน อสม. เขตสุขภาพที่ 6⁽²⁸⁾ โดยความรู้ด้านการจัดการตนเองและด้านการรู้เท่าทันสื่อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับปานกลาง และความรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร และด้านทักษะการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับน้อย แต่ความรู้ด้านความรู้ความเข้าใจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาใน อสม. จังหวัดภูเก็ต⁽¹²⁾ และ อสม. จังหวัดสุรินทร์⁽⁴⁴⁾ หากแต่เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลและความรู้เรื่องโรคโควิด 19 รายด้านร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 พบว่า ระดับการศึกษา การมีสถานภาพอื่น ๆ ในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน สมาชิก อบต./เทศบาล และสมาชิกกลุ่มในชุมชน เป็นต้น และความรู้เรื่องโรคโควิด 19 ด้านการจัดการตนเอง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ได้ร้อยละ 26.4 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาใน อสม. จังหวัดภูเก็ต ที่พบระดับการศึกษาและความรู้ด้านการจัดการตนเอง การตัดสินใจที่ถูกต้อง รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ มีอิทธิพลต่อการทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 12.6⁽¹²⁾ จะเห็นได้ว่า ทักษะความรู้ด้านการจัดการตนเองมีความสำคัญที่ส่งผลให้ อสม. สามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ได้ดี กอปรกับการมีสถานภาพทางสังคมอื่น ๆ ร่วมกับการเป็น อสม. เป็นโอกาสในเรียนรู้ มีหน้าที่รับผิดชอบและการสามารถเป็นแบบอย่างให้คนในชุมชน ซึ่งในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 นั้น อสม. ต้องเป็นแกนนำร่วมกับภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วนในการปฏิบัติงานเชิงรุก เช่น การช่วยประสานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ช่วยส่งอาหาร

ของใช้จำเป็น และยารักษาให้กับผู้ที่ถูกกักกันที่บ้าน หรือแม้แต่การช่วยรับบริจาคเงินและสิ่งของแก่ผู้ที่ต้องกักตัวที่บ้าน ดังนั้น อสม. จึงเป็นที่พึ่งสำคัญของคนในชุมชน ถือเป็นพลังฮีโร่เฝ้าติดตามท้องเคาะรอนามยโลกให้การยอมรับ⁽¹⁰⁾

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอและตำบลและองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ควรจัดทำแผนงานพัฒนาความรู้เรื่องโรคโควิด 19 ของ อสม. โดยเฉพาะความรู้ด้านการจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อสมัยใหม่ เพื่อให้ อสม. มีทักษะที่นำไปใช้ได้จริงกับตนเอง ครอบครัวและชุมชน
2. มีช่องทางการติดต่อสื่อสารที่สะดวกสำหรับ อสม. ในการตรวจสอบข้อมูลข่าวสารและแก้ไขข่าวปลอมที่เผยแพร่อยู่บนโลกออนไลน์ เพื่อให้ อสม. รู้เท่าทัน และกระจายข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง

ข้อจำกัดในการวิจัย

การเก็บข้อมูลดำเนินการในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ผ่านไปไม่นาน เป็นช่วงที่ อสม. ได้รับข้อมูลข่าวสาร และกระตุ้นให้ทำบทบาทหน้าที่ในการป้องกันโรคโควิด 19 จากหน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานต่าง ๆ และกลุ่มตัวอย่าง เป็น อสม. ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ อาจทำให้ผลการข้อมูลมีแนวโน้มเชิงบวก

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization [Internet]. Switzerland: World Health Organization; 1948 [updated 2020 Dec 20; cited 2020 Dec 21]. Available from: <https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/q-a-on-covid-19>.
2. Worldometers [Internet]. U.S.A.: Worldometers.info; 2020 [updated 2020 Oct 23; cited 2020 Oct 24]. Available from: <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/thailand/>
3. World Health Organization [Internet]. Switzerland: World Health Organization; 1948 [updated 2022 Jul 19; cited 2022 Jul 20]. Available from: https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_1
4. ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด 19 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมประชาสัมพันธ์; 2563 [วันที่ปรับปรุง 19 ธ.ค. 2563; วันที่อ้างอิง 20 ธ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://www.prd.go.th/th/content/category/index/id/39>
5. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2562 [วันที่ปรับปรุง - พ.ค. 2564; วันที่อ้างอิง 4 พ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=18373>
6. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561 [วันที่ปรับปรุง 7 ส.ค. 2563; วันที่อ้างอิง 20 ธ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/04/146046/>
7. ฐานเศรษฐกิจ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: บริษัท ฐานเศรษฐกิจ มัลติมีเดีย จำกัด; 2563 [วันที่ปรับปรุง 9 ส.ค. 2563; วันที่อ้างอิง 20 ธ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก https://www.thansettakij.com/content/normal_news/444884
8. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี; กระทรวงสาธารณสุข; 2563 [วันที่ปรับปรุง 15 เม.ย. 2563; วันที่อ้างอิง 20 ธ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก chrome-extension://efaidnbmninnbpcapjpcglclefindmkaj/https://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/dyn_mod/070502135.pdf
9. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ อสม. หมอประจำบ้าน. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.; 2562.
10. ไทยพีบีเอส [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ไทยพีบีเอส; 2563 [วันที่ปรับปรุง 15 เม.ย. 2563; วันที่อ้างอิง 20 ธ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://www.thaipbs.or.th/news/content/291157>

11. นครปฐม Covid-19 [อินเทอร์เน็ต]. นครปฐม: สำนักงานจังหวัดนครปฐม; 2563. 2563 [วันที่ปรับปรุง 2 มี.ค. 2564; วันที่อ้างถึง 3 มี.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://covid.nakhonpathom.go.th/frontpage>
12. สุวรรณ หล่อโลหการ, ประพศรี นรินทร์รักษ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30(3):414-22.
13. จันทกานต์ วลัยเสถียร, เบญจมาศ อุรัตน์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าแกนนำชุมชน ในพื้นที่อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2563;27(1):86-95.
14. ประภัศร งามแสงใส, ปิรดา ศรีสน และสุวรรณา ภักธเบญจพล. กรณีศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 2557;9:82-7.
15. ชินตา เทชะวิจิตรจารุ, อัจฉรา ศรีสุภกรกุล, สุพัตตา ช่างเทศ. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561;19:320-32.
16. จักรี ปิทธิ. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2559.
17. กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม, นวพร ดาแสงสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 2563;14(2):92-103.
18. ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2562 [วันที่ปรับปรุง 15 ธ.ค. 2563; วันที่อ้างถึง 20 ธ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaiphc.net/phc/phcadmin/administrator/Report/OSMRP000VHV.php>
19. Daniel WW. Biostatistics-A Foundations for Analysis in the Health Sciences. New York-Chichester-Brisbane-Toronto-Singapore: Wiley & Sons; 1995.
20. ทิพวัลย์ ชูประเสริฐ, พลอยไพลิน จันทรมณี. การศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตสุขภาพที่ 11. สุราษฎร์ธานี: สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 11: 2562
21. อุไรรัตน์ คูหะมณี, ยุวดี รอดจากภัย, นิภา มหารัษฎพงศ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันโรคเรื้อรัง. วารสารกรมการแพทย์. 2563;45(1):137-142.
22. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). BMC Public Health. 2013;13(1):1-17.
23. กองสุศึกษา [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2557 [วันที่ปรับปรุง 29 ม.ค. 2563; วันที่อ้างถึง 20 ธ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://www.hed.go.th/linkHed/403>
24. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies in the 21st century. Health promotion international. 2000;15(3):259-67.
25. Srichan P, Apidechkul T, Tamornpark R, Yeemard F, Khunthason S, Kitchanapaiboon S, et al. Knowledge, attitude and preparedness to respond to the 2019 novel coronavirus (COVID-19) among the bordered population of northern Thailand in the early period of the outbreak: a cross-sectional study. SSRN Electronic Journal. 2020;9(2):118-25.
26. กองสุศึกษา. แนวทางการดำเนินงานสุศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2563. นนทบุรี: โรงพิมพ์กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
27. รจนารถ ขูใจ, ชลธิชา บุญศิริ, กมลพร แพทย์ชีพ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2564;8(1):250-62.

28. ดาวรุ่ง เยาวกุล, ปาจริย์ อับดุลลาฮาซิม, นิภา มหารัชพงศ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 6. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565;15(1):257-72.
29. ธาณี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ, ทักษิภา ชัชรรัตน์. ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา. 2563;21(2):29-39.
30. Riiser K, Helseth S, Haraldstad K, Torbjørnsen A, Richardsen KR.). Adolescents' health literacy, health protective measures, and health-related quality of life during the Covid-19 pandemic. PLoS One. 2020;15(8):1-13.
31. เกรธา มิกแก้ว, วิมล ใจดี, สุนิศา แสงจันทร์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเอง ในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2565;32(1):74-87.
32. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2564 [วันที่ปรับปรุง 1 เม.ย. 2564; วันที่อ้างถึง 20 ก.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.nationalhealth.or.th/th/node/3209>
33. กองสุกศึกษา. (2561). กลยุทธ์การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ (ฉบับที่ 1). กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์ จำกัด.
34. กองสุกศึกษา. การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากอสม.สู่ อสค. กรุงเทพฯ: บริษัท โอ-วิทย์ (ประเทศไทย) จำกัด; 2560.
35. อัญชลี จันทรินทรการ. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง อำเภอกะทู้มูแบน จังหวัดสมุทรสาคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2557.
36. ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. ความฉลาดทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นิเวศธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด; 2554.
37. กมลวรรณ โลห์สีวานนท์. ก้าวข้ามให้พ้น "พลวัตของสื่อ". วารสารนิเทศศาสตร์ธุรกิจบัณฑิต. 2555;6(2):11-41.
38. พัชราภา เอื้ออมรวาณิช. สื่อมวลชนกับการกำกับดูแลตนเอง. วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร. 2562;39(3):150-61.
39. จิรนนท์ หาญธำรงวิทย์, สันติชัย อาภรณ์ศรี, ธิติมา อรุณพัฒน์พงศ์, อาธิติยา จำปาจันทร์, ณัฐพล ศุภสิทธิ์. การวิเคราะห์เปรียบเทียบข่าวปลอมของหน่วยงานตรวจสอบข่าวปลอม (ศูนย์ข่าวก่อนแชร์ ศูนย์ต่อต้านข่าวปลอม ประเทศไทย และโครงการโคแฟคประเทศไทย) ในประเทศไทย. วารสารกองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์, 2022;1(2):59-88.
40. Vaz N. Mobile health literacy to improve health outcomes in Low-Middle Income Countries. International Journal of Reliable and Quality E-Healthcare. 2017;6(4):4-16.
41. กัลยาณี ดันตรานนท์, อนนท์ วิสุทธิ์ธนานนท์, วีระพร ศุทธากรณ์, บังอร ศุภวิทิตพัฒนา, สุมลลี เลิศมัลลิกภาพร, เสาวนีย์ คำปวน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรวัยทำงาน ตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 2563;16(2):61-71.
42. จิตรา มุลทิ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา. 2564;27(2):5-14.
43. ปรมะศวร์ รมยากร. การสื่อสารในภาวะวิกฤตของเว็บไซต์ และแอปพลิเคชัน ที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังโควิด-19 ในประเทศไทย. วารสารนิเทศสยามปริทัศน์. 2563;19(2):231-47.
44. วีระ กองสนั่น, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตตำบลหนองใหญ่ อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน. 2563;3(1):35-44.

ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดปราจีนบุรี

ชนสิษฐ์ คุณานันต์พงศา^{1*} มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์² นิรัตน์ อิมามี³ มลีนี สมภาพเจริญ⁴

^{1*} นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

^{2,4} รองศาสตราจารย์ ภาควิชาสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

³ ผู้ทรงคุณวุฒิสาขาวิชาสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ ภาควิชาสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ จังหวัดปราจีนบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 311 คน สุ่มตัวอย่างโดยกำหนดสัดส่วนตามเพศและอายุ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's Exact test)

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.8 อายุเฉลี่ย 57 ปี (SD : 7.9, max : 69, min : 35) ระยะเวลาเฉลี่ยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 8.8 ปี (SD. : 5.2, max : 30, min : 1) ส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้สารสนเทศด้านสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.7 ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับถูกต้องน้อยร้อยละ 57.3 (SD. : 4.2, max : 85, min : 61) ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ($p = 0.069$) สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สารสนเทศด้านสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ อายุ ($p = 0.026$) เจตคติต่อการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข ($p = 0.012$) เจตคติต่อการเข้าถึงข้อมูลโรคความดันโลหิตสูงออนไลน์ ($p = 0.008$) ทั้งนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมการสืบค้นข้อมูลออนไลน์ และส่งเสริมเจตคติการสืบค้นข้อมูลออนไลน์ร่วมในการให้ความรู้สุขภาพในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้สารสนเทศด้านสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์และสามารถสืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพที่นำไปใช้ประโยชน์ได้ถูกต้อง

คำสำคัญ : ความรอบรู้สารสนเทศด้านสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์/ พฤติกรรมการดูแลตนเอง/ โรคความดันโลหิตสูง

The Electronic Health Literacy among People with Hypertension in Prachinburi Province

Chanasit Kunanonpongsa^{1*} Manirat Therawiwat² Nirat Imamee³ Malinee Sompongcharoen⁴

^{1*} Master of Science Students in Health Education and Health Promotion, Faculty of Public Health, Mahidol University

^{2,4} Assoc. Prof., Health Education and Behavioral Sciences, Faculty of Public Health, Mahidol University

³ Expert in Health Education and Health Promotion Program, Department of Health Education and Behavioral Sciences
Faculty of Public Health, Mahidol University

Abstract

This study adopts a cross-sectional survey approach to investigate electronic health literacy among hypertensive patients in Prachinburi Province, Thailand. The objective is to examine the level of knowledge regarding electronic health information among this demographic. The sample comprises 311 hypertensive patients from Prachinburi Province, selected through random sampling with proportional representation based on gender and age. Data were collected using self-administered questionnaires and analyzed using descriptive statistics such as frequency distributions, percentages, means, standard deviations, as well as hypothesis testing through Chi-square and Fisher's Exact tests.

The results showed the majority of the sample were female (77.8%), with an average age of 57 years (range: 35-69, SD: 7.9). The average duration of hypertension was 8.8 years (range: 1-30, SD: 5.2). Most participants exhibited a moderate level of electronic health literacy, with 70.7% falling into the moderate category. Self-care behavior was found to be moderately correct in 57.3% of participants (range: 61-85, SD: 4.2). There was no significant correlation between electronic health literacy and self-care behavior ($p = 0.069$). However, factors such as age ($p = 0.026$), attitudes towards accessing public health services ($p = 0.012$), and attitudes towards accessing online hypertension information ($p = 0.008$) were found to be statistically significant predictors of health information literacy among hypertensive patients. Based on the findings, it is suggested that relevant authorities should organize activities to promote online information retrieval and foster positive attitudes towards online health information seeking among hypertensive patients. This would enhance their electronic health literacy and enable them to access accurate health information beneficial to their well-being.

Keywords: Electronic Health Literacy/ Self-care/ Hypertension

*Corresponding author: Chanasit Kunanonpongsa, email: aofbleath2@gmail.com, Tel.: 06 1935 5979

Received: March 10, 2024/ Revised: May 21, 2024/ Accepted: May 30, 2024

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาและควบคุมตลอดชีวิต โรคนี้มักพบได้บ่อยประมาณร้อยละ 15-20 ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป สาเหตุหลักเกิดจากการบริโภคอาหารที่มีปริมาณโซเดียมและไขมันสูง การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่และ ประกอบกับ อายุที่มากขึ้น ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้มีโอกาสเกิดโรคนี้มากขึ้น⁽¹⁾ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้เป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และอาจมีอาการรุนแรงทำให้เสียชีวิตได้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือวิถีการดำเนินชีวิต จะสามารถช่วยควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงได้ รวมถึงการเฝ้าระวังวัดระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ การใช้ยาลดระดับความดันโลหิตร่วมด้วย⁽²⁾ และการไปรับบริการตรวจรักษาตามนัดรวมถึงต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะตามมา

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 เมื่อปลายปี 2562 ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขหลายด้าน รวมถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ การจัดบริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลของรัฐ จึงมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริการให้สอดคล้องกับสถานการณ์และนโยบายลดความแออัดในโรงพยาบาล การเว้นระยะห่างทางสังคม เช่น การจำกัดจำนวนผู้รับบริการ การลดจำนวนชั่วโมงหรือจำนวนวันในการให้บริการ ด้านบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบางส่วนถูกจัดสรรไปปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคโควิด-19⁽³⁾ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการให้บริการของผู้ป่วย สถานบริการมีการปรับการจัดบริการในรูปแบบวิถีใหม่ (New normal) โดยการให้คำปรึกษาแบบออนไลน์และการรักษาแบบ Telemedicine ซึ่งอาจจะทำให้การให้คำปรึกษาหรือการจัดบริการที่สำคัญไม่ครอบคลุมกับจำนวนผู้ป่วยเท่าที่ควร⁽⁴⁾ ดังนั้นการจัดบริการโดยนำเทคโนโลยี E-health เข้ามาผสมผสานเพื่อทำให้การสื่อสารและการรักษาด้านการแพทย์มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ความรู้รอบรู้สารสนเทศด้านสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (E-Health Literacy) เป็นความสามารถของบุคคลในการแสวงหา ค้นหา ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการจัดการ หรือแก้ไขปัญหาสุขภาพ เป็นทักษะที่จำเป็นในการเพิ่มผลลัพธ์ในการดูแลสุขภาพ⁽⁵⁻⁷⁾ จากการศึกษาความสัมพันธ์ความรู้รอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพกับสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในระดับสูง จะมีสภาวะสุขภาพที่ดี⁽⁸⁾ และจากการศึกษาความสัมพันธ์ความรู้รอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในวัยทำงาน พบว่า ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในระดับสูง เป็นปัจจัยส่งเสริมการมีสภาวะสุขภาพที่ดีและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ⁽⁹⁾ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อการหาข้อมูลด้านสุขภาพ⁽¹⁰⁾ อย่างไรก็ตามการที่ผู้ป่วยจะมีความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในระดับที่สามารถสืบค้นข้อมูลและนำไปประยุกต์สำหรับการดูแลตนเองได้นั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ เช่น ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ ปัจจัยด้านการมีและวิธีการใช้เครื่องมือสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ ปัจจัยด้านข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่เผยแพร่ออนไลน์ เป็นต้น จากการทบทวนผลการวิจัยทั้งในและต่างประเทศความรู้รอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองแต่ยังไม่มีการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย

การวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลนาดี จังหวัดปราจีนบุรี เพื่อนำผลการวิจัยไปวางแผนสร้างเสริมความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพ

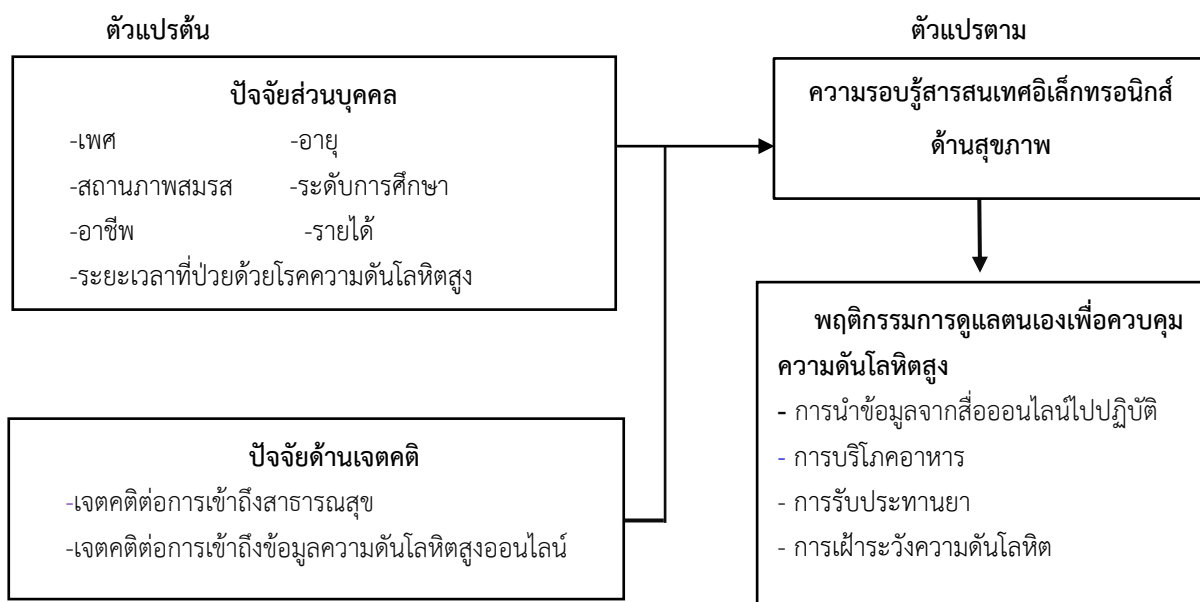
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพและระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตที่สูงจังหวัดปราจีนบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเจตคติ กับความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดปราจีนบุรี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตที่สูง จังหวัดปราจีนบุรี

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่ คลินิกโรคเรื้อรังในสถานบริการสุขภาพอำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี ในปี พ.ศ. 2565
2. ขอบเขตด้านเนื้อหา การศึกษาความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ประยุกต์ตามแนวคิดของ Norman & Skinner⁽¹¹⁾ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey Designs)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่ คลินิกโรคเรื้อรังในสถานบริการสุขภาพ อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี ข้อมูลจาก Health Data Center ณ วันที่ 1 สิงหาคม 2565 มีจำนวนทั้งหมด 3,222 คน กำหนดจำนวนตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้ตารางกำหนดจำนวนตัวอย่างของ Adam⁽¹²⁾ ที่เป็นตารางจำนวนตัวอย่างสำหรับข้อมูลแบบกลุ่ม (Categorical data) ที่จำนวนประชากร 3,000 กำหนดความคลาดเคลื่อน (e) = 0.05 ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 จะต้องใช้จำนวนตัวอย่างไม่น้อยกว่า 341 ราย

การสุ่มตัวอย่าง วิธีการสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน (Multi – stage random sampling) โดยสุ่มตัวอย่างแบบที่ 1 แบ่งชั้น (Stratified random sampling) โดยนำขนาดกลุ่มประชากรผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของแต่ละหน่วยบริการในอำเภอนาคู จังหวัดปราจีนบุรี แบบที่ 2 ดำเนินการสุ่มตัวอย่าง อย่างง่ายแบบมีระบบ (Systematic sampling) ด้วยวิธีการนำจำนวนประชากรผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบดำเนินการสุ่มตัวอย่างตามพื้นที่อยู่อาศัยในแต่ละตำบล

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป มีอายุระหว่าง 35- 70 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ไม่มีโรคแทรกซ้อนหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่รุนแรง เช่น ภาวะไตวาย โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจหนา และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วยตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ เป็นคำถามแบบมีคำตอบให้เลือกตอบและเติมข้อมูลลงในช่องว่างที่กำหนดให้

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) = 0.750 เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า⁽¹³⁾ แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด โดยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเลือกตอบ 1 ความคิดเห็นต่อ 1 ข้อความ มีจำนวน 15 ข้อ

ร้อยละของคะแนนตามเกณฑ์	ช่วงคะแนน	ระดับความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ
ร้อยละ 80-100	63-75	มาก
ร้อยละ 60-79	50- 62	ปานกลาง
ต่ำกว่าร้อยละ 60	15 - 49	น้อย

ส่วนที่ 3 เจตคติต่อการสืบค้นข้อมูลสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงสุขภาพ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) = 0.840 จำนวน 18 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ร้อยละของคะแนนตามเกณฑ์	ช่วงคะแนน	ระดับเจตคติ
ร้อยละ 80-100	75-90	เชิงบวก
ร้อยละ 60-79	59- 74	เป็นกลาง
ต่ำกว่าร้อยละ 60	18-58	เชิงลบ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) = 0.825 จำนวน 23 ข้อ เป็นคำถามการนำข้อมูลจากสื่อออนไลน์ไปปฏิบัติ การบริโภคอาหาร การรับประทานยา การเฝ้าระวังความดันโลหิต เป็นการถามความถี่ในการปฏิบัติต่อสัปดาห์ แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติน้อย (1-2 วันต่อสัปดาห์) ปฏิบัติบางครั้ง (3-4 วันต่อสัปดาห์) ปฏิบัติเป็นประจำ (5-6 ครั้งต่อสัปดาห์) ปฏิบัติทุกวัน (7 วันต่อสัปดาห์)

ร้อยละของคะแนนตามเกณฑ์	ช่วงคะแนน	ระดับพฤติกรรมโดยภาพรวม
ร้อยละ 80-100	96-115	ถูกต้องมาก
ร้อยละ 60-79	76-95	ถูกต้องปานกลาง
ต่ำกว่าร้อยละ 60	23-75	ถูกต้องน้อย

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยการให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประเมินความตรงเชิงเนื้อหา รายข้อ (Index of Item-Objective Congruence; IOC) ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.66-1 และทำการตรวจสอบความเที่ยง โดยการนำแบบสอบถามทดสอบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน ทดสอบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่อำเภอข้างเคียง อำเภอกบินทร์บุรี และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.75

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA. No. MUPH 2022-115 วันที่ 9 กันยายน 2565
2. ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลนาดี ไปชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเก็บข้อมูล
3. ก่อนรวบรวมข้อมูลมีการประชุมเตรียมผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อทำความเข้าใจกับแบบสอบถาม และวิธีการเก็บข้อมูล
4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยนัดหมาย และเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และแจ้งสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธที่จะเข้าร่วมในการศึกษาคั้งนี้ จากนั้นจึงเริ่มการแจกแบบสอบถามให้ตอบด้วยตนเอง หลังเก็บรวบรวมข้อมูลครบ ทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล
5. ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเฉลี่ย 20 สัปดาห์ ระหว่างเดือนกันยายน ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2565
6. ผู้วิจัยลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์ ด้วยโปรแกรม SPSS Statistics version 18.0 License Mahidol University และสรุปผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั้งหมดที่รวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างที่ได้แบบสอบถามสมบูรณ์จำนวน 284 ฉบับ จาก 341 ฉบับ นำข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาด้วย Chi-Square test และ Fisher's Exact test

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการบริโภคอาหาร การรับประทานยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ
3. สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้สถิติ Chi-square test และ Fisher's Exact test ระหว่างข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเจตคติ กับการรับรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยให้ความสำคัญต่อจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ OA. No. MUPH 2022-115 วันที่ 9 กันยายน 2565

ผลการวิจัย

ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 284 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 75.40 มีอายุเฉลี่ย 55 ปี ($S.D = 7.9$, Max:69, Min:35) ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 33.1 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 86.3 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 69.7 ส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 25.7 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 12,234.67 บาท ($S.D = 9454.48$, Max:90,000, Min:2,700) และ ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000 - 10,000 บาท ร้อยละ 44.4 กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งไปรับการตรวจรักษาตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 51.1 และมีกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งเช่นเดียวกันที่ไม่ได้ไปตรวจรักษาตามนัดทุกครั้งหรือขาดนัดบางครั้ง ร้อยละ 48.9 สำหรับระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ป่วยมานานในช่วง 1-5 ปี พบมากที่สุด ร้อยละ 38.7

ปัจจัยด้านเจตคติต่อการเข้าถึงข้อมูลโรคความดันโลหิตสูงออนไลน์ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการเข้าถึงข้อมูลโรคความดันโลหิตสูงออนไลน์เท่ากับ 49.7 ($S.D = 6.1$) โดยส่วนใหญ่มีระดับเจตคติอยู่ในระดับเป็นกลาง ร้อยละ 66.5 รองลงมาเจตคติในระดับเชิงลบ ร้อยละ 33.5 และระดับเชิงบวก ร้อยละ 1.1

ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพเฉลี่ย 56.9 คะแนน ($S.D. = 8.5$) โดยส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.1 รองลงมามีความรอบรู้ในระดับมาก และมีความรอบรู้ในระดับน้อย ร้อยละ 24.6 และ 24.3 ตามลำดับ

พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิต กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตในระดับปฏิบัติถูกต้องน้อย ร้อยละ 78.5 รองลงมาปฏิบัติถูกต้องปานกลาง ร้อยละ 21.5 และมีคะแนนเฉลี่ย 72.2

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเจตคติ กับความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ

1. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ

เนื่องจากข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การตรวจติดตามนัด และระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เป็นข้อมูลทั่วไป มีการวิเคราะห์ Chi-square ที่มีค่าน้อยกว่า 5 เกินกว่าข้อตกลงเบื้องต้น คือมีไม่เกิน ร้อยละ 20 ของช่อง (Cell) ข้อมูลทั้งหมดที่วิเคราะห์ จึงได้ปรับกลุ่มหรือชั้นของข้อมูลให้น้อยลงตามข้อมูลที่สอดคล้องกันเท่าที่เป็นไปได้ และถ้าค่าคาดหวัง ยังมีค่าเกินกว่าข้อตกลงเบื้องต้น จะใช้การทดสอบ Fisher's Exact test แทน ผลการวิจัยดังรายละเอียดในตารางที่ 1 ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

เพศ จากการศึกษาพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ($p = 0.846$) ส่วนของ อายุ พบว่าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ($p=0.001$) **สถานภาพสมรส** เป็นปัจจัยที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ($p = 0.136$) อย่างไรก็ตามพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีระดับความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี มากกว่า คนโสด หม้าย หรือหย่า หรือแยกกันอยู่ **ระดับการศึกษา** มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์

ด้านสุขภาพ ($p = 0.005$) **อาชีพ** มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ($p = 0.008$) **รายได้ต่อเดือน** พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระดับความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ($p = 0.008$) ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 15,001-20,000 บาท เป็นกลุ่มที่มีความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในระดับดี มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้อื่น ๆ ร้อยละ 51.2 **ระยะเวลาที่ป่วย** มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ($p = 0.001$) กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาป่วยระหว่างระหว่าง 1-5 ปี มีระดับความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพระดับดี มากกว่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มอื่น ๆ ร้อยละ 33.6

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ
($n = 284$)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ			p-value
	น้อย	ปานกลาง	ดี	
เพศ				0.846*
ชาย	16 (22.8)	35 (50.0)	19 (27.2)	
หญิง	53 (24.7)	110 (51.4)	51 (23.8)	
อายุ				0.001*
อายุ 35-40 ปี	0 (0.0)	2 (13.4)	13 (86.6)	
อายุ 41-45 ปี	0 (0.0)	9(40.9)	13(59.1)	
อายุ 46-50 ปี	2 (5.5)	18 (50.1)	16 (44.4)	
อายุ 51-55 ปี	5 (8.9)	37(69.8)	14(26.3)	
อายุ 56-60 ปี	9 (14.7)	40(65.5)	12 (19.8)	
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	63 (60.5)	39(37.5)	2 (2.0)	
สถานภาพ				0.136*
โสด	6 (21.5)	17 (60.7)	5 (17.8)	
หม้าย/หย่า/แยก	2 (18.2)	7 (63.6)	2 (18.2)	
คู่	6 (3.1)	121 (63.6)	63 (33.1)	
ระดับการศึกษา				0.005*
ต่ำกว่าประถมศึกษา	60(64.4)	102 (44.9)	65 (28.6)	
มัธยมศึกษา/ปวช	5 (17.2)	19 (65.5)	5 (17.2)	
ปวส/อนุปริญญา	0(0.00)	19 (57.5)	14 (42.5)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	4 (26.6)	5 (33.4)	6 (40.0)	

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ (n =284) (ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ			p-value
	น้อย	ปานกลาง	ดี	
อาชีพ				
ไม่ได้ทำงาน	19 (35.9)	28 (52.8)	6 (11.3)	0.008**
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	11 (34.2)	18(56.2)	3 (9.5)	
เกษตรกรรวม	17 (30.3)	27(48.2)	12 (21.4)	
รับจ้าง	9 (12.4)	37 (50.6)	27 (37.0)	
ธุรกิจส่วนตัว ค้าขาย	10 (25.7)	17 (43.6)	12 (30.7)	
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	3 (9.6)	18 (58.2)	10 (32.2)	
รายได้ (บาท)				0.008*
ต่ำกว่า 5,000 บาท	17 (37.8)	19(42.2)	9 (20.0)	
5,000- 10,000 บาท	35 (27.7)	69 (54.7)	22 (17.4)	
10,001-15,000 บาท	12 (24.0)	27 (50.0)	11 (22.0)	
15,001-20,000 บาท	3 (7.8)	16(41.0)	20 (51.2)	
มากกว่า 20,000 บาท	2 (8.3)	14 (58.3)	8 (33.4)	
ระยะเวลาการป่วย				0.001*
ระหว่าง 1-5 ปี	15 (13.7)	58 (52.7)	37 (33.6)	
ระหว่าง 6-10 ปี	18 (18.6)	56 (57.0)	24 (24.5)	
ระหว่าง11-15 ปี	21 (40.3)	25 (48.0)	6 (11.7)	
ระหว่าง16-20 ปี	9 (60.0)	4 (26.6)	2 (13.4)	
ระยะเวลามากกว่า 20 ปี	6 (66.6)	2 (22.2)	1 (11.2)	

*Chi-square test, **Fisher's Exact test.

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเจตคติต่อการเข้าถึงข้อมูลโรคความดันโลหิตสูงออนไลน์กับระดับความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ

เจตคติต่อการเข้าถึงข้อมูลโรคความดันโลหิตสูงออนไลน์ พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ (p=0.016) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเจตคติต่อการเข้าถึงข้อมูลโรคความดันโลหิตสูงออนไลน์ในเชิงบวกเป็นกลุ่มที่มีระดับความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพระดับดี มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับเจตคติในระดับเป็นกลางและเชิงลบ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับเจตคติต่อการเข้าถึงข้อมูลโรคความดันโลหิตสูงออนไลน์กับระดับความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ (n = 284)

เจตคติต่อการเข้าถึงข้อมูลโรคความดันโลหิตสูงออนไลน์	ระดับความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ			p-value
	น้อย	ปานกลาง	มาก	
เจตคติต่อการเข้าถึงข้อมูลโรคความดันโลหิตสูงออนไลน์				0.016*
เชิงบวก	0 (0.0)	1 (7.2)	13 (92.8)	
เป็นกลาง	29 (16.6)	91 (52.0)	55 (31.4)	
เชิงลบ	40 (42.0)	53 (55.7)	2 (2.3)	

*Chi-square test, **Fisher's Exact test.

3. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกับระดับความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิต ($p = 0.069$) เมื่อพิจารณาจากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในระดับน้อย ปานกลาง หรือมาก มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปฏิบัติถูกต้องน้อย ปานกลางหรือมากใกล้เคียงกัน

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองกับระดับความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ (n = 284)

ระดับความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ	ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิต			p-value
	ถูกต้องน้อย	ถูกต้องปานกลาง	ถูกต้องมาก	
ระดับความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ				0.069
น้อย	53 (29.1)	12 (40.0)	4 (5.6)	
ปานกลาง	125 (68.7)	13 (43.3)	7 (9.7)	
มาก	4 (2.2)	5 (16.7)	61 (84.7)	

*Chi-square test, **Fisher's Exact test

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่ความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง และปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตอยู่ในระดับปฏิบัติถูกต้องน้อยยังต้องปรับปรุง ปัจจัยส่วนบุคคลที่ทำการศึกษ พบ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรู้อาสาสมัครด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วย อภิปรายผลได้ดังนี้

ปัจจัยด้านอายุ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 35-40 ปี เป็นกลุ่มที่มีความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในระดับมาก มากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ ที่ร้อยละ 86.6 อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ยังอยู่ในวัยทำงานย่อมมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารออนไลน์มากกว่ากลุ่มที่มีอายุมากกว่าสอดคล้องการศึกษาของ luyao xie⁽¹⁴⁾ นอกจากนี้ ปัจจัยด้าน

ระดับการศึกษา ที่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ($p = 0.005$) กลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับตั้งแต่ปวส./อนุปริญญา ขึ้นไปจะเป็นกลุ่มที่มีระดับความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมาก มากกว่าร้อยละ 40.0 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างมีจบการศึกษาในระดับอื่น ๆ สอดคล้องการศึกษาของ Garcia-García⁽¹⁵⁾ อธิบายได้ว่า การได้ศึกษาในระดับสูงทำให้ได้รับการเรียนรู้สามารถใช้คำค้นหาและใช้ช่องแอปพลิเคชันในระบบออนไลน์ได้มากขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการศึกษาต่ำกว่า **ปัจจัยด้านอาชีพ** มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ($p = 0.008$) ซึ่งพบว่า โดยกลุ่มอาชีพ รับราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 58.2 มีความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพระดับปานกลาง ร้อยละ 58.2 มากกว่ากลุ่มอาชีพอื่น ๆ มีความเป็นไปได้ที่ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพจะมีผลต่อการปฏิบัติงานหรือการทำงานในอาชีพบางอย่าง ดังเช่นอาชีพข้าราชการมีระดับความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ในระดับปานกลาง มากกว่ากลุ่มอาชีพอื่น อาจเนื่องจากจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์สื่อสารออนไลน์เป็นหลัก **ปัจจัยด้านรายได้ต่อเดือน** กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 15,001-20,000 บาท เป็นกลุ่มที่มีระดับความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในระดับมาก มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้กลุ่มอื่น ๆ อภิปรายได้ว่า รายได้เป็นปัจจัยสำคัญสำหรับการซื้อเครื่องมือโดยเฉพาะโทรศัพท์เพื่อใช้สื่อสารหรือสืบค้นข้อมูล **ปัจจัยระยะเวลาการเจ็บป่วย** เป็นปัจจัยสำคัญ กลุ่มที่ระยะเวลาป่วยน้อยกว่ากลุ่มอื่นจะมีความรู้และการได้รับคำแนะนำจากการรักษาจากแพทย์ที่สถานบริการอยู่แล้ว ทั้งสองปัจจัยดังกล่าวสอดคล้องการศึกษาของ Kim MN⁽¹⁶⁾ ทั้งระยะเวลาการป่วยและรายได้ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ การมีระยะเวลาการป่วยและรักษา และรายได้ต่อเดือน มีผลต่อการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในการรักษาตนเอง

เจตคติต่อการเข้าถึงข้อมูลโรคความดันโลหิตสูงออนไลน์ พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ($p = 0.016$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเจตคติในระดับเชิงบวกเป็นกลุ่มที่มีระดับความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ระดับมาก ซึ่งอภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้สึกเห็นด้วยกับการเข้าถึงข้อมูลออนไลน์ในแง่ของความสะดวก ภาษาเข้าใจง่าย และการสืบค้นข้อมูลสุขภาพออนไลน์ช่วยให้ สามารถเข้าถึงข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ง่ายและรวดเร็ว แม้จะมีข้อมูลจำนวนมากและมีข้อมูลที่อาจไม่ถูกต้องแท้จริง อาจทำให้สับสนแต่สามารถสอบถามจากบุคคลอื่นๆ หรือผู้รู้เพื่อประเมินข้อมูลให้ถูกต้องได้ สอดคล้องการศึกษา Arcury⁽¹⁷⁾ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีรายได้ต่ำ พบว่า เจตคติมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อภิปรายได้ว่า ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพเป็นทักษะที่สำคัญเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีและการสืบค้นข้อมูลที่ต้องได้รับการฝึกฝน จนเกิดความเชี่ยวชาญและรอบรู้จึงจะช่วยให้กับบุคคลสามารถตัดสินใจตามข้อมูลที่ได้รับจากเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์เหล่านั้นได้⁽¹⁸⁾ นอกจากนี้ผู้ป่วยมีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการดูแลตนเองโดยได้รับการให้คำแนะนำจากทางสถานบริการที่ต้องไปรับบริการต่อเนื่องอยู่แล้ว ดังนั้นจึงอาจไม่ได้สนใจสืบค้นข้อมูลการดูแลตนเองที่เผยแพร่ทางออนไลน์หรืออินเทอร์เน็ตมาใช้

สรุป

การศึกษานี้สรุปได้ว่า ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องได้รับการฝึกฝนการสืบค้นข้อมูล เพื่อช่วยให้สามารถตัดสินใจตามข้อมูลเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งการจะนำข้อมูลไปใช้ให้ถูกต้อง ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจ สามารถอ่านและเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่เผยแพร่ออนไลน์ได้ และมีความทักษะในการสืบค้นข้อมูลจากแหล่งเผยแพร่ที่น่าเชื่อถือ รวมถึงมีเจตคติต่อการเข้าถึงข้อมูลโรคความดันโลหิตสูงออนไลน์

เชิงบวก ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในระดับที่สามารถนำไปในการดูแลสุขภาพตนเองได้

ข้อเสนอแนะ

1. ปัจจัยด้านเจตคติต่อข้อมูลโรคความดันโลหิตสูงออนไลน์มีส่วนสำคัญในการกำหนดระดับความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ แม้ว่ากลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีระดับความรู้ในด้านนี้อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง การสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขและที่เกี่ยวข้องเป็นสิ่งสำคัญ แสดงให้เห็นถึงความเป็นที่จำเป็นในการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและส่งเสริมเจตคติในกลุ่มผู้ป่วยการให้ความรู้ทั่วไปไม่เพียงพอ ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการควบคุมความดันโลหิตที่มีบนอินเทอร์เน็ตเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการแก้ไขปัญหา

2. พัฒนาการศึกษาวิจัยในอนาคตแบบทดลองพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมสร้างเสริมความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ โดยเน้นกิจกรรมการพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูล การสืบค้น ความรู้ความเข้าใจ การนำข้อมูลไปใช้อย่างถูกต้อง และการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ และนำข้อมูลที่ได้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. กลุ่มตัวอย่างโรคความดันโลหิตสูงปฏิบัติถูกต้องระดับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิตนั้นพบว่าการปฏิบัติที่ถูกต้องในระดับน้อย จึงควรเน้นการส่งเสริมการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และเพิ่มความเข้าใจในการรับประทานยา การส่งเสริมการปฏิบัติที่ถูกต้องในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงเป็นการสนับสนุนที่สำคัญ เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยรับบริการที่มีคุณภาพ การสร้างเสริมความรู้เจตคติและการเข้าถึงข้อมูลทางออนไลน์เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเป็นการเสริมสร้างสุขภาพที่สำคัญและมีผลดีต่อผู้ป่วยทั้งระยะสั้นและระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2562). 2562. กรุงเทพมหานคร: อีวี่น้ำพริ้งตั้ง.
2. Thai Hypertension Society 2019. Thai guidelines on the treatment of hypertension. 2019.
3. กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. ผลกระทบของ COVID-19 ต่อระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตุลาคม พ.ศ. 2564. (สืบค้นวันที่ 10 ธันวาคม 2564) Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1187720211012064924.pdf>
4. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานการพัฒนาคุณภาพการบริการในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (VDO Clip) “การให้ความรู้และสร้างทักษะเพื่อการดูแลโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง”. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1188820211015084413.pdf>
5. Stellefson M. E-health literacy competencies among undergraduate health education students: A preliminary study. Int Electronic J Health Educ 2011; 14: 46-58.
6. Norman CD, Skinner HA. eHEALS: the eHealth literacy scale. J Med Internet Res. 2006; 8(4): e27.
7. Eng TR. The e-Health Landscape: A Terrain Map of Emerging Information and Communication Technologies in Health and Health Care. Princeton, NJ: The Robert Wood Johnson Foundation; 2001.
8. Shiferaw KB, Tilahun BC, Endehabtu BF, Gullslett MK, Mengiste SA. E-health literacy and associated factors among chronic patients in a low-income country: a cross-sectional survey. BMC Med Inform Decis Mak. 2020; 20(1): 1-9.

9. Mitsutake S, Shibata A, Ishii K, Oka K. Associations of eHealth literacy with health behavior among adult internet users. *J Med Internet Res*. 2016; 18(7): e192.
10. อัครวิน โจรณสมพงษ์, วิชุดา จิรพรเจริญ, นพกร นันสุวรรณ, ชัยศิริ อังครมานนท์, และ กนกพร พิญโญพาณิชย์. 2564. Internet Use, Electronic Health Literacy, and Hypertension Control among the Elderly at an Urban Primary Care Center in Thailand: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(18):9574. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/18/9574>
11. Norman CD, Skinner HA. eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of medical Internet research*. 2006 Jun 16;8(2):e506.
12. Adam AM. Sample Size Determination in Survey Research. *J Sci Res Rep*. 2020;26(5):90-97. doi: 10.9734/jsrr/2020/v26i530263.
13. Likert, R. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*. 1932; 22 (140), 55.
14. Xie L, Zhang S, Xin M, Zhu M, Lu W, Mo PK-H. Electronic health literacy and health-related outcomes among older adults: A systematic review. *Prev Med*. 2022;157:106997
15. García-García D, Ajejas Bazán MJ, Pérez-Rivas FJ. Factors influencing eHealth literacy among Spanish primary healthcare users: cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022 Nov 23;19(23):15497.
16. Kim MN, Yoo YS, Hwang KH, Cho OH. The effects of office workers' attitudes to internet health information, e-health literacy on health information seeking behavior and health-related behavioral intention. *Journal of Digital Convergence*. 2019;17(11):357-67.
17. Arcury TA, Sandberg JC, Melius KP, Quandt SA, Leng X, Latulipe C, Miller Jr DP, Smith DA, Bertoni AG. Older adult internet use and eHealth literacy. *Journal of Applied Gerontology*. 2020 Feb;39(2):141-50.
18. ประภาพัฒน์ สุวรรณ และมณีนรัตน์ อีระวิวัฒน์. ความรอบรู้สุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (eHealth Literacy): ความท้าทายด้านการสาธารณสุขในประเทศไทย. หน้า 40-52, รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 20 เรื่อง "ล้มหรือ รุก: ปรับพฤติกรรมสู่ชีวิตใหม่." กรุงเทพฯ: สมาคมวิชาชีพสุขภาพ, 2565.

การจัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย พ.ศ. 2562

พัชรีวรรณ เจนสาริกรณ์^{1*}

^{1*}นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ของการจัดบริการคุมกำเนิด บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน และการเบิกค่าบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ตามชุดสิทธิประโยชน์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามในโรงพยาบาลภาครัฐ ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างมิถุนายน ถึงกันยายน 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่า โรงพยาบาลมีการจัดบริการคุมกำเนิดครบทุกสิทธิการรักษา โดยเป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 98.6 จัดบริการด้วยวิธียาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม และยาฉีดคุมกำเนิด ร้อยละ 99.4 สาเหตุที่ไม่มีการจัดบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร คือ ราคาแพง ไม่เป็นที่นิยม และขาดบุคลากรที่สามารถให้บริการได้ โรงพยาบาลมีการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ ร้อยละ 29.9 ส่วนใหญ่จัดบริการในอายุครรภ์ 12 – 20 สัปดาห์ โดยใช้วิธีขูดมดลูก ข้อบ่งชี้คือทารกในครรภ์เสียชีวิต สาเหตุหลักที่ไม่มีการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ คือ ไม่มีแพทย์ให้บริการ การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น ส่วนใหญ่ใช้สถานที่ร่วมกับคลินิกอื่น ให้บริการในเวลาราชการ ติดต่อกับวัยรุ่นผ่านทางโทรศัพท์ของโรงพยาบาล

การเบิกค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ พบว่า มีการเบิกค่าบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปีมากที่สุด สาเหตุที่ไม่มีการเบิกค่าบริการ เนื่องจากหยุดให้บริการ ขาดบุคลากรที่สามารถให้บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร และไม่ทราบว่าเบิกค่าบริการได้ ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรสนับสนุนให้โรงพยาบาลมีการจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดกึ่งถาวร โดยเบิกค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ เพิ่มความครอบคลุมในการพัฒนาบุคลากรให้มีทักษะบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรได้ เสริมสร้างทัศนคติที่ดีแก่บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการยุติการตั้งครรภ์ เพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นเชิงรุกในชุมชนและทางออนไลน์

คำสำคัญ: บริการคุมกำเนิด/ บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย/ บริการสุขภาพสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน/ การเบิก/ ค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์

*ผู้รับผิดชอบบทความ: พัชรีวรรณ เจนสาริกรณ์, อีเมล: jenpatcha19@gmail.com, โทร.: 08 9832 9291

Received: 1 มีนาคม 2567/ Revised: 17 พฤษภาคม 2567/ Accepted: 28 พฤษภาคม 2567

Reproductive Health Services in Thailand 2019

Patchareewan Jensarikorn^{1*}

^{1*}Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Bureau of Reproductive Health, Department of Health

Abstract

This research of a cross-sectional study aimed at examining the provision and rationale for contraception, safe abortion, youth-friendly health services (YFHS), and reimbursement for reproductive health services according to the benefit packages. Data were collected using questionnaires in public hospitals, under and outside the Ministry of Public Health, between June and September 2019. Descriptive statistics were used to analyze the data.

The study found that hospitals provided contraceptive services for all treatment rights, with 98.6 percent coverage under universal health coverage. The most commonly provided services were combined hormonal contraceptive pills and injectable contraceptives, at 99.4 percent. Long-acting reversible contraceptive services were less provided due to their expense and unpopularity, as well as a lack of personnel to provide the services. There were 29.9 percent of hospitals that provided termination of pregnancy services. Most hospitals provided termination of pregnancy services at the gestational age of 12-20 weeks by dilatation and curettage, with fetal death as the main indication. The main reason of terminated pregnancy services was a lack medical doctor. Moreover, the YFHS were mostly shared with other clinics and available during office hours, with hospitals' telephones serving as an additional channel.

Reimbursement of service fees according to the benefit package found that the highest amount of reimbursement was for long-acting reversible contraceptive services provided for women under 20 years. The reasons for the lack of reimbursement for services were because services were terminated, the lack of personnel who can provide long-acting reversible contraceptive services, and the lack of awareness that the services were reimbursable. Suggestions from this research are that hospitals should be encouraged to purchase medical supplies for long-acting reversible contraceptives and reimburse for the services according to the benefit package, increase coverage in capacity building for personnel to have skills in providing long-acting reversible contraceptive services, promote positive attitudes among medical personnel involved in termination of pregnancy, and expand access to youth-friendly health services via community and online channels.

Keywords: Contraception services/ Safe abortion services/ Youth-friendly health services/
Reimbursement/ According to benefit packages

*Corresponding author: Patchareewan Jensarikorn, email: jenpatcha19@gmail.com, Tel.: 08 9832 9291

Received: March 1, 2024/ Revised: May 17, 2024/ Accepted: May 28, 2024

บทนำ

จากความสำเร็จของงานวางแผนครอบครัว ประกอบกับวิถีชีวิตของประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้คนรุ่นใหม่ ทั้งหญิงและชายมีค่านิยมอยู่เป็นโสดมากขึ้น จึงส่งผลให้มีจำนวนการเกิดน้อยลง นอกจากนี้พบการเกิดที่ด้อยคุณภาพ จากปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยอัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 – 19 ปี ต่อประชากรหญิงวัยเดียวกัน เท่ากับ 35.0 ใน พ.ศ. 2561 อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10 – 14 ปี ต่อประชากรหญิงวัยเดียวกัน เท่ากับ 1.2 ในพ.ศ. 2561 นอกจากนี้พบว่า วัยรุ่นอายุ 10 - 19 ปี มีการคลอดซ้ำร้อยละ 9.0⁽¹⁾ สาเหตุของการตั้งครรภ์ เกิดจากวัยรุ่นไม่ได้คุมกำเนิด เนื่องจากมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ตั้งใจ ไม่รู้จักวิธีการคุมกำเนิด และมีภาวะแทรกซ้อนของผลข้างเคียงจากการคุมกำเนิด⁽²⁾ จากข้อมูล การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยและประเทศไทย ได้ให้คำแนะนำในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ โดยใช้วิธีคุมกำเนิดแบบออกฤทธิ์ในระยะเวลานาน คือ ห่วงอนามัยและยาฝัง คุมกำเนิด⁽³⁾ ดังนั้น กรมอนามัยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงจัดทำแผนการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ในวัยรุ่น เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลจัดบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร โดยตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2557 เป็นต้นมา สปสช. ได้ให้การสนับสนุนค่าบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร (ห่วงอนามัยและยาฝังคุมกำเนิด) โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายแก่หญิงไทยที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ทุกสิทธิการรักษา⁽⁴⁾

นอกจากนี้ ประเทศไทยพบปัญหาการทำแท้งในหญิงวัยเจริญพันธุ์ทุกกลุ่มวัย ผู้ป่วยทำแท้งส่วนมากมีเหตุผล ด้านเศรษฐกิจ สังคมและครอบครัว และมักเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการทำแท้ง เนื่องจากผู้ป่วยทำแท้งด้วยตนเอง หรือ ใช้ยาทำแท้งนอกระบบบริการสาธารณสุข จากรายงานการเฝ้าระวังการแท้ง พ.ศ. 2557 พบว่ามีผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน รุนแรงมากที่สุดคือ ตกเลือดมากจนต้องให้เลือด⁽⁵⁾ จากสถานการณ์การทำแท้งดังกล่าว ประเทศไทยจึงขับเคลื่อนนโยบายการ ยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย โดยกรมอนามัยร่วมมือกับ Concept Foundation ศึกษาสำรวจเรื่องระบบการให้บริการยุติการ ตั้งครรภ์ด้วยยาเม็ดพรีสโตนและไมโซโพรสโตลที่บรรจุในแผงเดียวกัน เพื่อประเมินถึงรูปแบบที่ดีที่สุดในการให้บริการในบริบท สำหรับสังคมไทย โดยพบว่า ประสิทธิภาพของการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยาเท่ากับร้อยละ 95⁽⁶⁾ หลังจากนั้นได้ผลักดันยายุติการ ตั้งครรภ์ให้บรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชีย่าย่อย จ(1)⁽⁷⁾ ตลอดจนมีการผลักดันให้เกิดเครือข่ายอาสาสมัครบริการยุติการ ตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย (Referral system for Safe Abortion: RSA) ควบคู่ไปกับสายด่วนปรึกษาทางเลือกท้องไม่พร้อม 1663 รวมทั้งตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 สปสช. ได้ให้การสนับสนุนค่าบริการการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยใน หญิงไทยทุกกลุ่มอายุ ทุกสิทธิการรักษา และตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 สปสช. ได้ให้การสนับสนุนค่าบริการการป้องกันและ ควบคุมการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ โดยการคุมกำเนิดกึ่งถาวร ในหญิงไทยอายุ 20 ปีขึ้นไปทุกสิทธิการรักษา กรณีหลังยุติ การตั้งครรภ์⁽⁴⁾

สำหรับการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth-friendly Health Services - YFHS) เป็น นโยบายของประเทศไทยตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2553 เมื่อมีการประกาศใช้นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรฐานการ เจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553-2557) และระบุให้การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นเป็นหนึ่งในมาตรการหลัก เพื่อปรับปรุงสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น รวมทั้งในพ.ศ. 2556-2557 ได้ร่วมกับกรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค และสถาบันวิชาการพัฒนา “คู่มือแนวทางการจัดบริการสุขภาพวัยรุ่นแบบบูรณาการตามมาตรฐานกระทรวง สาธารณสุข” และใน พ.ศ. 2562 ได้พัฒนามาตรฐานการจัดบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นให้เป็นไปตามมาตรฐานขององค์การ อนามัยโลก รวมทั้งได้พัฒนาระบบการประเมินมาตรฐานการจัดบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นแบบออนไลน์ ทั้งนี้กระทรวง สาธารณสุขได้ตั้งเป้าหมายให้ทุกคลินิกในโรงพยาบาลทั่วประเทศได้รับการรับรองด้านมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตร สำหรับวัยรุ่นภายในปี พ.ศ. 2563 ข้อมูล ณ 2 ตุลาคม 2562 มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน YFHS จำนวน 789 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 90.17 ^(8,9)

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้จะมีการประเมินผลการจัดบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาลในประเทศไทยและการติดตามประเมินผลการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนแล้ว แต่ยังคงขาดข้อมูลในการวิเคราะห์ ถึงสาเหตุ ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งมีความจำเป็นต้องทบทวนสถานการณ์การจัดบริการให้เป็นปัจจุบัน ส่วนการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ยังไม่มีการประเมินผลการดำเนินงาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการจัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย พ.ศ. 2562 เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดบริการคุมกำเนิดการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน รวมทั้งการเบิกค่าบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลภาครัฐ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุง แก้ไข พัฒนากลไก มาตรการ และแนวทางในการขับเคลื่อนนโยบายสำหรับการจัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ และเบิกค่าบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ตามชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์เพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ของการจัดบริการคุมกำเนิด การจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย และการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนของโรงพยาบาลภาครัฐ
2. เพื่อศึกษาสถานการณ์การเบิกค่าบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลภาครัฐ

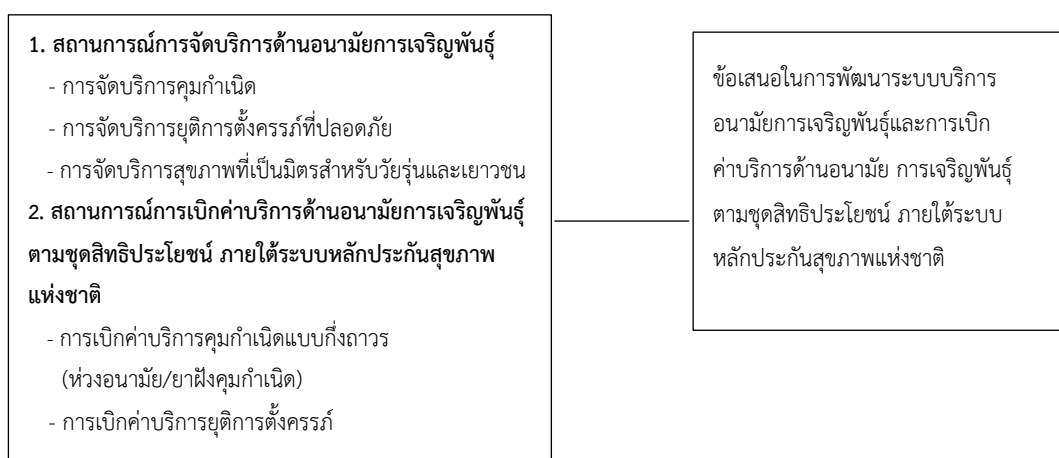
ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา : ศึกษาสถานการณ์ของการจัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์โดยครอบคลุมในเรื่องการจัดบริการคุมกำเนิด การจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน และการเบิกค่าบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลภาครัฐ

เขตด้านประชากร : การศึกษาในโรงพยาบาลภาครัฐในประเทศไทย ประกอบด้วย

- 1) โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน
- 2) โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประโยชน์ที่ได้จากการศึกษา

1. ทราบสถานการณ์ของการจัดบริการคุมกำเนิด การจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน และการเบิกค่าบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของโรงพยาบาลภาครัฐในประเทศไทย
2. มีข้อมูลเพื่อปรับปรุงพัฒนากฎหมาย นโยบาย มาตรการ แนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) ซึ่งมีรายละเอียดวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร

เป็นโรงพยาบาลภาครัฐในประเทศไทยสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและนอกกระทรวงสาธารณสุขที่ขึ้นทะเบียนและมีรหัสหน่วยบริการสุขภาพของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 1,085 แห่ง ณ วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2562

ตัวอย่าง

เป็นโรงพยาบาลภาครัฐในประเทศไทยสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวนทั้งหมด 1,085 แห่ง ใน 12 เขตสุขภาพ และกรุงเทพมหานคร ดังนี้

- 1) โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 961 โดยเป็นโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 897 แห่ง (โรงพยาบาลศูนย์ 34 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 82 แห่ง และ โรงพยาบาลชุมชน 781 แห่ง) และโรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 64 แห่ง
- 2) โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 124 แห่ง

โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ คือ เป็นโรงพยาบาลภาครัฐ ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจากโครงการ คือ ไม่มีบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และไม่ได้รับอนุญาตจากผู้บังคับบัญชาในการให้ข้อมูล และเกณฑ์การให้อาสาสมัครเลิกจากการศึกษา คือ สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัยในตอนแรก แต่ต่อมาขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดบริการคุมกำเนิด การยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย การบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน และการเบิกค่าบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ตามชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเป็นการให้ข้อมูลในนามของโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล ประกอบด้วยข้อความแบบเติมคำ และแบบเลือกคำตอบที่ตรงกับความจริง จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ สังกัดของผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ตอบแบบสอบถาม ชื่อและที่ตั้งของโรงพยาบาล รวมทั้งการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 การจัดบริการคุมกำเนิด ประกอบด้วยข้อความแบบเติมคำ และแบบเลือกคำตอบที่ตรงกับความจริง จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ การจัดบริการคุมกำเนิดตามสิทธิการรักษาของกลุ่มเป้าหมาย วิธีการคุมกำเนิดที่จัดบริการ ผู้ให้บริการคุมกำเนิด สาเหตุที่ไม่มีการจัดบริการคุมกำเนิด และการส่งต่อกรณีที่ไม่มีการ

ส่วนที่ 3 การจัดการบริการยุติการตั้งครรภ์ ประกอบด้วยข้อคำถามแบบเติมคำ และแบบเลือกคำตอบที่ตรงกับความ เป็นจริง จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ จำนวนบุคลากรที่ให้บริการ การให้บริการยุติการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลด้วยวิธีต่าง ๆ อายุครรภ์สูงสุดที่สามารถให้บริการได้ ข้อบ่งชี้ในการให้บริการ สาเหตุที่ไม่มีการจัดการบริการ และการส่งต่อกรณีที่ไม่มีการ

ส่วนที่ 4 การจัดการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ประกอบด้วยข้อคำถามแบบเติมคำ และแบบเลือกคำตอบที่ตรงกับความ เป็นจริง จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ การจัดการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ในโรงพยาบาล รายละเอียดการจัดการบริการ และจำนวนผู้มารับบริการจำแนกตามช่องทางที่มาใช้บริการและประเภทบริการ

ส่วนที่ 5 การเบิกค่าบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วยข้อคำถามแบบเติมคำ และแบบเลือกคำตอบที่ตรงกับความ เป็นจริง จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ การเบิกค่าบริการในการจัดการบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร และการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. นำเครื่องมือไปเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมจำนวน 3 ท่าน โดยเป็นอาจารย์จากมหาวิทยาลัย จำนวน 1 ท่าน และนักวิชาการ จำนวน 2 ท่าน เพื่อพิจารณาด้านเนื้อหาสาระ โครงสร้างของข้อคำถาม และภาษาที่ใช้ โดยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการวัดความเที่ยงตรงของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์โดยใช้ IOC (Index of Item Objective Congruence) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.6-0.8

2. นำเครื่องมือที่ได้รับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญมาตรวจสอบปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องแล้วนำไปในการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม พร้อมส่งแบบสอบถาม คำชี้แจงการวิจัยและการยินยอมในการให้ข้อมูล รวมทั้งหนังสือรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยกรมอนามัย จัดส่งให้กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป้าหมายทุกแห่ง พร้อมแนบซองติดตราไปรษณียากรสำหรับส่งแบบสอบถามกลับมายังผู้วิจัย

2. ผู้ตอบแบบสอบถามที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการจัดการบริการคุมกำเนิด การจัดการบริการยุติการตั้งครรภ์ การจัดการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน รวมทั้งการเบิกค่าบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ข้อมูลในนามของโรงพยาบาล

3. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล โดยทวนสอบความถูกต้องกับผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ตอบแบบสอบถามทางโทรศัพท์

4. ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือน มิถุนายน – กันยายน 2562

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัย กับคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยกรมอนามัย รหัสโครงการวิจัย 334 พิจารณารับรองวันที่ 11 มิถุนายน 2562

2. ผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย การเก็บรักษาความลับ ให้กับผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ตอบแบบสอบถามทราบในคำชี้แจงหน้าแรกของแบบสอบถาม ซึ่งชื่อ-สกุลของผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ตอบแบบสอบถาม จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และกำหนดการทำลายเอกสารจะดำเนินการหลังงานวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว

3. ผู้วิจัยมีการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ตอบแบบสอบถาม โดยจะนำข้อมูลไปใช้นำเสนอในภาพรวม ไม่กล่าวชื่อ-สกุลของผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ตอบแบบสอบถาม และจะทำลายเอกสาร/หรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ตอบแบบสอบถามได้ภายในระยะเวลา 1 ปี หลังสิ้นสุดโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) อธิบาย จำนวน และร้อยละ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล

ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลภาครัฐทั่วประเทศไทย จำนวน 1085 แห่ง โรงพยาบาลตอบแบบสอบถามกลับ จำนวน 390 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 36.0 โดยโรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่เป็น โรงพยาบาลภาครัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 346 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 95.8 แบ่งเป็นโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 342 แห่ง ร้อยละ 94.7 (โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 3.3 โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 7.8 และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 83.6) และโรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 4 แห่ง ร้อยละ 1.1 นอกจากนั้น เป็นโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 15 แห่ง หรือร้อยละ 4.2 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาลภาครัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	346	95.8
ก. โรงพยาบาลในสังกัด	342	94.7
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		
- โรงพยาบาลศูนย์	12	3.3
- โรงพยาบาลทั่วไป	28	7.8
- โรงพยาบาลชุมชน	302	83.6
ข. โรงพยาบาลนอกสังกัด	4	1.1
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		
โรงพยาบาลภาครัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	15	4.2
รวม	361	100.0

2. สถานการณ์ของการจัดบริการคุดำเนิน

ภาพรวมของการจัดบริการคุดำเนินของโรงพยาบาลทุกประเภท จำนวน 361 แห่ง พบว่า มีการจัดบริการคุดำเนินแก่ประชาชนครบทุกสิทธิ โดยสิทธิ สปสช. มากที่สุด ร้อยละ 98.6 รองลงมาคือ สิทธิข้าราชการ ร้อยละ 97.5 สิทธิประกันสังคม ร้อยละ 95.5 จ่ายค่าบริการเอง ร้อยละ 85.4 สิทธิประกันแรงงานต่างด้าว ร้อยละ 84.6 และสิทธิประกันเอกชนน้อยที่สุด ร้อยละ 62.6

วิธีการคุดำเนินด้วยวิธีสมัยใหม่ ที่มีการจัดบริการมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ยาเม็ดคุดำเนินชนิดฮอร์โมนรวม และยาฉีดคุดำเนินเท่ากัน ร้อยละ 99.4 รองลงมา คือ ถุงยางอนามัย ร้อยละ 97.5 และยาฝังคุดำเนินชนิด 1 หลอด ร้อยละ 89.5 ส่วนวิธีคุดำเนินด้วยวิธีสมัยใหม่ที่มีการจัดบริการน้อยที่สุด คือ ห่วงอนามัยชนิดฮอร์โมน ร้อยละ 17.4 เมื่อพิจารณาตามวิธีการคุดำเนิน พบว่า วิธีการคุดำเนินแบบชั่วคราว โรงพยาบาลจัดบริการมากที่สุด คือ ยาเม็ดคุดำเนินชนิดฮอร์โมนรวม และยาฉีดคุดำเนินเท่ากัน ร้อยละ 99.4 วิธีการคุดำเนินแบบกึ่งถาวร โรงพยาบาลจัดบริการมากที่สุด คือ ยาฝังคุดำเนินชนิด 1 หลอด ร้อยละ 89.5 วิธีการคุดำเนินแบบถาวร โรงพยาบาลจัดบริการมากที่สุด คือ ทำหมันหญิง ร้อยละ 54.0 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ จำแนกตามวิธีการคุมกำเนิด

วิธีการคุมกำเนิด	การจัดบริการ	
	มีการจัดบริการ	ไม่มีการจัดบริการ
วิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราว		
ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม (n=360)	358 (99.4)	2 (0.6)
ยาฉีดคุมกำเนิด (n=360)	358 (99.4)	2 (0.6)
ถุงยางอนามัย (n=361)	352 (97.5)	9 (2.5)
ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยว (n=352)	204 (58.0)	148 (42.0)
ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน (n=350)	156 (44.6)	194 (55.4)
วิธีคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร		
ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 1 หลอด (n=305)	273 (89.5)	32 (10.5)
ห่วงอนามัยชนิดทองแดง ML Cu 375 (n=122)	93 (76.2)	29 (23.8)
ห่วงอนามัยชนิดทองแดง Cu T 380 A (n=122)	39 (32.0)	83 (68.0)
ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 2 หลอด (n=305)	68 (22.3)	237 (77.7)
ห่วงอนามัยชนิดฮอร์โมน (n=351)	61 (17.4)	290 (82.6)
วิธีคุมกำเนิดแบบถาวร		
ทำหมันหญิง (n=354)	191 (54.0)	163 (46.0)
ทำหมันชาย (n=352)	115 (32.7)	237 (67.3)

สาเหตุสำคัญที่ไม่มีการจัดบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรด้วยวิธีห่วงอนามัยชนิดฮอร์โมน ห่วงอนามัยชนิดทองแดง และยาฝังคุมกำเนิด คือ ปริมาณการใช้น้อย ราคาแพง และไม่มีบุคลากรให้บริการ ทั้งนี้ ผู้ให้บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรเป็นแพทย์มากกว่าพยาบาล สำหรับโรงพยาบาลที่ไม่มีบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรดำเนินการส่งต่อผู้รับบริการไปยังโรงพยาบาลในเครือข่ายแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่ตรงตามความต้องการ แต่อย่างไรก็ตาม ผู้รับบริการบางส่วนยังต้องประสบปัญหาจำเป็นต้องหาสถานที่เพื่อขอรับบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรที่ต้องการด้วยตนเอง เนื่องจากโรงพยาบาลไม่มีการจัดบริการคุมกำเนิดคุมกำเนิดกึ่งถาวรวิธีดังกล่าว

3. สถานการณ์การจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

โรงพยาบาลภาครัฐในประเทศไทยส่วนใหญ่ร้อยละ 70.1 ไม่มีการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ เนื่องจากสาเหตุไม่มีแพทย์ให้บริการมากที่สุด ร้อยละ 65.1 รองลงมาคือ โรงพยาบาลไม่มีนโยบายการให้บริการ ร้อยละ 48.6 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาล จำแนกตามการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่จัดบริการ

การจัดบริการยุติการตั้งครรภ์	จำนวน (ร้อยละ)
มีบริการ	107 (29.9)
ไม่มีบริการ เนื่องจาก	251 (70.1)
- ไม่มีแพทย์ให้บริการ	95 (65.1)
- โรงพยาบาลไม่มีนโยบายให้บริการ	71 (48.6)
- อื่นๆ (ไม่มีสูติแพทย์, ส่งต่อ)	11 (7.5)
- มีแพทย์ แต่ไม่มีทีมให้บริการ	6 (4.1)

วิธีที่โรงพยาบาลดำเนินการในกรณีที่ไม่มีการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ คือ ส่งต่อผู้รับบริการไปยังโรงพยาบาลอื่น ที่มีการจัดบริการ ร้อยละ 95.5 และให้ผู้รับบริการหาสถานที่รับบริการเอง ร้อยละ 4.5

ส่วนโรงพยาบาลภาครัฐในประเทศไทยที่มีการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ ร้อยละ 29.9 แบ่งเป็น โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 2.5 โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 6.4 โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 18.4 โรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 0.3 โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 2.2 โดยมีการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ภายใต้เงื่อนไขอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 5.4 อายุครรภ์ตั้งแต่ 12 – 20 สัปดาห์ ร้อยละ 67.3 และอายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ ร้อยละ 27.3

โรงพยาบาลภาครัฐในประเทศไทยที่มีการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ ดำเนินการยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีดูดมดลูกมากที่สุด ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือ ใช้กระบอกดูดสูญญากาศ (MVA) ร้อยละ 65.3 ใช้อยา Misoprostol เดี่ยว ร้อยละ 61.1 ใช้อยา Mifepristone และ Misoprostol ที่บรรจุในแผงเดียวกัน ร้อยละ 29.2 ตามลำดับ

โรงพยาบาลให้บริการยุติการตั้งครรภ์เมื่อมีข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้ มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ทารกในครรภ์เสียชีวิต ร้อยละ 93.3 ทารกในครรภ์มีความผิดปกติรุนแรง ร้อยละ 76.0 และทารกในครรภ์เป็นโรคดาวน์หรือธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง ร้อยละ 68.4 ส่วนข้อบ่งชี้ที่โรงพยาบาลจะให้บริการยุติการตั้งครรภ์น้อยที่สุด คือ การตั้งครรภ์ในมารดาอายุต่ำกว่า 15 ปี ร้อยละ 31.9

4. สถานการณ์การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน

รูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นของโรงพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่ใช้สถานที่ร่วมกับคลินิกเฉพาะด้านอื่น ๆ จำนวน 209 แห่ง ร้อยละ 59.4 แยกเป็นคลินิกวัยรุ่นโดยเฉพาะ จำนวน 118 แห่ง ร้อยละ 33.5 และไม่ได้แยกเป็นคลินิกวัยรุ่นโดยเฉพาะ แต่ให้บริการร่วมกับผู้มารับบริการทั่วไป จำนวน 25 แห่ง ร้อยละ 7.1 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาล จำแนกตามรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน

รูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (n = 352)	จำนวน (ร้อยละ)
ใช้สถานที่ร่วมกับคลินิกเฉพาะด้านอื่นๆ	209 (59.4)
แยกเป็นคลินิกวัยรุ่นโดยเฉพาะ	118 (33.5)
ไม่ได้แยกเป็นคลินิกวัยรุ่นโดยเฉพาะ แต่ให้บริการร่วมกับผู้มารับบริการทั่วไป	25 (7.1)

การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนของโรงพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่เปิดให้บริการในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.30 – 16.00 น. ร้อยละ 94.8 และเปิดให้บริการในวันเสาร์อาทิตย์ เวลา 8.00 - 16.00 น. ร้อยละ 0.6 และให้บริการทุกวัน (7 วัน/สัปดาห์) ร้อยละ 5.2 โดยมีเจ้าหน้าที่ประจำในการให้บริการ เฉลี่ย 1-2 คน

โรงพยาบาลมีการจัดบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน 3 อันดับแรก ได้แก่ ข้อมูลความรู้และคำปรึกษาที่สถานบริการ บริการวางแผนครอบครัวและคุมกำเนิด และการฝากครรภ์ ตามลำดับ ส่วนบริการที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีการจัดบริการ 3 อันดับแรก ได้แก่ การมีคลินิกให้บริการนอกโรงพยาบาล การให้บริการยุติการตั้งครรภ์ ให้ข้อมูลความรู้ ให้คำปรึกษาทางเว็บไซต์

ผู้มารับบริการเฉลี่ยต่อเดือน พบว่า วัยรุ่นและเยาวชนทุกกลุ่มอายุ ส่วนใหญ่ รับบริการด้วยการ Walk in มาที่โรงพยาบาล เฉลี่ย 245 คนต่อเดือน โดยวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 15 ปี มารับบริการ Walk in เฉลี่ย 61 คนต่อเดือน ส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นชาย วัยรุ่นอายุ 15 – 19 ปี มารับบริการ Walk in เฉลี่ย 80 คนต่อเดือน ส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นหญิง และวัยรุ่นอายุ 20 – 24 ปี มารับบริการ Walk in เฉลี่ย 104 คนต่อเดือน ส่วนใหญ่ เป็นวัยรุ่นหญิง นอกจากวัยรุ่นมารับบริการด้วยช่องทาง Walk in แล้ว มีช่องทางอื่นที่วัยรุ่นยังมารับบริการ ได้แก่ โทรศัพท์มือถือส่วนตัว Line Facebook โทรศัพท์ของของโรงพยาบาล เว็บไซต์ตามลำดับ

5. สถานการณ์การเบิกค่าบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ตามชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ภาพรวมการเบิกค่าบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร ตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลในประเทศไทย พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 80) มีการเบิกค่าบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรในกลุ่มหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี และมีโรงพยาบาลเพียง 1 ใน 4 ที่มีการเบิกค่าบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรในหญิงอายุมากกว่า 20 ปีกรณีหลังยุติการตั้งครรภ์

การเบิกค่าบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรในกลุ่มหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี พบว่ามีโรงพยาบาลที่เบิกค่าบริการร้อยละ 88.1 โดยส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 74.8 ส่วนสาเหตุที่โรงพยาบาลไม่มีการเบิกค่าบริการ เนื่องจากไม่มีการจัดบริการในโรงพยาบาล ร้อยละ 88.2 ไม่ทราบว่าเบิกค่าบริการได้ ร้อยละ 5.9 และสาเหตุอื่น ๆ ร้อยละ 8.8 ส่วนการเบิกค่าบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรในกลุ่มหญิงอายุมากกว่า 20 ปีกรณีหลังยุติการตั้งครรภ์ พบว่า มีโรงพยาบาลเบิกค่าบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร ร้อยละ 25.5 โดยส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 18.7 สาเหตุที่โรงพยาบาลไม่มีการเบิกค่าบริการ เนื่องจากไม่มีการจัดบริการในโรงพยาบาล ร้อยละ 82.8 ไม่ทราบว่าเบิกค่าบริการได้ ร้อยละ 4.7 และสาเหตุอื่น ๆ ร้อยละ 13.1 การเบิกค่าบริการยุติการตั้งครรภ์ พบว่า มีโรงพยาบาลที่เบิกค่าบริการ ร้อยละ 11.6 โดยส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 7.3 ส่วนสาเหตุที่โรงพยาบาลไม่มีการเบิกค่าบริการ เนื่องจากไม่มีการจัดบริการในโรงพยาบาล ร้อยละ 89.3 ไม่ทราบว่าเบิกค่าบริการได้ ร้อยละ 2.3 และสาเหตุอื่น ๆ ร้อยละ 8.8

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการจัดบริการคุมกำเนิดด้วยวิธียาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม และยาฉีดคุมกำเนิด สำหรับโรงพยาบาลที่ไม่มีการจัดบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร เนื่องจากสาเหตุหลักคือ ราคาแพง หรือปริมาณการใช้บ่อย/ไม่เป็นที่นิยมของผู้รับบริการ หรือขาดบุคลากรที่สามารถให้บริการได้ โดยผู้ให้บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร ส่วนใหญ่เป็นแพทย์มากกว่าพยาบาล ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การจัดการบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาลในประเทศไทย พ.ศ. 2558 ของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์⁽¹⁰⁾ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัญหาหลักในการจัดการบริการคุมกำเนิดยังคงเป็นปัญหาเดิมจากปี 2558 ถึงปัจจุบัน คือ นโยบายของโรงพยาบาลและผู้บริหารไม่มีการจัดซื้อ/จัดหาเวชภัณฑ์คุมกำเนิดบางชนิด และขาดบุคลากรที่สามารถให้บริการได้ ซึ่งจำเป็นต้องมีการผลักดันนโยบายการแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง ส่วนปัญหาขาดบุคลากรที่สามารถให้บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรได้ในโรงพยาบาลนั้น แม้จะมีความพยายามของกรมอนามัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านวางแผนครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถจัดการบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรแทน/ร่วมกับแพทย์ได้ แต่ยังคงพบปัญหาความไม่เพียงพอและไม่ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล

เนื่องจากการอบรมต้องใช้งบประมาณในการอบรมค่อนข้างสูง สำหรับเป็นค่าเวชภัณฑ์ในการฝึกทักษะการให้บริการของผู้เข้ารับอบรม ซึ่งข้อมูลจากสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ พบว่า มีผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการให้บริการยาฝังคุมกำเนิดสำหรับพยาบาลของกรมอนามัย ระหว่างปี 2560 – 2563 จำนวน 464 คน และยังไม่ครอบคลุมจำนวนโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศที่มีจำนวน 961 แห่ง⁽⁹⁾ ด้วยสาเหตุของปัญหาข้างต้น จึงอาจส่งผลให้วัยรุ่นเข้าไม่ถึงบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร และทำให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นตามมา ด้วยการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ เนื่องจากวัยรุ่นรับบริการครั้งเดียวสามารถคุมกำเนิดได้นาน 5 ปี และ 5 ปี^(2,11)

โรงพยาบาลภาครัฐในประเทศไทยส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.1 ไม่มีการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ เนื่องจากไม่มีแพทย์ให้บริการมากที่สุด ร้อยละ 65.1 สาเหตุจากทัศนคติและความเชื่อเรื่องบาป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เรณู ชูนิล และวรรณภา นาราเวช เรื่องรูปแบบการจัดระบบบริการและการยอมรับการยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยาในประเทศไทย พบว่า ผู้รับบริการยังคงเผชิญปัญหาแรงกดดันจากทัศนคติความเชื่อของสังคมที่ว่าการทำงานเป็นบาป⁽⁶⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิรักษ์ นภาพันธุ์ และ พูนชัย ปันธิยะ เรื่อง ทัศนคติของสูติแพทย์ต่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย พบว่า กลุ่มที่ไม่สนับสนุนและไม่ยินดีที่จะยุติการตั้งครรภ์นั้น มองว่าเป็นการกระทำที่ผิดศีลธรรมและเป็นบาป⁽¹²⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรวิพรรณ เจนสาริกมล สุภวัณณ์ พลายน้อย เนาวรัตน์ พลายน้อย และกิตติพงศ์ แซ่เจ็ง เรื่อง การเข้าถึงสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นใน 3 จังหวัดของประเทศไทย ซึ่งยังคงพบว่า ปัญหาการเข้าถึงสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ในด้านยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย คือ ขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อ และศาสนา⁽¹³⁾ ซึ่งนับว่าเป็นประเด็นท้าทายในประเทศไทยที่นับถือศาสนาพุทธและเชื่อในเรื่องบาปและบุญ ด้วยสาเหตุดังกล่าวนี้ อาจส่งผลให้เกิดปัญหาหญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าไม่ถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย แต่ไปแสวงหาคลินิกและยาเถื่อนสำหรับการทำแท้ง เนื่องจากเข้าถึงได้ง่ายกว่า⁽¹⁴⁾ และทำให้เสียชีวิตในขณะตั้งครรภ์ตามมา⁽¹⁵⁾ ดังนั้นกรมอนามัย จึงได้พัฒนาเครือข่ายแพทย์อาสาส่งต่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน มีความสอดคล้องกับมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตร (ฉบับบูรณาการ) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่มี 4 องค์ประกอบ คือ การบริหารจัดการ การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและการสร้างความต้องการในการใช้บริการ การจัดบริการสุขภาพส่งเสริมสุขภาพสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน และระบบบริการ โดยรูปแบบการจัดบริการของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ใช้สถานที่ร่วมกับคลินิกบริการด้านอื่น ๆ เนื่องจากบริบทและข้อจำกัดของโรงพยาบาล เช่น สถานที่ นโยบายผู้บริหาร จำนวนผู้ให้บริการ บางแห่งสามารถแยกเป็นคลินิกวัยรุ่นโดยเฉพาะที่สะดวกในการเข้ารับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตร (ฉบับบูรณาการ) ในองค์ประกอบที่ 4 ของมาตรฐาน⁽⁸⁾

การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ส่วนใหญ่ให้บริการในเวลาราชการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรวิพรรณ เจนสาริกมล สุภวัณณ์ พลายน้อย เนาวรัตน์ พลายน้อย และกิตติพงศ์ แซ่เจ็ง เรื่อง การเข้าถึงสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นใน 3 จังหวัดของประเทศไทย พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการจัดบริการคลินิกวัยรุ่นในเวลาราชการ⁽¹³⁾ จึงอาจไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของวัยรุ่นที่ต้องไปเรียนหนังสือในเวลาราชการ อย่างไรก็ตามสถานบริการมีการคำนึงถึงความต้องการและสะดวกในการเข้ารับบริการของวัยรุ่น โดยมีช่องทางให้วัยรุ่นติดต่อเข้ารับบริการผ่านทางโทรศัพท์ของทางโรงพยาบาล โทรศัพท์มือถือส่วนตัว เฟสบุ๊ก และไลน์ แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นใช้เทคโนโลยีในการติดต่อเข้ารับบริการ นอกจากนี้ โรงพยาบาลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญของการจัดบริการเชิงรุก เพื่อให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการที่เป็นมิตร มีการให้ความรู้และการออกหน่วยบริการนอกสถานที่ แต่อย่างไรก็ตามยังมีโรงพยาบาลส่วนน้อยจัดคลินิกวัยรุ่นนอกโรงพยาบาลตามองค์ประกอบที่ 2 ของมาตรฐาน⁽⁸⁾

โรงพยาบาลภาครัฐทั่วประเทศที่ไม่มีการเปิดค่าบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร มีสาเหตุจากเคยให้บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรแต่ปัจจุบันหยุดให้บริการแล้ว และขาดบุคลากรที่สามารถให้บริการคุมกำเนิด

แบบกึ่งถาวรได้ เนื่องจากไม่ได้รับการอบรม รวมทั้งการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดหลังยุติการตั้งครรภ์ชนิดอื่นแทนการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร การเบิกค่าบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรทั้งในกลุ่มหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี และหญิงอายุมากกว่า 20 ปี หลังยุติการตั้งครรภ์ พบว่า เบิกโดยโรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด รองลงมาคือ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลชุมชนจากเดิม ที่เคยมีปัญหาการเบิกค่าบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร ผ่านระบบ E-Claim สูงถึงร้อยละ 79 ในปี 2558 จากการศึกษาเรื่องการจัดการบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาลในประเทศไทย พ.ศ. 2558 ของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์⁽¹⁰⁾ แต่ในปัจจุบันปัญหาการเบิกค่าบริการลดลง ทำให้มีจำนวนโรงพยาบาลที่เบิกค่าบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรเพิ่มขึ้น

สรุปผล

จากผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการจัดการบริการคุมกำเนิดแบบชั่วคราวด้วยวิธียาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม และยาฉีดคุมกำเนิด โดยโรงพยาบาลที่ไม่มีการจัดการบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร มีสาเหตุจากราคาแพง ไม่เป็นที่นิยม และขาดบุคลากรที่สามารถให้บริการได้ โรงพยาบาลมีบริการยุติการตั้งครรภ์เพียงร้อยละ 29.9 ส่วนใหญ่จัดการบริการในอายุครรภ์ 12 – 20 สัปดาห์ โดยใช้วิธีดูดมดลูก ข้อบ่งชี้ คือ ทารกในครรภ์เสียชีวิต สาเหตุหลักที่ไม่จัดการบริการยุติการตั้งครรภ์ คือ ไม่มีแพทย์ให้บริการ ด้วยจากทัศนคติและความเชื่อเรื่องบาป การจัดการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นส่วนใหญ่จะใช้สถานที่ร่วมกับคลินิกอื่น ให้บริการในเวลาราชการ ซึ่งไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของวัยรุ่นที่จะมารับบริการ การเบิกค่าบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ตามชุดสิทธิประโยชน์ พบว่า มีการเบิกค่าบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี มากที่สุด สาเหตุที่โรงพยาบาลไม่มีการเบิกค่าบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร เนื่องจากหยุดให้บริการ ขาดบุคลากรที่สามารถให้บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรได้ รวมทั้งยังมีโรงพยาบาลบางแห่งที่ไม่ทราบว่าเบิกค่าบริการได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้โรงพยาบาลทุกแห่งมีการจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรสำหรับจัดการบริการ โดยเบิกค่าบริการตามหลักเกณฑ์การสนับสนุนค่าบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร ตามชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ประชาชนโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นสามารถเข้าถึงบริการได้เพิ่มขึ้น อันจะส่งผลให้ปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นลดลงตามมา
2. ควรส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อให้มีความรู้และทักษะในการฝังยาคุมกำเนิดครอบคลุมในโรงพยาบาลทุกแห่ง รวมทั้งติดตามประเมินผลการจัดการบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรของผู้ที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพ เพื่อให้ทราบสถานการณ์การให้บริการในปัจจุบัน และเป็นข้อมูลแก่หน่วยบริการในการส่งต่อผู้รับบริการ
3. ควรส่งเสริมเจตคติที่ดีให้แก่บุคลากรทางด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย รวมทั้งการสนับสนุนให้โรงพยาบาลมีการจัดการบริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยาแทนการดูดมดลูก ซึ่งจะมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการมากกว่าการดูดมดลูก
4. ควรเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการของวัยรุ่นและเยาวชน โดยมีการจัดการเชิงรุกนอกโรงพยาบาลที่เชื่อมโยงกับชุมชน และในรูปแบบออนไลน์ เพื่อให้คำปรึกษาและคำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาการจัดการบริการคุมกำเนิด การจัดการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น การจัดการบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย และการเบิกค่าบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในโรงพยาบาลเอกชน เพื่อให้ครอบคลุมหน่วยบริการทุกประเภทที่มีการจัดการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย รวมถึงการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับสาเหตุที่ไม่มีการจัดการบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ของโรงพยาบาลภาครัฐ ในประเทศร่วมด้วย

2. ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่น เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการ อนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี 2562. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.พ. 2562]. เข้าถึงได้จาก: https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/rh/n86_0559234e9637e6dbb75f01b6e1e1a1aa_%E0%B8%AA%E0%B8%96%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%93%E0%B9%8CRH_2562_Website.pdf
2. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. รายงานเฝ้าระวังการแท้งประเทศไทย พ.ศ. 2562. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 26 เม.ย.2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://rh.anamai.moph.go.th/th/surveillance-report/2514#wow-book/>
3. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. คำแนะนำในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นของ American College of Obstetrics and Gynecology และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย การอบรมยาฝังคุมกำเนิดสำหรับพยาบาลวิชาชีพ. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2560.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การสนับสนุนค่าบริการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย และป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.พ. 2562]. เข้าถึงได้จาก: https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/7x027006c2abe84e89b5c85b44a692da94/202011/m_news/31982/192762/file_download/e84f4cb b4860b15768c6b035386c0747.pdf
5. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. รายงานเฝ้าระวังการแท้งประเทศไทย พ.ศ. 2557. [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 26 เม.ย.2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://rh.anamai.moph.go.th/th/surveillance-report/2505#wow-book/>
6. เรณู ชูนิล และวรรณภา นาราเวช. โครงการวิจัยรูปแบบการจัดระบบบริการและการยอมรับการยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยาในประเทศไทย. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2559; 39: 35-43.
7. คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2561. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.พ. 2562]. เข้าถึงได้จาก: https://ndi.fda.moph.go.th/uploads/main_drug_file/20180529192247.pdf
8. กรมอนามัย, กรมสุขภาพจิต, กรมควบคุมโรค. มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (ฉบับบูรณาการ) และแบบประเมินตนเอง. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม; 2557.
9. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. รายงานประจำปี 2563 สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.พ. 2564]. เข้าถึงได้จาก https://rh.anamai.moph.go.th/webupload/7x027006c2abe84e89b5c85b44a692da94/202101/m_news/32053/200929/file_download/5499b750564075b590cc442f64cae41.pdf
10. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. การจัดการบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาลในประเทศไทย พ.ศ.2558. นนทบุรี : กรมอนามัย; 2558.
11. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. แนวทางการจัดการบริการคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่น และหญิง-ชายที่เมสสัมพันธ์โดยไม่ได้แต่งงาน. กรุงเทพมหานคร: องค์การค้ำของ สกสค.; 2562.

12. สุทธิรักษ์ นภาพันธุ์, พูนชัย ปันนียะ. ทักษะชีวิตของสตรีแพทย์ต่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา. 2562;20(3):3-14.
13. Jensarikorn, P., Phlainoi, S., Phlainoi, N. and Saejeng, K. Accessibility to Reproductive Health Rights among Adolescents in three Provinces of Thailand. Journal of Health Research. 2019; 33: 35-42.
14. ศูนย์ข้อมูลและข่าวสืบสวนเพื่อสิทธิพลเมือง. เครือข่ายอาสา RSA แฉลงการณ์ข้อเท็จจริงเรื่องการทำแท้งในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 17 เม.ย.2564]. เข้าถึงได้จาก: www.tcijthai.com/news/2021/1/current/11301
15. Olson RM, Kamurari S. Barriers to safe abortion access: uterine rupture as complication of unsafe abortion in a Ugandan girl. BMJ Case Rep. 2017;bcr2017222360.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏภูมิภาควัดวันตก

วิภาณต์ดา โหม่งมาตย์¹ กมลภู ฌนอมสัตย์² เอ็มอัชมา วัฒนบุรณนที³ ดนัย บวรเกียรติกุล^{4*}

¹นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

³ศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

^{4*}รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีรูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า อิทธิพลจากสื่อสังคมออนไลน์ การส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากสถานศึกษา การส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากครอบครัว ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏภูมิภาควัดวันตก มีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 395 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ประกอบด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ ตามมหาวิทยาลัยราชภัฏภูมิภาควัดวันตกและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจับฉลาก (Simple random sampling) เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า อิทธิพลจากสื่อสังคมออนไลน์ การส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากสถานศึกษา การส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากครอบครัว โดยมีค่าความเชื่อมั่น 0.94, 0.91, 0.97 และ 0.94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา One-Way ANOVA และสถิติ Stepwise Multiple Regression Analysis

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับมาก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศ ($p \leq 0.000$) อายุ ($p \leq 0.007$) ค่าใช้จ่ายที่นักศึกษาได้รับจากผู้ปกครอง ($p \leq 0.000$) และสถานภาพสมรสของบิดามารดา ($p \leq 0.001$) และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม พบว่า อิทธิพลจากสื่อสังคมออนไลน์ การส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากสถานศึกษา และการส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.834$, 0.772 , และ 0.818) ตามลำดับ

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า/ พฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า/ นักศึกษา

Factors Affecting Preventing Depression Behavior among Students of Rajabhat University Western Thailand

Wikanda Mongmat¹ Kamollabhu Thanomsat² Aim-utcha Wattanaburanon³ Danai Bawornkiattikul^{4*}

¹Master of Public Health, Faculty of Public Health, Burapha University

²Asst. Prof., Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University

³ Prof., Faculty of Public Health, Burapha University

^{4*}Assoc. Prof., Faculty of Public Health, Burapha University

Abstract

This study is a cross-sectional survey research with the objective of studying the relationship between preventive behaviors and depression. Social media influence Promoting depression prevention from educational institutions Promoting family prevention of depression of students of Western Region Rajabhat University There was a sample size of 395 people. Using a multi-stage random sampling method. Consisting of stratified random sampling according to Western Region Rajabhat Universities and selecting samples by lottery (Simple random sampling). The instrument used in the research was a questionnaire regarding depression prevention behaviors. Social media influence Promoting depression prevention from educational institutions Promoting family prevention of depression Confidence values were 0.94, 0.91, 0.97, and 0.94, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, One-Way ANOVA, and Stepwise Multiple Regression Analysis.

The results of the research found that the sample group had overall depression prevention behaviors at a high level. Factors that are significantly related to depression prevention behavior at the 0.05 level include gender (p-value = 0.000), age (p-value = 0.007), expenses that students receive from their parents. (p-value = 0.000) and marital status of parents (p-value = 0.001) and when considering the relationship between the independent variable and the dependent variable, it was found that social media influence Promoting depression prevention from educational institutions and promotion of family depression prevention There is a positive relationship with depression prevention behaviors. Statistically significant at the .05 level ($r = 0.834, 0.772, \text{ and } 0.818$), respectively.

Keywords: Depression/ Behaviors to prevent depression/ Student

*Corresponding author: Danai Bawornkiattikul, email: danai@go.buu.ac.th, Tel: 0972941256

Received: October 18, 2023/ Revised: February 9, 2024/ Accepted: February 29, 2024

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดให้วันที่ 10 ตุลาคม ของทุกปีเป็นวันสุขภาพจิตโลก (World Mental Health Day) ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะทางสุขภาพจิตเวช โดยพบว่าประชากรทั่วโลกจำนวน 264 ล้านคน เป็นภาวะซึมเศร้า และพบว่าผู้ที่เป็นภาวะซึมเศร้าได้ฆ่าตัวตายจนสำเร็จ จำนวน 800,000 รายต่อปี โดยเฉพาะช่วงอายุ 15-29 ปี⁽¹⁾ และยังพบอีกว่าภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ถึงแม้จะมีวิธีการรักษาแต่ก็ยังพบปัญหาการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ จำนวนบุคลากรด้านสุขภาพที่มีจำนวนจำกัดนั้น⁽¹⁾ ในประเทศไทยพบผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า จำนวน 1.36 ล้านคน และพบมากในวัยรุ่น⁽²⁾ อาจเป็นเพราะวัยรุ่นส่วนใหญ่มักไม่ตระหนักในอาการซึมเศร้าของตัวเองและไม่ขอความช่วยเหลือจึงทำให้วินิจฉัยได้ยาก เนื่องจากในวัยรุ่นจะมี อารมณ์ขึ้น ๆ ลง ๆ ตามวัย⁽²⁾ ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นบ่อยและมีแนวโน้มสูงขึ้น⁽³⁾ สาเหตุเกิดจากหลายปัจจัยทั้งด้านความเครียดในการเรียนและการใช้ชีวิตตามลำพัง ปัญหาทางการเงิน ปัญหาด้านครอบครัว⁽⁴⁾ หากไม่ได้รับการช่วยเหลืออาจส่งผลต่อการเรียนและปฏิสัมพันธ์กับสังคมได้⁽⁴⁾ นอกจากนี้ภาวะซึมเศร่ายังทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้านร่างกายจิตใจ และที่รุนแรงคือมีโอกาสในการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง⁽⁵⁾ ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาสามารถป้องกันได้หากได้รับการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสมโดยการอาศัยความร่วมมือกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในสถานศึกษา⁽⁶⁾ การศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 ในจังหวัดเชียงใหม่ผลการวิจัยพบว่านักศึกษามีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 31.90⁽⁷⁾ และผลการสำรวจนักศึกษามหาวิทยาลัยเขตภาคกลางตอนบนพบว่ามีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 24.00⁽⁸⁾ ซึ่งพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาวัยรุ่นตอนปลายพบสูง ร้อยละ 53.50⁽⁸⁾ จากข้อมูลงานวิจัยและสถิติข้างต้นพบว่าวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความเสี่ยงเป็นภาวะซึมเศร้าแนวโน้มที่สูงขึ้น ดังนั้นสถานศึกษาจึงควรตระหนักถึงการป้องกันหรือการให้ความช่วยเหลือนักศึกษา แม้ในปัจจุบันมีแนวทางในการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าแต่ยังพบอุปสรรค เช่น บุคลากร สถานบริการให้การช่วยเหลือมีอยู่อย่างจำกัด⁽⁹⁾ เห็นได้ว่าผลกระทบดังกล่าวเป็นประเด็นเร่งด่วน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรวิทยาดงใต้ เพื่อเป็นการศึกษาถึงการป้องกันภาวะซึมเศร้า การวางแผนการส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้า และการนำผลการวิจัยไปต่อยอดโดยการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า อิทธิพลจากสื่อสังคมออนไลน์ การส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากสถานศึกษา การส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากครอบครัว ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรวิทยาดงใต้
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรวิทยาดงใต้ ที่มี เพศ อายุ ระดับชั้นปี ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ค่าใช้จ่ายที่นักศึกษาได้รับจากผู้ปกครอง สถานภาพสมรสของบิดามารดา การพักอาศัยที่แตกต่างกัน
3. เพื่อศึกษา อิทธิพลจากสื่อสังคมออนไลน์ การส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากสถานศึกษา การส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากครอบครัว เป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรวิทยาดงใต้

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรวิทยาดงใต้ หมายถึง มหาวิทยาลัยราชภัฏที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ภูมิภาควชิรวิทยาดงใต้ ประกอบด้วย มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม และมหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี

2. อิทธิพลจากสื่อสังคมออนไลน์ หมายถึง การที่นักศึกษา ได้รับข้อมูลข่าวสารการชักจูงให้นักศึกษามีการป้องกันตนเองจากภาวะซึมเศร้า และการได้รับข้อมูลข่าวสารตามสื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากภาวะซึมเศร้า ได้แก่ จากสถานีวิทยุกระจายเสียง จากโทรทัศน์ จากระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต และสังคมออนไลน์ รวมทั้งจากหนังสือพิมพ์ สื่อสิ่งพิมพ์ และจากป้ายประชาสัมพันธ์ ต่าง ๆ

3. การส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากสถานศึกษา หมายถึง การที่สถานศึกษามีกิจกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การจัดกิจกรรมวันสุขภาพจิตโลก การจัดคลินิกให้คำปรึกษาสุขภาพจิต การประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่าง ๆ การปิดป้ายประชาสัมพันธ์ อาจารย์มีการสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าแก่นักศึกษา มีการการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา

4. การส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากครอบครัว หมายถึง การที่นักศึกษา ได้รับการดูแลใส่ใจที่ดีจากบุคคลในครอบครัว โดยมีการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเรียน การเงิน เพื่อน การเข้าไปรับฟังเมื่อนักศึกษามีอาการแสดงถึงการมีความเครียด

5. พฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า หมายถึง พฤติกรรมที่นักศึกษานักศึกษาทำการป้องกันตนเองจากภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย

5.1 การตัดสินใจและการแก้ปัญหา หมายถึง วิธีการที่นักศึกษาใช้ในการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันตนเองจากภาวะซึมเศร้า

5.2 การจัดการกับอารมณ์และความเครียด หมายถึง วิธีการที่นักศึกษาใช้ในการจัดการกับอารมณ์และความเครียดเพื่อป้องกันตนเองจากภาวะซึมเศร้า

5.3 การใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะซึมเศร้า หมายถึง การใช้แอปพลิเคชัน เพื่อการป้องกันและบำบัดความเครียด เช่น line Facebook Instagram TikTok หรือ แอปพลิเคชันเกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าทั้งจากภาครัฐและเอกชน

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงอิทธิพลตัวแปรต้น เพศ อายุ ระดับชั้นปี ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ค่าใช้จ่ายที่นักศึกษาได้รับจากผู้ปกครอง สถานภาพสมรสของบิดามารดา การพักอาศัย อิทธิพลจากสื่อสังคมออนไลน์ การส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากสถานศึกษา การส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากครอบครัว
2. ทราบถึงปัจจัยต่อตัวแปรตาม อิทธิพลจากสื่อสังคมออนไลน์ การส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากสถานศึกษา การส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากครอบครัว
3. แนวทางการส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรวิทยาดงหลวง
4. แนวทางการส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของบุคคล ครอบครัวและสังคม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลจากนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรวิทยาดงหลวงตั้งแต่เดือน กรกฎาคม - สิงหาคม 2566

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรวิทยาดงหลวงที่กำลังศึกษา ปีการศึกษา 2566 จำนวน 30,075 คน⁽¹⁰⁾

2. กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรวิทยาดงหลวง จำนวน 395 คน ซึ่งได้มาจากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณตามสูตร Yamane⁽¹¹⁾ และผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ประกอบด้วย การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามภูมิภาคตามมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรวิทยาดงหลวง และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจับฉลาก (Simple Random Sampling)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรง (IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) เท่ากับ .984 แบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ส่วน จำนวน ข้อ 55 ข้อ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแบบให้เลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันภาวะซึมเศร้า แบ่งเป็น 3 ด้าน 1) ด้านการตัดสินใจและการแก้ปัญหาซึมเศร้า 2) การจัดการกับอารมณ์และความเครียด 3) ด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะซึมเศร้า ส่วนที่ 3 แบบสอบถามอิทธิพลจากสื่อสังคมออนไลน์ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากสถานศึกษา และส่วนที่ 5 แบบสอบถามการส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากครอบครัว แบบสอบถามส่วนที่ 2 -5 เป็นข้อคำถาม Rating scale มีค่าคะแนน 1-5 ใช้เกณฑ์ในการแปลความหมายข้อมูลของเบส และแบบสอบถามได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยบูรพา รับผิดชอบเมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม 2566 ตามหนังสือเลขที่ IRB3-048/2566 รหัสโครงการวิจัย G-HS021/2566 (C2)

4. การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือไปยังอธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรวิทยาดงหลวงเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล นำแบบสอบถามที่ได้ผ่านการพัฒนาและปรับปรุงจนมีคุณภาพไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 395 คน โดยได้รับแบบสอบถามกลับคืนจำนวน 395 ฉบับ คิดเป็น ร้อยละ 100

5. การวิเคราะห์ข้อมูลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ และใช้สถิติในการวิจัยดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่และร้อยละ
2. การวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ One-Way ANOVA

4. การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า ใช้สถิติ Stepwise Multiple Regression Analysis ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่และร้อยละ

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่และร้อยละ (n=395)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(n)	ร้อยละ(%)
เพศ	ชาย	119	30.10
	หญิง	255	64.60
	ทางเลือก	21	5.30
อายุ	อายุน้อยกว่า 21 ปี	257	65.00
	อายุ 21 ปีขึ้นไป	138	35.00
ระดับชั้นปี	ชั้นปีที่ 1	142	35.90
	ชั้นปีที่ 2	71	18.00
	ชั้นปีที่ 3	73	18.50
	ชั้นปีที่ 4	109	27.60
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน	น้อยกว่า 2.00	18	4.60
	2.00 -3.00	212	53.70
	3.00 ขึ้นไป	165	41.80
ค่าใช้จ่ายที่นักศึกษาได้รับจาก	น้อยกว่า 5,000 บาท	163	41.30
ผู้ปกครอง	5,001-10,000 บาท	147	37.20
	10,001-15,000 บาท	70	17.70
	15,001 บาท ขึ้นไป	15	3.80
สถานภาพสมรสของบิดามารดา	บิดา มารดา อยู่ด้วยกัน	246	62.30
	บิดา มารดา แยกกันอยู่/หย่าร้าง	106	26.80
	บิดา หรือมารดา เสียชีวิต	43	10.90
การพักอาศัย	พักอาศัยอยู่หอพักภายในมหาวิทยาลัย	11	2.80
	พักอาศัยอยู่หอพักภายนอกมหาวิทยาลัย	218	55.20
	พักอาศัยอยู่กับ บิดา มารดา	92	23.30
	พักอาศัยอยู่กับ ปู่ ย่า ตา ยาย	31	7.80
	พักอาศัยอยู่กับ ญาติ เพื่อนบ้าน คนรู้จัก อื่น ๆ	43	10.90

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 64.60 รองลงมาเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 30.10 และเพศทางเลือก คิดเป็นร้อยละ 5.30 กลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อยกว่า 21 ปี คิดเป็นร้อยละ 65.0 และอายุ 21 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 35.00 กลุ่มตัวอย่างกำลังศึกษาชั้นปีที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 35.90 รองลงมา กำลังศึกษาชั้นปีที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 27.60 กำลังศึกษาชั้นปีที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 18.50 และกำลังศึกษาชั้นปีที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 18.00 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสะสม 2.00 -3.00 คิดเป็นร้อยละ 53.70 รองลงมาพบคะแนนเฉลี่ยสะสม 3.00 ขึ้นไป ร้อยละ 41.80 และ

คะแนนเฉลี่ยสะสม น้อยกว่า 2.00 คิดเป็นร้อยละ 4.60 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างได้รับค่าใช้จ่ายที่นักศึกษาได้รับจากผู้ปกครอง ส่วนใหญ่เดือนละน้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 41.30 รองลงมาเดือนละ 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 37.20 เดือนละ 10,001-15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 17.70 และเดือนละ 15,001 บาท ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 3.80 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสของบิดามารดาส่วนใหญ่บิดา มารดา อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 62.30 รองลงมาบิดา มารดา แยกกันอยู่/หย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 26.80 และบิดา หรือมารดา เสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 10.90 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่หอพักภายนอกมหาวิทยาลัย คิดเป็นร้อยละ 55.20 รองลงมาพักอาศัยอยู่กับ บิดา มารดา คิดเป็นร้อยละ 23.30 พักอาศัยอยู่กับ ญาติ เพื่อนบ้าน คนรู้จัก อื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 10.90 พักอาศัยอยู่กับ ปู่ ย่า ตา ยาย คิดเป็นร้อยละ 7.80 และพักอาศัยอยู่หอพักภายในมหาวิทยาลัย คิดเป็นร้อยละ 2.80 ตามลำดับ

2. การวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (n = 395)

พฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า	$\bar{X}$	SD.	ค่าระดับ
การตัดสินใจและการแก้ปัญหา	4.19	.75	มาก
จัดการกับอารมณ์และความเครียด	4.27	.78	มาก
การใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะซึมเศร้า	4.16	.86	มาก
อิทธิพลจากสื่อสังคมออนไลน์	4.03	.83	มาก
การส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากสถานศึกษา	4.22	.81	มาก
การส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากครอบครัว	4.06	.83	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่าประชากรกลุ่มตัวอย่างมีระดับการจัดการกับอารมณ์และความเครียดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.27) รองลงมาคือได้รับการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากสถานศึกษาอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.22) การตัดสินใจและการแก้ปัญหาอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.19) การใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.16) การส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากครอบครัว อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.06) และอิทธิพลจากสื่อสังคมออนไลน์อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.03) ตามลำดับ

3. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบ เพศ อายุ ระดับชั้นปี ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ค่าใช้จ่ายที่นักศึกษาได้รับจากผู้ปกครอง สถานภาพสมรสของบิดามารดา การพักอาศัย กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า

จำแนกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =3.99) โดยเพศ ทางเลือก (n=21) อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.48) รองลงมาได้แก่เพศชาย (n=119) และเพศหญิง (n=255) อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.19), ($\bar{X}$ =3.86) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ (n=395)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	2	14.230	7.115	11.662*	<.001
ภายในกลุ่ม	392	239.157	.610		
รวม	394	253.387			

* P< .05

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่พฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง
จำแนกตามเพศ (n=395)

พฤติกรรมการป้องกัน ภาวะซึมเศร้า	เพศชาย $\bar{X}=4.19$	เพศหญิง $\bar{X}=3.86$	เพศทางเลือก $\bar{X}=4.48$
เพศชาย $\bar{X}=4.19$	-	.33*	.29
เพศหญิง $\bar{X}=3.86$	-	-	-.62*
เพศทางเลือก $\bar{X}=4.48$	-	-	-

* $P < .05$

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชายมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันกับเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพศชายมีการป้องกันภาวะซึมเศร้านอกจากเพศหญิง ($\bar{X}=4.19, 3.86$) และเพศหญิงแตกต่างกันกับเพศทางเลือกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเพศทางเลือกมีการป้องกันภาวะซึมเศร้านอกจากเพศหญิง ($\bar{X}=4.48, 3.86$)

จำแนกตามอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุต่างก็มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่กลุ่มตัวอย่างอายุ 21 ปีขึ้นไป (n=138) มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้านอกจากอายุ น้อยกว่า 21 ปี (n=257) ($\bar{X}=4.05, 3.96$)

จำแนกตามระดับชั้นปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.99$) โดยกลุ่มตัวอย่างชั้นปี 4 (n=109) มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.17$) รองลงมาได้แก่ชั้นปี 2 (n=71), ชั้นปี 1 (n=142) และชั้นปี 3 (n=73) มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.96$), ($\bar{X}=3.91$), ($\bar{X}=3.90$) ตามลำดับ

ตารางที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับชั้นปี

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	3	4.968	1.656	2.606	.051
ภายในกลุ่ม	391	248.420	.635		
รวม	394	253.387			

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับชั้นปีที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าไม่ต่างกัน

จำแนกตามผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.99$) โดยกลุ่มตัวอย่างคะแนนเฉลี่ยสะสม น้อยกว่า 2.00 (n=18) มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.11$) รองลงมาได้แก่คะแนนเฉลี่ยสะสม 3.00 ขึ้นไป (n=165) และ 2.00 - 3.00 (n=212) มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.01$), ($\bar{X}=3.97$) ตามลำดับ

ตารางที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	2	.453	.227	.351	.704
ภายในกลุ่ม	392	252.934	.645		
รวม	394	253.387			

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าไม่ต่างกัน

จำแนกตามค่าใช้จ่ายที่นักศึกษาได้รับจากผู้ปกครอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.99$) กลุ่มตัวอย่างได้รับค่าใช้จ่ายจากผู้ปกครองเดือนละ 10,001-15,000 บาท ($n=70$) มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.54$) รองลงมาเดือนละ 15,001 บาท ขึ้นไป ($n=15$) เดือนละ 5,001-10,000 บาท ($n=147$) และเดือนละน้อยกว่า 5,000 บาท ($n=162$) มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.37$), ($\bar{X}=4.11$), ($\bar{X}=3.61$) ตามลำดับ

ตารางที่ 7 พฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าใช้จ่ายที่นักศึกษาได้รับจากผู้ปกครอง

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	3	48.987	16.329	31.236*	<.001
ภายในกลุ่ม	391	204.400	.523		
รวม	394	253.387			

* $P < .05$

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับค่าใช้จ่ายจากผู้ปกครองต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่พฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

จำแนกตามค่าใช้จ่ายที่นักศึกษาได้รับจากผู้ปกครอง

	เดือนละ น้อยกว่า 5,000 บาท	เดือนละ 5,001-10,000 บาท	เดือนละ 10,001-15,000 บาท	เดือนละ 15,001 บาทขึ้นไป
พฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า	$\bar{X} = 3.61$	$\bar{X} = 4.11$	$\bar{X} = 4.54$	$\bar{X} = 4.37$
เดือนละน้อยกว่า 5,000 บาท $\bar{X} = 3.61$	-	-.51*	-.93*	-.76*
เดือนละ 5,001-10,000 บาท $\bar{X} = 4.11$	-	-	-.42*	-.25*
เดือนละ 10,001-15,000 บาท $\bar{X} = 4.54$	-	-	-	.16
เดือนละ 15,001 บาทขึ้นไป $\bar{X} = 4.37$	-	-	-	-

* $P < .05$

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับค่าใช้จ่ายจากผู้ปกครองเดือนละน้อยกว่า 5,000 มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันกับที่ได้รับค่าใช้จ่ายจากผู้ปกครองเดือนละ เดือนละ 15,001 บาท ขึ้นไป เดือนละ 10,001-15,000 บาท และเดือนละ 5,001-10,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับค่าใช้จ่ายจากผู้ปกครองเดือนละ 10,001-15,000 บาท มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้ามากที่สุดตามลำดับ ($\bar{X}=4.54$, 4.37, 4.11) และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับค่าใช้จ่ายจากผู้ปกครองเดือนละ 5,001-10,000 บาท มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันกับที่ได้รับค่าใช้จ่ายจากผู้ปกครองเดือนละ 15,001 บาท ขึ้น และเดือนละ 10,001-15,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับค่าใช้จ่ายจากผู้ปกครองเดือนละ 10,001-15,000 บาท มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้ามากที่สุดตามลำดับ ($\bar{X}=4.54$, 4.37) นอกนั้นไม่พบความแตกต่าง

จำแนกตามสถานภาพสมรสของบิดามารดาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.99$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่บิดา มารดา อยู่ด้วยกัน ($n=246$) มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.09$) รองลงมาได้แก่บิดามารดาแยกกันอยู่/หย่าร้าง ($n=106$) และบิดา หรือมารดาเสียชีวิต ($n=43$) มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.92$), ($\bar{X}=3.60$) ตามลำดับ

ตารางที่ 9 พฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพสมรสของบิดามารดา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	2	9.428	4.714	7.574*	.001
ภายในกลุ่ม	392	243.960	.622		
รวม	394	253.387			

* $P < .05$

จากตารางที่ 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่สถานภาพสมรสของบิดามารดาต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่พฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

จำแนกตามสถานภาพสมรสของบิดามารดา

พฤติกรรมการป้องกัน ภาวะซึมเศร้า	บิดา มารดา อยู่ด้วยกัน $\bar{X}=4.09$	บิดา มารดา แยกกันอยู่/หย่าร้าง $\bar{X}=3.92$	บิดา หรือมารดา เสียชีวิต $\bar{X}=3.60$
บิดา มารดา อยู่ด้วยกัน $\bar{X}=4.09$	-	0.164970	0.489468*
บิดา มารดา แยกกันอยู่/หย่าร้าง $\bar{X}=3.92$	-	-	0.324497
บิดา หรือมารดา เสียชีวิต $\bar{X}=3.60$	-	-	-

* $P < .05$

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่บิดา มารดา อยู่ด้วยกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน กับ บิดา หรือมารดา เสียชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ บิดา มารดา อยู่ด้วยกันมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้ามากกว่าบิดา หรือมารดา เสียชีวิต ($\bar{X}=4.09$, 3.60)

จำแนกตามการพักอาศัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.99$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่พักอาศัยอยู่กับ ญาติ เพื่อนบ้าน คนรู้จัก อื่น ๆ ($n=43$) มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.21$) รองลงมาได้แก่กลุ่มตัวอย่างที่อยู่กับ บิดา มารดา ($n=92$) ($\bar{X}=4.03$) อยู่กับ ปู่ ย่า ตา ยาย ($n=31$) ($\bar{X}=4.02$) อยู่หอพักภายนอกมหาวิทยาลัย ($n=218$) ($\bar{X}=3.94$) และอยู่หอพักภายในมหาวิทยาลัย ($n=11$) มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.77$) ตามลำดับ

ตารางที่ 11 พฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการพักอาศัย

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	3.460	4	.865	1.350	.251
ภายในกลุ่ม	249.927	390	.641		
รวม	253.387	394			

จากตารางที่ 11 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการพักอาศัยแตกต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าไม่ต่างกัน

4. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสมการ (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ตารางที่ 12 การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อิทธิพลจากสื่อสังคมออนไลน์ การส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากสถานศึกษา การส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากครอบครัวและพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา	(Y)	(X ₁)	(X ₂)	(X ₃)
พฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า (Y)	1			
อิทธิพลจากสื่อสังคมออนไลน์ (X ₁)	.834*	1		
การส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากสถานศึกษา (X ₂)	.772*	.742*	1	
การส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากครอบครัว (X ₃)	.818*	.703*	.733*	1

*P < .05

จากตารางที่ 12 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ อิทธิพลจากสื่อสังคมออนไลน์ (X₁) การส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากสถานศึกษา (X₂) และการส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากครอบครัว (X₃) กับตัวแปรตาม พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .834, .772$ และ $.818$)

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรอิสระ พบว่า อิทธิพลจากสื่อสังคมออนไลน์ (X₁) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากสถานศึกษา (X₂) และการส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากครอบครัว (X₃) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .742, .703$ ตามลำดับ) การส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากสถานศึกษา (X₂) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ การส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากครอบครัว (X₃) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .733$)

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากครอบครัว พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณที่เพิ่มขึ้น ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอยของ ได้แก่ อิทธิพลจากสื่อสังคมออนไลน์ การส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากสถานศึกษา

ตารางที่ 13 การวิเคราะห์ตัวแปรส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากครอบครัว

ลำดับที่	ตัวแปรที่เข้าสมการ	R	R ²	Adj R ²	R ² Change	S.E est.	F	Sig.
1	(X ₁)	.834 ^a	.696	.696	.696	.405	899.393	<.001*
2	(X ₁), (X ₃)	.896 ^b	.802	.801	.106	.327	794.717	<.001*
3	(X ₁), (X ₃), (X ₂)	.902 ^c	.811	.809	.009	.320	558.872	<.001*

* P < .05

จากตารางที่ 13 พบว่ามีตัวแปรอิสระจำนวน 3 ตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการถดถอย ได้แก่ อิทธิพลจากสื่อสังคมออนไลน์ (X₁) การส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากครอบครัว (X₃) และการส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจาก

สถานศึกษา (X_2) โดยค่า $P < .05$ ทุกตัวแปร หมายความว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปร มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏภูมิภาควะวันตก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการกับอารมณ์และความเครียดอยู่ในระดับมาก อาจเป็นเพราะว่าในปัจจุบันการเรียนการสอนได้สอดแทรกวิธีการป้องกันภาวะซึมเศร้า รวมถึงการเข้าถึงเทคโนโลยีหรือแอปพลิเคชันเพื่อจัดการกับอารมณ์และความเครียด การได้รับการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากสถานศึกษาอยู่ในระดับมาก เนื่องจากนโยบายของกรมสุขภาพจิตและมหาวิทยาลัยราชภัฏได้ร่วมมือกันค้นหาคัดกรองภาวะซึมเศร้า มีกิจกรรมสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งการศึกษาของ ดวงใจ วัฒนสินธุ์⁽¹²⁾ ระบุว่า การค้นหากลุ่มเสี่ยงจะสามารถช่วยป้องกันและลดความรุนแรงได้ และนโยบายกรมสุขภาพจิต เน้นการสร้างเสริมความรู้ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายในสถานศึกษา⁽¹³⁾ การตัดสินใจและการแก้ปัญหาอยู่ในระดับมากอาจเป็นเพราะว่าปัจจุบันบุคคลให้ความสำคัญกับภาวะซึมเศร้า ทำให้มีการค้นคว้าข้อมูลในการป้องกันภาวะซึมเศร้า การใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก อาจเป็นเพราะว่าปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศได้เข้ามามีบทบาทในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น เฟซบุ๊ก ไลน์ ยูทูบ อินสตาแกรม ดิกด็อก เป็นต้น ซึ่งการศึกษาของ ชนิกานต์ มุกตาแสงสว่าง⁽¹⁴⁾ พบว่าการใช้แอปพลิเคชันดิกด็อก จะได้ประโยชน์ด้านการติดต่อสื่อสารหรือมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่น การส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากครอบครัวอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.06$) อาจเป็นเพราะปัจจุบันครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเรื่องภาวะซึมเศร้ามากขึ้น การใส่ใจดูแลให้คำปรึกษา ซึ่งการศึกษาของ ศิราคริน พิชัยสงคราม และคณะ⁽¹⁵⁾ พบว่า การดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางจะช่วยในด้านอารมณ์ อิทธิพลจากสื่อสังคมออนไลน์อยู่ในระดับมาก อาจเป็นเพราะสื่อสังคมออนไลน์เข้ามามีบทบาทในการดำรงชีวิต การสื่อสารระบบอินเทอร์เน็ตเพื่อประชาสัมพันธ์ ซึ่งการศึกษาของ ชวนันท์ ขาญศิลป์⁽¹⁶⁾ พบว่าสื่อสังคมออนไลน์ได้เข้ามามีบทบาทต่อชีวิตประจำวันเพิ่มมากขึ้น และได้ส่งผลทั้งในด้านบวกและด้านลบ ผลกระทบด้านลบ เช่น มีการเสพติดสื่อออนไลน์มากเกินไปทำให้เกิดผลเสียด้านสุขภาพจิต และค่านิยม ภัยสังคม⁽¹⁷⁾ ยังให้ข้อมูลอีกว่าการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์มากเกินไปเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมากทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าปัจจุบันประเทศไทยให้ความสำคัญกับโรคทางสุขภาพจิตหรือภาวะซึมเศร้ามากยิ่งขึ้น เป้าหมายการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนลดอัตราการเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายทำให้หน่วยงานภาครัฐและเอกชนมีความตื่นตระหนกในปัญหาทำให้มีการสร้างสื่อประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพจิตเพิ่มมากยิ่งขึ้น

2. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า พบว่า เพศ ที่ต่างกันมีการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันเพศทางเลือกมีการป้องกันมากกว่าเพศหญิงและเพศชาย อาจเป็นเพราะว่าในปัจจุบันมีการยอมรับเพศทางเลือกมากยิ่งขึ้น ซึ่งการศึกษาของ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ⁽¹⁸⁾ ระบุว่าเพศทางเลือกมีความกดดันในการใช้ชีวิตเนื่องจากการมีวิถีทางเพศที่แตกต่างไปจากบรรทัดฐานที่สังคมกำหนด กลุ่มตัวอย่างอายุตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไป มีการป้องกันภาวะซึมเศร้ามากกว่าอาจเป็นเพราะช่วงอายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้มีประสบการณ์ชีวิตรู้วิธีการแก้ไขปัญหาและภาวะเครียด⁽¹⁰⁾ ซึ่งการศึกษาของ ดวงใจ วัฒนสินธุ์⁽¹⁰⁾ ประเด็นค่าใช้จ่ายที่นักศึกษาได้รับจากผู้ปกครอง เดือนละ 10,001-15,000 บาท มีการป้องกันภาวะซึมเศร้ามากที่สุด อาจเป็นเพราะว่าได้รับเงินจากผู้ปกครองมีความพอดีกับค่าใช้จ่าย ทำให้ไม่มีภาวะเครียดเรื่องค่าใช้จ่ายซึ่งการศึกษาของ อรรถสุดา เลิศกุลวัฒน์ และคณะ⁽¹⁹⁾ พบว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า และสถานภาพสมรสของบิดามารดา พบว่า บิดา มารดา อยู่ด้วยกันมีการป้องกันภาวะซึมเศร้ามากที่สุด อาจเป็นเพราะนักศึกษาไม่มีภาวะเครียดเรื่องความสัมพันธ์ของบิดามารดา มีรักความอบอุ่นคอยให้คำปรึกษาหรือวิธีแก้ไขปัญหาย่างถูกต้อง และความสัมพันธ์ภาพระหว่างบิดามารดา เพื่อน อาจารย์หรือบุคคลใกล้ชิดเป็นปัจจัยมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น⁽¹²⁾

3. ผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า พบว่า อิทธิพลจากสื่อสังคมออนไลน์ การส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากสถานศึกษา และการส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า อาจเนื่องมาจากปัจจุบันสื่อออนไลน์เข้ามามีบทบาทในการดำเนินชีวิตเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะสื่อ อินเทอร์เน็ต เฟสบุ๊ก อีสตราแกรม ยูทูบ ดิกต็อก รวมถึงแอปพลิเคชัน นักศึกษามีการใช้สื่อออนไลน์เพื่อลดภาวะเครียด เช่น ดิกต็อก มีการทำวิดีโอคลิปสั้น ๆ เน้นความบันเทิงเป็นวิธีการผ่อนคลายภาวะเครียด การใช้สื่อสังคมออนไลน์ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพจิตทั้งในทางลบและทางบวกซึ่งขึ้นอยู่กับวิธีการเลือกใช้ของบุคคล นอกจากนี้แล้วการส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากครอบครัวก็เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงบวก อาจเนื่องจากครอบครัวเป็นหัวใจหลักและสำคัญในชีวิตของนักศึกษาซึ่งครอบครัวเปรียบเสมือนสถาบันอันดับแรกที่นักศึกษามีความสัมพันธ์เชิงลึกเนื่องจากเป็นสถานที่ให้กำเนิดให้ความรักความอบอุ่นและปลอดภัย ส่งผลให้นักศึกษามีภูมิคุ้มกันในเรื่องนั้น ๆ ด้วยเป็นอย่างดี รวมถึงปัจจุบันครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ามากยิ่งขึ้น จึงสามารถให้คำแนะนำการป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้เกิดภาวะเครียดหรือภาวะซึมเศร้าได้ และการส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากสถานศึกษาเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า อาจเนื่องมาจากสถานศึกษาได้ดำเนินการส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยเสริมสร้างให้นักศึกษามีความสามารถในการปรับตัว มีความเข้มแข็งในการเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตมากขึ้น ปัจจุบันสถานศึกษามีการนำกิจกรรมหรือโครงการมาใช้ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในสถานศึกษาเพิ่มมากขึ้น เช่น มหาวิทยาลัยราชภัฏภูมิภาครัตนาธิเบศร์ได้มีกิจกรรมการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาทุกปีการศึกษา และได้ร่วมมือกับศูนย์สุขภาพจิตที่ 5 ในการดำเนินกิจกรรมขับเคลื่อนการดำเนินงานการเสริมสร้างทักษะชีวิตและดูแลปัญหาสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนไทยด้วยระบบสุขภาพจิตดิจิทัล⁽²⁰⁾ ทำให้นักศึกษาสามารถจัดการกับภาวะเครียดหรือจัดการกับปัญหาโดยใช้ประสบการณ์ในช่วงชีวิต และนักศึกษาสามารถขอคำแนะนำจาก เพื่อน ครู อาจารย์ ในสถานศึกษา ดังนั้นการส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากสถานศึกษาจึงมีความสัมพันธ์อย่างมากในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ผลการศึกษาของงานวิจัยนี้เป็นการใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนั้น เพื่อให้ได้ข้อมูลคุณภาพเชิงลึกควรเพิ่มขั้นตอนการสัมภาษณ์แบบกลุ่ม
2. สามารถนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้ามาศึกษาเชิงลึก
3. สามารถนำไปต่อยอดการศึกษาเชิงคุณภาพการสร้างเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผลการศึกษาของงานวิจัยนี้สามารถนำมาเป็นข้อเสนอแนะแนวทางการสร้างนโยบายการป้องกันภาวะซึมเศร้าในครอบครัว ในสถานศึกษา รวมถึงนโยบายการส่งเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้า ระดับบุคคล หรือชุมชน

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

ผลการศึกษาของงานวิจัยนี้สามารถนำมาเป็นข้อเสนอแนะแนวทางการสร้างเสริมการป้องกันภาวะซึมเศร้าโดยการใช้สื่อสังคมออนไลน์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Depression [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 6]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. กรมสุขภาพจิต. รายงานการศึกษาขององค์การอนามัยโลก. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดส์; 2561.

3. Davies EB, Morriss R, Glazebrook C. Computer-delivered and web-based interventions to improve depression, anxiety, and psychological well-being of university students: a systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res*. 2014;16(5):e130.
4. Islam MA, Low WY, Tong WT, Yuen CW, Abdullah A. Factors associated with depression among university students in Malaysia: A cross-sectional study. *KnE Life Sci*. 2018;4(4):415.
5. พิชัย อธิฐสกุล, ศิริไชย หงษ์สงวนศรี. โรคซึมเศร้า. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
6. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, เนตรชนก แก้วจันทา, วราลักษณ์ กิตติวัฒน์ไพศาล, อิงกภา โคตนารา. ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักศึกษา: ความแตกต่างระหว่างชายหญิง. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*. 2557;37(2):35-47.
7. พัชวารวรรณ แก้วกันทะ, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงราย. *พยาบาลสาร*. 2558;42(4):48-64.
8. สุกัญญา รักขจีกุล. ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ในนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2556;58(4):359-70.
9. Griffiths R, MacLeod G, McIntyre D. Effects of Supervisory Strategies in Microteaching on Students' Attitudes and Skill Acquisition: Investigations of Microteaching. 1977.
10. สำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน. รายงานจำนวนนักศึกษา. [Internet]. 2566 [cited 2023 Oct 3]. Available from: <https://dept.npru.ac.th/ac/data/files/202566.pdf>
11. Yamane, Taro. Statistics an introductory analysis. New York Harper & Row. 1973.
12. ดวงใจ วัฒนสินธุ์. การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น: จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*. 2559;24(1):1-12.
13. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. [Internet]. 2566 [cited 2023 Sep 1]. Available from: <https://psdg.dmh.go.th/og/files/1>
14. ชนิกานต์ มุกดาแสงสว่าง. พฤติกรรมและความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชัน TikTok ของผู้สูงอายุ. *ปริญญาณิพนธ์มหาบัณฑิต. คณะการจัดการ, มหาวิทยาลัยมหิดล*; 2564.
15. ศิรากริน พิชัยสงคราม, นุชสรา ทรัพย์อินทร์, ณัฐินี ชั่วชมเขต. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ดูแลเด็ก ปัจจัยด้านเด็กป่วยกับการรับรู้การได้รับการดูแลของผู้ดูแลเด็ก และการรับรู้การปฏิบัติกรพยาบาลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*. 2558;7(2):63-73.
16. ชวนันท์ ชาญศิลป์. การพัฒนาและทดสอบความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงเชิงสอดคล้องของแบบประเมินการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง Alabama Parenting Questionnaire (APQ) ฉบับภาษาไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2562;27(2):107-20.
17. คมสันต์ เกียรติรู้ฤทธิ. [Internet]. 2566 [cited 2023 Sep 1]. Available from: https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/doctor_name/
18. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, พันธุ์ณา กิตติรัตน์ไพบูลย์. ผลกระทบของเพศภาวะต่อสุขภาพจิตและแนวคิดเพศภาวะกำหนดนโยบายสุขภาพจิต. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2564;29(3):259-72.
19. อรรถสุดา เลิศกุลวัฒน์, จิตมา พุฒินานนท์. สภาวะเศรษฐกิจ สังคม และภาวะซึมเศร้า: กรณีศึกษาจากข้อมูลระดับจังหวัดในประเทศไทย. *วารสารเศรษฐศาสตร์ประยุกต์*. 2565;29(1):26-55.
20. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 5. [Internet]. 2566 [cited 2023 Oct 1]. Available from: <https://mh5c.dmh.go.th/backoffice/myfile/63f86ee9a9873.pdf>

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัย ตำบลทรงคนอง อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม

รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว^{1*} มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์² มารยาท โยทองยศ³ ชีราวุธ ปุณณวิช⁴ พณิชนันท์ งามสม⁵

^{1*}รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยเทคโนโลยีสยาม

²รองศาสตราจารย์ ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาเทคโนโลยีสารสนเทศ คณะเทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยกรุงเทพ

⁴อาจารย์ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

⁵ผู้อำนวยการโรงเรียนวัดทรงคนอง อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส. และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส. ของคนสูงวัย ตำบลทรงคนอง อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างคือคนสูงวัยอายุ 60 ปี ขึ้นไป ไม่ติดเตียง 204 คน ที่อาศัยอยู่ในตำบลทรงคนอง อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ วิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า คนสูงวัยมีความรู้ด้านสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส. ในระดับน้อย ร้อยละ 62.7 เข้าถึงบริการสุขภาพได้ในระดับมาก ร้อยละ 54.4 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.3 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส. โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.3 ระดับมาก ร้อยละ 35.7 และระดับน้อย ร้อยละ 2.0 ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 45.37 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.534 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส. ของคนสูงวัยได้ ร้อยละ 19.8 ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดโปรแกรมเพิ่มพูน ความรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมให้คนสูงวัย เพื่อให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ/ 3 อ. 2 ส./ คนสูงวัย

Factors Affecting Health Promotion Behaviors of Elderly In Songkhanong Sub-District, Sampran District, Nakhon Prathom Province

Roongrote Poomriew^{1*} Manirat Therawiwat² Marayat Yotongyos³

Chirawut Punrawit⁴ Phanissanan Ngamsom⁵

^{1*} Assoc. Prof., Faculty of Health Sciences, Siam Technology College

² Assoc. Prof., Faculty of Public Health, Mahidol University

³ Asst. Prof. Faculty of Information Technology and Innovation, Bangkok University

⁴ Lecturer, Faculty of Sciences and Technology, Nakhon Pathom Rajabhat University

⁵ School Director, Watsongkhanong School, Nakhon Pathom Province

Abstract

The purposes of this cross-sectional analytical survey were to explore health literacy, health service accessibility, social support and health promotion behaviors 3 E 2 S and factors related to health behaviors 3 E 2 S of elderly aged 60 years and over living in Songkhanong Sub-District, Sampran District, Nakhon Prathom Province. The samples were 204 elderly selected by simple random sampling. Data were collected by interviewing and were analyzed through frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square, Pearson's Product-Moment Correlation and stepwise multiple regression.

The results of the study indicated that majority of the elderly samples had levels of health literacy, health service accessibility and social support at low 62.7 percent, high 54.4 percent and moderate 58.3 percent respectively. While they had health promotion behavior 3E 2S at moderate level 62.3 percent, high level 35.7 percent and low level 2.0 percent with an average score 45.37 and SD = 5.334. In addition, an average of monthly income, health literacy, health service accessibility and social support had positive significant relationships with health promotion behavior 3 E 2 S of the elderly ($p = 0.05$). Moreover, factors affecting health promotion behavior 3 E 2 S of the elderly were health literacy and social support ($p = 0.05$). They could explain the variation of the elderly health behavior 3 E 2 S by 19.8 percent. These results suggest that those related agencies should conduct programs to increase more health literacy and social support for enhancing health promotion behavior of the elderly.

Keywords: Health promotion behavior/3 E 2 S/ Elderly

*Corresponding author: Roongrote Poomriew, email: roongrote_p@hotmail.com, Tel.: 08 9048 7838

Received: January 30, 2024/ Revised: May 7, 2024/ Accepted: May 21, 2024

บทนำ

คนสูงวัยหรือผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากในปี พ.ศ. 2556 มีประชากรโลกสูงวัยประมาณ 840 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 11.7 ของประชากรโลกทั้งหมด⁽¹⁾ และเพิ่มเป็น 1,109 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 14.0 ในปี พ.ศ. 2565⁽²⁾ สำหรับประเทศไทยก็เช่นเดียวกันมีคนสูงวัยเพิ่มขึ้นจากในอดีต ดังเช่นในปี พ.ศ. 2513 มีคนสูงวัย 1.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4.9 ของประชากรไทยทั่วประเทศ ต่อมาเพิ่มเป็น 10.3 ล้านคนและ 13.0 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2558⁽³⁾ และในปี พ.ศ. 2565 นอกจากนั้นยังมีการทำนายว่าในอนาคตปี พ.ศ. 2568 จะมีคนไทยสูงวัย 15.1 ล้านคน คิดเป็นมากกว่าร้อยละ 20.0 รวมทั้งในปี พ.ศ. 2573 จะมีคนสูงวัย 17.6 ล้านคน⁽⁴⁾ ซึ่งคนในวัยนี้มักจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางอ่อนแอเสื่อมถอยทรุดโทรมลงในหลายด้าน จึงทำให้พบอุปสรรคหลายอย่างในการดำรงชีวิตทั้งเรื่องเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพทั่วไปและการป่วยเป็นโรคต่าง ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคทางสมองและโรคระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น⁽⁵⁾ ประกอบกับมีรายได้น้อยลง จึงอาจจะต้องพึ่งพิงคนอื่นมากขึ้น ตัวอย่างเช่นในปี พ.ศ. 2559 มีคนสูงวัยที่ต้องพึ่งพิงความช่วยเหลือจากคนอื่น ร้อยละ 3.8 และในปี พ.ศ. 2564 มีคนสูงวัย ร้อยละ 3.1 และมีการคาดประมาณว่าในปี พ.ศ. 2580 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.7^(4,6) เนื่องจากคนสูงวัยมักจะมีปัญหาหลายอย่างดังกล่าวแล้วย่อมจะส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนสูงวัยเองด้วย

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญต่อการมีสุขภาพดีหรือไม่ดีของคนสูงวัย ซึ่งถ้ามีสุขภาพไม่ดีก็จะเจ็บป่วยบ่อยเป็นภาระกับครอบครัว สังคมและประเทศชาติ จากผลการวิจัยของ จรรยา ธีธัญญ์⁽⁷⁾ พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัยไม่ค่อยดีนักกล่าวคืออยู่ในระดับปานกลาง โดยทั่วไปพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัยจะดีไม่น้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับหรือสัมพันธ์กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ^(8,9) แรงสนับสนุนทางสังคม⁽¹⁰⁾ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ⁽¹¹⁾ เป็นต้น

จังหวัดนครปฐมเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีจำนวนคนสูงวัยจำนวนมากเช่น ในปี พ.ศ. 2563 มีคนสูงวัยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 164,560 คนและปี พ.ศ. 2566 มีคนสูงวัยเพิ่มเป็น 170,117 คน คิดเป็นมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดของจังหวัด⁽¹²⁾ ซึ่งถือว่าเป็นสังคมสูงวัย โดยทั่วไปคนสูงวัยมักจะมีปัญหาสุขภาพ ดังเช่นในปี พ.ศ. 2563 มีคนสูงวัยในอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 37.9⁽¹³⁾ เนื่องจากพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัยเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการมีสุขภาพที่ดีดังกล่าวแล้ว ซึ่งในจังหวัดนครปฐม โดยเฉพาะในพื้นที่ตำบลทรงคนอง อำเภอสามพราน เป็นพื้นที่หนึ่งที่มีคนสูงวัยอยู่จำนวนมาก⁽¹⁴⁾ แต่ในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนในเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส. และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คณะผู้วิจัยจึงได้จัดทำวิจัยเรื่องนี้ขึ้น เพื่อนำผลของการวิจัยไปเป็นแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัยและเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายและมาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติเรื่องสังคมคนสูงวัยในปัจจุบันด้วย⁽¹⁵⁾

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส. ของคนสูงวัย ตำบลทรงคนอง อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส. ของคนสูงวัย ตำบลทรงคนอง อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ การมีโรคประจำตัวและจำนวนคนในครอบครัวที่พักอาศัยอยู่ด้วย) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์และส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส. ของคนสูงวัย ตำบลทรงคนอง อำเภอสามปราชญ์ จังหวัดนครปฐม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ ได้กำหนดขอบเขตของการวิจัยไว้ดังนี้

1. ขอบเขตของเนื้อหา

คณะผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่มีเนื้อหาครอบคลุมแนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁶⁾ และ Nutbeam⁽¹⁷⁾ ที่มี 6 องค์ประกอบย่อยเกี่ยวกับ (1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (2) การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ (3) การสื่อสารสุขภาพ (4) การจัดการตนเอง (5) การรู้เท่าทันสื่อ และ (6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง รวมทั้งแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของ Panchansky and Thomas⁽¹⁸⁾ แรงสนับสนุนทางสังคม ของ House⁽¹⁹⁾ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคนสูงวัยตาม 3 อ. 2 ส. (3 อ. คือการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์/ความเครียด และ 2 ส. คือการไม่สูบบุหรี่และการไม่ดื่มสุรา) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2563⁽²⁰⁾ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการวิจัย

2. ขอบเขตด้านตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของคนสูงวัย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ โรคประจำตัว และจำนวนคนในครอบครัวที่พักอาศัยอยู่ด้วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตามได้แก่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัยตาม 3 อ. 2 ส. ของกรมอนามัย ซึ่งได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์/ความเครียด การไม่สูบบุหรี่และการไม่ดื่มสุรา

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา

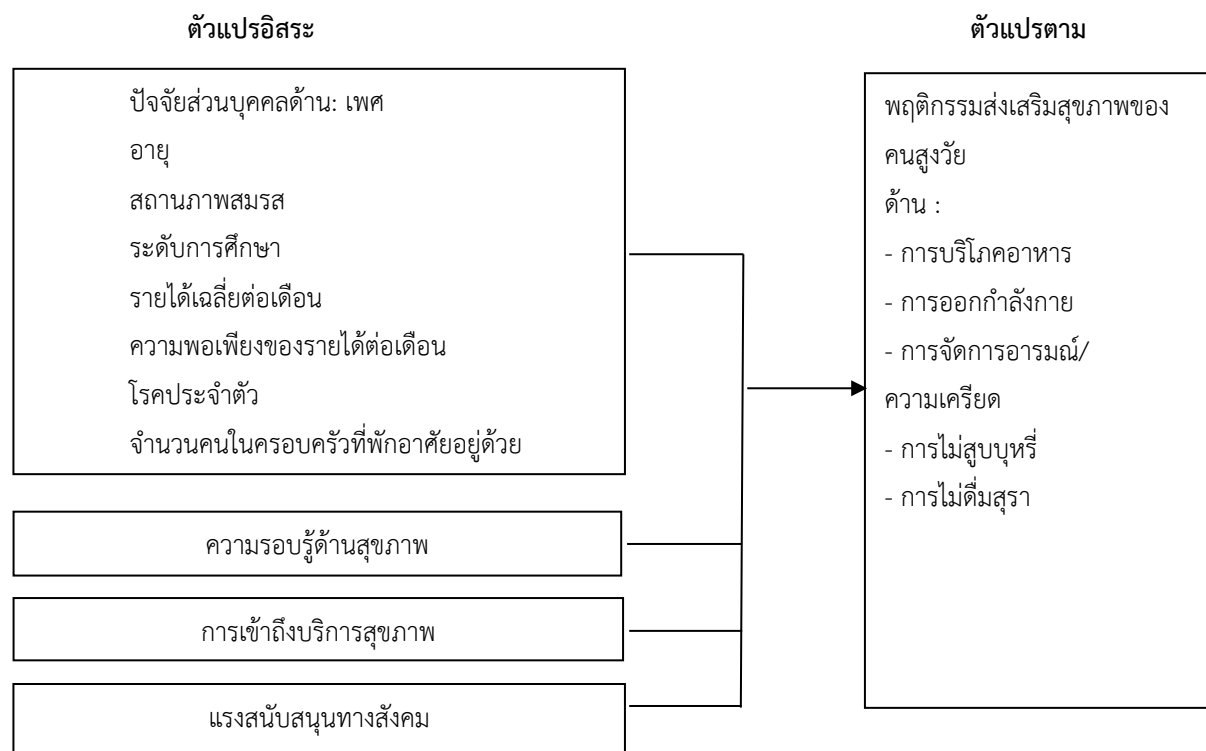
ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตั้งแต่วันที่ 10 เดือน มิถุนายน ถึง วันที่ 5 เดือน สิงหาคม 2566

4. ขอบเขตด้านพื้นที่

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการในพื้นที่ตำบลทรงคนอง อำเภอสามปราชญ์ จังหวัดนครปฐม ซึ่งเป็นพื้นที่ราบลุ่มส่วนใหญ่ ไม่มีภูเขาและป่าไม้ สภาพภูมิอากาศจัดอยู่ในประเภทฝนเมืองร้อนเฉพาะฤดู เหมาะสมกับการประกอบอาชีพกสิกรรม ประชาชนส่วนใหญ่มีแบบแผนการดำเนินชีวิตคล้ายคลึงกัน นับถือศาสนาพุทธ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การคมนาคมติดต่อกับพื้นที่อื่นสะดวก มีประชาชนอาศัยอยู่ 1,069 ครัวเรือน อาชีพหลัก ได้แก่ เกษตรกรรม อาชีพเสริม คือ รับจ้างภาคอุตสาหกรรม⁽²¹⁾

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส. ของคนสูงวัย ตำบลทรงคนอง อำเภอสามปราชญ์ จังหวัดนครปฐม ครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำมาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่คนสูงวัยชายหญิงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่พักอาศัยอยู่ในตำบลทรงคนอง อำเภอสสามพราน จังหวัดนครปฐม ซึ่งเป็นคนสูงวัยประเภทไม่ใช่กลุ่มติดเตียงที่คัดกรองโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2566 มีอยู่ 896 คน⁽¹⁴⁾ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมวิจัย คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power พิจารณาจากสถิติที่ใช้ทดสอบคือการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple regression analysis) โดยขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.15 จำนวนตัวแปรพยากรณ์ (Predictors) เท่ากับ 11 ตัว ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.95 ได้จำนวนขนาดตัวอย่าง จำนวน 178 คน ซึ่งเป็นจำนวนตัวอย่างที่น้อยที่สุดที่เพียงพอในการเป็นตัวแทนประชากร สำหรับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมวิจัย จะใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่จากคนสูงวัยของแต่ละหมู่บ้านที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ซึ่งมีอยู่ทั้งหมด 6 หมู่บ้านของตำบลทรงคนอง อำเภอสสามพราน จังหวัดนครปฐม โดยแต่ละหมู่บ้านจะมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากน้อยต่างกันตามสัดส่วนของประชากรสูงวัยในแต่ละหมู่บ้าน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย

เป็นคนสูงวัย เพศชายและหญิงที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ไม่ใช่คนสูงวัยประเภทติดเตียง สามารถสื่อสารพูดคุยตามปกติได้และสมัครใจยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยได้รับการบอกข้อมูลโครงการวิจัยอย่างครบถ้วน

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย

ขอถอนตัวในช่วงเก็บรวบรวมข้อมูล หรือเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานในช่วงเก็บรวบรวมข้อมูล หรือเดินทางไปต่างจังหวัดเป็นระยะเวลานานหรือไม่สามารถติดต่อได้ใช้เวลาเก็บข้อมูล

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

ได้แก่แบบสัมภาษณ์ โดยข้อคำถามแบ่งออกเป็น 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของคนสูงวัยที่ให้สัมภาษณ์ 8 ข้อ ได้แก่ เพศ (1 = ชาย 0 = หญิง) อายุ (ปี) สถานภาพสมรส (1 = สมรส 0 = อื่น ๆ) ระดับการศึกษา (1 = ประถมศึกษาตอนปลายขึ้นไป, 0 = ประถมศึกษาตอนต้นและไม่ได้เรียน) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (1 = 5,000 บาท/เดือน ขึ้นไป, 0 = น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน) ความพอเพียงของรายได้ (1 = พอเพียง และเหลือเก็บ 0 = ไม่พอเพียง) จำนวนคนในครอบครัวที่พักอาศัยอยู่ด้วย (คน) และการมีโรคประจำตัว (1 = มี, 0 = ไม่มี) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบ และปลายเปิดให้เติมข้อความได้

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ตาม 3 อ. 2 ส. (การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์/ความเครียด การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา) โดยข้อคำถามดัดแปลงมาจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตาม 3 อ. 2 ส. ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁶⁾ โดยแบ่งออกเป็น 6 ส่วนย่อยดังนี้

ส่วนย่อยที่ 1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส. ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 6 ข้อ แต่ละข้อตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 6 คะแนน

ส่วนย่อยที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ ตาม 3 อ. 2 ส. ส่วนย่อยที่ 3 การสื่อสารสุขภาพ ตาม 3 อ. 2 ส. ส่วนย่อยที่ 4 การจัดการตนเองตาม 3 อ. 2 ส. และ ส่วนย่อยที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตาม 3 อ. 2 ส. โดยทั้ง 5 ส่วนมีคำถาม 2 ข้อ 3 ข้อ 3 ข้อและ 2 ข้อตามลำดับรวมทั้งหมด 10 ข้อคะแนนเต็ม 50 คะแนน ลักษณะข้อคำถามแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ/ไม่เคย โดยให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ

ส่วนย่อยที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3 อ. 2 ส. ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ข้อ แต่ละข้อตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 3 คะแนน

ส่วนที่ 3 การเข้าถึงบริการสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และ น้อย ข้อคำถามประยุกต์มาจากแนวคิดของ Penchansky and Thomas⁽¹⁸⁾ เกณฑ์การให้คะแนนคือ มาก = 3 คะแนน ปานกลาง = 2 คะแนนและน้อย = 1 คะแนน คะแนนเต็ม 18 คะแนน

ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคมโดยประยุกต์จากแนวคิดของ House⁽¹⁹⁾ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ได้รับเป็นประจำ บางครั้งและไม่เคย จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนคือได้รับเป็นประจำ = 3 คะแนน บางครั้ง = 2 คะแนนและไม่เคย = 1 คะแนน คะแนนเต็ม 30 คะแนน

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส. ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง บางครั้งและนาน ๆ ครั้ง/ไม่เคย จำนวน 20 ข้อ ซึ่งดัดแปลงมาจากข้อคำถามพฤติกรรมฯในงานวิจัยของ พงศธร ศิลาเงิน⁽²²⁾ เกณฑ์การให้คะแนนคือ ปฏิบัติทุกครั้ง = 3 คะแนน บางครั้ง = 2 คะแนนและนานๆครั้ง/ไม่เคย = 1 คะแนน คะแนนเต็ม 60 คะแนน

การแบ่งคะแนนของตัวแปรต่าง ๆ ในการวิจัยนี้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง และ น้อย ตามเกณฑ์ของ Bloom⁽²³⁾

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

การสร้างเครื่องมือ คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัยเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสัมภาษณ์ ร่างแบบสัมภาษณ์พร้อมกับพิจารณาตรวจสอบแก้ไขความถูกต้อง เหมาะสมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยและการใช้ภาษาและนำแบบสัมภาษณ์ฉบับร่างที่แก้ไขแล้วเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง 3 ท่านเพื่อพิจารณาความเที่ยงตรง

(Validity) ของข้อคำถาม นำคำตอบของผู้เชี่ยวชาญไปคำนวณค่า IOC (Index of Objective Congruence) (ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย) ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 หลังจากนั้นปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

ต่อจากนั้นได้นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแล้วตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน และนำแบบสัมภาษณ์มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตาม 3 อ. 2 ส. (การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์/ความเครียด การไม่สูบบุหรี่และการไม่ดื่มสุรา) การเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส. ของคนสูงวัย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.900, 0.918, 0.827 และ 0.711 ตามลำดับ พร้อมกับได้ปรับปรุงข้อคำถามบางข้ออีกครั้งหนึ่งก่อนจะนำไปใช้จริงในการเก็บรวบรวมข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนเลขที่ MUSSIRB NO. 2023/100(B2) เมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2566 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สาขาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการสัมภาษณ์พร้อมกับจดบันทึกคำตอบ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 20 นาทีต่อคน ในช่วงวันที่ 10 เดือนมิถุนายนถึงวันที่ 5 เดือนสิงหาคม 2566 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 204 คน ซึ่งคณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลให้มากกว่าขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ จำนวน 178 คน เพื่อให้จำนวนตัวอย่างเพียงพอมากขึ้นในการเป็นตัวแทนประชากร

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป และกำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลในการบรรยายเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรอื่น ๆ ที่ศึกษา โดยการหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน (Analytical statistics) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส. ของคนสูงวัย โดยไคสแควร์ และวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation) รวมทั้งวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส. ของคนสูงวัย ด้วยสถิติ Stepwise multiple regression โดยพิจารณาเฉพาะตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส. ของคนสูงวัย ที่ได้จากการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยมีดังนี้

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของคนสูงวัยกลุ่มตัวอย่าง

คนสูงวัยกลุ่มตัวอย่างที่เก็บรวบรวมข้อมูลมาได้ ทั้งหมด 204 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศผู้หญิงร้อยละ 59.3 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 69.65 ปีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.940 ปีช่วงอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 57.4 สถานภาพสมรสมีคู่ ร้อยละ 55.5 สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 54.4 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 47.1 มีรายได้

พอเพียงแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 53.9 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 72.5 และมีคนในครอบครัวที่พักอาศัยอยู่ด้วย 3-4 คน ร้อยละ 38.2 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคนสูงวัยจำแนกตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล (n = 204)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของคนสูงวัย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	83	40.7
หญิง	121	59.3
อายุ (ปี)		
60-69 ปี	117	57.4
70-79 ปี	60	29.4
80-89 ปี	24	11.8
90 ปี ขึ้นไป	3	1.4
ค่าเฉลี่ย = 69.65 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7.940 ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	16	7.8
คู่	113	55.5
หม้าย	59	28.9
หย่า	8	3.9
แยก	8	3.9
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	8	3.9
ประถมศึกษาตอนต้น	111	54.4
ประถมศึกษาตอนปลาย	43	21.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	18	8.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	8	3.9
ปวส./ อนุปริญญา	4	2.0
ปริญญาตรี	12	5.9
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	12	5.9
น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน	96	47.1
5,000-10,000 บาท/เดือน	56	27.5
10,001-15,000 บาท/เดือน	12	5.8
มากกว่า 15,000 บาท/เดือน	28	13.7

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคนสูงวัยจำแนกตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล (n = 204) (ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของคนสูงวัย	จำนวน	ร้อยละ
ความพอเพียงของรายได้ต่อเดือน		
พอเพียงและเหลือเก็บ	41	20.1
พอเพียงแต่ไม่เหลือเก็บ	110	53.9
ไม่พอเพียง	53	26.0
โรคประจำตัว		
ไม่มี	56	27.5
มี	148	72.5
จำนวนคนในครอบครัวที่พักอาศัยอยู่ด้วย		
1-2 คน	43	21.1
3-4 คน	78	38.2
5-6 คน	66	32.4
7 คน ขึ้นไป	17	8.3
ค่าเฉลี่ย 4.10 คน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.789 คน		

2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส. การเข้าถึงบริการสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส. ของคนสูงวัย

ผลของการวิจัยพบว่าคนสูงวัยกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส. โดยรวมอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 62.7 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 34.8 เข้าถึงบริการสุขภาพได้ในระดับมาก ร้อยละ 54.4 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 39.7 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 58.3 รองลงมาคือ ระดับมาก ร้อยละ 39.2 และพบว่า โดยรวมคนสูงวัยกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส. อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.3 รองลงมาคือ ระดับมาก ร้อยละ 35.7 และระดับน้อย ร้อยละ 2.0 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 45.37 คะแนนและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.534 คะแนน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามระดับตัวแปร ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส. ของคนสูงวัยกลุ่มตัวอย่าง (n = 204)

ตัวแปร	ระดับตัวแปร						ส่วนเบี่ยงเบน	
	มาก		ปานกลาง		น้อย		ค่าเฉลี่ย	มาตรฐาน
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%		
ก. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	5	2.5	71	34.8	128	62.7	33.23	7.470
ข. การเข้าถึงบริการสุขภาพ	111	54.4	81	39.7	12	5.9	14.91	2.940
ค. แรงสนับสนุนทางสังคม	80	39.2	119	58.3	5	2.5	23.11	3.636
ง. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาม 3อ.2ส.	73	35.7	127	62.3	4	2.0	45.37	5.534

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส. ของคนสูงวัย

3.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส. ของคนสูงวัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัย ($p < 0.05$ ซึ่งมีค่าไคสแควร์ (χ^2) เท่ากับ 7.519 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) เท่ากับ 0.143)

นอกจากนี้ ยังพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัย ($p < 0.001$ และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) เท่ากับ 0.412, 0.264 และ 0.317 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าความสัมพันธ์และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการวิจัย ($n = 204$)

ตัวแปรปัจจัย	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัย			
	แบ่งตามระดับคะแนน		คะแนน	
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
	ค่าไคสแควร์ (χ^2)	p-value	ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (r)	p-value
1. เพศ (1 = ชาย 0 = หญิง)	0.854	0.652	0.013	0.859
2. อายุ (ปี)	-	-	-0.136	0.053
3. สถานภาพสมรส (1 = สมรส 0 = อื่นๆ)	0.587	0.746	0.106	0.131
4. ระดับการศึกษา (1 = ประถมศึกษาตอนปลายขึ้นไป, 0 = ประถมศึกษาตอนต้นและไม่ได้เรียน)	1.167	0.558	0.005	0.945
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (1 = 5,000 บาท/เดือน ขึ้นไป, 0 = น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน)	7.519*	0.023	0.143*	0.042
6. ความพอเพียงของรายได้ต่อเดือน (1 = พอเพียง และเหลือเก็บ 0 = ไม่พอเพียง)	4.637	0.098	0.116	0.97
7. โรคประจำตัว (1 = มี, 0 = ไม่มี)	0.939	0.625	-0.033	0.643
8. จำนวนคนในครอบครัวที่พักอาศัยอยู่ด้วย	-	-	0.015	0.830
9. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	-	-	0.412**	<0.001
10. การเข้าถึงบริการสุขภาพ	-	-	0.264**	<0.001
11. แรงสนับสนุนทางสังคม	-	-	0.317**	<0.001

หมายเหตุ * หมายถึง ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05, ** หมายถึง ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

3.2 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส. ของคนสูงวัย

เมื่อนำตัวแปรรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัยมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัย พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม มีผล/อิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัย ($p < 0.001$ มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน (beta) เท่ากับ 0.340 และ 0.183 ตามลำดับ) ซึ่งตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัย ได้ร้อยละ 19.8 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัย (n = 204)

ตัวแปร	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัย					
	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (b)	ช่วงความเชื่อมั่น 95% ของ b	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน (beta)	t	p-value	VIF
ค่าคงที่	30.231	-	-	12.897	<0.001	-
ความรู้ด้านสุขภาพ	0.252	0.151-0.352	0.340	4.950**	<0.001	1.182
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.279	0.073-0.485	0.183	2.671**	<0.001	1.182
$R^2 = 0.198$						

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับของความรู้ด้านสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส. การเข้าถึงบริการสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัยตาม 3 อ. 2 ส.

1.1 ความรู้ด้านสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส.

ผลของการวิจัยพบว่าคนสูงวัยส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับน้อย (ร้อยละ 62.7) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าคนสูงวัยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้นและได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางเท่านั้นจึงน่าจะมีส่วนทำให้มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับน้อย ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของ จิราพร เกศพิชญวัฒนา สุวิณี วิวัฒน์วานิช และ ชาตินัย หวานวาจา⁽²⁴⁾ ที่พบว่าคนสูงวัยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้และไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ดวงเนตร ธรรมกุล และ ธนิตา พุ่มท่าอิฐ⁸ ที่พบว่าคนสูงวัยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับมาก

1.2 การเข้าถึงบริการสุขภาพ

ผลของการวิจัยพบว่าคนสูงวัยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าถึงบริการสุขภาพได้ในระดับมาก (ร้อยละ 54.4) ทั้งนี้ในตำบลและบริเวณใกล้เคียงมีสถานบริการสุขภาพตั้งอยู่ไม่ไกลเดินทางไปถึงได้ง่าย เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรงคนอง เป็นต้น ประกอบกับคนสูงวัยกลุ่มตัวอย่างไม่ใช่ผู้ป่วยติดเตียงจึงน่าจะสะดวกในการไปรับบริการสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ธนวิญญู แสนสองแคว⁽²⁵⁾ และ พงศธร ศิลาเงิน⁽²²⁾ ที่พบว่าคนสูงวัยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าถึงบริการสุขภาพได้ในระดับมาก

1.3 แรงสนับสนุนทางสังคม

ผลของการวิจัยพบว่าคนสูงวัยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.3) ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเป็นเพราะว่าคนสูงวัยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถึงแม้ว่าจะอาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัวหลายคนและอาจจะมีเพื่อนบ้านหลายคน แต่ในพื้นที่นี้ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง⁽²¹⁾ จึงมักจะไม่ค่อยมีเวลาได้พูดคุยให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่คนสูงวัยมากนัก นอกจากนี้คนสูงวัยอาจจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นเพียงบางครั้งคราวจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในช่วงที่ไปรับบริการสุขภาพเท่านั้น ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของ พงศธร ศิลาเงิน⁽¹⁸⁾ และ กฤษดา พรหมวรรณ⁽²⁶⁾ ที่พบว่าคนสูงวัยส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก

1.4 ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส.

ผลของการวิจัยพบว่า คนสูงวัยกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส.อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.3) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าคนสูงวัยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับน้อยและได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางจึงน่าจะส่งผลให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส. อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ จรรยา ธัญน้อม⁽⁷⁾ ที่พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคน

สูงวัยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางแต่ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของ พัชรพรรณ ลาน้อย⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัยโดยรวมอยู่ในระดับน้อย

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส. ของคนสูงวัย

2.1 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ผลของการวิจัยพบว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนของคนสูงวัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัย ($p < 0.05$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าคนสูงวัยที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000 บาท/เดือน ขึ้นไป จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดีกว่าคนสูงวัยที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ซึ่งรายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญสำหรับใช้จ่ายต่าง ๆ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นรายได้เฉลี่ยต่อเดือนจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัย ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ พัชรพรรณ ลาน้อย⁽¹⁰⁾ ที่พบว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนของคนสูงวัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัย ($p < 0.001$)

2.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส.

ผลของการวิจัยพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัย ($p < 0.001$) สามารถอธิบายได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติตัวของคนสูงวัยในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam⁽¹⁷⁾ ที่ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ชี้้นำให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารในรูปแบบวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ Aldosokey, et al.⁽²⁷⁾ และ Li, et al.⁽⁹⁾ ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัย ($p < 0.05$ และ $p < 0.001$)

2.3 การเข้าถึงบริการสุขภาพ

ผลของการวิจัยพบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัย ($p < 0.001$) สามารถอธิบายได้ว่าจากผลการวิจัยพบว่าคนสูงวัยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าถึงบริการสุขภาพได้ในระดับมากจึงมีโอกาสดังกล่าวที่จะได้รับการตรวจสุขภาพและได้คำแนะนำเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงน่าจะมีส่วนช่วยให้คนสูงวัยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้นได้ ดังนั้นการเข้าถึงบริการสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัย สอดคล้องกับผลการวิจัยของ มณฑิญา กงลา⁽¹¹⁾ และผลการวิจัยของ พงศธร ศิลาเงิน⁽²²⁾ ที่พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัย ($p < 0.01$ และ $p < 0.05$)

2.4 แรงสนับสนุนทางสังคม

ผลของการวิจัยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัย ($p < 0.001$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าคนที่คนสูงวัยได้รับแรงสนับสนุนจากคนอื่น เช่น คำแนะนำช่วยเหลือในด้านต่างๆเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพจะช่วยคนสูงวัยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ House⁽¹⁹⁾ ที่ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากคนอื่นมีหลายอย่างเช่น ข้อมูลข่าวสาร วัตถุ สิ่งของและแรงงานสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้คนที่ได้รับมีความรู้สึกที่ดีและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัย ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ จรรยา ธิญ์น้อม⁽⁷⁾ และ พัชรพรรณ ลาน้อย⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัย ($p = 0.01$ และ $p < 0.001$)

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส. ของคนสูงวัย

ผลของการวิจัยพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ส่งผลหรือมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัย ($p < 0.001$ และ $p < 0.001$) โดยสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัยได้ร้อยละ 19.8

3.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผลของการวิจัยพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัย ($p < 0.001$) ดังอภิปรายแล้ว ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ดวงเนตร ธรรมกุล และ ธนิตา พุ่มทำอิฐ⁽⁸⁾ ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของคนสูงวัย ($p = 0.01$) และผลการวิจัยครั้งนี้ ยังพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัย (ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐานเท่ากับ 0.340, $p < 0.001$) ซึ่งใกล้เคียงกับผลการวิจัยของ วาสนา สิทธิกัน⁽²⁸⁾ ที่พบว่าความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัย ($p < 0.05$) จากผลการวิจัยครั้งนี้แสดงว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพนอกจากจะมีความสัมพันธ์ทางบวกแล้วยังมีอิทธิพลส่งผลเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้คนสูงวัยรู้จักปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพที่ดีอีกด้วย

3.2 แรงสนับสนุนทางสังคม

ผลของการวิจัยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัย ($p < 0.001$) ดังอภิปรายแล้ว สอดคล้องกับผลการวิจัยของ พัชรพรรณ ลาน้อย⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัย ($p < 0.001$) นอกจากนี้ยังพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัย (ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานเท่ากับ 0.138, $p < 0.001$) จากผลการวิจัยครั้งนี้แสดงว่าแรงสนับสนุนทางสังคมนอกจากจะมีความสัมพันธ์ทางบวกแล้วยังส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัยด้วย สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ยุพา โฟฬา สุวิมล แสนเวียงจันทร์ และ ทศนีย์ พลกษาชีวะ⁽²⁹⁾ ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนสูงวัย ($p < 0.001$) ทั้งนี้เป็นเพราะแรงสนับสนุนทางสังคมด้านต่าง ๆ จากคนในครอบครัวและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องมีส่วนกระตุ้นเตือนสนับสนุนให้คนสูงวัยมีการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนสูงวัยตาม 3 อ. 2 ส. อยู่ในระดับน้อย แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส.ของคนสูงวัยอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ดังนั้นหน่วยงานหน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องเช่นองค์การบริหารส่วนตำบลควรกำหนดให้มีนโยบายหรือปรับปรุงนโยบายพร้อมทั้งจัดทำแผน/โครงการและมีการดำเนินการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส. ของคนสูงวัยให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษารูปแบบการจัดโปรแกรมสำหรับพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส. ของคนสูงวัย

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. World Population Ageing. Highlights. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. United Nations; 2019.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถานการณ์ผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ.2565. กรุงเทพมหานคร : บริษัทอมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด; 2566.
3. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล สารประชากร 2558: 24: 1-2.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. สรุปผลที่สำคัญการทำงานของผู้สูงอายุ. (อินเทอร์เน็ต). 2565 (เข้าถึงเมื่อ 21 กันยายน 2565). เข้าถึงได้จาก <https://www.nso.go.th>.

5. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. โรคยอดฮิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ. (อินเทอร์เน็ต).2563 (เข้าถึงเมื่อ 22 กันยายน 2565) :1-2 เข้าถึงได้จาก <https://www.rama.mahidol.ac.th>infographic>.
6. ยมนา ชนะนิล พรชัย จูเมตต์และนัยนา พิพัฒน์วณิชชา. ภาวะพลัดพรากของผู้สูงอายุ ชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2563;30(2): 83-92.
7. จรรยา ธัญน้อม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำพูน. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา. 2562;9(1): 34-46.
8. ดวงเนตร ธรรมกุล และ ธนิตา พุ่มท่าอิฐ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร.วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2564 : ปีที่ 15 ฉบับที่ 1: มกราคม-เมษายน :106-116.
9. Li, et al. Health promoting behaviors mediate the relationship between health / literacy and health related quality of life among Chinese older adults: a cross-sectional study. (Internet).2021 (cited 2022 June, 27)30:2235-2243. Availablefrom<https://linke.springuer.com>.
10. พัชรพรรณ ลาน้อย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่.รายงานการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่, 2564.
11. มณฑิลา กงลา และ จรวย กงลา. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ท่าไฮ. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 2 ณ วิทยาลัยนครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 2560: (มิถุนายน) : 101-107.
12. จังหวัดนครปฐม. รายงานข้อมูลจังหวัดนครปฐม. (อินเทอร์เน็ต). 2566 (เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2566). เข้าถึงได้จาก <https://3doctor.hss.moph.go.th>.
13. วิษระ โยชะคลัง. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในชุมชนคลองลาดนางแท่น ตำบลท่าตลาด อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2565.
14. ตำบลทรงคนอง อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม. ข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุ. (อินเทอร์เน็ต). 2566 (เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2566):1-2 เข้าถึงได้จาก<https://3doctor.hss.moph.go.th<main>.
15. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติเรื่องสังคมสูงอายุ. (อินเทอร์เน็ต). 2562 (เข้าถึงเมื่อ 22 มิถุนายน 2565). เข้าถึงได้จาก <https://www.dop.go.th>laws>
16. กองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การเสริมสร้างและประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย,2561
17. Nutbeam, D. The evolving concept of health literacy. Social science & medicine 2008; 67 (12): 2072-2078
18. Penchansky, R. and Thomas, J.W. The concept of access; definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care 1981; 19(2): 127-140.
19. House, J.S. The nature of social support. In M.A. Reading (Ed.) Work stress and social support. Philadelphia : Addison Wesley ; 1981.
20. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ดูแลผู้สูงอายุด้วยหลัก 3อ. 2ส. (อินเทอร์เน็ต). 2563 (เข้าถึงเมื่อ 27 มิถุนายน 2565) :1-6 เข้าถึงได้จาก <http://mutimedia.anamai.moph.go.th>
21. สำนักคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. ข้อมูลตำบลทรงคนอง อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม. (อินเทอร์เน็ต). 2565 (เข้าถึงเมื่อ 23 มิถุนายน 2565) :1-8 เข้าถึงได้จาก <http://dept.npru.ac.th>nprdata>.
22. พงศธร ศิลาเงิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา.วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต.ปทุมธานี: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2560.
23. Bloom, B.S. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York : Mc Graw – Hill; 1971.

24. จิราพร เกศพิชญพัฒนา สุวิณี วิวัฒน์วานิชและชาตินัย หวานวาจา. ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารประชากรศาสตร์ 2563 : ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 ธันวาคม: 41-57.
25. ธนวิษณุ แสนสองแคว. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอบ้านฝาง จังหวัดลำพูน. การค้นคว้าอิสระ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต.ปทุมธานี: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ , 2559.
26. กฤษดา พรหมสุวรรณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลหนองไม้แก่น อำเภอนงนุช จังหวัดฉะเชิงเทรา. วิทยานิพนธ์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสุขภาพ. ฉะเชิงเทรา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์, 2560.
27. Aldosokey, et al. Relation between Health Literacy and Health Promoting Behaviors among Elderly at Tanta City. Tanta Scientific Nursing Journal. (Online ISSN 2735-6519) 2021; Vol.21 (2). May :199-208.
28. วาสนา สิทธิกัน. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบ้านไธสง อำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต.เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ , 2560.
29. ยุพา โฟผา, สุวิมล แสนเวียงจันทร์ และทัศนีย์ พงกษาชีวะ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาปัจจัยเชิงลึกบ้าน คลองโยง หมู่ที่ 1. วารสารทหารบก ฉบับพิเศษ. 2560; 266-275.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลโนนตูม อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา

สุพิชญารณ์ สุนนท์สถิตกุล¹ สาโรจน์ เพชรธนี² ธนกร ปัญญาโสโสภณ^{3*}

¹นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

^{3*}ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลโนนตูม อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ จำนวน 35 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ที่สร้างขึ้น กลุ่มควบคุม ได้รับโปรแกรมตามปกติ โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ระยะดำเนินการ 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (ตามหลัก 3อ.2ส.) และ แบบบันทึกระดับน้ำตาลปลายนิ้วและดัชนีมวลกาย การวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย Paired samples t-test และ Independent sample t-test

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลโนนตูม อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) ผลการตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้ว และดัชนีมวลกาย ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังนั้นสามารถนำโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพไปขยายผล และประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ สู่ระดับจังหวัดและประเทศต่อไป

คำสำคัญ : การสร้างเสริมสุขภาพ/ พฤติกรรมสุขภาพ/ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2

*ผู้รับผิดชอบบทความ: ธนกร ปัญญาโสโสภณ, อีเมล: thanakorn.p@pnru.ac.th, โทร.: 09 3257 4348

Received: 6 กุมภาพันธ์ 2567/ Revised: 16 มีนาคม 2567/ Accepted: 3 พฤษภาคม 2567

The Effects of Applying Pender's Health Promotion Program on Improving Risk People with Type 2 Diabetes Mellitus Non Tum Sub-district, Chum Phuang District, Nakhon Ratchasima Province

Supitchayaporn Sunonsatitkul¹, Sarodh Pechmanee² Thanakorn Panyasaisophon^{3*}

¹Master of Public Health program students, Faculty of Allied Health Sciences, Nakhonratchasima College

²PhD, Assistant Professor, Faculty of Allied Health Sciences, Nakhonratchasima College

^{3*}PhD, Assistant Professor, Faculty of Science and Technology Phranakorn Rajabhat University

Abstract

This quasi-experimental study aimed to the effects program of applying Pender's health promotion theory with behavior change risk diabetes mellitus type 2 of people Non Tum Sub-district, Chum Phuang District, Nakhon Ratchasima Province. The samples were risk people with type 2 diabetes mellitus divided into two groups. The experimental and control group were consisted of 35 participate group. The experimental group was received program of applying Pender's health promotion theory and the control group received regular health promotion programs by simple random sampling and the trial period 12 weeks. The instrument used for data collection was personal questionnaire, health promotion behavior assessment (3E.2S.) and fingertip sugar level recording and body mass index form. Frequencies, percentage, mean, standard deviation, compare average score values paired samples t-test and independent samples t-test were applied for data analysis.

The results of this study were as follows: After receiving the program of applying Pender's health promotion theory the risk diabetes mellitus type 2 of people Non Tum Sub-district, Chum Phuang District, Nakhon Ratchasima Province, the experimental group had significantly health behavior (3E.2S), effect on fingertip sugar levels and body mass index than before receiving the health promotion program and better control group at 0.01 level. Such the health promotion programs can be used to expand their results and apply in other areas to the provincial and national levels.

Keywords: Health promotion/ Health Behavior/ Risk diabetes mellitus type II

*Corresponding author: Thanakorn Panyasai, email: thanakorn.p@pnru.ac.th, Tel.: 09 3257 4348

Received: February 6, 2024/ Revised: March 16, 2024/ Accepted: May 3, 2024

บทนำ

ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหาหนึ่งในด้านสาธารณสุขของโลก คือ โรคเบาหวาน⁽¹⁾ อัตราการป่วยของโรคเบาหวานทั่วโลกมีอัตราการป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ⁽²⁾ มีอายุระหว่าง 20-79 ปี จำนวน 425 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 629 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2588 โดยพบอัตราการตายจากโรคเบาหวาน 4 ล้านคน หรือร้อยละ 10.7 ของประชากร ส่วนใหญ่พบประชากรในแถบทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และพบว่ามีอัตราการเสียชีวิตทั่วโลก มีมากกว่า 300 ล้านคน⁽³⁾ ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรังมีเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบต่าง ๆ ได้แก่ ระบบประสาทและจอตา ความพิการ แผลที่เท้า และแผลหายช้า และโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง⁽⁴⁾ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลร้อยละ 11.0 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 41.0 ในปี พ.ศ. 2573 และจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับที่ 7 ของประชากรทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2030⁽⁵⁾ โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอหรือร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานส่งผลให้อวัยวะเสื่อมสมรรถภาพและการทำงานล้มเหลวเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา⁽⁵⁾ ประเทศไทยมีการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานจัดอยู่ในอันดับที่ 4 ของการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา⁽⁶⁾ อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นถึงกว่า ร้อยละ 10.00 ต่อปี⁽⁶⁾ จึงส่งผลให้อัตราการตายด้วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากร มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ระหว่างปี พ.ศ. 2561 – 2564 คือ 23.34 25.92 23.36 และ 28.86 ตามลำดับ ผลการคัดกรองโรคเบาหวานของประชากรในประเทศไทย สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2560 พบว่า มีอุบัติการณ์การป่วยด้วยโรคเบาหวานในอัตราที่สูง คือ อายุระหว่าง 15–34 ปี ร้อยละ 4.94 อายุระหว่าง 35 – 59 ปี ร้อยละ 69.66 และ อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 67.18⁽⁷⁾ เขตสุขภาพที่ 9 ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ระหว่างปีพ.ศ.2559 – 2561 1246 1436 และ 1460 (ร้อยละ 18.5 21.3 และ 21.6) ตามลำดับ จากสถิติมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานในแต่ละปีเพิ่มขึ้น⁽⁸⁾ อำเภอยางชุมน้อย มีอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ระหว่างปี พ.ศ. 2563 – 2565 ร้อยละ 42.97, 44.33 และ 45.38 พบว่า ผู้ป่วยรายใหม่ต่อแสนประชากร เท่ากับ 412.84, 514.26 และ 615.27 และผลการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่า ร้อยละ 1.94 0.98 และ 0.98⁽⁹⁾ ตำบลโนนตูม อำเภอยางชุมน้อย พบว่า ผลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ร้อยละ 30.48, 30.76 และ 32.34⁽¹⁰⁾ จากผลการคัดกรองมีอัตราการเพิ่มขึ้นทุกปี

โรคเบาหวานจึงเป็นปัญหาสุขภาพหลัก และสาเหตุเกิดจากปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่นกรรมพันธุ์ อายุและปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ เช่น ภาวะอ้วน การรับประทานรสหวาน การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ขาดการออกกำลังกาย ทั้งนี้โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงได้ การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เป็นการอธิบายและทำนายถึงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรูปแบบการจำลองการส่งเสริมสุขภาพเป็นแบบผสมผสานทางศาสตร์การพยาบาลและพฤติกรรมศาสตร์โดยมีการคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล กระบวนการที่ช่วยกระตุ้นแรงจูงใจสำหรับการกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม⁽¹¹⁾ ในแบบจำลองประกอบด้วย ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล อารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม และผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม ซึ่งในสองมโนทัศน์แรกมีความสัมพันธ์กันและมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม นั่นคือพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่คาดหวัง การปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพเป็นบทบาทสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ การส่งเสริมการคิดรู้ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน การสร้างเสริมให้เห็นประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการจัดการกับอุปสรรคเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม⁽¹²⁾ ผลการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทักษะคิดในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเบาหวาน มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$ และ $p\text{-value} < 0.05$) มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.110$) มีค่าเฉลี่ยรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$ และ $p\text{-value} < 0.05$)⁽¹³⁾

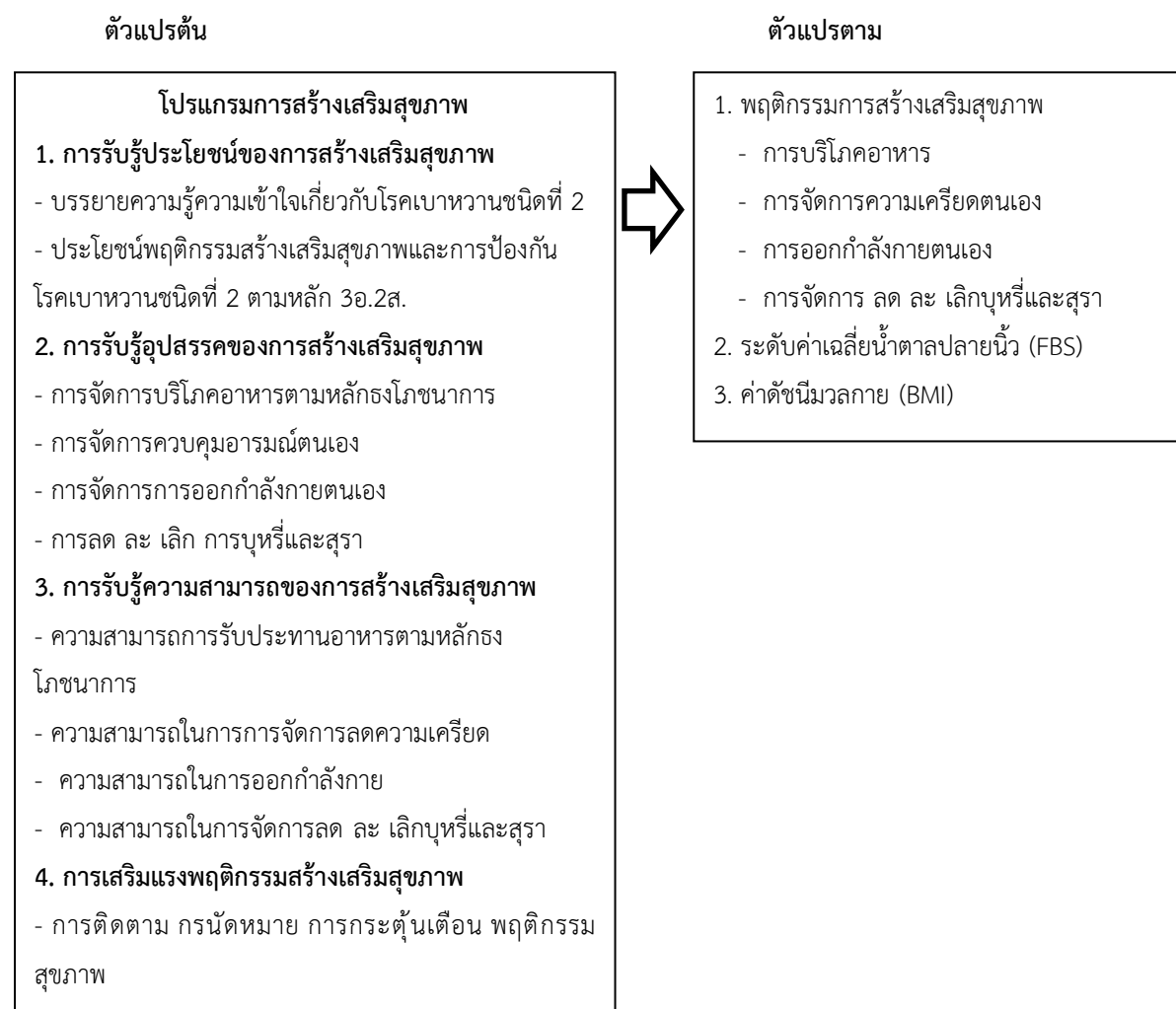
จากการทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สถิติที่เพิ่มขึ้นของอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน โดยเฉพาะประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลโนนตูม อำเภอชุมพวง ซึ่งเป็นอำเภอขนาดกลาง มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน และพบผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลโนนตูม อำเภอชุมพวง จึงมีนโยบายเน้นการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยให้มีการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และการบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง หลังดำเนินการยังพบปัญหา คือ อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนอาจยังไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง และประชาชนที่เข้ารับการอบรมเป็นเพียงส่วนหนึ่งของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเท่านั้น ตำบลโนนตูม เป็นส่วนหนึ่งของ อำเภอชุมพวง ที่พบสภาพปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ส่งผลทำให้มีอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในการคัดกรองสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลโนนตูม อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา โดยนำแนวคิดหลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส.⁽⁸⁾ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการบริหารจัดการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคเบาหวานสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ (ตามหลัก 3อ.2ส.) ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลโนนตูม อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบผลการตรวจระดับค่าน้ำตาลปลายนิ้ว และดัชนีมวลกาย ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลโนนตูม อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁽¹²⁾ ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามหลัก 3อ.2ส. ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยแบ่งกลุ่มออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มควบคุม (Control group) โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test) ระยะเวลา 12 สัปดาห์

ประชากร คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีผลการตรวจการคัดกรองระดับค่าเฉลี่ยน้ำตาลปลายนิ้ว ระหว่าง 100–125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผลการคัดกรองดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มทดลอง ตำบลโนนตูม และกลุ่มควบคุม ตำบลลาดไพร อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ของ ES (Effect size) = 0.8 ระดับความเชื่อมั่นที่ 95%⁽¹⁴⁾ จำนวนกลุ่มละ 20 คน แต่การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75 เพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายระหว่างการดำเนินการวิจัย ในการนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมการวิจัย จำนวนกลุ่มละ 35 คน การเลือกแบบสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากการจับฉลากรายชื่อ⁽¹⁵⁾ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และกลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมตามปกติ ทั้งสองกลุ่มมีพื้นที่ห่างไกลกันและโอกาสพบเจอกันน้อยมาก

เกณฑ์การคัดเข้า

ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีผลการตรวจการคัดกรองระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ระหว่าง 100–125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผลการคัดกรองดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยง และตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยโดยการสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก

ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ที่ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแต่ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยตามนัดหมายเกิน 2 ครั้ง มีการย้ายที่พักอาศัยออกจากพื้นที่ ขอลถอนตัวออกจากกิจกรรมการวิจัยไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตาม และได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ตอน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย และตรวจสอบความตรง เชิงเนื้อหา (Content Validity) ของโปรแกรมโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ที่มีความรู้และประสบการณ์การสร้างเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า โปรแกรมมีความเหมาะสม โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ระหว่าง 0.67 – 1.00 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม 4 กิจกรรม และมีการติดตาม นัดหมาย ทบทวน และกำกับ ทุก 2 สัปดาห์/ 1 ครั้ง ตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ มีรายละเอียดของโปรแกรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ (ตามหลัก 3อ.2ส.) ได้แก่ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามหลัก (ตามหลัก 3อ.2ส.) โดยผ่านสื่อการสอน power point กรณีสึกษา วิดีทัศน์ และการถาม-ตอบ

กิจกรรมที่ 2 สร้างการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ (ตามหลัก 3อ.2ส.) ได้แก่ การจัดการบริโภคอาหารตามหลักธงโภชนาการ การจัดการควบคุมอารมณ์ตนเอง การจัดการการออกกำลังกายตนเอง การลด ละ เลิก การบุหรี่ยาสูบ โดยผ่านสื่อการสอน power point กรณีสัมมุติ การวิเคราะห์ตัวอย่าง วิดีทัศน์ และสื่อบุคคล

กิจกรรมที่ 3 สร้างการรับรู้ความสามารถตนเองของการสร้างเสริมสุขภาพ (ตามหลัก 3อ.2ส.) ได้แก่ ความสามารถในการรับประทานอาหารตามหลักธงโภชนาการ ความสามารถในการจัดการลดความเครียดของตนเอง ความสามารถในการจัดการออกกำลังกายตนเอง ความสามารถในการจัดการลด ละ เลิกบุหรี่ยาสูบ โดยผ่านสื่อการสอน power point กรณีสัมมุติ การวิเคราะห์ความสามารถตนเอง วิดีทัศน์ และสื่อบุคคล

กิจกรรมที่ 4 เสริมแรงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การติดตาม กรณีสัมมุติ การกระตุ้นเตือน พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร ด้านการจัดการความเครียดตนเอง ด้านการจัดการออกกำลังกายตนเอง ด้านการจัดการ ลด ละ เลิกบุหรี่ยาสูบ โดยผ่านสื่อการสอน power point กรณีสัมมุติ กลุ่มไลน์ การติดตามเยี่ยมบ้าน โทรศัพท์ การถาม-ตอบ และสื่อบุคคล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล⁽¹⁶⁾ ประกอบไปด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังในครอบครัว และการตรวจสุขภาพในรอบปี ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์ จำนวน 9 ข้อ

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการจัดการความเครียดตนเอง ด้านการจัดการออกกำลังกายตนเอง ด้านการจัดการ ลด ละ เลิกบุหรี่และสุรา จำนวน 24 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง (7 ครั้ง/สัปดาห์) ให้ 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง (5-6 ครั้ง/สัปดาห์) ให้ 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง (3-4 ครั้ง/สัปดาห์) ให้ 2 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์) ให้ 1 คะแนน และไม่ได้ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน การแปลผล คะแนนเฉลี่ย 3.01- 4.00 ระดับดี 2.01- 3.00 ระดับปานกลาง 1.01- 2.00 ระดับพอใช้ และ 0.00- 1.00 ระดับปรับปรุง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 0.96 0.65 0.89 และ 0.90 ตามลำดับ

2.3 แบบบันทึกผลการตรวจระดับค่าน้ำตาลปลายนิ้ว โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างดื่มน้ำดื่มน้ำตาล อย่างน้อย 8 ชั่วโมง และดื่มน้ำผลไม้ โดยการตรวจวัดความสูง และน้ำหนักด้วยเครื่องชั่งน้ำหนักกระบอกดิจิตอลแสดงเป็นตัวเลขแล้วนำมาคำนวณดัชนีมวลกายการประเมินดำเนินการโดยผู้วิจัยและบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรม ทุก ๆ 2 สัปดาห์ ตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงรายละเอียดการเข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นความลับ นำเสนอผลภาพรวม และการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย อย่างเข้าใจก่อนตัดสินใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือปฏิเสธ

2. ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดและประเมินผลก่อนการทดลอง ได้แก่ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (ตามหลัก 3อ.2ส.) การตรวจระดับค่าน้ำตาลปลายนิ้ว ดัชนีมวลกาย กลุ่มทดลอง และดำเนินการตามแผนการทดลอง 4 กิจกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริม การรับรู้ความสามารถของการสร้างเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพส่วนบุคคลควบคุมดำเนินการตามโปรแกรมปกติของพื้นที่ และการนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง

3. ครั้งที่ 2 – 5 ผู้วิจัยดำเนินการทดลองกลุ่มทดลอง ตามแผนการทดลอง 4 กิจกรรม โดยการทบทวน การกำกับ การติดตามผลที่ผ่านมา ข้อเสนอแนะ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริม การรับรู้ความสามารถของการสร้างเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

4. ครั้งที่ 6 ผู้วิจัยดำเนินการทดลองกลุ่มทดลอง ตามแผนการทดลอง 4 กิจกรรม โดยการทบทวน การกำกับ การติดตามผลที่ผ่านมา ข้อเสนอแนะ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริม การรับรู้ความสามารถของการสร้างเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และประเมินผลหลังการทดลอง ได้แก่ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (ตามหลัก 3อ.2ส.) การตรวจระดับค่าน้ำตาลปลายนิ้ว และดัชนีมวลกาย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าร้อยละ และสถิติอนุมาน ได้แก่ Paired Sample t-test และ Independent sample t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ ที่ 0.01

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่ NRPH 073 เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2566

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	n=35	ร้อยละ	n=35	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	5	14.30	17	48.60
หญิง	30	85.70	18	51.40
2. อายุ				
35 – 40 ปี	2	5.70	1	2.86
41 – 45 ปี	3	8.60	3	8.57
46 – 50 ปี	9	25.70	10	28.57
51 ปีขึ้นไป	21	60.00	21	60.00
3. สถานภาพสมรส				
สมรส	28	80.00	26	74.30
โสด	3	8.60	5	14.30
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	4	11.40	4	11.40
4. ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา/ต่ำกว่า	10	28.60	28	80.00
มัธยมศึกษา/เทียบเท่า	20	57.10	5	14.28
อนุปริญญา/เทียบเท่า	3	8.60	1	2.86
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	2	5.70	1	2.86
5. อาชีพ				
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2	5.70	3	8.60
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	1	2.90	0	0.00
เกษตรกร	30	85.70	27	77.10
รับจ้างทั่วไป	2	5.70	0	0.00
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	0	0.00	5	14.30
อื่นๆ	0	0.00	0	0.00
6. รายได้ครอบครัวต่อเดือน				
ต่ำกว่า 5,000 บาท	19	54.30	27	77.10
5,001 – 10,000 บาท	10	28.60	5	14.30
10,001 – 15,000 บาท	4	11.40	0	0.00
15,001 – 20,000 บาท	0	0.00	0	0.00
มากกว่า 20,000 บาท	2	5.70	3	8.60

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	n=35	ร้อยละ	n=35	ร้อยละ
7. ประวัติโรคประจำตัว				
โรคเบาหวาน	0	0.00	1	2.90
โรคความดันโลหิตสูง	4	11.40	13	37.10
โรคไขมันในเลือด	2	5.70	2	5.70
โรคอ้วน	1	2.90	4	11.40
8. ประวัติการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังในครอบครัว				
โรคเบาหวาน	8	22.90	14	40.00
โรคความดันโลหิตสูง	2	5.70	1	2.90
โรคไขมันในเลือด	2	5.70	0	0.00
โรคอ้วน	13	37.10	12	34.30
อื่นๆ (ไขมัน ความดันโลหิตสูง โรคเกาต์)	10	28.60	8	22.90
9. ท่านมีการตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาหรือไม่				
ได้ตรวจ	35	100.00	35	100.00
ไม่ได้ตรวจ	0	0.00	0	0.00

จากตารางที่ 1 พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.70 อายุ 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60.00 สถานภาพสมรส ร้อยละ 80.00 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา/เทียบเท่า ร้อยละ 57.10 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 85.70 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 54.30 ประวัติโรคประจำตัว อื่น ๆ (ไขมัน ความดันโลหิตสูง) ร้อยละ 80.00 มีประวัติการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังในครอบครัวโรคอ้วน ร้อยละ 37.10 มีการตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 100.00 ส่วนกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.40 อายุ 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60.00 สถานภาพสมรส ร้อยละ 74.30 การศึกษาระดับประถมศึกษา/ต่ำกว่า ร้อยละ 80.00 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 77.10 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 77.10 ประวัติโรคประจำตัวอื่น ๆ (ไขมัน ความดันโลหิตสูง โรคเกาต์) ร้อยละ 42.90 มีประวัติการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังในครอบครัว โรคเบาหวาน ร้อยละ 40.00 การตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 100.00

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยรวมระดับพอใช้ คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.52 (S.D.=1.47) ค่าเฉลี่ยน้ำตาลปลายนิ้ว เท่ากับ 120.94 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ค่าดัชนีมวลกาย เฉลี่ย เท่ากับ 28.14 หลังการทดลอง มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยรวมระดับดี คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.10 (S.D.=3.06) ค่าเฉลี่ยน้ำตาลปลายนิ้ว เท่ากับ 87.06 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ค่าดัชนีมวลกาย เฉลี่ย เท่ากับ 24.23 ส่วนกลุ่มควบคุม มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยรวมระดับพอใช้ คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.46 (S.D.=1.40) ค่าเฉลี่ยน้ำตาลปลายนิ้ว เท่ากับ 106.83 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ค่าดัชนีมวลกาย เฉลี่ย เท่ากับ 26.77 หลังการทดลอง โดยรวมระดับพอใช้ คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.50 (S.D.=1.47) ค่าเฉลี่ยน้ำตาลปลายนิ้ว เท่ากับ 106.89 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ค่าดัชนีมวลกาย เฉลี่ย เท่ากับ 26.59 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (ตามหลัก 3อ.2ส.) ค่าเฉลี่ยน้ำตาลปลายนิ้ว และค่าดัชนีมวลกาย (n=35)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
กลุ่มทดลอง						
1. พฤติกรรมสุขภาพ	1.52	1.47	พอใช้	3.10	3.06	ดี
1.1 ด้านอาหาร	2.51	0.51	ปานกลาง	4.00	0.00	ดี
1.2 ด้านความเครียด	2.20	0.63	ปานกลาง	3.82	0.38	ดี
1.3 ด้านออกกำลังกาย	2.03	0.75	ปานกลาง	3.97	0.17	ดี
1.4 ด้านลด ละ เลิกบุหรี่	1.06	0.24	พอใช้	1.37	0.88	พอใช้
1.5 ด้านลด ละ เลิกสุรา	1.34	0.59	พอใช้	2.49	1.48	ปานกลาง
2. ค่าเฉลี่ยน้ำตาลปลายนิ้ว	120.94 (S.D.=122.00) Max=125, Min=111			87.06 (S.D.=88.00) Max=99, Min=76		
3. ค่าดัชนีมวลกาย	28.14 (S.D.=27.10) Max=39, Min=25			24.23 (S.D.=24.30) Max=31, Min=19		
กลุ่มควบคุม						
1. พฤติกรรมสุขภาพการ	1.46	1.40	พอใช้	1.50	1.47	พอใช้
1.1 ด้านอาหาร	2.74	0.44	ปานกลาง	2.69	0.47	ปานกลาง
1.2 ด้านความเครียด	1.71	0.67	พอใช้	1.80	0.63	พอใช้
1.3 ด้านออกกำลังกาย	1.69	0.71	พอใช้	1.86	0.69	พอใช้
1.4 ด้านลด ละ เลิกบุหรี่	1.17	0.45	พอใช้	1.17	0.45	พอใช้
1.5 ด้านลด ละ เลิกสุรา	1.31	0.58	พอใช้	1.34	0.59	พอใช้
2. ค่าเฉลี่ยน้ำตาลปลายนิ้ว	106.83 (S.D.=105.00) Max=124, Min=100			106.89 (S.D.=110.00) Max=125, Min=89		
3. ค่าดัชนีมวลกาย	26.77 (S.D.=25.80) Max=34, Min=25			26.59 (S.D.=25.90) Max=35, Min=23		

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (ตามหลัก 3อ.2ส.) ค่าเฉลี่ยน้ำตาลปลายนิ้ว และค่าดัชนีมวลกาย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n=35)

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่าง		$\bar{x}$	S.D.	t	P
1. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ 3อ.2ส.	กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	1.52	0.22	37.03*	<0.001
		หลังการทดลอง	3.10	0.25		
	กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	1.46	0.28	1.67	0.10
		หลังการทดลอง	1.50	0.27		
1.1 ด้านอาหาร	กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	2.51	0.51	28.42*	<0.001
		หลังการทดลอง	4.00	0.00		
	กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	2.74	0.44	0.58	0.56
		หลังการทดลอง	2.69	0.47		

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (ตามหลัก 3อ.2ส.) ค่าเฉลี่ยน้ำตาลปลายนิ้ว และค่าดัชนีมวลกาย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n=35) (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่าง		$\bar{x}$	S.D.	t	P
1.2 ด้านความเครียด	กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	2.20	0.63	12.62*	<0.001
		หลังการทดลอง	3.82	0.38		
	กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	1.71	0.67	1.89	0.07
		หลังการทดลอง	1.80	0.63		
1.3 ด้านออกกำลังกาย	กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	2.03	0.75	19.45*	<0.001
		หลังการทดลอง	3.97	0.17		
	กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	1.69	0.71	2.64*	<0.01
		หลังการทดลอง	1.86	0.69		
1.4 ด้านลด ละ เลิกบุหรี่	กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	1.06	0.24	12.97*	<0.001
		หลังการทดลอง	1.37	0.88		
	กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	1.69	0.71	1.00	0.32
		หลังการทดลอง	1.17	0.45		
1.5 ด้านลด ละ เลิกสุรา	กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	1.34	0.59	9.32*	<0.001
		หลังการทดลอง	2.49	1.48		
	กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	1.31	0.58	1.47	0.15
		หลังการทดลอง	1.34	0.59		
2. ค่าเฉลี่ยน้ำตาลปลายนิ้ว	กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	120.94	122.00	28.39*	<0.001
		หลังการทดลอง	87.06	88.00		
	กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	106.83	105.00	0.03	0.98
		หลังการทดลอง	106.89	110.00		
3. ค่าดัชนีมวลกาย	กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	28.14	27.10	15.20*	<0.001
		หลังการทดลอง	24.23	24.30		
	กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	26.77	25.80	0.86	0.86
		หลังการทดลอง	26.59	25.90		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 3 พบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) สูงกว่าก่อนการทดลอง ค่าน้ำตาลปลายนิ้ว และค่าดัชนีมวลกาย ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว และระดับดัชนีมวลกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n=35)

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{x}$	S.D.	t	p
1. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ 3อ.2ส.	ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	1.52	1.01	0.32
		กลุ่มควบคุม	1.46		
	หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	3.10	25.97*	<0.001
		กลุ่มควบคุม	1.50		
	1.1ด้านอาหาร	ก่อนการทดลอง	2.51	0.77	0.45
		กลุ่มควบคุม	2.74		
	หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	4.00	25.54*	<0.001
		กลุ่มควบคุม	2.69		
	1.2 ด้านความเครียด	ก่อนการทดลอง	2.20	4.21*	<0.001
		กลุ่มควบคุม	1.71		
	หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	3.82	18.20*	<0.001
		กลุ่มควบคุม	1.80		
	1.3 ด้านออกกำลังกาย	ก่อนการทดลอง	2.03	1.85	0.07
		กลุ่มควบคุม	1.69		
	หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	3.97	15.96*	<0.001
		กลุ่มควบคุม	1.86		
	1.4 ด้านลด ละ เลิกบุหรี่	ก่อนการทดลอง	1.06	0.88	0.38
		กลุ่มควบคุม	1.69		
	หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	1.37	5.08*	<0.001
		กลุ่มควบคุม	1.17		
	1.5 ด้านลด ละ เลิกสุรา	ก่อนการทดลอง	1.34	0.94	0.35
		กลุ่มควบคุม	1.31		
	หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	2.49	6.69*	<0.001
		กลุ่มควบคุม	1.34		
2. ค่าเฉลี่ยน้ำตาลปลายนิ้ว	ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	120.94	10.34*	<0.001
		กลุ่มควบคุม	106.83		
	หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	87.06	8.70*	<0.001
		กลุ่มควบคุม	106.89		
3. ค่าดัชนีมวลกาย	ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	28.14	2.01	0.05
		กลุ่มควบคุม	26.77		
	หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	24.23	3.81*	<0.001
		กลุ่มควบคุม	26.59		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 4 พบว่า ภายหลังจากการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยน้ำตาลปลายนิ้ว และค่าดัชนีมวลกาย ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยข้างต้นหลังการทดลองพบว่า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลโนนตูม อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา มีพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.) สูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยน้ำตาลปลายนิ้ว และค่าดัชนีมวลกาย ต่ำกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้วิจัย ดำเนินการประยุกต์ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์สำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยผู้วิจัยมีการบรรยายให้ความรู้ความเข้าใจ ผลกระทบ การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้หลัก 3อ.2ส. ได้แก่ 1) ด้านอาหาร การบรรยายองค์ความรู้เกี่ยวกับหลักโภชนาและทักษะการกำหนดอาหารตามธงโภชนาการอย่างไรให้สมดุล พลังงานและสารอาหาร ที่ควรได้รับต่อวัน โดยเน้นแหล่งอาหารจากชุมชนเป็นหลัก และแนะนำ หลักการใช้วิธี 3 เพิ่ม 3 ลด 3 งด ดังนี้ 3 เพิ่ม คือ เพิ่มการรับประทานอาหารจำพวกปลา เพิ่มการรับประทานผัก และเพิ่มการรับประทานไข่ 3 ลด คือ ลดการรับประทานข้าวเหนียว ลดผลไม้รสหวาน และ 3 งด คือ งดน้ำหวานและขนมหวาน งดของทอดของมัน งดของเค็ม 2) ด้านอารมณ์ บรรยายองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ตนเองเมื่อเกิดสภาวะความเครียด โดยใช้สมาธิในการควบคุมอารมณ์ตามกิจกรรมสร้างสุขด้วยสติ กรณีศึกษาโดยชี้ให้เห็นถึงประโยชน์พร้อมเสนอแนวทางการจัดการอารมณ์ที่ถูกต้อง แล้วกระตุ้นถามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มและผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม พร้อมกับการเสริมแรงโดยให้คำชมเชยและปรบมือ เพื่อให้เกิดความรู้สึกภูมิใจในการดำเนินกิจกรรมและการตั้งใจในการแก้ไขปัญหาต่อไป 3) ด้านการออกกำลังกาย โดยผู้วิจัย บรรยาย องค์ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม ได้แก่ การเดิน การวิ่งเหยาะๆ โยคะ แอโรบิก และร่วมกัน กำหนดและสัญญาใจว่าจะต้องมีการออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที จำนวน 3 ครั้ง/สัปดาห์ 4) ด้านบุหรี่ยาสูบ โดยผู้วิจัย บรรยายองค์ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ยาสูบ โทษ ผลกระทบ และทักษะวิธีการลด ละ เลิก กรณีศึกษา และตัวแบบ บุคคลในชุมชนที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้มุมมองและให้มีแรงจูงใจ ในการลด ละ เลิก ดังนั้น ถ้ากลุ่มตัวอย่างเชื่อและมั่นใจว่าตนเองจะสามารถกระทำได้อีกจะประสบความสำเร็จ ผ่านสื่อการสอน power point กรณีศึกษา ตัวแบบ วิถีทัศน์นิยามณรรค์เลิกสูบบุหรี่และดื่มสุรา (สสส.) การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การติดตาม การนัดหมาย การกระตุ้นเตือน พฤติกรรมสุขภาพโดยผ่านช่องทางออนไลน์ การติดตามเยี่ยมบ้าน และการให้คำปรึกษา จากการดำเนินการวิจัยดังกล่าว จึงส่งผลทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลปลายนิ้ว และค่าดัชนีมวลกายลดลงดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษา การวิจัยแบบกึ่งทดลองเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่ตำบลเมืองไพร อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทักษะคิดในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเบาหวาน มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$ และ $p\text{-value} < 0.05$) มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.110$) มีค่าเฉลี่ยรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$ และ $p\text{-value} < 0.05$)⁽¹³⁾ สอดคล้องการวิจัยกึ่งทดลองเรื่องผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 self ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self - efficacy) การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self - regulation) และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง (Self - care) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต และเส้นรอบเอวลดลงกว่าก่อนการทดลองและลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)⁽¹⁷⁾ สอดคล้องผลการศึกษา เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและดัชนีมวลกายในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านละบัว อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยการประยุกต์โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลงจากก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001⁽¹⁸⁾ สอดคล้องผลการศึกษา เรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานแขวงคลองต้นไทร เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร วิจัยแบบ กึ่งทดลอง โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมที่สร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพิ่มขึ้น 7.14 ความคาดหวังในผลลัพธ์ 6.66 และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 5.34 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) รวมทั้งระดับ น้ำตาลในเลือดลดลง 11 มก./ดล. ($p < 0.05$)⁽¹⁹⁾ สอดคล้องผลการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ. ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ. กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข และแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม สุขภาพตามหลัก 2 อ. (อาหารออกกําลังกาย) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังเข้าร่วม โปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)⁽²⁰⁾

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

1. การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดการติดตามวัดผลเพียงสองครั้งก่อนและหลังได้รับสิ่งทดลองเท่านั้น เพื่อเป็นการ ยืนยันประสิทธิผลของสิ่งทดลองควรมีการวัดผลติดตามผลการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
2. ผลการศึกษา พบว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ประชาชนกลุ่ม เสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพสูงขึ้น ค่าเฉลี่ยน้ำตาลปลายนิ้ว ค่าดัชนีมวลกาย ต่ำกว่าก่อน การทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนั้น ควรมีการติดตาม กระตุ้นเตือน อย่างต่อเนื่องทุก ๆ 6 เดือน เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมี สุขภาพดีและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อยืนยันผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. ควรมีการศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมพัฒนานวัตกรรมสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน เพื่อขับเคลื่อนรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เกิดจาก ชุมชนมีส่วนร่วมจริงเพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาและช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากอาจารย์ที่ปรึกษา ที่ได้กรุณาให้ความรู้ทางด้านวิชาการ ให้คำปรึกษา ตรวจสอบปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ บุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมพวง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตูมใหญ่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาจ่ง ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และองค์การบริหารส่วนตำบลโนนตูม ที่สนับสนุนการดำเนินการวิจัย ครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Diabetes Fact sheet. [internet]. 2016. [cited 2015 October 8]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>.
2. Diabetes World Health Organization. [Internet]. 2020. [cited 2021 Aug 26]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.
3. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 8th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation. 2017.
4. American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes. Diabetes Care 2017; 40 (Suppl. 1): S11-S24; DOI: 10.2337/dc17-S005.
5. World Health Organization. Diabetes fact sheet. [Internet]. 2021. [cited 2023 March 13]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.
6. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2554. กรุงเทพมหานคร: บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด. 2564.
7. สำนักโรคไม่ติดต่อ. แผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อปี 2560-2564. [ออนไลน์]. 2566.[สืบค้น 2566 มกราคม 8] จาก: http://plan.ddc.moph.go.th/meeting_30_1augsep/meeting301/Documents/AD.pdf.
8. ประภาส บารมี และ จักรพันธ์ บุญอ่อน. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานด้วย4ป.กรณีศึกษากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบลบ้านกลางอำเภอวังทองจังหวัดพิษณุโลก. วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ. 2566; 5(1): 25-37.
9. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมพวง. ศูนย์ข้อมูลภาวะสุขภาพ. สำนักงานสาธารณสุข อำเภอชุมพวง กระทรวงสาธารณสุข จังหวัด นครราชสีมา. 2565.
10. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตูมใหญ่. ศูนย์ข้อมูลภาวะสุขภาพ. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตูมใหญ่ องค์การบริหารส่วน จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา. 2565.
11. ชูลีกร ด่านยุทธศิลป์. แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพทาง การพยาบาล. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2561; 38(2): 132-141.
12. Pender, N.J., Murdaugh. CL., & Parsons, MA. Health Promotion in Nursing Practice. (4rd ed.). USA: Appleton & Lange 2011.
13. พัชราวรรณ จันทร์เพชร, เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ และฉัตรลดา ดีพร้อม. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานใน เขตพื้นที่ตำบลเมืองไพร อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2563; 27(1): 55-62.
14. Cohen. Statistic power Analysis for Behavioral Sciences. New York: Academic Press.1969.
15. ธนกร ปัญญาใสโสภณ. ระเบียบวิธีวิจัยสำหรับการจัดการสร้างเสริมสุขภาพ. นครราชสีมา: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เลิศศิลป์ สาส์ณ โสไลต์. 2564.
16. ชูศรี วงศ์รัตน์. เทคนิคการสร้างเครื่องมือวิจัย: การนำไปใช้อย่างมืออาชีพ. กรุงเทพฯ : อมรการพิมพ์. 2560.

17. เกสรวรรณ ประดับพจน์ และศิริลักษณ์ ประดับพจน์, ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 self ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตและเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช. 2564; 8(5): 148-161.
18. ทิพย์สุมน จิตดวงศพันธ์, ปิ่นหทัย และรุ่งนภา ชัยรัตน์, ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและดัชนีมวลกายในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาล. 2564; 48(4): 243-255.
19. เพ็ญวดี โรจน์เรืองนนท์ และคณะ, ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานแขวงคลองตันไทร เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร. วารสารกรมการแพทย์. 2564; 46(3): 81-88.
20. สุภาวดี กลัดทอง และณรินทร์ แยมสกุล, ผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ.ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีราช. 2564; 1(2): 14-26.

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร

พรปวีณ์ เลาสุวรรณหายก^{1*} มณีนรัตน์ อีระวิวัฒน์² มลินี สมภาพเจริญ² นิรัตน์ อิมามิ³

^{1*} นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² รองศาสตราจารย์ ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

³ ผู้ทรงคุณวุฒิสภาวิชาสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

ปัญหาการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ในกลุ่มวัยรุ่นเพิ่มมากขึ้น การสร้างเสริมทักษะการป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์จึงเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 65 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 35 คน กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยกิจกรรมการเรียนรู้ จำนวน 4 ครั้ง จัดกิจกรรม 1 ครั้งต่อสัปดาห์ วิธีการจัดกิจกรรมประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติแบบกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน แสดงบทบาทสมมติที่เป็นปัญหาในปัจจุบัน การนำเสนอตัวแบบผ่านบุคคลจริง และการอภิปรายแบบนิรนัยในกลุ่มไลน์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามให้ตอบด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วย Chi-squared test Independent samples t-test และ Paired samples t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการเรียนรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ มีความคาดหวังในผลดีจากการป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ และพฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เท่ากับ 0.003, 0.001 และ 0.001 ตามลำดับ สรุปได้ว่าโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการช่วยสร้างเสริมการเรียนรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีจากการปฏิบัติที่ถูกต้อง และพฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ให้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2

คำสำคัญ: การกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์/ วัยรุ่น/ ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเอง

*ผู้รับผิดชอบบทความ: พรปวีณ์ เลาสุวรรณหายก, อีเมล: sleepless_intamara@hotmail.com, โทร.: 08 3949 6941

Received: 27 มีนาคม 2567/ Revised: 25 เมษายน 2567/ Accepted: 29 พฤษภาคม 2567

The Effects of the Promotion Program in Cyberbullying Prevention Behavior in Eighth Grade Students of a Secondary School in Bangkok Metropolis

Ponpawee Laosuwannayok^{1*} Manirat Therawiwat² Malinee Sompopcharoen² Nirat Iamee³

^{1*}Master of Science Students in Health Education and Health Promotion, Faculty of Public Health, Mahidol University

²Assoc.Prof., Health Education and Behavioral Sciences, Faculty of Public Health, Mahidol University

³Expert in Health Education and Health Promotion Program, Faculty of Public Health, Mahidol University

Abstract

The cyberbullying problem among adolescents is increasing. Promoting the acquisition of cyberbullying prevention skills among adolescents is therefore necessary and important. This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of a promotion program in cyberbullying prevention behaviors in eighth grade students of a secondary school in Bangkok. The study sample comprised 65 eighth-grade students, divided into an experimental group of 30 students and a comparison group of 35 students. The experimental group participated in a program developed based on self-efficacy and social support theories. The program consists of 4 learning activities and the activities were organized once a week. Methods for organizing learning activities include lectures, group counseling to share experiences, role-playing, live modeling, and anonymous discussions in line groups. Data were collected using a self-assessment questionnaire and analyzed using descriptive statistics, such as frequency, percentage, mean, and standard deviation. Research hypotheses were analyzed with the chi-squared test, independent samples t-test, and paired samples t-test, with a significance level set at 0.05.

After experimentation, the experimental group had significantly higher scores on self-efficacy in preventing cyberbullying. They also exhibited increased outcome expectations regarding the benefits of cyberbullying prevention, and cyberbullying prevention behaviors compared to before the experiment and significantly more than the comparison group ($p < 0.05$), with p-values equal to 0.003, 0.001, and 0.001 respectively. It can be concluded that the program effectively promoted cyberbullying prevention behavior and increased perceived self-efficacy within the experimental group.

Keywords: Cyberbullying/ Adolescents/ Self-efficacy theory

*Corresponding author: Ponpawee Laosuwannayok, email: sleepless_intamara@hotmail.com, Tel.: 08 3949 6941

Received: March 27, 2024/ Revised: April 25, 2024/ Accepted: May 29, 2024

บทนำ

เทคโนโลยีในปัจจุบันได้พัฒนาขึ้นก้าวหน้าอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง จนเข้าสู่ยุคของการใช้สื่อดิจิทัล (Digital Media) อย่างแพร่หลาย การติดต่อสื่อสารได้พัฒนาขึ้นเป็นสังคมทางอินเทอร์เน็ตที่รู้จักกันในชื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) การกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ (Cyberbullying) เป็นการกระทำรูปแบบหนึ่งที่เกิดขึ้นบนพื้นที่ออนไลน์ เกิดการละเมิดสิทธิต่าง ๆ จนทำให้ผู้อื่นหวาดกลัว ตกใจ รู้สึกแยะ ไร้ค่า และกลายเป็นตัวตลกของสังคม เห็นได้ชัดในปัจจุบันที่ทุกคนมีโซเชียลมีเดียเป็นของตัวเอง สิ่งนี้เปรียบเสมือนอาวุธที่คอยโจมตีแทงใจคนที่ตกเป็นเป้าหมายของสังคม^(1,2) นอกเหนือจากนี้ พฤติกรรมดังกล่าวกระทำได้ง่ายดายเนื่องจากทุกคนสามารถเข้าถึงโซเชียลมีเดีย อีกทั้ง สามารถหลบซ่อนตัวตนได้ง่าย

ปัญหาการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยเฉพาะการกลั่นแกล้งหรือการรังแกในกลุ่มวัยรุ่นได้รุนแรงเป็นวงกว้างมากขึ้น จากผลการสำรวจพฤติกรรมรังแกกันในเด็กนักเรียน 40 ประเทศทั่วโลก พบว่า นักเรียนชายมีพฤติกรรมรังแกร้อยละ 8.6-45.2 และนักเรียนหญิงร้อยละ 4.8-35.8 โดยนักเรียนที่มีอายุระหว่าง 11-15 ปี เป็นช่วงวัยที่พบพฤติกรรมรังแกกันมากที่สุด⁽³⁾ งานวิจัยของบริษัท อีปซอสส์ ในปี 2561 ซึ่งได้ทำการเก็บข้อมูลใน 28 ประเทศทั่วโลกจากกลุ่มผู้ปกครองของเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี พบว่า มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับปัญหาการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ทั่วโลกเพิ่มขึ้นร้อยละ 9 จากปี 2554 เป็นต้นมา โดยร้อยละ 17 ของผู้ปกครองทั่วโลก กล่าวว่า ลูกเคยมีประสบการณ์โดนกลั่นแกล้งทางอินเทอร์เน็ต⁽⁴⁾ ข้อมูลที่ปรากฏแสดงให้เห็นถึงปัญหาในกลุ่มวัยรุ่นที่สูงมากขึ้นเรื่อย ๆ

สำหรับสถานการณ์การกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2563 จัดอยู่อันดับ 5 ของโลก โดยเยาวชนไทยอายุ 13 ปีขึ้นไป ร้อยละ 48 เคยเกี่ยวข้องกับการกลั่นแกล้งในพื้นที่ไซเบอร์ ร้อยละ 41 ของเยาวชนไทยเคยถูกกลั่นแกล้งในพื้นที่ไซเบอร์ และร้อยละ 56 เด็กผู้ชายรู้เห็นหรือเกี่ยวข้องกับการกลั่นแกล้งมากกว่าเด็กผู้หญิง ขณะที่ร้อยละ 43 ของเด็กผู้หญิงถูกกลั่นแกล้งมากกว่าเด็กผู้ชาย โดยประเด็นที่มีการกลั่นแกล้งกันหรือที่เรียกว่า “บูลลี่” มากที่สุด คือ เรื่องรูปลักษณ์และเพศ⁽⁵⁾ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านพิทักษ์สิทธิและเสรีภาพ กล่าวว่า สถิติการกลั่นแกล้งทั่วโลก ตั้งแต่ปี 2561 จนถึงปัจจุบัน จาก 28 ประเทศทั่วโลก พบว่า 1 ใน 5 ถูกกลั่นแกล้งบนโซเชียลมีเดีย (Social Media) แบ่งเป็น เด็กอายุ 6-10 ปี ถูกกลั่นแกล้งร้อยละ 47.77 อายุ 11-13 ปี ถูกกลั่นแกล้งร้อยละ 56.4 อายุ 14-18 ปี ถูกกลั่นแกล้งร้อยละ 59.9 และอายุ 19 ปีขึ้นไปถูกกลั่นแกล้ง ร้อยละ 54.3 สะท้อนให้เห็นว่าแนวโน้มการถูกกลั่นแกล้งเริ่มเกิดขึ้นในเด็กอายุน้อย และอาจเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งโรงเรียนได้กลายเป็นแหล่งบ่มเพาะการถูกกลั่นแกล้ง เพราะพบอัตราการกลั่นแกล้งมากถึงร้อยละ 82.8⁽⁶⁾

ข้อมูลดังกล่าวแสดงถึงสถานการณ์การกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ในประเทศไทยว่าอยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูง กลุ่มที่พบปัญหาจำนวนมากคือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยผู้ถูกรังแกได้รับผลกระทบจากการรังแกกันผ่านโลกไซเบอร์ 6 ประการ ได้แก่ 1) เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าหรือเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมกระตุ้นโรคซึมเศร้าที่มีอยู่แล้วให้หนักมากขึ้น 2) เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เยาวชนตัดสินใจฆ่าตัวตาย 3) ผลกระทบทางความรู้สึก ได้แก่ เครียด เศร้า หวาดระแวง อับอาย ไม่มีความสุข ไม่สบายใจ เจ็บปวด 4) ผลกระทบทางสังคม ทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียง ภาพลักษณ์เสียหาย ถูกเกลียดชัง ถูกดูหมิ่น และ 5) ผลกระทบต่อตัวตนและบุคลิกภาพ ทำให้เป็นคนหนีปัญหา แยกตัวจากสังคม ไม่ไว้วางใจใคร 6) ปัญหาด้านการเรียน⁽⁷⁾ ซึ่งความรุนแรงดังกล่าวเป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้ามทุกประการ แม้ว่าตามหลักสูตรของโรงเรียนจะมีการเรียนการสอนเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยี แต่ก็มีข้อจำกัดในหลายด้าน ที่สำคัญโรงเรียนส่วนใหญ่ไม่มีการจัดการเรียนการสอนหรือการแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ให้นักเรียน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy Theory) ที่พัฒนาโดย แบนดูรา^(8,9) มีแนวคิดว่าการรับรู้ความสามารถตนเอง คือ การที่บุคคลตัดสินใจความสามารถของตนเองที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองสูง จะมีความมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันหรือแก้ปัญหาได้ และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งนอร์เบค⁽¹⁰⁾ กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม งานวิจัยนี้จึงนำแนวคิดหลักของทั้งสองทฤษฎีมาออกแบบโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการ

กลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ เพื่อให้ให้นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มีพฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ที่ถูกต้อง ส่งผลให้สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ทั้งกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

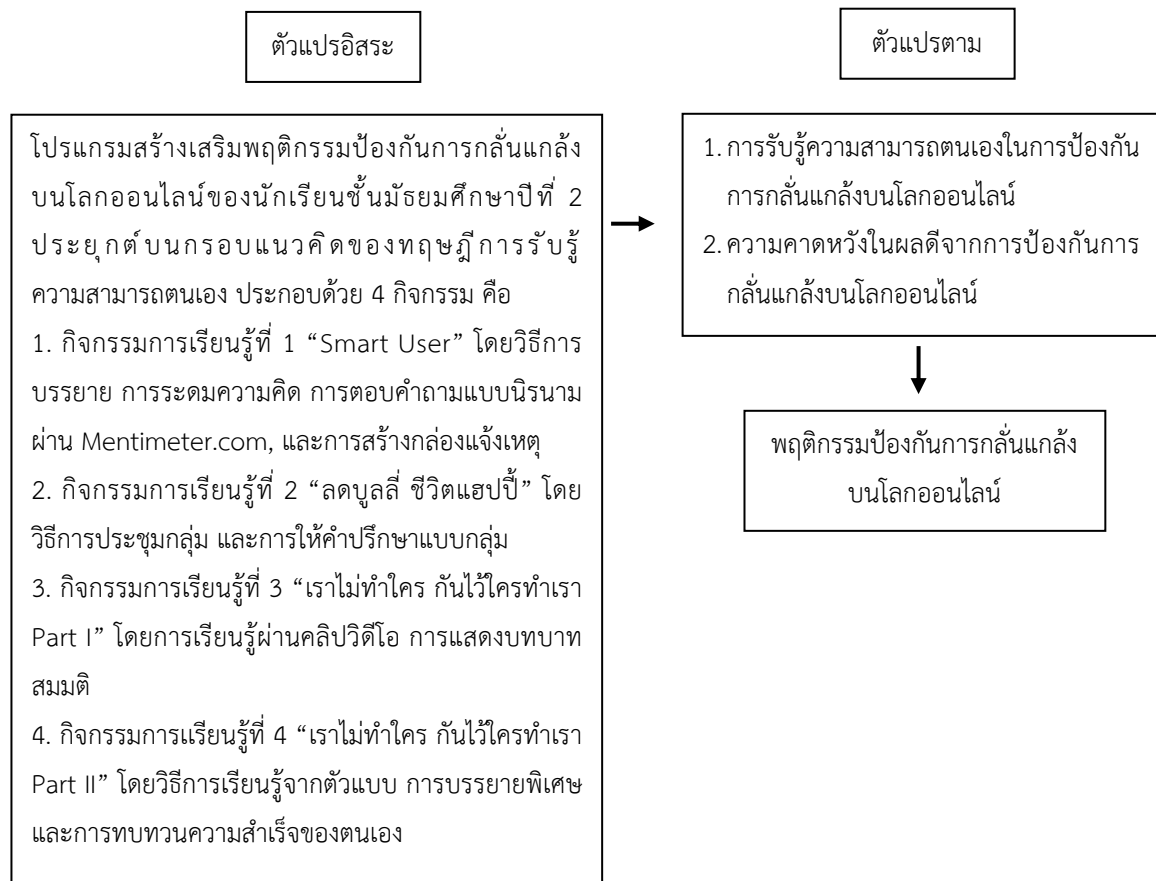
วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังในผลดีจากการป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ one group pretest-posttest design

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การเลือกโรงเรียนโดยวิธีเจาะจง โรงเรียนที่เป็นกลุ่มทดลอง คือ โรงเรียนสาธิตแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ศูนย์วิจัยและพัฒนาการศึกษา และโรงเรียนที่เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ คือ โรงเรียนฤทธิยะวรรณาลัย กรุงเทพมหานคร กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักอำนาจการทดสอบของโคเฮน⁽¹¹⁾ สำหรับการศึกษาวิจัยที่ใช้สถิติทดสอบ T-test โดยผู้วิจัยกำหนดให้ค่าอิทธิพลมีขนาดใหญ่ (Effect size) = 0.8, Power $(1-\beta)$ = 0.8, α = 0.05 และทำการเปิดตารางโคเฮนสำเร็จรูป ได้ขนาดตัวอย่าง 26 คนต่อกลุ่ม เนื่องจากการวิจัยนี้ดำเนินการในหน่วยที่เป็นห้องเรียน ดังนั้นนักเรียนทุกคนในห้องเรียนจึงจัดเป็นกลุ่มตัวอย่าง

การสุ่ม ทำการสุ่มห้องเรียนมาจำนวน 1 ห้อง จากห้องเรียนทั้งหมดในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ทั้งโรงเรียนที่เป็นกลุ่มทดลองและโรงเรียนที่เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 35 คน

การคัดเลือก เกณฑ์การคัดนักเรียนเข้าร่วมโครงการวิจัย คือ เป็นนักเรียนทั้งเพศชายและหญิงที่ผู้ปกครองอนุญาตให้เข้าร่วมโครงการ และนักเรียนสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ โดยพัฒนาขึ้นจากการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 4 กิจกรรม จัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลาครั้งละ 50 นาที และในสัปดาห์ที่เหลือเป็นการให้แรงสนับสนุนทางสังคมผ่านทางกลุ่มไลน์พร้อมกับการตั้งกล่องแจ้งเหตุ เป็นระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์

กิจกรรมการเรียนรู้ที่ 1 เรื่อง “Smart User”, กิจกรรมการเรียนรู้ที่ 2 เรื่อง “ลดบูลลี่ ชีวิตแฮปปี้”, กิจกรรมการเรียนรู้ที่ 3 เรื่อง “เราไม่ทำใคร กันไว้ใครทำเรา Part I”, กิจกรรมการเรียนรู้ที่ 4 เรื่อง “เราไม่ทำใคร กันไว้ใครทำเรา Part II” และกิจกรรมการให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยผู้วิจัย ผ่านทางกลุ่มไลน์และกล่องแจ้งเหตุ ตลอดระยะเวลาการทดลอง 8 สัปดาห์

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย ดำเนินการทดลองโดยมีกิจกรรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบดังต่อไปนี้

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มีกิจกรรมการเรียนรู้ทั้งหมด 4 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมใช้เวลา 50 นาที และจัดกิจกรรมในคาบวิชาเรียนสุศึกษา ระยะเวลาห่างกันกิจกรรมละ 1 สัปดาห์ รวมทั้งกิจกรรมการให้แรงสนับสนุนทางสังคมตลอด 7 สัปดาห์ผ่านทางกลุ่มไลน์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ และจัดทำกลุ่มไลน์สำหรับการสนับสนุนทางสังคมด้วยการส่งข้อมูลข่าวสารความรู้เพื่อสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองและแรงจูงใจเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 1 “Smart User” เพื่อเสริมสร้างความรู้พื้นฐานของการเล่นสื่อมีเดียและฝึกทักษะการป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ โดยการบรรยายความรู้ และจัดให้มีการตอบคำถามแบบนิรนามผ่าน Mentimeter.com การระดมความคิด และการสร้างกล่องแจ้งเหตุ และการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันตนเองจากการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมการเรียนรู้และพูดกระตุ้นสร้างความมั่นใจ

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 2 “ลดบูลลี่ ชีวิตแฮปปี้” เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ และฝึกทักษะการป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ โดยการนำเสนอตัวแบบเกี่ยวกับปัญหาการบูลลี่ผ่านละครสั้น การบรรยายวิธีการป้องกันโดยใช้ทักษะสำคัญ 4 ด้าน คือ การบล็อก การจำกัดการเข้าถึง การรักษาความเป็น

ส่วนตัว และการเก็บหลักฐาน การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม การอภิปรายกลุ่มในประเด็นที่เคยทำสำเร็จ ผู้วิจัยพูดกระตุ้นและสรุปกิจกรรมการเรียนรู้และปิดกิจกรรมโดยให้ทุกคนพูดว่า “ลดบุลลี ชีวิตแฮปปี้ ฉันทำได้ เฮ้!”

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 3 “เราไม่ทำใคร กันไว้ใครทำเรา Part I” เพื่อสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ และฝึกทักษะการบล็อก การจำกัดการเข้าถึง การรักษาความเป็นส่วนตัว และการเก็บหลักฐาน ที่จะช่วยป้องกันปัญหาการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ได้ โดยให้นักเรียนแสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์ที่ได้รับมอบหมาย ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมการเรียนรู้และพูดชักจูงให้นักเรียนปฏิบัติตามทักษะสำคัญอย่างเป็นประจำ

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมที่ 4 “เราไม่ทำใคร กันไว้ใครทำเรา Part II” เพื่อสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองและฝึกทักษะการป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ โดยการซักถามทบทวนความสำเร็จของตนเองในการปฏิบัติที่ผ่านมา การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง หลังจากนั้นให้ทุกคนเขียนความสำเร็จหรือความก้าวหน้าของตนเองที่ได้ปฏิบัติตลอดระยะเวลา 4 สัปดาห์ของการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ และนำไปแปะที่ “ต้นไม้ความสำเร็จ” ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมการเรียนรู้และพูดชักจูงให้นักเรียนมีความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง

และในระหว่างสัปดาห์ที่ 1-7 มีกิจกรรมการให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยผู้วิจัยและครู ด้วยการให้ข้อมูลข่าวสารข้อปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ พร้อมประเมินผลกลับ และครูหมั่นตรวจสอบการแจ้งเรื่องกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ทาง “กล่องแจ้งเหตุ” อย่างสม่ำเสมอ

สัปดาห์ที่ 8 เก็บข้อมูลหลังการทดลองด้วยแบบสอบถามชุดเดียวกับก่อนการทดลอง

กลุ่มเปรียบเทียบ มีกิจกรรมดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ สัปดาห์ที่ 2-7 นักเรียนได้รับการเรียนการสอนในหลักสูตรแกนกลางรายวิชาสุขศึกษาตามรูปแบบปกติของโรงเรียน สัปดาห์ที่ 8 เก็บข้อมูลหลังการทดลองด้วยแบบสอบถามชุดเดียวกับก่อนการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามให้ตอบด้วยตนเอง แบ่งเป็น 4 ส่วน

1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ ระยะเวลาที่ใช้งานอินเทอร์เน็ต กิจกรรมทางอินเทอร์เน็ต ช่องทางออนไลน์ที่เข้าใช้งานอินเทอร์เน็ต ค่าใช้จ่ายในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต สถานภาพของผู้ปกครอง บุคคลที่พิกอาศัยร่วมกัน และประวัติการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ รวมจำนวน 8 ข้อ

2) คำถามวัดการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ เป็นการวัดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก มั่นใจปานกลาง มั่นใจน้อย มั่นใจน้อยที่สุด รวมจำนวน 10 ข้อ แบ่งการรับรู้ความสามารถตนเองเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของบุลุม⁽¹²⁾ คือ การรับรู้ระดับสูง ปานกลาง ต่ำ

3) คำถามวัดความคาดหวังในผลจากการป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ เป็นการวัดเกี่ยวกับความรู้สึกความเชื่อเกี่ยวกับผลที่ได้จากการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด รวมจำนวน 10 ข้อ แบ่งระดับความคาดหวังในผลเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของบุลุม⁽¹²⁾ คือ ความคาดหวังระดับสูง ปานกลาง ต่ำ

4) คำถามวัดพฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ เป็นการวัดเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหรือการกระทำพฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ รวมถึงความถี่ในการปฏิบัติในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จาก 4 ทักษะสำคัญ คำตอบมีลักษณะเป็นการวัดความถี่ในการปฏิบัติ 5 ระดับความถี่ คือ ปฏิบัติทุกวันหรือทุกครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำ (มากกว่า 4-5 ครั้ง) ปฏิบัติบางครั้ง (3-4 ครั้ง) ปฏิบัติน้อย (1-2 ครั้ง) ไม่เคยหรือไม่ได้ปฏิบัติ รวมจำนวน 11 ข้อ แบ่งระดับพฤติกรรมเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของบุลุม⁽¹²⁾ คือ ปฏิบัติถูกต้องมาก ปฏิบัติถูกต้องปานกลาง ปฏิบัติถูกต้องน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ในการพิจารณาความตรงของเนื้อหาและความตรงเชิงโครงสร้าง (IOC) โดยคำถามทุกข้อมีคะแนนเฉลี่ย 0.5 ขึ้นไป จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักเรียน (Try out) เพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยง (Reliability) โดยกำหนดค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ในแต่ละส่วนของคำถาม คือ 0.75 ขึ้นไป จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเที่ยงของการรับรู้ความสามารถตนเอง เท่ากับ 0.91 ความคาดหวังในผลดีจากการป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ เท่ากับ 0.83 และพฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ เท่ากับ 0.87

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Chi-Squared Test และ Independent Sample T-Test วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ ความคาดหวังในผลดีจากการป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ และพฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ ภายในกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Paired Sample T-Test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Independent Sample T-Test

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนดำเนินการวิจัย ให้การรับรองเรื่องการเก็บข้อมูลเป็นความลับ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบตามมา และขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ โดยผู้ปกครองต้องลงนามในหนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารรับรอง ที่ MUPH 2023-041

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 65 คน เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 35 คน ผลการวิจัยมีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มทดลองเป็นนักเรียนเพศชายและเพศหญิง จำนวน 15 คนเท่ากัน ร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่มีการใช้งานอินเทอร์เน็ตต่อวัน 1-5 ชั่วโมง ร้อยละ 80.0, มีกิจกรรมทางอินเทอร์เน็ตมากที่สุด คือ การรับฟังหรือรับชมสื่อบันเทิง ร้อยละ 43.3, มีช่องทางออนไลน์ที่ใช้ใช้งานอินเทอร์เน็ตมากที่สุด คือ Line ร้อยละ 93.3, มีค่าใช้จ่ายในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตต่อเดือนน้อยกว่า 500 บาท ร้อยละ 86.7, สถานภาพของผู้ปกครองอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 86.7, พักอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา ร้อยละ 90.0 และไม่เคยมีประสบการณ์การกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ ร้อยละ 53.3

กลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 60.0 และ 40.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการใช้งานอินเทอร์เน็ตต่อวันมากที่สุด 1-5 ชั่วโมง ร้อยละ 88.6, มีกิจกรรมทางอินเทอร์เน็ตมากที่สุด คือ เป็น Influencer หรือ Blogger ร้อยละ 48.6, มีช่องทางออนไลน์ที่ใช้ใช้งานมากที่สุด คือ Instagram ร้อยละ 94.3, มีค่าใช้จ่ายในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตต่อเดือนน้อยกว่า 500 บาท ร้อยละ 68.6, สถานภาพของผู้ปกครองอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 80.0, พักอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา ร้อยละ 68.6 และเคยเป็นทั้งเหยื่อและเคยบูลลี่คนอื่น ร้อยละ 48.6

คำนวณหาขนาดของผลการทดลองด้วยสูตรของ Hedges's g (Furr)⁽¹³⁾ ดังนี้

$$g = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{S.D}$$

$$\text{เมื่อ } S.D. \text{ คือ pooled } = \frac{\sqrt{(n_1 - 1) \times S.D_1^2 + (n_2 - 1) \times S.D_2^2}}{(n_1 + n_2 - 2)}$$

โดยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.003$) และเมื่อวิเคราะห์หาขนาดของผลด้วยสูตรของ Hedges's g แทนค่าได้เท่ากับ $g = \frac{45.40 - 39.97}{7.258} \approx 0.7471$ (M.D. = 0.6721; 95% CI = -1.1239, 2.4681) โดยค่า g ที่คำนวณได้มีขนาดของผลที่แสดงถึงความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยมีค่า effect size ที่ใกล้เคียงกับ 1 หมายความว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลดีจากการป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเมื่อวิเคราะห์หาขนาดของผลด้วยสูตรของ Hedges's g แทนค่าได้เท่ากับ $g = \frac{38.27 - 22.97}{7.812} \approx 1.957$ (M.D. = 1.8959; 95% CI = -0.0396, 3.8314) แสดงว่า กลุ่มทดลองมีความคาดหวังในผลดีเพิ่มสูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเมื่อวิเคราะห์หาขนาดของผลด้วยสูตรของ Hedges's g แทนค่าได้เท่ากับ $g = \frac{49.17 - 40.26}{4.2793} \approx 2.088$ (M.D. = 2.0229; 95% CI = 0.0883, 3.9575) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดี และพฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1. การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์						
ก่อนการทดลอง	39.97	6.65	41.69	5.88	1.105	0.273
หลังการทดลอง	45.40	4.09	39.97	9.13	3.164	0.003
2. ความคาดหวังในผลดีจากการป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์						
ก่อนการทดลอง	24.73	4.96	21.60	7.63	1.987	0.052
หลังการทดลอง	38.27	4.83	22.97	9.66	8.238	<0.001
3. พฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์						
ก่อนการทดลอง	32.87	7.14	39.83	5.43	4.456	<0.001
หลังการทดลอง	49.17	3.06	40.26	5.09	8.676	<0.001
ความแตกต่าง	16.30	8.01	0.43	3.68	9.978	<0.001

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดี และพฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	(n=65)		(n=65)			
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1. การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์						
กลุ่มทดลอง	39.97	6.65	45.40	4.09	3.591	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	41.69	5.88	39.97	9.13	-1.196	0.240
2. ความคาดหวังในผลดีจากการป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์						
กลุ่มทดลอง	24.73	4.96	38.27	4.83	10.274	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	21.60	7.63	22.97	9.66	0.800	0.429
3. พฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์						
กลุ่มทดลอง	32.87	7.14	49.17	3.06	11.135	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	39.83	5.43	40.26	5.09	0.689	0.496

อภิปรายผลการวิจัย

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่กำหนดไว้ โดยนักเรียนมีความมั่นใจเพิ่มสูงขึ้นในการปฏิบัติพฤติกรรมเรื่องการบล็อก การจำกัดการเข้าถึง การรักษาความเป็นส่วนตัว และการเก็บหลักฐาน อภิปรายได้ว่าเป็นผลมาจากกิจกรรมที่จัดให้นักเรียนโดยประยุกต์จากแนวทางการสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองตามแนวทางของแบนดูรา⁽⁹⁾ โดยมีการจัดให้นักเรียนได้ฝึกปฏิบัติการป้องกันการกลั่นแกล้งด้วยวิธีการต่าง ๆ ให้ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Mastery experiences) การได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (Live modelling) การตั้งคำถามชวนคิดเพื่อกระตุ้นอารมณ์ การพูดชักจูงโดยผู้วิจัยและเพื่อน การนำความสำเร็จของตนเองมาแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันภายในชั้นเรียนทุกสัปดาห์ กิจกรรมเหล่านี้ส่งผลให้กลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมเกิดการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา⁽⁹⁾ ที่เสนอไว้ว่า การพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองมี 4 วิธีหลัก ได้แก่ การจัดประสบการณ์ให้กลุ่มเป้าหมายกระทำให้ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง การเรียนรู้จากตัวแบบ การกระตุ้นทางอารมณ์ การพูดชักจูง โดยเฉพาะการจัดให้ประสบความสำเร็จด้วยตนเองจัดว่าเป็นวิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด กล่าวคือ ถ้าบุคคลได้กระทำพฤติกรรมตามเป้าหมายและประสบความสำเร็จ บุคคลจะมั่นใจว่าสามารถที่จะทำพฤติกรรมนั้นได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาแนวทางการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยจัดกิจกรรมเพิ่มประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จให้กับวัยรุ่น การใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นทางอารมณ์ควบคู่กันไป พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁴⁾

นอกจากนี้ ยังพบว่า กลุ่มทดลองมีความคาดหวังในผลดีจากการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ภายหลังการทดลองเพิ่มสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่กำหนดไว้ อภิปรายได้ว่าผลการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นนี้เกิดจากนักเรียนกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรม “ลดบูลลี่ ชีวิตแฮปปี้” เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ถึงผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ โดยการบรรยาย และแจกแผ่นพับวิธีการป้องกัน การให้ชมละครสั้นที่ให้อะไรคิดเตือนใจ

“Cyberbullying เป็นเรื่องปกติหรือ?” การได้อภิปรายร่วมกัน รวมถึงกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง อีกทั้งผู้วิจัยได้พูดชักจูงให้ทราบถึงผลดีที่จะเกิดขึ้นผ่านทางไลน์กลุ่มทุกสัปดาห์ จึงทำให้กลุ่มทดลองมีความคาดหวังในผลดีจากการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับวิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่แบนดูรา⁽⁹⁾ เสนอไว้

สำหรับพฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถูกต้องมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยกลุ่มทดลองมีความถี่เพิ่มสูงขึ้นในการปฏิบัติพฤติกรรมเรื่องการบล็อก การจำกัดการเข้าถึงการรักษาความเป็นส่วนตัว และการเก็บหลักฐาน ผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอธิบายได้ว่ามาจากการที่นักเรียนกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ทั้งการบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากตัวแบบ การเรียนรู้ทักษะการป้องกันการกลั่นแกล้ง รวมถึง กิจกรรมการให้แรงสนับสนุนทางสังคมผ่านกลุ่มไลน์ทุกสัปดาห์ เป็นการกระตุ้นเสริมกำลังใจให้นักเรียนกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ และตอบกลับนักเรียนเมื่อมีปัญหาต่าง ๆ ในระหว่างการทดลองเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ จากการที่ผู้วิจัยสร้างกลุ่มพูดคุยเป็นลักษณะโอเพนแชท (Open chat) โดยสมาชิกทุกคนมีสถานะเป็นนิรนาม จึงทำให้นักเรียนมีอิสระในการแสดงความคิดเห็นหรือตอบคำถาม และกิจกรรมสุดท้าย นักเรียนกลุ่มทดลองเขียนสิ่งที่ได้เรียนรู้เป็นประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของตนเองตลอดการเข้าร่วมกิจกรรม 4 สัปดาห์ ผ่านกิจกรรม “ต้นไม้ความสำเร็จ” ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการตั้งเป้าหมายทางการเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนสาธิตแห่งหนึ่ง พบว่า นักเรียนกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการตั้งเป้าหมายและเป็นพฤติกรรมทางบวกที่ดีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁵⁾

สรุป

โปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งออนไลน์ มีประสิทธิผลทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ และพฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงเรียนสามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้กับนักเรียนทั้งโรงเรียน เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ เช่น ประยุกต์กับการเรียนการสอนตามหลักสูตรปกติของโรงเรียน เพิ่มเป็นกิจกรรมเสริมหลักสูตร จัดโครงการรณรงค์ภายในโรงเรียน เป็นต้น
2. กิจกรรมโดดเด่นสำหรับการนำไปประยุกต์ คือ การนำเสนอตัวแบบผ่านบุคคลจริง (Live Model) โดยสามารถปรับแนวทางการบรรยายให้เหมาะสมตามบริบทของกลุ่มเยาวชนได้ และควรร่วมกันพิจารณาถึงเนื้อหาที่ตัวแบบจะนำเสนอให้ผู้เรียนรู้ เพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบทั้งต่อตัวแบบและผู้เรียนรู้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อค้นหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ ความเชื่อ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านครอบครัวและการเลี้ยงดู รวมถึงปัจจัยด้านการจัดการเรียนการสอนของสถานศึกษา เพื่อให้ได้ปัจจัยเฉพาะที่สามารถนำมาออกแบบกิจกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ในกลุ่มเยาวชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับปัญหาการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ เช่น นักเรียน ผู้ปกครอง ผู้บริหารโรงเรียน ครู เพื่อน เป็นต้น โดยการวางแผนร่วมกันในการออกแบบโปรแกรมและกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมทักษะและพฤติกรรมป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ให้นักเรียน รวมถึงระบบการดูแลเฝ้าระวังการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ เพื่อให้นักเรียนสามารถเรียนได้อย่างมีความสุข สุขภาพดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อจำกัดในการวิจัย

การจัดกิจกรรมคาบเรียนก่อนช่วงพักกลางวัน อาจทำให้ความสนใจของนักเรียนลดลงได้ และคาบเรียนก่อนหน้าอาจใช้เวลาเรียนล่วงหน้า ดังนั้น จึงต้องมีการประสานงานกับทางโรงเรียน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหารโรงเรียนสาธิตแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ศูนย์วิจัยและพัฒนาการศึกษาและโรงเรียนฤทธิยะวรรณาลัย กรุงเทพมหานคร ที่เห็นความสำคัญของปัญหาและอนุญาตให้ทำการศึกษาวิจัย ขอขอบครูประจำชั้นที่มีส่วนร่วมในการวิจัยและนักเรียนที่เข้าร่วมการวิจัย ไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Amnesty International Thailand. Cyberbullying การกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ที่คุ้นเคยแต่ไม่ควรคุ้นชิน [อินเทอร์เน็ต]. Amnesty International Thailand; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 17 ต.ค. 2565].
จาก: <https://www.amnesty.or.th/latest/blog/879/>.
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ. การกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์ [Cyberbullying]. ปทุมธานี: มูลนิธิส่งเสริมสื่อเด็กและเยาวชน (สสย.); 2563.
3. Craig W, Fisch YH, Grinvald HF, Dostaler S, Hetland J, Morton BS, et al. A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries. *Int J Public Health*. 2009;54(Suppl.2):S2:216-224. doi:10.1007/s00038-009-5413-9.
4. Ipsos. Global Views on Cyberbullying. [Internet]. 2018. [cited 2022 Oct 17]. Available from: <https://www.ipsos.com/en-th/global-views-cyberbullying>.
5. นัฐยา พวงพศกร. AIS ชวนคนรุ่นใหม่เล่าประสบการณ์ ‘บูลลี่’ เผยข้อมูลเด็กไทยเสี่ยงถูกกลั่นแกล้ง ออนไลน์สูงกว่าค่าเฉลี่ยโลก นักจิตวิทยาชี้การจัดการอารมณ์ตัวเองคือทางออก [อินเทอร์เน็ต]. ThaiPublica; 2563 [สืบค้นเมื่อวันที่ 17 ต.ค. 2565]. จาก: <https://thaipublica.org/2020/06/ais-cyberbullying-20-6-2563/>.
6. ธีรยุทธ แก้วสิงห์. ดิตอันดับต้นของเอเชีย! เด็กไทยกว่า 80% เคยเจอ ‘การบูลลี่’ เกือบครึ่งมองเป็นเรื่องปกติ [อินเทอร์เน็ต]. สำนักข่าวอิศรา; 2564. [สืบค้นเมื่อวันที่ 17 ต.ค. 2565]. จาก: <https://www.isranews.org/article/isranews-article/105059-isranews-bullying.html>.
7. ปองกมล สุรัตน์. สาเหตุและผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับการรังแกผ่านโลกไซเบอร์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2561.
8. Bandura A. Social Learning Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1977.
9. Bandura A. Self-efficacy: The Exercise of Control. New York: Freeman; 1997.
10. Norbeck JS. The use of social support in clinical practice. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 1982;20(12):22-29. doi:10.3928/0279-3695-19821201-05.

11. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
12. Bloom BS, Madaus GF, Hastings JT. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill Book Company; 1971.
13. Furr, M. Summary of Effect Size and their Links to Inferential Statistics. [Internet]. 2008. [cited 2024 March 25]. Available from: <https://furrrm.sites.wfu.edu/wp-content/uploads/2018/09/EffectSizeFormulas.pdf>.
14. ดวงมล ทองอยู่. แนวทางการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตน. [วิทยานิพนธ์ปริญญาคุุชฎบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์. 2557.
15. ศรสลัก นิมบุตร และ ฐาศุภร์ จันประเสริฐ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการตั้งเป้าหมายทางการเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนสาธิตแห่งหนึ่ง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาคุุชฎบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2563.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ 3อ 2ส ของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนไทย อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา

กวี ชื่นจอหอ^{1*}

^{1*}นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) กลุ่มทดลอง คือ บุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนไทยและกลุ่มเปรียบเทียบ คือ บุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจักราช จำนวนกลุ่มละ 48 คน เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนไทย อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 14 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ทั้งก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ t-test ผลการวิจัย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับ ดี (Mean = 83.16 ± 4.68) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนทั้งสองกลุ่ม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม อยู่ในระดับ ดี (Mean = 16.27 ± 2.56) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่ม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.03$) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ตามหลัก 3อ 2ส อยู่ในระดับ ปานกลาง (Mean = 31.06 ± 4.94) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่ม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังนั้น การนำโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส สามารถใช้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง และควรดำเนินกิจกรรมเป็นระยะ ๆ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบท และความรู้ต่างๆที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ/ 3อ 2ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา)/ พฤติกรรมสุขภาพ

*ผู้รับผิดชอบบทความ: กวี ชื่นจอหอ, อีเมล: kawee_c@yahoo.com, โทร.: 08 1878 7167

Received: 20 มีนาคม 2567/ Revised: 19 พฤษภาคม 2567/ Accepted: 4 มิถุนายน 2567

Effectiveness of Program Enhancing Health Literacy to Change 3E 2S Health Behavior among Personnel under the Non Thai District Health Office, Non Thai District, Nakhon Ratchasima Province

Kawee Chinjoho^{1*}

^{1*}Public Health Technical Officer, Senior Professional Level,
Nakhonratchasima Health Provincial Office

Abstract

This study is a quasi-experimental research. The experimental group consists of personnel from the Non-Thai District Public Health Office, and the comparison group consists of personnel from the Chakkarat District Public Health Office, with 48 individuals in each group. The aim of study is to evaluate the effectiveness of a health literacy enhancement program to modify the 3E 2S health behaviors of personnel from the Non-Thai District Public Health Office, Non-Thai District, Nakhon Ratchasima Province. The program duration was 14 weeks, and data were collected using online questionnaires both before and after the program. Data analysis was performed using the t-test.

The research results showed that after participating in the program, the experimental group had an average health literacy score at a good level (Mean=83.16±4.68). Comparing the differences between the scores of the two groups revealed a statistically significant difference ($p<0.001$). Social health activity participation was at a good level (Mean=16.27±2.56). Comparing the average scores of the two groups revealed a statistically significant difference ($p<0.03$). Self-care behavior according to the 3E 2S principles was at a moderate level (Mean=31.06±4.94). Comparing the average scores of the two groups revealed a statistically significant difference ($p<0.001$). Therefore, the health literacy enhancement program to modify the 3E 2S health behaviors can be used with at-risk groups for chronic diseases, and program should be periodically conducted to align with changing contexts and knowledge.

Keywords: Health Literacy/ 3E2S (eating, exercise, emotion, stop smoking, stop drinking)/ Health behavior

*Corresponding author: Kawee Chinjoho, email: kawee_c@yahoo.com, Tel.: 08 1878 7167

Received: March 20, 2024/ Revised: May 19, 2024/ Accepted: June 4, 2024

บทนำ

การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจุบันได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)⁽¹⁾ สถาปนาได้กำหนดให้มีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอยู่ในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี อยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและแผนพัฒนาด้านสาธารณสุข ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่มากกว่าความสามารถในการอ่านคู่มือสุขภาพและปฏิบัติตามได้เท่านั้น การทำให้ประชาชนเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความรู้ด้านสุขภาพจึงบ่งชี้ชัดถึงการสร้างพลังอำนาจให้กับประชาชน เป็นการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของแต่ละบุคคล ตลอดช่วงอายุ

ประชาชนกลุ่มวัยทำงาน คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15-59 ปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทย มีจำนวนประชากรทั้งหมด 65,228,120 คน จำนวนประชากรวัยทำงาน 44,239,686 คน คิดเป็นร้อยละ 67.82 จากสถิติของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558-2560 พบว่าประชาชนกลุ่มวัยทำงาน มีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจ และหลอดเลือด ร้อยละ 6.8, 6.4 และ 7.4 โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 9.3, 0.0 และ 9.8 โรคเบาหวานร้อยละ 2.9, 3.1 และ 2.7 โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 2.0, 2.1 และ 2.0 ตามลำดับ มีความอ้วนค่าดัชนีมวลกาย เกินเกณฑ์ ≥ 25 กก./ม² ร้อยละ 30.7, 32.8 ตามลำดับ⁽²⁾ ซึ่งการที่จะสามารถป้องกันหรือลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเหล่านี้จำเป็นต้องจัดการ แก่ไขที่สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงหลัก คือ พฤติกรรมเสี่ยงของบุคคล ด้วยการมุ่งเน้นกลยุทธ์ที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการเสริมสร้างให้คนไทยทุกคนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง มุ่งเน้นการสร้างความรู้ด้านสุขภาพโดยอาศัยทักษะในการรับรู้ เข้าใจ ตัดสินใจในข้อมูลสารสนเทศและบริการด้านสุขภาพที่ได้รับ ตลอดจนสามารถเข้าถึงข้อมูลต่างๆเหล่านั้นได้ด้วยตนเอง⁽³⁾

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา เป็นหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่ ในการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกัน รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภค โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัด 12 แห่ง มีบุคลากรสาธารณสุขในความรับผิดชอบ ทั้งสิ้น 89 คน จากข้อมูลการสำรวจสถานะสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2565 พบว่าบุคลากรสาธารณสุขป่วยและเสี่ยง เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 7 คน ร้อยละ 7.9 โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 4 คน ร้อยละ 4.5 โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 คน ร้อยละ 2.2 และมีภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ จำนวน 46 คน ร้อยละ 51.7 ซึ่งเป็นปัญหาที่จะต้องได้รับการแก้ไข นอกจากนี้ บุคลากรสาธารณสุขยังมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย มีความเครียดจากวิถีชีวิตจากการทำงานที่เร่งรีบ สภาพปัญหาดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น⁽⁴⁾

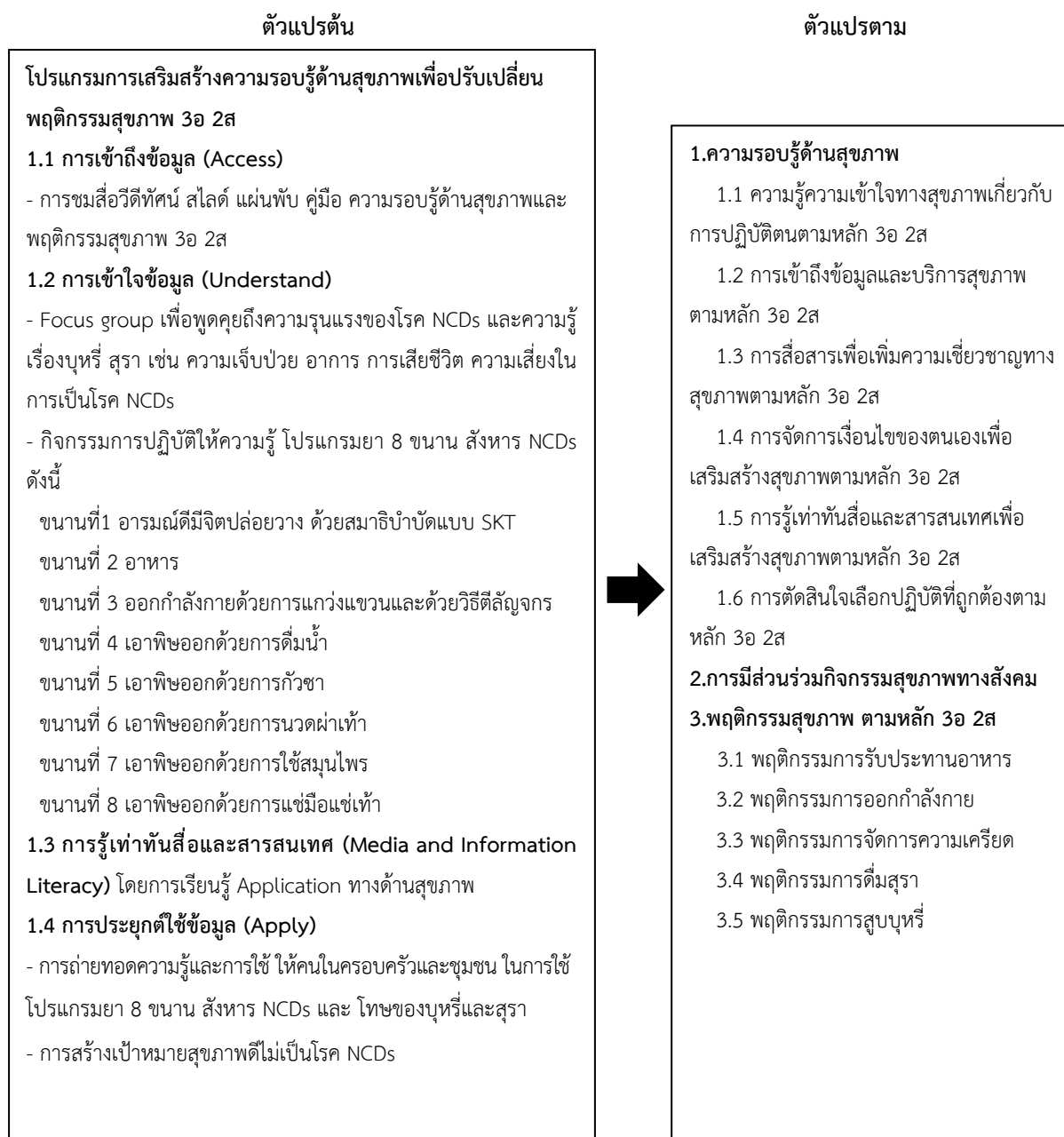
ปัญหาดังกล่าวสามารถป้องกันและแก้ไขด้วยการปรับพฤติกรรมให้ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ และแนวทางยา 8 ขนานสังหาร NCDs^(5,6) มาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นแนวทางที่ประยุกต์ใช้ในการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย มีหลักในการจัดการสุขภาพ ตามหลัก 4อ ได้แก่ อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย และเอาพิษออก ด้วยวิธีการปฏิบัติที่สามารถทำได้ในชีวิตประจำวันเพื่อการมีสุขภาพที่ดี และให้บุคลากรสาธารณสุขมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และพัฒนาเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy Organization) ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนไทย เพื่อพัฒนาต่อยอดให้เป็นองค์กรต้นแบบและเสริมสร้างศักยภาพบุคลากร ให้มีความรู้ด้านสุขภาพ เป็นต้นแบบด้านสุขภาพ (Health model) แก่ประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนไทย อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา โดย

1. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ
2. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
3. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 3อ 2ส ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยประยุกต์แนวคิดหลักองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ ประเทศไทย (Conceptual model of health literacy, Thailand)⁽⁴⁾ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 14 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 6 ชั่วโมง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง คือ บุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนไทย กลุ่มเปรียบเทียบ คือ บุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจักราช กำหนดขนาดตัวอย่างเมื่อต้องการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน⁽⁷⁾ จำนวนขนาดตัวอย่างโดยสูตรดังนี้

$$n/\text{group} = 2\sigma^2 \left[\frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2}{(\mu_2 - \mu_1)^2} \right]$$

σ^2 คือ ค่าความแปรปรวน

$Z_{\alpha/2}$ คือ ที่ระดับค่าความเชื่อมั่น 95% = 1.96

Z_{β} คือที่ อำนาจทดสอบ 80% = 0.8416

μ_1, μ_2 คือ ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2

การศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนารอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงาน หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 51.36 หลังการทดลอง กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 47.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.26⁽⁸⁾

$(\mu_1 - \mu_2)^2$ = ผลต่างค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคะแนนหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ = 4.26

$$n/\text{group} = 2\sigma^2 \left[\frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2}{(\mu_2 - \mu_1)^2} \right]$$

$$n/\text{group} = 2(6.26)^2 \left[\frac{(1.96 + 0.84)^2}{(4.26)^2} \right]$$

$$n/\text{group} = \frac{615.28}{18.15}$$

$$n/\text{group} = 33.90$$

$$n/\text{group} \approx 34 \text{ คน}$$

คำนวณขนาดตัวอย่างได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 34 คน เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาผู้สูญหายจากการติดตาม ไม่ให้กลุ่มตัวอย่างส่งผลกระทบโดยตรงต่อ statistical precision หรือ power ในการสรุปผลการศึกษารั้งนี้ จึงได้มีการคำนวณปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย (Drop out) ร้อยละ 15 เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการศึกษาโดยการไม่ตัดผู้สูญหายจากการติดตามออกจากการวิเคราะห์ (principle of intention to treat) ปรับขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม⁽⁹⁾ โดยใช้สูตรดังต่อไปนี้

กำหนดให้ R= ค่าที่คาดว่าจะสูญหาย กำหนดไว้ที่ร้อยละ 15

$$\text{สูตร} \quad n_{\text{ads}} = \frac{n}{(1-R)^2}$$

$$n_{\text{ads}} = \frac{34}{(1-0.15)^2}$$

$$n_{\text{ads}} = \frac{34}{0.72}$$

$$n_{\text{ads}} = 47.22$$

$$n_{\text{ads}} \approx 48$$

ดังนั้น ได้จำนวนตัวอย่างกลุ่มละ 48 คน คือ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส และกลุ่มเปรียบเทียบที่ดำเนินชีวิตตามปกติ วัดประเมินผลทั้งสองกลุ่มในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 14 และดำเนินการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย⁽⁹⁾ จากบุคลากรสาธารณสุขทั้งสองอำเภอ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สายวิชาชีพ และพนักงานสายสนับสนุน ให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามที่ต้องการในแต่ละกลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้าไว้ดังนี้

1. ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยและสามารถร่วมกิจกรรมได้ตามที่กำหนด
2. สื่อสารและอ่านภาษาไทยได้
3. กรอกข้อมูลผ่าน Google form ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามออนไลน์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส ประกอบด้วย 9 ส่วน

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบและแบบระบุคำตอบ
- ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 30 2ส จำนวน 10 ข้อ
- ส่วนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 30 2ส จำนวน 5 ข้อ
- ส่วนที่ 4 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 30 2ส จำนวน 5 ข้อ
- ส่วนที่ 5 การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 30 2ส จำนวน 5 ข้อ
- ส่วนที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 30 2ส จำนวน 5 ข้อ
- ส่วนที่ 7 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 30 2ส จำนวน 5 ข้อ
- ส่วนที่ 8 การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม จำนวน 5 ข้อ
- ส่วนที่ 9 พฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 30 2ส จำนวน 10 ข้อ

โดยแบบสอบถาม ในส่วนที่ 2 และ 7 เป็นคำถามเลือกตอบ 4 ตัวเลือกโดยเลือกข้อที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว ตอบถูก ได้ 1 คะแนน และตอบผิด ได้ 0 คะแนน ส่วนที่ 3 , 4 , 5 , 6 , 8 และ 9 เป็นคำถามแบบเลือกระดับความถี่ในการปฏิบัติที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยกำหนดมาตรวัดแต่ละข้อคำถามแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ 4, 3, 2, 1, 0

เกณฑ์การแปลผล⁽¹⁰⁾ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คิดจากคะแนนรวมเฉลี่ย ในส่วนที่ 2-7 ระดับดี คือ ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับปานกลาง คือ ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79 ระดับไม่ดี คือ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส ของคนไทย ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่พัฒนาโดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข⁽¹¹⁾ ในการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส ก่อนและหลังดำเนินการ ซึ่งแบบสอบถามนี้ได้ผ่านการดำเนินการตรวจสอบคุณภาพทั้ง ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างเชิงเนื้อหาที่ผ่านกระบวนการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และมีค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับ (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.968

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการระหว่างเดือน มิถุนายน ถึง ธันวาคม 2564 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองโดยใช้แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ
2. นำโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส ไปดำเนินการกับกลุ่มทดลองส่วนในกลุ่มควบคุมดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ โดยในกลุ่มทดลองดำเนินการทดลองดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

- ประเมินกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส

- การชมสื่อวีดิทัศน์ สไลด์ แผ่นพับ คู่มือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส

สัปดาห์ที่ 2

- Focus group เพื่อพูดคุยถึงความรุนแรงของโรค NCDs

- บรรยายให้ความรู้เรื่องบุหรี่ สุรา เช่น ความเจ็บป่วย อาการ การเสียชีวิต ความเสี่ยงในการเป็นโรค NCDs

สัปดาห์ที่ 3

- บรรยายและฝึกปฏิบัติ โปรแกรมยา 8 ขนาน สังหาร NCDs

ขนานที่ 1 อารมณ์ดีมีจิตปลอยวาง ด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT

ขนานที่ 2 อาหาร

ขนานที่ 3 ออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขนและด้วยวิธีตีลังการ

ขนานที่ 4 เอาพิษออกด้วยการดื่มน้ำ

สัปดาห์ที่ 4

- บรรยายและฝึกปฏิบัติ โปรแกรมยา 8 ขนาน สังหาร NCDs

ขนานที่ 5 เอาพิษออกด้วยการกัวซา

ขนานที่ 6 เอาพิษออกด้วยการนวดฝ่าเท้า

ขนานที่ 7 เอาพิษออกด้วยการใช้สมุนไพร

ขนานที่ 8 เอาพิษออกด้วยการแช่มือแช่เท้า

สัปดาห์ที่ 5

- บรรยายและฝึกปฏิบัติ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ โดยการเรียนรู้ Application ทางด้านสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 6-13

- กลุ่มทดลองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง

สัปดาห์ที่ 14

- ประเมินกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล มีดังต่อไปนี้

สถิติเชิงพรรณนา(Descriptive statistics) ใช้อธิบายร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) วิเคราะห์ด้วยสถิติ t-test รายงานผลด้วยความต่างค่าเฉลี่ย Adjusted Mean different ภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่ม

จริยธรรม/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติคณะกรรมการการวิจัยจริยธรรมในมนุษย์ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และผ่านการอนุมัติจริยธรรม เลขที่ KHE 2020-038 ลงวันที่ 23 มิถุนายน 2564

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาวะระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	n	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	48	68.25	7.25	0.44	0.66
กลุ่มเปรียบเทียบ	48	67.60	7.15		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	48	83.16	4.68	12.28	<0.001 *
กลุ่มเปรียบเทียบ	48	68.63	6.72		

* p-value<0.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

การมีส่วนร่วม	n	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	48	14.33	3.44	1.02	0.31
กลุ่มเปรียบเทียบ	48	15.02	3.19		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	48	16.27	2.56	2.25	0.03*
กลุ่มเปรียบเทียบ	48	15.10	2.52		

* p-value<0.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ 2ส ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

พฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ 2ส	n	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	48	18.71	3.81	1.82	0.07
กลุ่มเปรียบเทียบ	48	20.23	4.36		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	48	31.06	4.94	11.32	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	48	20.44	4.23		

* p-value<0.05

ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับ พอใช้ (Mean=68.25±7.25) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.66) การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับ ปานกลาง (Mean=14.33±3.44) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.31$) และพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ 2ส กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับ ไม่ดี ($\text{Mean}=18.71\pm3.81$) เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ 2ส ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.07$)

หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับ ดี ($\text{Mean}=83.16\pm4.68$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม อยู่ในระดับ ดี ($\text{Mean}=16.27\pm2.56$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.03$) และพฤติกรรมการคงดูแลรักษาสุขภาพตนเอง ตามหลัก 3อ 2ส อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\text{Mean}=31.06\pm4.94$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ภายหลังจากโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนไทย อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา มีการใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อการส่งเสริมและพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบไปด้วย 6 ทักษะ⁽¹¹⁾ คือ 1) พัฒนาทักษะการรับรู้ 2) พัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูล 3) พัฒนาทักษะการสื่อสาร 4) พัฒนาทักษะการจัดการตนเอง 5) พัฒนาทักษะการตัดสินใจ 6) พัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อธิบายได้ว่าภายหลังจากการใช้โปรแกรมทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองในทางที่ดีขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญชนก ขุมทอง⁽¹²⁾ ที่ศึกษารูปแบบอิทธิพลสาเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง นั่นคือกลุ่มเสี่ยงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มเสี่ยงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งภา อาระหง⁽¹³⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม โดยมีกิจกรรมการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ การใช้เทคนิค 3 คำถาม การจดบันทึกพฤติกรรมของตนเอง การเรียนรู้ผ่านแอปพลิเคชัน พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ เอื้อจิต สุขผล และคณะ⁽⁸⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจ มีความมั่นใจในตนเอง มีการรับรู้ ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นส่งผลให้ความรอบรู้ทาง สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส ได้รับการ พัฒนาให้ดีขึ้นตามไปด้วยทั้งการมีความรู้ ความ เข้าใจ สามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบแนวทางการปฏิบัติ ตามหลัก 3อ 2ส ได้อย่างมีเหตุผล สามารถแสวงหาและ ตรวจสอบข้อมูล 3อ 2ส จากหลายแหล่งได้ด้วยตนเอง สามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจและ ยอมรับในข้อมูล 3อ 2ส ได้อย่างถูกต้องและเพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom⁽¹⁴⁾ ที่อธิบายไว้ว่า การที่ผู้เรียนจะเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีความกระตือรือร้นตลอดเวลา จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในสิ่งที่เราจะเรียนรู้เมื่อมีความเข้าใจแล้วต้องวิเคราะห์ให้ได้ก่อนจากนั้นถึงจะประเมินค่าได้

สรุป

จากผลการศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส ของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนไทย ที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของ กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพที่ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพ แสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ของบุคลากรในกลุ่มทดลอง มีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล และการบริการ ด้านสุขภาพ มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถวิเคราะห์ ประเมินและจัดการสุขภาพตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพแก่ บุคคล ครอบครัวและชุมชนได้ ผลการศึกษาสามารถนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ ตลอดจนการเข้าร่วมกิจกรรม ทางสังคมเพื่อสุขภาพ และมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงแนวทางปฏิบัติในสังคม มีทางเลือกในการดูแลสุขภาพที่กว้างขึ้น และมีสุขภาพที่ดีขึ้น โดยเน้นการพัฒนาทักษะ 6 ด้าน สร้างความสม่ำเสมอและต่อเนื่องในการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง ในชีวิตประจำวันต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ทีมงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอโนนไทยสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาการส่งเสริม ให้ความรู้และปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้
2. หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรจัดให้มีกิจกรรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้กับ ประชาชนโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ และควรดำเนินกิจกรรมเป็นระยะ ๆ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบท และความรู้ต่าง ๆ ที่มี การเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

เอกสารอ้างอิง

1. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การเสริมสร้างและประเมินความรู้ด้านสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัทนิวธรรมดการพิมพ์(ประเทศไทย) จำกัด; 2559.
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 24 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://thaincd.com/document/doc/plan/หนังสือ_แผนยุทธศาสตร์NCDระดับชาติ.pdf
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวคิดหลักการขององค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานโครงการ ขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรู้ด้านสุขภาพเพื่อประชาชน (สวรส); 2561.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. รายงานตามตัวชี้วัด NCD ClinicPlus ปี 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 24 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://nma.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page_kpi.php?flag_kpi_level=9&flag_kpi_year=2021
5. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. หลักสูตรฝึกอบรม 8 ขนานสังหาร NCD. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครราชสีมา : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ; 2562.
6. พระภิกษุธัมมธโร (นายแพทย์ทองถม ชะลอกุล). การจัดการโรคเรื้อรังแนวใหม่ด้วยหลัก 4 อ.(ยา 8 ขนาน). พิมพ์ครั้งที่ 2. นครราชสีมา: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ; 2562.
7. Rosner B. Fundamental of biostatistics. 3rd ed. Boston, Massachusetts: PWSKENT Publishing Company; 1990.
8. เอื้อจิต สุขผล, และคณะ. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข.[อินเทอร์เน็ต]. 2563(เข้าถึงเมื่อ 24 มกราคม 2564): 29:419-429, เข้าถึงได้จาก <file:///Users/heartchabird/Downloads/9207-Article%20Text-13136-1-10-20200630.pdf>
9. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: วิทย์พัฒน์; 2558.

10. Best, John W . Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall, Inc ; 1977.
11. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social Science and Medicine. 2008; 67(12): 2072-2078.
12. ธีรชนก ขุมทอง. ศึกษาแบบอภิปรัชญาเชิงสาเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของประชาชนไทยวัยผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง. ปริญญาโทบริหารธุรกิจบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
13. รุ่งนภา อาระหัง. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจบัณฑิต. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2560.
14. Anderson, L. W., & Krathwohl, D. R. A taxonomy for learning, teaching, and assessing: A revision of Bloom's taxonomy of educational objectives. New York: Addison Wesley Longman; 2001.

การพัฒนาารูปแบบการดูแลมารดาและเด็กตามโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus

เขตสุขภาพที่ 9

ผการัตน์ แสงกล้า¹ สายทิพย์ ตัน² ชัชฎา ประจูดทะเล^{3*} ประดับ ศรีหมื่นไวย⁴

อนุรักษ์ กระรัมย์⁵ วิจิตรา พวงเกาะ⁶

¹นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม (สาขากุมารเวชศาสตร์) โรงพยาบาลจังหวัดสุรินทร์

²นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

^{3*}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

⁴พยาบาลชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

⁵นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

⁶พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9

บทคัดย่อ

ประเทศไทยกำลังพบปัญหาเด็กเกิดน้อยและด้อยคุณภาพ ระดับเขavnปัญหาค่ากว่าค่ามาตรฐานสากล กระบวนการดำเนินการและการแก้ไขของปัญหายังไม่ประสบผลสำเร็จและไม่ยั่งยืน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องให้ภาคีเครือข่ายที่รับผิดชอบในการดูแลมารดาและเด็กพัฒนารูปแบบการดูแลให้มีมาตรฐาน ดำเนินการวิเคราะห์ สถานการณ์ ค้นหาแนวทางในการพัฒนา มีการแลกเปลี่ยนเพื่อให้ได้ข้อสรุป การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9 และศึกษาความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้อง การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลมารดาและเด็กเขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 40 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม และเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามเรื่องการมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาและเด็กมีขั้นตอนในการจัดกระบวนการเรียนรู้ 4 ด้าน ได้แก่ การตัดสินใจ การปฏิบัติการ การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล ปัญหาและอุปสรรค คือ ขาดการประสานงานระหว่างผู้เชี่ยวชาญและการวิเคราะห์สาเหตุและผลลัพธ์การดำเนินงาน แนวทางการแก้ไข คือ ทบทวนบทบาทและพัฒนาศักยภาพทุกระดับ โดยเฉพาะระดับอำเภอ รวมถึงเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานทั้งในเรื่องทักษะ ความเข้าใจ การดูแลมารดาและเด็ก ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ ผู้บริหารทุกระดับมีการกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำงาน และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.03$, S.D.= 2.01) ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาและเด็กควรให้มีการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการนำรูปแบบไปใช้เพื่อวางแผนและสร้างแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาและเด็กในงานอนามัยแม่และเด็กต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลมารดาและเด็ก/ โครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus/ การมีส่วนร่วม/ ภาคีเครือข่าย

Development of maternal and child care model according to the Miracle 1,000 Days Plus project, Health Area 9

Pakarat Sangkla¹ Saitip Ton² Chatchada Prachuttake^{3*} Pradub Srimuenwai⁴

Anurak Kraram⁵ Wijitra Phuangko⁶

¹M.D. Pediatrician, Pediatric department SURIN Hospital

²Medical Doctor, Senior Professional Level, Regional Health Promotion Center 9 Nakhonratchasima

^{3*}Registered Nurse, Senior Professional Level, Regional Health Promotion Center 9 Nakhonratchasima

⁴Registered Nurse, Professional Level, Regional Health Promotion Center 9 Nakhonratchasima

⁵Public Health Technical Officer, Professional Level, Buriram Province Health Provincial Health Office

⁶Registered Nurse, Professional Level, Regional Health 9 Office

Abstract

Thailand is facing a problem of low birth rates and poor-quality children. The intelligence level is lower than the international standard. The process of implementing and solving the problem has not been successful or sustainable. Therefore, it is necessary for the network partners responsible for maternal and child care to develop a standardized model of care. Analyzing situations and finding ways were exchanged between them to come to a conclusion. The purpose of this study was to study the model of maternal and child care through the Miracle 1,000 Days Plus Project in Health District 9 and the cooperation and participation of the involved network partners. This study was participatory action research. A specific target group was selected, including 40 network partners involved in caring for mothers and children in Health District 9. Qualitative data were collected from documents, In-depth interview, and focus group discussion and quantitative data were collected from A questionnaire of the participation. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, and qualitative data were analyzed using content analysis.

The results showed that the development of a model for caring for mothers and children involves organizing the learning process in four areas: decision-making, operations, and receiving benefits and evaluation problems and obstacles include the lack of coordination between experts and the analysis of the causes and results of operations. The solution was to review roles and develop potential at all levels. especially at the district level, including staff in their work in terms of skills, understanding, and care for mothers and children. The success factor was that executives at all levels have continuous supervision and monitoring of operations, and network partners participate in the work. and the overall participation of network partners was at a high level. ($\bar{X}$ =4.03, S.D.= 2.01) Therefore, the development of mother-child care models should have support from relevant agencies and using the model to plan and create guidelines for the further development of maternal and child care models in maternal and child health.

Keywords: Maternal and child care model/ Miraculous 1,000 Days Plus Project/ Participation/ Partnership

*Corresponding author: Chatchada Prachuttake, email: chatchada74@hotmail.com, Tel.: 08 1549 0458

Received: September 25, 2023/ Revised: December 12, 2023/ Accepted: December 21, 2023

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี พ.ศ.2567 ในขณะเดียวกันเด็กเกิดน้อยและด้อยคุณภาพ ระดับเขาวนปัญญาต่ำกว่าค่ามาตรฐานสากลปัญหาเหล่านี้ล้วนเป็นอุปสรรคต่อการขับเคลื่อนประเทศตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570)⁽¹⁾ ได้ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับประชาชนทุกกลุ่ม ซึ่งงานอนามัยแม่และเด็กนับได้ว่าเป็นงานที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาเด็กให้เติบโตอย่างมีคุณภาพมีกระบวนการดูแลพ่อแม่ตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์ การดูแลในระหว่างตั้งครรภ์ ระยะเวลาคลอด และระยะหลังคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งผลให้ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย เด็กมีพัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน เพื่อก้าวไปสู่ประเทศที่มีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และบรรลุตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGS) จึงต้องสร้างคนไทยให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ในศตวรรษที่ 21 ในช่วง 1000 วันแรกของชีวิต ภายใต้โครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus ซึ่งเป็นโครงการที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์และเด็ก 0-2 ปี โดยกำหนดไว้ 6 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะก่อนการตั้งครรภ์ ระยะที่ 2 ระยะตั้งครรภ์ ระยะที่ 3 ระยะคลอด ระยะที่ 4 ระยะแรกเกิดถึง 6 เดือน ระยะที่ 5 ระยะ 6 เดือนถึง 1 ปี และระยะที่ 6 ระยะ 1 – 2 ปี ซึ่งในแต่ละระยะจะมีกิจกรรมการดูแล ได้แก่ กิจกรรมทางสุขภาพ และกิจกรรมทางสังคม⁽²⁾

ประเด็นที่เป็นปัญหาในงานอนามัยแม่และเด็กของเขตสุขภาพที่ 9 ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัดสุรินทร์ ในประเด็นด้านมารดา ได้แก่ เรื่องอัตราการตายมารดาที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเกินเกณฑ์ และเรื่องของศักยภาพของบุคลากรเป็นอันดับต้น โดยเฉพาะโรคทางอายุรกรรมและโรคทางจิตเวชที่ไม่ได้มีการคัดกรองขณะตั้งครรภ์ในครรภ์เสี่ยง ทำให้การวินิจฉัยและรักษาล่าช้า รวมถึงขาดกระบวนการดูแลมารดาหลังคลอดที่ต้องได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ยังไม่ได้มาตรฐาน ปัญหาโภชนาการในมารดา รวมถึงภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มจะลดลงต่อเนื่อง เนื่องจากมีการวางระบบการตรวจคัดกรองและจ่ายยาธาตุเหล็กและโฟลิกก่อนการตั้งครรภ์จากการดำเนินการจ่ายยาก่อนการตั้งครรภ์ตามแนวทางของสุขภาพและการเฝ้าระวังแนวทางการรักษาโลหิตจางในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีอุปสรรคในประเด็นเรื่องของโภชนาการในมารดาที่ไม่ได้รับการแก้ไขอย่างจริงจังส่งผลต่อทารกน้ำหนักน้อย รวมถึงมารดาตั้งครรภ์ยังมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องอาหารที่มีธาตุเหล็กและโฟลิกค่อนข้างต่ำในการเตรียมตัวก่อนการตั้งครรภ์ 3 เดือน และปัญหาสำคัญเรื่องการขาดไอโอดีนในมารดาตั้งครรภ์ในเขตสุขภาพที่ 9 ที่ยังเป็นปัญหาต่อเนื่อง หญิงตั้งครรภ์ยังได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่งความสำคัญคือมารดาตั้งครรภ์ที่ขาดไอโอดีนรุนแรง ส่งผลต่อความพิการของทารกวมถึงมีผลทำให้ IQ ลดลง

การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เป็นการผสมผสานการค้นหาคำจริงด้วยการวิจัย การปฏิบัติการ ซึ่งหมายถึงกิจกรรมนำสู่การเปลี่ยนแปลง และการมีส่วนร่วม ซึ่งจะมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในทุกขั้นตอน⁽³⁾ โดยภาคีเครือข่ายที่รับผิดชอบในการดูแลมารดาและเด็กกำหนดปัญหาและพัฒนาารูปแบบการดูแลให้มีมาตรฐานดำเนินการวิเคราะห์ สถานการณ์ ค้นหาแนวทางในการพัฒนา มีการแลกเปลี่ยนความเห็นระหว่างกันเพื่อให้ได้ข้อสรุปกระบวนการต่างๆในการวิจัยในแต่ละขั้นตอน กระบวนการต่าง ๆ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจะค่อย ๆ เรียนรู้ร่วมกัน ผ่านการร่วมกันวางแผน และกำหนดการดำเนินงานตามแผนงานหรือโครงการ พร้อมทั้งการปฏิบัติตามแผน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการแก้ไข้ปัญหาหรือการดำเนินการได้ถูกต้องอย่างได้ผลและมีประสิทธิภาพเพื่อแม่เกิดรอดลูกปลอดภัย และเด็กปฐมวัยให้มีสุขภาพดีต่อไป ลดความเหลื่อมล้ำ และเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน จากผลการศึกษาของจากรูธรรม เย็นเสมอ⁽⁴⁾ ได้ศึกษาการขับเคลื่อนโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย กรณีจังหวัดสุรินทร์ ผลการศึกษาพบว่า มีปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จคือการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนในการดำเนินงาน การกำหนดนโยบายสาธารณะร่วมกัน กิจกรรมการดำเนินงานเกิดจากการใช้ข้อมูลจริงของชุมชนมาวางแผนการดำเนินงานที่มีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและวิถีชีวิตของประชาชน องค์การบริหารส่วนตำบลให้การสนับสนุนเป็นผู้นำในการดำเนิน และ

การศึกษาของฐานปนิต อมรชินธนา⁽⁵⁾ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การกำหนดนโยบายสาธารณะร่วมกัน กิจกรรมการแก้ไขปัญหาเกิดจากการใช้ข้อมูลจริง

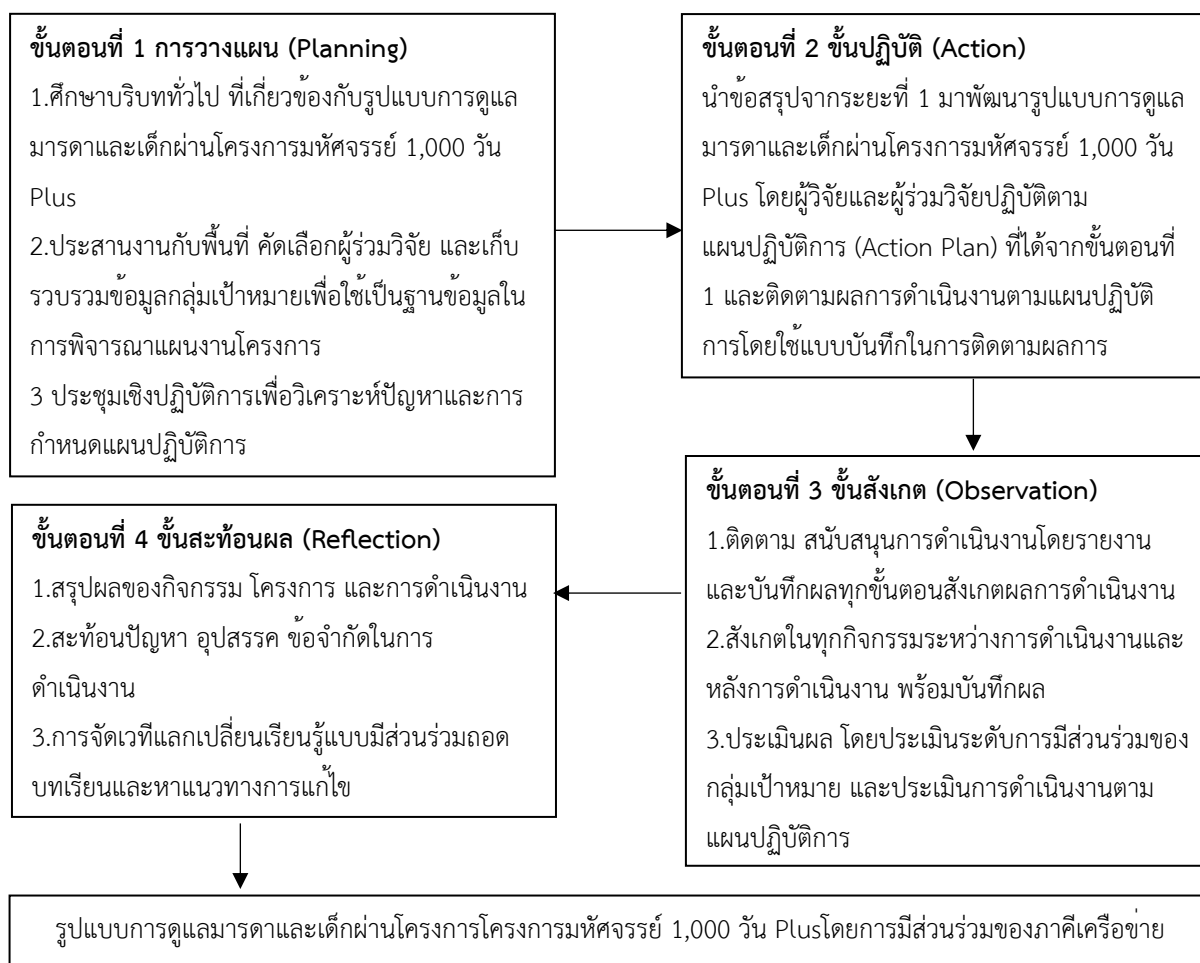
จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาและเด็กต้องอาศัยการมีส่วนร่วมในการทำงาน ภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง เน้นบูรณาการการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายและการมีส่วนร่วม เพราะงานพัฒนาอนามัยแม่และเด็กเป็นงานที่ทุกภาคส่วนควรให้ความสำคัญและคุ้มค่าในการลงทุนเพื่อที่จะทำให้เด็กเติบโตมาเป็นผู้ใหญ่ที่มีศักยภาพผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต เขตสุขภาพที่ 9 เพื่อสามารถนำการพัฒนาแบบมากำหนดให้เป็นนโยบายการดำเนินงานในการแก้ไขปัญหาด้านอนามัยแม่และเด็กให้หมดไปตามมาตรการที่ค้นพบได้ซึ่งจะนำมาสู่การแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 9 ระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9 โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการเพิ่มศักยภาพในการดำเนินงานการดูแลมารดาและเด็กภายใต้โครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation) และขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) โดยทำการศึกษา 1 รอบ สรุปเป็นกรอบแนวคิด ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้ระยะเวลา 25 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ 2566 เสร็จสิ้นเดือนกรกฎาคม พ.ศ 2566 ในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ระยะการวางแผน (Action planning) ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Action taking) และระยะที่ 3 ระยะการสรุปประเมินผล (Evaluation) โดยศึกษาแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation) และขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection)

2. พื้นที่การวิจัย

พื้นที่เป้าหมายเป็นการศึกษาในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัดสุรินทร์

3. กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ กลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพที่ดำเนินการที่เป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ที่เป็นผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานการดูแลมารดาและเด็ก จำนวน 40 คน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ระยะการวางแผน (Action planning) เป็นการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ คือแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสถานการณ์มารดาและเด็ก เอกสารสรุปผลการดำเนินงานโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ประกอบการแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ตลอดจนการให้ความหมายหรือตีความจากคำพูด และพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยใช้แบบบันทึกสรุปการประชุมเชิงปฏิบัติการผ่านกระบวนการ AIC (Appreciation Influence Control) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

- 1) ข้อมูลลักษณะทางประชากร จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา หน่วยงาน ตำแหน่ง ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งปัจจุบัน และระยะเวลาที่รับผิดชอบในส่วนของการดูแลมารดาและเด็ก
- 2) รูปแบบการดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9
- 3) แนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Action taking) เป็นการจัดกิจกรรมตามแผนการขับเคลื่อนโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต โดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการจากการนำข้อสรุปของระยะที่ 1 ดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้แบบบันทึกสรุปการประชุมเชิงปฏิบัติการ

ระยะที่ 3 ระยะการสรุปประเมินผล (Evaluation) เป็นการประเมินการขับเคลื่อนโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ดังนี้

- 1) แบบบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการ ศึกษาวิจัย โดยประยุกต์ใช้แบบบันทึกสรุปการประชุมเชิงปฏิบัติการ
- 2) การบันทึก (Record) ผู้วิจัยจะทำการบันทึกการดำเนินการทุกขั้นตอน ทุกกิจกรรม ได้แก่ การจดบันทึกการบันทึกภาพ และการบันทึกภาพและเสียง
- 3) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยใช้แบบบันทึกและแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ประเด็นคำถามที่กำหนดไว้ 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ปัญหาและอุปสรรคการพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9 ส่วนที่ 2 แนวทางการแก้ไขปัญหการพัฒนาแบบการดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9 และส่วนที่ 3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จการพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9
- 4) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกก่อนและหลังการดำเนินการ มีโครงสร้างของข้อความเป็นคำถามปลายเปิด (Open-ended Interview) ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองมีทั้งหมด 3 ส่วน ประกอบด้วย ข้อมูลลักษณะทางประชากร รูปแบบการดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9 และปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไข และปัจจัยแห่งความสำเร็จ ดังนี้

4.1) รูปแบบการดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ 1) รูปแบบการดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9 เป็นอย่างไร 2) รูปแบบการดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9 ควรพัฒนาในเรื่องใดบ้างเพื่อให้ได้ตามมาตรฐาน

4.2) ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไข จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ 1) การพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9 มีปัญหา/อุปสรรค เป็นอย่างไร 2) แนวทางการแก้ไขปัญหา/อุปสรรค เป็นอย่างไร

4.3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9 มีสาเหตุมาจากปัจจัยอะไรบ้าง และปัจจัยอะไรที่สำคัญที่สุด

5) แบบสอบถามการมีส่วนร่วม พัฒนาโดยผู้วิจัย เพื่อวัดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งมีจำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่

ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จำนวน 3 ข้อ

ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ จำนวน 3 ข้อ

ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ จำนวน 3 ข้อ

ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล จำนวน 3 ข้อ

แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ โดยแต่ละระดับมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

1 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับกรปฏิบัติน้อยที่สุด

2 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับกรปฏิบัติน้อย

3 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับกรปฏิบัติปานกลาง

4 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับกรปฏิบัติมาก

5 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับกรปฏิบัติมากที่สุด

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คิดโดยการแบ่งช่วงคะแนนจากจำนวนระดับขึ้น เท่ากับ 5 ชั้น Best⁽⁶⁾ (คะแนนจาก 1 – 5)

พิสัยของช่วงคะแนน = (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)/จำนวนระดับที่แบ่ง

พิสัยของช่วงคะแนน = (5 - 1)/3

พิสัยของช่วงคะแนน = 1.33

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวผู้วิจัยนำมาแบ่งระดับการมีส่วนร่วมต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9 โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการวัดประเมินของ Best⁽⁶⁾ ในการแบ่งระดับเป็น 3 ระดับ คิดเป็นการแบ่งช่วงคะแนนในแต่ละระดับขึ้น ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 ระดับการมีส่วนร่วมน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 ระดับการมีส่วนร่วมมาก

5. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ตารางที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การ ดำเนินการ วิจัย	ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	วิธีการรวบรวมข้อมูล	พื้นที่ศึกษา	จำนวน กลุ่มเป้าหมาย
ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)	กิจกรรมที่ 1 ศึกษาบริบทพื้นที่ วิเคราะห์สภาพปัญหา ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์และสภาพปัญหาทางงานด้านอนามัยแม่และเด็กของเขตสุขภาพที่ 9 2) ศึกษาการดำเนินงานในการส่งเสริมพัฒนาเด็กงานด้านอนามัยแม่และเด็กของเขตสุขภาพที่ 9 3) นโยบายการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กของเขตสุขภาพที่ 9	การรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสถานการณ์มารดาและเด็ก เอกสารสรุปผล การดำเนินงานโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต	จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัดสุรินทร์	-
	กิจกรรมที่ 2 คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย/ การรวบรวมข้อมูล ประสานงานกับพื้นที่เพื่อทำการวิจัย มีการคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย โดยการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อชี้แจงกระบวนการในการศึกษาวิจัย	แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้ - ข้อมูลลักษณะทางประชากร - รูปแบบการดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9 - แนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9	จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัดสุรินทร์	จำนวน 40 คน
	กิจกรรมที่ 3 การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทบทวนบริบทการดำเนินงานวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของปัญหาและกระบวนการดำเนินงานรูปแบบการดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus โดยการดำเนินโครงการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเยี่ยมเสริมพลังพื้นที่ดำเนินงานโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน PLUS	แบบบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการ	จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัดสุรินทร์	จำนวน 40 คน

ตารางที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล (ต่อ)

การดำเนินการวิจัย	ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	วิธีการรวบรวมข้อมูล	พื้นที่ศึกษา	จำนวนกลุ่มเป้าหมาย
ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action)	การนำข้อสรุปจากขั้นตอนที่ 1 มาพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ โดยกระบวนการ AIC (Appreciation Influence Control)	แบบบันทึกสรุปการ ประชุมเชิงปฏิบัติการ	จังหวัด นครราชสีมา จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัด สุรินทร์	จำนวน 40 คน
ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation)	กระบวนการของการปฏิบัติการ (The Action of Process) ข้อสรุปจากการสังเกตตลอดกระบวนการของการปฏิบัติการ ติดตามและสนับสนุนการดำเนินงานโดยรายงานและบันทึกผลทุกขั้นตอน	การบันทึก (Record) ได้แก่ การจดบันทึก และ การบันทึกภาพและเสียง	จังหวัด นครราชสีมา จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัด สุรินทร์	จำนวน 40 คน
ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection)	สรุปผลของกิจกรรม โครงการ และ การดำเนินงาน สะท้อนปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัดในการดำเนินงาน และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบ มีส่วนร่วม ถอดบทเรียนและหาแนว ทางการแก้ไข และปัจจัยแห่ง ความสำเร็จ	1.การสนทนากลุ่มโดยใช้ เครื่องมือแบบบันทึกและ แนวคำถามในการสนทนา กลุ่ม ครั้งละ 10 คน จำนวน 4 ครั้ง 2.การสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้ เครื่องมือ ดังนี้ - รูปแบบการดูแลมารดา และเด็กผ่านโครงการ มหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9 - ปัญหาอุปสรรคและแนว ทางการแก้ไข - ปัจจัยแห่งความสำเร็จ 3.การมีส่วนร่วมโดยใช้ เครื่องมือแบบสอบถาม การมีส่วนร่วม	จังหวัด นครราชสีมา จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัด สุรินทร์	จำนวน 40 คน

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถามการมีส่วนร่วม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป สำหรับข้อมูลที่แจกแจงแบบปกติ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

(Standard Deviation) สำหรับข้อมูลที่แจกแจงแบบไม่ปกติ ได้แก่ ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด (Min) และค่าสูงสุด (Max) ซึ่งแบบสอบถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.89 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เป็นการนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม มาแยกข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ และพิจารณาถึงความเพียงพอและความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำข้อมูลที่ ได้มาสรุปและใช้การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) 3 วิธี คือ วิธีที่ 1 ใช้เทคนิคการตรวจสอบทางด้านข้อมูล (Data triangulation) โดยการตรวจสอบความแน่นอนของคำพูดในเรื่องเดียวกัน แต่ต่างเวลาและเปรียบเทียบมุมมองของผู้เกี่ยวข้องกับการปรากฏการณ์ที่ศึกษา วิธีที่ 2 ใช้เทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธี (Methods triangulation) โดยเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การบันทึกภาคสนาม และการสัมภาษณ์ วิธีที่ 3 ใช้เทคนิคการตรวจสอบข้อค้นพบจากการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้วิจัย (Review triangulation) จากผู้ให้ข้อมูลและผู้เชี่ยวชาญ สำหรับผู้ให้ข้อมูลเป็นการส่งข้อมูลย้อนกลับ ให้ยืนยันว่าข้อสรุปนั้นสะท้อนมุมมองของพวกเขาอย่างแท้จริงมากน้อยเพียงใด อะไรบ้างที่ไม่สมบูรณ์หรือขาดหายไป เพื่อตรวจสอบความครอบคลุม ความลึกซึ้ง ความอึดตัวของข้อมูลและยืนยันความน่าเชื่อถือและความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล เพื่อความครบถ้วน ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

7. จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ชี้แจงเอกสาร การขอการยินยอม ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ตัดสินใจอย่างอิสระ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมโดยจะนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ทั้งนี้การศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่ NRPH 008 ณ วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2566

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

การพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9 โดยศึกษาแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1) ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรมรวมทั้งสิ้น 3 กิจกรรม ซึ่งมีรายละเอียดตามกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การศึกษาข้อมูลสถานการณ์และสภาพปัญหา การดำเนินงาน โดยการศึกษาข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมายด้านอนามัยแม่และเด็กของเขตสุขภาพที่ 9 ที่ผ่านมา ดังนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์และสภาพปัญหาทางด้านอนามัยแม่และเด็กของเขตสุขภาพที่ 9 สภาพปัญหาด้านอนามัยแม่และเด็กของเขตสุขภาพที่ 9 พบว่า สถานการณ์การตายมารดาในเขตสุขภาพที่ 9 ย้อนหลัง 5 ปี (2562-2566)⁽⁷⁾ พบว่าอัตราส่วนการตายมารดา เท่ากับ 17.14, 22.22, 30.51, 25.2 และ 28.62 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต ตามลำดับ (จำนวน 9, 11, 14, 11 และ 10 ราย ตามลำดับ) ในภาพรวมพบว่าเขตสุขภาพมีอัตราส่วนการตายมารดาสูงกว่าเกณฑ์และสูงกว่าในระดับประเทศ ในปี 2564 และปี 2566 เมื่อวิเคราะห์สาเหตุการตายนับตั้งแต่ปี 2562 เป็นต้นมา มีมารดาตายจำนวน 55 ราย (Direct :17 ราย (30.91 %) Indirect :38 ราย (69.09 %) พบว่า เขตสุขภาพที่ 9 มีแนวโน้มสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาจาก Indirect cause เพิ่มขึ้น เมื่อทบทวน RCA พบว่าเป็นโรคแทรกซ้อนทางอายุรกรรม โรครุนแรงและพบในระหว่างการตั้งครรภ์ ศักยภาพของบุคลากร ความล่าช้าของการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญกว่า ระบบ Fast track ในการดูแลครรภ์เสี่ยง การวินิจฉัยและรักษาล่าช้า รวมถึงการส่งต่อที่ล่าช้า มีการดำเนินงานในการส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างต่อเนื่อง โดยขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการ MCH board ระดับเขต (Node แม่และเด็ก) และคณะกรรมการส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยจังหวัด โดยผ่านกลไกโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus

เขตสุขภาพที่ 9 โดยผลการดำเนินงานตั้งแต่ปี 2564-2566 พบว่า เด็ก 0-5 ปี ในช่วงอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการครอบคลุม ร้อยละ 85.99 87.77 และ 90.2 ตามลำดับ คัดกรองพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 25.31 23.41 และ 23.07 ตามลำดับ สามารถติดตามเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามารับการกระตุ้นภายใน 30 วัน ได้ร้อยละ 92 92.53 และ 89.81 ตามลำดับ เด็กที่มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 83.98, 86.01 และ 87.87 ตามลำดับ โดยพบว่าผลการดำเนินงาน 9 เดือน ปี 2566 ข้อมูลพัฒนาการเด็กปฐมวัยสามารถดำเนินการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และผ่านตามเกณฑ์ แต่ยังพบประเด็นเรื่องการติดตามเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าภายใน 30 วัน นโยบายการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กของเขตสุขภาพที่ 9 ได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) โดยมีเป้าหมายสูงสุดในการดำเนินงาน คือ เป็นผู้นำด้านงานอนามัยแม่และเด็กระดับประเทศ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย พัฒนาการสมวัย ไอคิวเกินร้อย หนูน้อยฟันสวย อารมณ์ดี สูงดี สมส่วน ประกอบด้วย 3 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน งานอนามัยแม่และเด็กของกระทรวงสาธารณสุข ยุทธศาสตร์ที่ 2 เด็กแรกเกิดถึง 6 ปี สูงดีสมส่วน เก่ง ดีมีสุข และยุทธศาสตร์ที่ 3 การสนับสนุนและส่งเสริมขององค์กรชุมชน และภาคีเครือข่ายพันธมิตร ในเขตสุขภาพที่ 9 ทั้งหน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชน

กิจกรรมที่ 2 คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย/การรวบรวมข้อมูล พบว่า คุณลักษณะของประชากร ประกอบด้วย ภาควิชาเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการดูแลมารดาและเด็ก จำนวนทั้งสิ้น 40 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 72.50 อายุเฉลี่ย 38.25 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.44 ร้อยละ 87.50 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 40 ตำแหน่งพยาบาล ร้อยละ 62.50 รองลงมาตำแหน่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 32.50 ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งปัจจุบันเฉลี่ย 8.53 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.46 และระยะเวลาที่รับผิดชอบในส่วนของการดูแลมารดาและเด็กเฉลี่ย 6.75 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.92 หลังจากที่ได้ผู้เข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ในประเด็นของรูปแบบการดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินการดูแลมารดาและเด็ก พบว่า ส่วนใหญ่เห็นว่ารูปแบบการดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9 เป็นรูปแบบที่ดี มีความเข้มแข็ง และชัดเจน เป็นรูปธรรม ช่วยผลักดันให้เกิดการพัฒนาการดูแลมารดาและเด็กในพื้นที่ ลดการเพิ่มงานแต่นำบูรณาการงานจากกรมวิชาการต่างๆให้เป็นมิตรกับผู้ปฏิบัติงานแบ่งภารกิจการทำงานได้ชัดเจน และมีการร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนเพื่อดูแลแม่และเด็ก แนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9 ส่วนใหญ่เห็นว่าควรมีแนวทางการดำเนินงาน และพัฒนาข้อมูลงานอนามัยแม่และเด็ก นโยบายระดับเขตสุขภาพกับสาธารณสุขจังหวัดควรเป็นไปในทิศทางใกล้เคียงและเอื้อต่อผู้ปฏิบัติ การสร้างความรู้แก่บุคลากรผู้ให้บริการ ควรมีผู้เลี้ยงดูเด็กและแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน เช่น ห้องสมุดของเล่น การนำรูปแบบมาใช้ขับเคลื่อนงานและประเมินผลเชิงระบบทุกมิติ และควรมีแนวทางการดูแลรักษาด้านต่าง ๆ ของแม่และเด็กที่สามารถนำไปใช้ได้กับหน่วยบริการทุกระดับ โดยมีตัวอย่างบทสนทนา ดังนี้

“เป็นรูปแบบที่ดีและเป็นรูปธรรม”

(ผู้สนทนาคนที่ 1)

“มีการร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน”

(ผู้สนทนาคนที่ 2)

“แบ่งภารกิจการทำงานได้ชัดเจนและเข้าใจง่าย”

(ผู้สนทนาคนที่ 3)

“ควรมีผู้เลี้ยงดูเด็กและแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน”

(ผู้สนทนาคนที่ 4)

กิจกรรมที่ 3 การประชุมเชิงปฏิบัติการโดยกระบวนการ AIC (Appreciation Influence Control)

ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation : A) ขั้นตอนการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิเคราะห์ปัญหาแบบการดูแลมารดาและเด็ก การกำหนดอนาคตหรือวิสัยทัศน์ อันเป็นภาพพึงประสงค์ในการพัฒนาว่าต้องการอย่างไร ขั้นตอนนี้จะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน แสดงความคิดเห็น รับฟังและหาข้อสรุป

A1 : การวิเคราะห์สถานการณ์ด้านอนามัยแม่และเด็กของเขตสุขภาพที่ 9 ในปัจจุบันปัญหามารดาเสียชีวิตทารกแรกเกิดมีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัมภาวะโภชนาการและการพัฒนาการของเด็กยังไม่บรรลุเป้าหมาย

A2 : การกำหนดอนาคตหรือวิสัยทัศน์ที่ต้องการให้เกิด ได้แก่ อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อแสนการเกิดมีชีพ ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย และร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีรูปร่างสูงดีและสมส่วน

ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I) ขั้นตอนการหาวิธีการและเสนอทางเลือกในการพัฒนาตามที่ได้สร้างภาพพึงประสงค์ หรือที่ได้ช่วยกันกำหนดวิสัยทัศน์ เป็นขั้นตอนที่จะต้องช่วยกันหามาตรการ วิธีการ และค้นหาเหตุผลเพื่อกำหนดทางเลือกในการพัฒนา กำหนดเป้าหมาย กำหนดกิจกรรม และจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม

I1 : การคิดเกี่ยวกับกิจกรรมโครงการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์โดยการตั้งวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรม

I2 : การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมหรือโครงการโดยกิจกรรมที่ต้องการความร่วมมือหรือการสนับสนุนจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C) การทำงานร่วมกันโดยนำเอาโครงการมาสู่การปฏิบัติ และจัดกลุ่มผู้รับผิดชอบโครงการ โดยขั้นตอนกิจกรรม ประกอบด้วย การแบ่งความรับผิดชอบ การดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การติดตามและการประเมินผล

C1 : การแบ่งความรับผิดชอบโดยจะแบ่งให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานการดูแลมารดาและเด็กมีส่วนร่วมใน

C2 : การตกลงในรายละเอียดของการดำเนินการจัดทำกิจกรรมและกำหนดคนรับผิดชอบ

2) ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการจากการนำข้อสรุปของขั้นตอนที่ 1 ซึ่งมีรายละเอียดการดำเนินงานโครงการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเยี่ยมเสริมพลังพื้นที่ดำเนินงานโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน PLUS ตามแผนปฏิบัติการ การจัดประชุม ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จากผลการดำเนินกิจกรรมโครงการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเยี่ยมเสริมพลังพื้นที่ดำเนินงานโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน PLUS โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานการดูแลมารดาและเด็กในเขตสุขภาพที่ 9 ในวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน PLUS เขตสุขภาพที่ 9 ผลการดำเนินกิจกรรม พบว่า การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเยี่ยม

เสริมพลังโดยการบูรณาการความร่วมมือมีหน่วยงานที่รับผิดชอบ 7 หน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครราชสีมา สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น จังหวัดนครราชสีมา สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดนครราชสีมา สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัดนครราชสีมา สำนักงานสถิติจังหวัดนครราชสีมา และศูนย์ส่งเสริมอุตสาหกรรมภาคที่ 6 และในวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อกำหนดรูปแบบการดำเนินโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน PLUS เขตสุขภาพที่ 9 ผลการดำเนินกิจกรรม พบว่า รูปแบบการดำเนินโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน PLUS เขตสุขภาพที่ 9 มีขั้นตอนในการจัดกระบวนการเรียนรู้ 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีวัตถุประสงค์ในการที่จะสร้างความตระหนักและให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน รวมไปถึงการได้แสดงความคิดเห็นร่วมกันต่อผลกระทบที่เกิดการดำเนินงาน โดยมีกิจกรรม ดังนี้ 1) การวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ ปัญหา ในการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9 2) การเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมในการพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9 3) การจัดทำแผนการดำเนินงานในการแก้ไขปัญหาหรือรูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9 ขั้นตอนที่ 2 ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ โดยมีกิจกรรม ดังนี้ 1) การประสานงานการพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9 2) การช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกแก่ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9 3) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (ความรู้ แรงงาน งบประมาณ หรือ ทรัพยากรอื่น ๆ) ขั้นตอนที่ 3 ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ โดยมีกิจกรรม ดังนี้ 1) การพัฒนาและส่งเสริมความรู้ มากขึ้น และมีส่วนในการแบ่งปันความรู้ 2) การมีความภาคภูมิใจที่ได้ทำประโยชน์ในการจัดกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาและเด็ก 3) การสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหาและพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาและเด็ก และ ขั้นตอนที่ 4 ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยมีกิจกรรม ดังนี้ 1) การนำข้อมูล ปัญหา อุปสรรค แนวทางการแก้ไข เสนอผู้เกี่ยวข้อง 2) การเข้าไปปรึกษาหารือเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพในชุมชน 3) การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล การดำเนินงาน และกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9

3) ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation) กระบวนการของการปฏิบัติการ (The Action of Process) ข้อเสนอจากการสังเกตตลอดกระบวนการของการปฏิบัติการ มีรายละเอียดดังนี้

3.1) กิจกรรมการวิเคราะห์ปัญหา กระบวนการวิเคราะห์ปัญหาเกิดขึ้นภายหลังจากผู้วิจัยได้ข้อมูลสถานการณ์ ด้านพัฒนาการ ซึ่งได้จากการสำรวจข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก และจากฐานข้อมูล โดยข้อสรุป คือ การแก้ไขปัญหาต้อง ดำเนินการทุกระดับ โดยอาศัยการดำเนินกิจกรรมอย่างมีส่วนร่วมรูปแบบการดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9 พร้อมทั้งสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ และงบประมาณสำหรับการแก้ไขและพัฒนา

3.2) กิจกรรมการวางแผนแก้ไขปัญหา ผ่านกระบวนการของการประชุมเชิงปฏิบัติการที่มีการระดมความคิดเห็น ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และมีการอภิปรายแต่ละประเด็นอย่างครอบคลุม โดยกลุ่มผู้ร่วมวิจัยมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ การดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9 จนได้ข้อสรุปในการดำเนินกิจกรรมจำนวน 1 โครงการ

3.3) กิจกรรมการดำเนินการ ผู้ร่วมวิจัยดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับในชั้นวางแผน โดยมีการ ประสานงาน เตรียมความพร้อมด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินกิจกรรมโครงการ

3.4) กิจกรรมการติดตามผลการดำเนินงาน หลังดำเนินการโครงการมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งมีกิจกรรมถอดบทเรียนเพื่อร่วมสะท้อนปัจจัยแห่งความสำเร็จ และวางแผนแก้ไขปัญหาลงสู่การดำเนินงานในครั้งต่อไป

4) ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) จากโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนากระบวนการดูแลมารดา และเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus ในเขตสุขภาพที่ 9 โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยสะท้อน ปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัดในการดำเนินงาน และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ถอดบทเรียนและหาแนวทางการแก้ไข และปัจจัยแห่งความสำเร็จ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

4.1) ปัญหาและอุปสรรค พบว่า ความไม่พร้อมของอุปกรณ์ ขาดการประสานงานระหว่างผู้เชี่ยวชาญ และระบบการจำหน่ายผู้ป่วยที่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ขาดการวิเคราะห์สาเหตุและผลลัพธ์การดำเนินงาน ตัวชี้วัดไม่ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน ระบบข้อมูลในพื้นที่ยังเป็นปัญหา พบว่า มีการดำเนินการแต่ระบบข้อมูลการดำเนินงานทำได้น้อยกว่าปฏิบัติจริง การโยกย้ายหรือเปลี่ยนแปลง Child Project Manager (CPM) ทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง โดยเฉพาะ CPM ระดับอำเภอ เครื่องมือในการประเมินโภชนาการไม่ถูกต้องตามมาตรฐาน และวิธีการประเมินภาวะโภชนาการของเด็กที่ยังไม่ถูกต้อง ระบบข้อมูล การบันทึกข้อมูล และส่งออกข้อมูลไม่ทันเวลา รวมถึงการบันทึกข้อมูลที่ไม่ถูกต้องร่วมด้วย ส่งผลเรื่องผลงานตามตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ได้ ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงานบางพื้นที่ เนื่องจากการถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด เช่น การดำเนินงาน ทันตสุขภาพ การคัดกรองเด็ก เป็นต้น

4.2) แนวทางการแก้ไขปัญหา พบว่า ทบทวนบทบาทและพัฒนาศักยภาพ CPM ทุกระดับ โดยเฉพาะระดับอำเภอ รวมถึงเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานทั้งในเรื่องทักษะ ความเข้าใจ การดูแลเด็กปฐมวัยและแนวทางในการดำเนินงานของ CPM ทุกระดับ เมื่อมีการโยกย้ายหรือมีการเปลี่ยนแปลงเน้นให้ CPM ระดับอำเภอ Coaching โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เรื่องแนวทางการดำเนินงาน การลงรหัสพัฒนาการเด็ก โดยเฉพาะเด็กที่ต้องได้รับการส่งต่อเพื่อกระตุ้นพัฒนาการโดยใช้คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention : TEDA4I) รวมถึงการขับเคลื่อนงานเด็กปฐมวัยตามกรอบแนวคิดโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน PLUS เขตสุขภาพที่ 9 ส่งเสริมและติดตามให้จังหวัดมีการพัฒนาทีมในการค้นหาเด็กในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข หรือทีม CFT (Child and Family Team) ในการค้นหาเด็กที่ต้องคัดกรอง ติดตามกระตุ้นพัฒนาการ โภชนาการ สุขภาพช่องปากและฟัน และพัฒนาระบบการติดตามเด็กในพื้นที่และเด็กกลุ่มที่ต้องมีการย้ายถิ่นฐาน เช่น การโทรศัพท์ติดตาม การติดตาม Social Media ผ่านระบบไลน์หรือวิดีโอคอลพัฒนาศักยภาพบุคลากร และทีมที่เกี่ยวข้องในการประเมินภาวะโภชนาการเด็ก เน้นความรู้ ความเข้าใจในการประเมินภาวะโภชนาการตามช่วงอายุที่เหมาะสม และการบันทึกข้อมูลที่ต้อง ควรเฝ้าระวังและส่งเสริมโภชนาการในเด็กกลุ่มเสี่ยงที่จะมีภาวะค่อนข้างเตี้ย ค่อนข้างผอม โดยใช้กระบวนการกิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน เพื่อให้เด็กกลุ่มนี้กลับมามีภาวะโภชนาการปกติ รูปร่างสูงดีสมส่วน รวมถึงการเลิกนมขวดในเด็กเล็ก ฟันดีเริ่มที่ซี่แรก และเน้นอาหารว่างและอาหารกลางวันคุณภาพ การจัดหาเครื่องมือ (Tool) ที่ได้มาตรฐานครอบคลุม เช่น เครื่องมือประเมินภาวะโภชนาการเด็ก เครื่องมือในการประเมินและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก พัฒนาศักยภาพในการดูแลระบบข้อมูลในระดับอำเภอและจังหวัด

4.3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ พบว่า ผู้บริหารทุกระดับมีการกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง การจัดทำโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน PLUS เขตสุขภาพที่ 9 ทำให้มีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนและครอบคลุม การดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายโดยเฉพาะการพัฒนาทีมในชุมชนให้มีความรู้และทักษะที่ถูกต้องและเหมาะสม เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข CFT หรือจิตอาสา มีโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus และคลินิก pre-conception care clinic เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์และดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม มีช่องทางการสื่อสารที่สะดวกรวดเร็ว ได้แก่ ไลน์กลุ่ม VDO Conference เป็นต้น ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมและมีการทำงานของทีมที่เข้มแข็ง มีแนวทางการดูแลโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย และเป็นประเด็น Area Based มีการดำเนินสาวไทยแถมแดงในสถานประกอบการขนาดใหญ่จำนวน 8 แห่งทั้งเขตสุขภาพ และการดำเนินงานวิสาหกิจสร้างชาติขับเคลื่อนโดยพื้นที่ การดำเนินงานของ CPM ทุกระดับ มีความเข้มแข็งและต่อเนื่อง โดยเฉพาะ CPM ระดับอำเภอ ทำให้ รพ.สต. มีความเข้มแข็งร่วมด้วย

การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9 ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.03$, S.D.= 2.01) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ($\bar{X}=4.13$, S.D.= 2.03) รองลงมา คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ($\bar{X}=4.08$, S.D.= 2.02) ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ($\bar{X}=3.98$, S.D.= 2.00) และด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ($\bar{X}=3.92$, S.D.= 1.98) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus (ทุกด้าน)
(n=40)

การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาและเด็กผ่าน โครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus	$\bar{X}$ (S.D.)	ระดับการมี ส่วนร่วม
1. ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	3.92 (1.98)	มาก
2. ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ	3.98 (2.00)	มาก
3. ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	4.13 (2.03)	มาก
4. ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล	4.08 (2.02)	มาก
รวมเฉลี่ย	4.03 (2.01)	มาก

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9 พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9 โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีขั้นตอนในการจัดกระบวนการเรียนรู้ 4 ด้าน ได้แก่ การตัดสินใจ การปฏิบัติการ การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล ปัญหาและอุปสรรค คือ ขาดการประสานงานระหว่างผู้เชี่ยวชาญและการวิเคราะห์สาเหตุและผลลัพธ์ การดำเนินงาน แนวทางการแก้ไข คือ ทบทวนบทบาทและพัฒนาศักยภาพทุกระดับ โดยเฉพาะระดับอำเภอ รวมถึงเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานทั้งในเรื่องทักษะ ความเข้าใจ การดูแลแม่และเด็ก ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ ผู้บริหารทุกระดับมีการกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฐานิต อมรชินธนา⁽⁵⁾ ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตจังหวัดสุรินทร์ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตที่เหมาะสมมีองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ ด้านความเข้มแข็งของผู้นำในชุมชนและความสนใจในเรื่อง สุขภาวะ ด้านความเข้มแข็งของชุมชน ด้านรูปแบบการดำเนินงาน ด้านความร่วมมือของประชาชน และด้านการดำเนินงานแบบบูรณาการในพื้นที่ และสอดคล้องกับการศึกษาของภัทรพล จึงสมเจตไพศาล⁽⁸⁾ ที่ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า มีการกำหนดให้แต่ละพื้นที่ประชุมหารือเพื่อกำหนดรูปแบบกิจกรรมร่วมกัน เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขยังคงมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง โดยมีการดำเนินงานตามกระบวนการวงจร PDCA ดังนั้น มีการวางแผนดำเนินการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประมวลผลและปรับปรุงข้อค้นพบด้านองค์ประกอบที่ส่งเสริมความสำเร็จ ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอควรมีความเข้มแข็ง และเป็นเอกภาพ การสร้างภาคีเครือข่าย การใช้ทรัพยากรร่วมกัน ประเด็นปัญหาจากพื้นที่เป็นผู้กำหนด การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง การดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตใช้หลัก 7S Model⁽⁹⁾ คือ แผนกลยุทธ์มีความชัดเจนเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากร ผู้บริหารรับฟังความคิดเห็นของผู้ใต้บังคับบัญชา เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้ และความชำนาญ และมี

วิสัยทัศน์ร่วมกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการพัฒนาแบบการดูแลมารดาและเด็กจำเป็นต้องมีการสร้างภาคีเครือข่ายให้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้บริหารให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ และมีการติดตามการดำเนินงานและการทำงานอย่างต่อเนื่อง

การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาแบบการดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9 พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของธัญธรณ์ รุจิรัตน์ธีรกุล⁽¹⁰⁾ ที่ได้ศึกษาการพัฒนาแบบและกระบวนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมโดยรวมมีความเหมาะสมระดับมาก โดยมีด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด รองลงมาเป็นด้านการมีส่วนร่วมรับรู้ปัญหา ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล และด้านการมีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ และสอดคล้องกับการศึกษาของจารุวรรณ เย็นเสมอ⁽⁴⁾ ผลการศึกษาพบว่า ภาคีเครือข่ายมีระดับการมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะภาคีเครือข่ายมีความตระหนักถึงบทบาทและหน้าที่ของการมีส่วนร่วม จากการพัฒนาแบบการดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9 ทำให้ภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลมารดาและเด็กรับรู้บทบาทหน้าที่ว่าต้องสนับสนุนอย่างไร มีส่วนร่วมวางแผนในการตัดสินใจ รับรู้ข้อเท็จจริง ปัญหาและอุปสรรค แนวทางการแก้ไขปัญหา และปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาแบบการดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในกระบวนการทำงานร่วมกันที่ทำให้คนต้องพัฒนาตนเอง และการแสวงหาความรู้ในการแก้ปัญหาของตนเอง เป็นเครื่องมือหนึ่งในการช่วยดูแลมารดาและเด็ก ด้วยการวางพื้นฐานร่วมกันระหว่างหน่วยงานพัฒนาทั้งหลายกับชุมชน ซึ่งเน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์⁽¹¹⁾

สรุป

การพัฒนาแบบการดูแลมารดาและเด็กผ่านโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus เขตสุขภาพที่ 9 โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นการนำภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลมารดาและเด็กให้สามารถคิด วิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการ และติดตามประเมินผลในการพัฒนาแบบการดูแลมารดาและเด็กอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ การตัดสินใจ การปฏิบัติการ การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล ในการพัฒนาแบบการดูแลมารดาและเด็กมีปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ ผู้บริหารทุกระดับมีการกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำงาน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้การสนับสนุน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

1. ควรนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนพัฒนาแบบการดูแลมารดาและเด็ก และกำหนดนโยบายด้านการดูแลมารดาและเด็กให้ครอบคลุม โดยให้ภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องและชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน
2. ควรมีการศึกษาแบบและพัฒนากิจกรรมในด้านการคิด วิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการ ติดตาม และประเมินผลในการดูแลมารดาและเด็กของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การพัฒนาแบบการดูแลแม่และเด็กควรพัฒนาแบบโดยการให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อวางแผนและสร้างแนวทางในการพัฒนาแบบการดูแลมารดาและเด็กในงานอนามัยแม่และเด็กต่อไป
2. ควรสนับสนุนให้มีการดำเนินงานพัฒนาแบบการดูแลแม่และเด็ก โดยทุกภาคส่วนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานมีส่วนร่วม

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยรับการสนับสนุนอย่างดีจากผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 9 ที่กรุณาให้คณะผู้วิจัยได้จัดทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณที่ปรึกษาและผู้ร่วมจัดทำโครงร่างวิจัยเพื่อขอทุนสนับสนุนจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ นายแพทย์เจตต์ ดิยัง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมพลบุรี ผู้ส่งลับ แพทย์หญิงวิณา มงคลพร นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลปากช่องนานา ขอขอบคุณผู้บริหารและบุคลากรด้านอนามัยแม่และเด็กของศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ศูนย์สุขภาพจิตที่ 9 โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9 ที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ ผู้ตอบแบบสอบถามงานวิจัยจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ขอขอบคุณพื้นที่ในการดำเนินงานโครงการให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้ และสุดท้ายขอขอบคุณสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ที่กรุณาสับสนุนงบประมาณเพื่อศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของสตรีและเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 9 ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. สรุปสาระสำคัญแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2566.
2. ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา. การขับเคลื่อนโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตของเขตสุขภาพที่ 9. นครราชสีมา: ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา; 2561.
3. Kemmis, S., & Wilkinson, M: Action research in practice: Partnerships for social justice in education. London: Routledge; 1998.
4. จารุวรรณ เย็นเสมอ. การขับเคลื่อนโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย : กรณี จังหวัดสุรินทร์. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์; 2564.
5. ฐานิต อมรชินธนา. การศึกษาการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตจังหวัดสุรินทร์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565; 16(1): 186-202.
6. Best, John W. Research in Education. 3rd ed. Englewood cliffs, New Jersey: Prentice. Hall Inc; 1981.
7. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์การตายมารดาในเขตสุขภาพที่ 9. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 4 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://inspection.moph.go.th/index.php>.
8. ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล. การศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตภายใต้กลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา. นครราชสีมา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา; 2564.
9. ญัฐพันธ์ เจริญนันทน์. การจัดการเชิงกลยุทธ์ ฉบับปรับปรุงใหม่ Strategic Management. กรุงเทพฯ: วิ.พรินท์; 2556.
10. ธัญธรณ์ รุจิรัตน์ธีรกุล. การพัฒนารูปแบบและกระบวนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครสวรรค์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564; 15(36); 115-128.
11. ชัชวาล ทัดศิวัช. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) : มิติใหม่ของรูปแบบวิธีวิจัยเพื่อการพัฒนาชุมชนระดับท้องถิ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. คณะศิลปศาสตร์. มหาวิทยาลัย รามคำแหง; 2552.

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

340 ถนนสุรนารายณ์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา 30000

หมายเลขโทรศัพท์: 0 4400 9009 ต่อ 3831 อีเมล: phjournal@nrru.ac.th