



วารสารสุขศึกษา

Thai Journal of Health Education

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

Faculty of Public Health Rajabhat Nakhon Ratchasima University

ปีที่ ๔๗ ฉบับที่ ๒

Vol. 47 No. 2

กรกฎาคม - ธันวาคม ๒๕๖๗

July – December 2024

บทความวิชาการ

- ❖ ครอบครัวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

บทความวิจัย

- ❖ ผลของโปรแกรม “เสี้ยว ส่อ ส่อง โส” ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ตำบลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
- ❖ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
- ❖ ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วย HAUKAO Model ต่อพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลมหาโพธิ์ อำเภอสระโบสถ์ จังหวัดลพบุรี
- ❖ ประสิทธิภาพของโปรแกรมอาชีวสุศึกษาต่อความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันการรับสัมผัสและระดับตะกั่วในเลือดของพนักงานผลิตโครงแผ่นธาตุ โรงงานผลิตแบตเตอรี่แห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ
- ❖ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมกับ Buddy Line Official Account ของนักเรียนวัยรุ่น อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ
- ❖ ผลของการใช้รูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี
- ❖ การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในกลุ่มวัยทำงานศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 3 วัดบูรพ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
- ❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดเชียงราย
- ❖ ความซุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
- ❖ ความซุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะก่อนเบาหวาน ในการคัดกรองสุขภาพประจำปี อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา
- ❖ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ของผู้สูงอายุ อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา
- ❖ ความรู้และทัศนคติ กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี
- ❖ ความน่าเชื่อถือของการตรวจฟันด้วยกล้องภายในช่องปาก (Intra oral camera) ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์

วารสารสุขศึกษา

Thai Journal of Health Education

ปีที่ 47 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 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.อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ผศ.ดร.รัชชัย เอกสันติ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ดร.ฐิติมา ระย้าเพ็ชร

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.วงศา เล่าหศิริวงศ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ.ดร.พรณี 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 สลวงษ์ลักษณ์

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 ไรจน์ไพศาลกิจ

รศ.ดร.พรรณี บัญชรหัตถกิจ

รศ.ดร.ฉาน ปัทมะ พลยง

รศ.ดร.ธนวัฒน์ ชัยพงศ์พัชรา

รศ.ดร.เสาวนีย์ ทองนพคุณ

ผศ.ดร.กาญจนา พิบูลย์

ผศ.ดร.อมรรัตน์ ลือนาม

ผศ.ดร.ชลธิรา กาวไธสง

ผศ.ดร.นิยม จันทน์นวล

ผศ.ดร.สุดา หันกลาง

ผศ.ดร.อัจฉรา จินวงษ์

ผศ.ดร.วราภรณ์ ยิ่งเอี่ยม

ดร.บัณฑิต นิตยคำหาญ

ดร.กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์

ดร.ทพ.วุฒิกุล ธนากาญจนภักดี

ดร.ทพญ.อรวรรณ นามมนตรี

ดร.พรธิภา ไกรเทพ

ดร.สุธีรา อินทเจริญตานต์

ดร.อลงกรณ์ สุขเรืองกุล

ดร.พุทธิไกร ประมวล

ดร.กิตติ ประจันตเสน

ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์

ในพระบรมราชูปถัมภ์

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วิทยาลัยมวยไทยศึกษาและการแพทย์แผนไทย

มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง

วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

ผู้ทรงคุณวุฒิภายใน พิจารณาบทความ (Peer review)

รศ.ดร.พุมพิงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ผศ.ดร.รชานนท์ งามใจรัก

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ผศ.ดร.พัชรี ศรีฤตะ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ผศ.ดร.จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ดร.อนุสรณ์ เป่าสูงเนิน

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

น.ท.หญิง ดร.ศิริกัญญา ฤทธิ์แปลก

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 ที่อยู่ ที่ทำงานเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษไม่เกิน 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 ตามลำดับหมายเลขด้วยตัวเลขอารบิกที่พิมพ์แบบตัวยกลง โดยเริ่มจากหมายเลข 1 และเมื่ออ้างอิงซ้ำในส่วนต่างๆ ของบทความวิจัยจะต้องใช้หมายเลขเดิมตามที่เคยระบุไว้ก่อนแล้วตลอดทั้งบทความ ทั้งนี้ให้เขียนอ้างอิงทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษทุกรายงาน โดยจำแนกเป็น

4.1 การอ้างอิงในเนื้อหา

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

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 แบ่งออกเป็นกรณีเติมขณะปรุงอาหาร (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 วรรณใจรัก, 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, พร้อมลักษณะ 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. ผลของการใช้สตีเวียและมอลทิทอลต่อสมบัติทางเคมี-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 เพื่อป้องกันการปฏิเสธบทความต้นฉบับกรุณาตรวจสอบเนื้อหาบทความในประเด็นต่าง 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 ทางกองบรรณาธิการจะไม่คืนค่าธรรมเนียมให้กับผู้สมัครทุกกรณี เนื่องจากค่าธรรมเนียมดังกล่าวจะเป็นค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิที่ประเมินบทความของท่าน

การชำระค่าธรรมเนียม

ชำระค่าธรรมเนียมโดยการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร

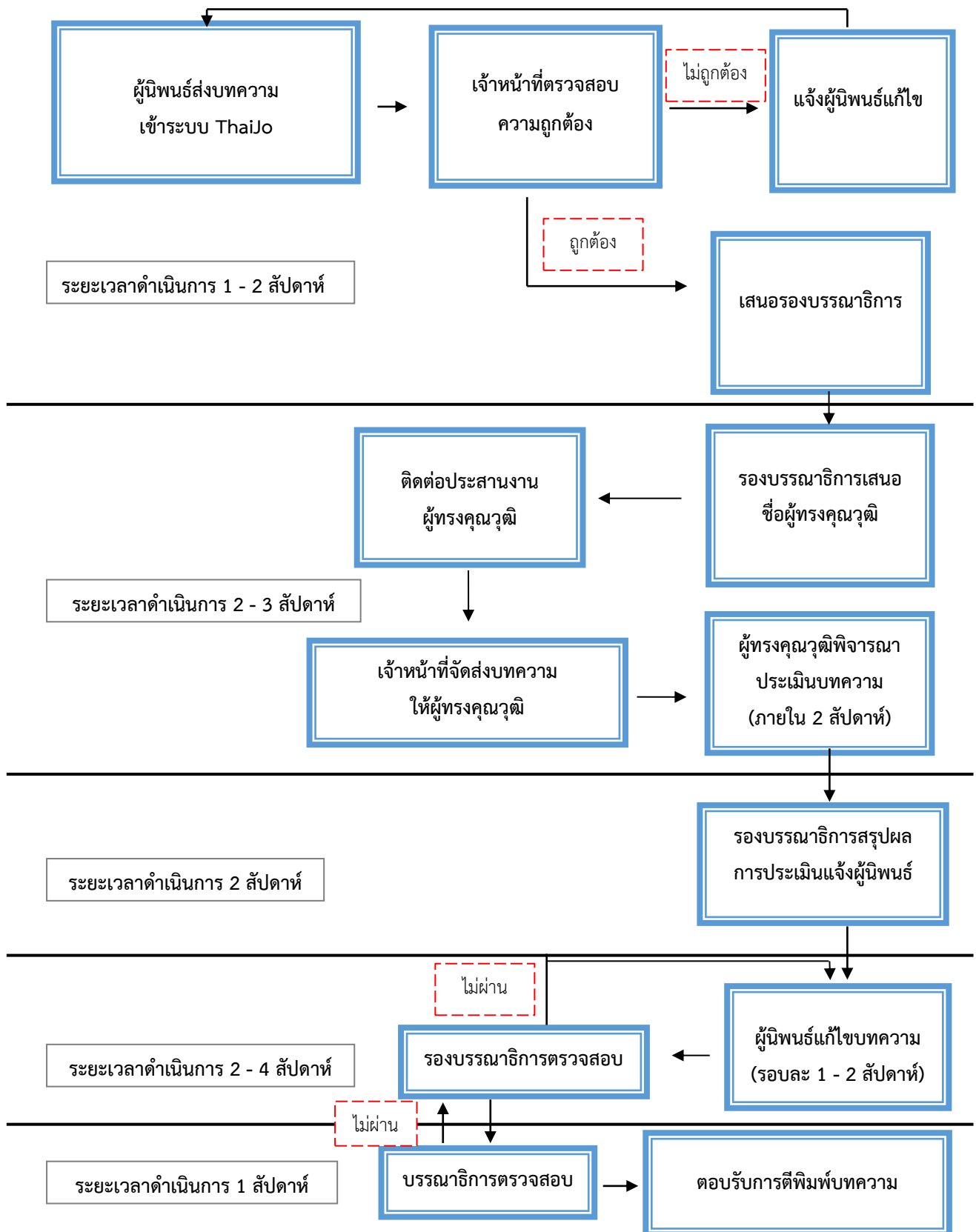
เลขที่บัญชี 419-1-78460-8

ชื่อบัญชี นางธนิดา ผาติเสนะ และ นางปัทมาภรณ์ อ่ำไผกุล

ธนาคาร กรุงศรีอยุธยา สาขา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ประเภทบัญชี ออมทรัพย์

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

ขั้นตอนการรับบทความเพื่อพิจารณาเผยแพร่ในวารสารสุขศึกษา



หมายเหตุ ในกรณีผู้พิมพ์ไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนข้างต้น ขอสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธบทความตีพิมพ์ในวารสารสุขศึกษา

บทบรรณาธิการ

วารสารสุขศึกษาฉบับนี้เป็นปีที่ 47 ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม 2567 การดำเนินงานของวารสารยังคงดำเนินงานอย่างมีระบบ และเป็นไปตามเกณฑ์คุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI สำหรับฉบับนี้ยังคงมีผู้สนใจส่งบทความมาตีพิมพ์อย่างต่อเนื่องโดยวารสารฉบับนี้มีบทความรวมทั้งสิ้น จำนวน 14 เรื่อง ประกอบด้วย บทความวิชาการ จำนวน 1 เรื่อง และบทความวิจัย จำนวน 13 เรื่อง บทความวิจัยยังคงมีรูปแบบการวิจัยที่หลากหลาย มีเนื้อหาวิชาการทางสุขภาพที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์อย่างมาก บทความทุกเรื่องผ่านกระบวนการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2 - 3 ท่าน ทำให้บทความทุกเรื่องมีคุณภาพสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ เจ้าของผลงานวิชาการ กองบรรณาธิการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้มีส่วนร่วมทำให้วารสารสุขศึกษาฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี



รองศาสตราจารย์ ดร.ชนิดา ผาติเสนะ
บรรณาธิการ

สารบัญ

ชื่อบทความ	หน้า
บทความวิชาการ	
❖ ครอบครัวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ <i>รัชนิพรรณ วังสาร, กนกวรรณ วรชีนา และ จันทร์จิรา พรหมอินทร์</i>	1 – 14
บทความวิจัย	
❖ ผลของโปรแกรม “เลี้ยว ส่อ ส่อง โส” ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ตำบลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ <i>ลออรัตน์ จิตต์พงษ์, ฤทธิรงค์ จังโกฏ และ นาฏนภา ทิบบแก้ว ปัตตาสวรรณ</i>	15 - 33
❖ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี <i>ณอมศักดิ์ บุญสุ และ แก้วใจ มาลีสัย</i>	34 - 49
❖ ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วย HAUKAO Model ต่อพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลมหาโพธิ อำเภอสระโบสถ์ จังหวัดลพบุรี <i>เพชรรัตน์ สุขสง, ฤทธิรงค์ จังโกฏ และ นาฏนภา ทิบบแก้ว ปัตตาสวรรณ</i>	50 - 69
❖ ประสิทธิภาพของโปรแกรมอาชีวศึกษาต่อความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันการรับสัมผัสและระดับตะกั่วในเลือดของพนักงานผลิตโครงแผ่นธาตุ โรงงานผลิตแบตเตอรี่แห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ <i>ชัยณรงค์ โกวิทพัฒน์, ทนงค์ศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข และ อนามัย เทศะติก</i>	70 - 83
❖ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมกับ Buddy Line Official Account ของนักเรียนวัยรุ่น อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ <i>สุภัทสร สัมฤทธิ์นอก และ นาฏนภา ทิบบแก้ว ปัตตาสวรรณ</i>	84 - 100
❖ ผลของการใช้รูปแบบการให้บริการการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี <i>ศุภรัตน์ ไกวประเสริฐ</i>	101 - 114
❖ การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 3 วัดบูรพ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา <i>ภัทริยา ชุมชิต, อีรพงศ์ โคภิชฐกุล, ประทุมทอง ยาทุม, นุสรพร ปรังศรี, อุไรวรรณ ไกรบุย, ศศิธร ไม่เท่าแก้ว, พุฒพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์ และ รณชัย ชื่นธวัช</i>	115 - 129
❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีในนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดเชียงราย <i>ปฎิภาณ สมบูรณ์, มลณี สมภาพเจริญ, มณีนันท์ อีระวิวัฒน์ และ ขวัญเมือง แก้วคำเกิง</i>	130 - 148

สารบัญ (ต่อ)

ชื่อบทความ	หน้า
❖ ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา <i>วิจิตรภรณ์ ธรรมาไพศาล, ปภาวรินทร์ พิณศิริ, สอนกัฬา มวยคล่อง และ สุตาร์ตน์ แต้มสีคราม</i>	149 - 162
❖ ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะก่อนเบาหวานในการคัดกรองสุขภาพประจำปี อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา <i>ชาคริต เขตกระโทก</i>	163 - 180
❖ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ของผู้สูงอายุ อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา <i>พนิดา พูนกลาง, ชญานี บุญรอด, สุกฤตา ภูเดช และ นพเก้า บัวงาม</i>	181 - 195
❖ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคติ กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 (COVID-19) ในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี <i>กิตติมา เรศจะโปีะ, ธนียา เจริญานุกรกุล, เอมอัชมา วัฒนบุรณนัท และ ดนัย บวรเกียรติกุล</i>	196 - 209
❖ ความน่าเชื่อถือของการตรวจฟันด้วยกล้องภายในช่องปาก (Intra oral camera) ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ <i>จิรศักดิ์ ทิพย์สุนทรชัย</i>	210 - 224

ครอบครัวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

รัชนิพรรณ วังสาร¹ กนกวรรณ วรชีนา^{2*} จันทร์จิรา พรหมอินทร์³

^{1,2,3}อาจารย์ประจำ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยทองสุข

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้ ข้อเท็จจริง และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่ทำให้จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและการมีอายุยืนยาวขึ้น ความสำคัญของประเด็นผู้สูงอายุยังขึ้นอยู่กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ครอบครัวจึงมีความสำคัญในการดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมและช่วยเหลือผู้สูงอายุภายในบ้าน รวมถึงบทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจได้เป็นอย่างดี บทความนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมศึกษา แนวทางของครอบครัวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ ความหมายและการแบ่งประเภทผู้สูงอายุ ปัญหาของผู้สูงอายุ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ การเตรียมตัวของครอบครัวในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการให้บริการขั้นพื้นฐานที่ผู้สูงอายุควรได้รับทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชน และที่สำคัญนั้นคือจากบุคคลในครอบครัว มีกิจกรรมและการมีส่วนร่วมให้เกิดขึ้นภายในครอบครัว เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตในบั้นปลายได้อย่างมีความสุข

คำสำคัญ : ครอบครัว/ การส่งเสริมสุขภาพ/ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

Family and Promoting the Quality of Life of the Elderly

Ratchaneephan Wangsan¹ Kanokwan Worachina^{2*} Chanjira Phrom-in³

^{1,2*,3}Department of Public Health, Faculty of Health Sciences, Thongsook College

Abstract

This article aims to present knowledge, facts, and trends in the changing population structure that has led to an increase in the number of elderly people and increased longevity. The importance of elderly issues also depends on the quality of life of the elderly. Care from family members factors affecting the quality of life of the elderly this is because the elderly have clearly changed both physically and mentally. Family is therefore important in caring for and promoting the quality of life of the elderly. Have a role in promoting and helping the elderly within the home Including the role of those involved so that the elderly can cope well with both physical and mental changes. This article is a review of educational literature. Family approaches to promoting the quality of life of the elderly, including meaning and classification of the elderly. Problems of the elderly promoting the quality of life of the elderly the importance of health promotion in the elderly the role of family members in caring for the elderly family preparation for caring for and promoting the health of the elderly by relying on cooperation from all sectors to provide basic services that the elderly should receive, including the government, private sector, community, and most importantly, that is, from family members. There are activities and participation within the family. To enhance the quality of life for the elderly to enable the elderly to live happily at the end of their lives.

Keywords: Family/ Health promotion/ Quality of life of the elderly

*Corresponding author: Kanokwan Worachina, email: kwnchina13@gmail.com, Tel.: 08 8236 2454

Received: May 24, 2024/ Revised: September 7, 2024/ Accepted: October 22, 2024

บทนำ

ปัจจุบันอายุคาดเฉลี่ยของประชากรโลกเพิ่มสูงเป็น 71 ปี หรือเพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่าตัว ในระยะเวลา 300-400 ปีที่ผ่านมา โดยประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2493 มีจำนวน 199 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 7.96 จนถึงปี พ.ศ. 2565 ประชากรสูงอายุเพิ่มเป็น 1,109 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13.90 ของประชากรทั้งหมด ปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีประชากรตามหลักฐานการทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทยทั้งหมดประมาณ 66 ล้านคน ในอีก 20 ปีข้างหน้าประชากรไทยจะลดลงจาก 66 ล้านคน เหลือเพียง 60 ล้านคน แต่ประชากรสูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มจาก 13 ล้านคนเป็น 19 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างเต็มตัว (Aged society) จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นกว่า 6 ล้านคน เนื่องจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุได้มีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งในเชิงขนาดและสัดส่วน ซึ่งเป็นจำนวนที่มากเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการเกิด และคาดว่าในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) คือ มีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 28⁽¹⁾

แสดงให้เห็นว่าแนวโน้มของกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นนี้จะทำให้ผู้สูงอายุกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่ต้องได้รับการดูแลมากขึ้น ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในเรื่องต่างๆ เช่น แหล่งรายได้ การอยู่อาศัย ภาวะสุขภาพ ได้อย่างชัดเจน ด้วยโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนไป โดยจำนวนเด็กและแรงงานที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง พร้อมกับจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก ประกอบกับปัญหาโดยรวมของไทย คือ คนส่วนใหญ่มีเงินไม่เพียงพอในการเกษียณและใช้จ่ายในช่วงบั้นปลายชีวิต รวมทั้งยังไม่มีเตรียมความพร้อม ทำให้ประเทศต้องเพิ่มงบประมาณเพื่อดูแลกลุ่มนี้ เดิมการดูแลผู้สูงวัยของไทยแยกออกเป็นกลุ่มเปราะบางกับกลุ่มที่ใช้สิทธิ แต่ปัจจุบันปรับมาเป็นการดูแลแบบเท่าเทียม ยกเว้น ผู้ที่ผ่านการคัดกรองว่าเป็นผู้เปราะบาง⁽²⁾

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ครอบครัวยุคใหม่เป็นรากฐานสำคัญที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการดูแลผู้สูงอายุนั้นคือสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล และบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีในทุกด้าน ได้แก่ การดูแลด้านร่างกาย เช่น การจัดหาอาหารและการรับประทาน อาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การจัดหาเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มให้เหมาะสม การจัดที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมปลอดภัย พาไปรับบริการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ จัดหาอุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุ เป็นต้น การดูแลทางด้านจิตใจ เช่น การให้ความรักความเคารพ การเอาใจใส่พูดคุย การพาผู้สูงอายุไปท่องเที่ยวตามโอกาสและสถานที่ที่เหมาะสม การยกย่องยอมรับนับถือ การแสดงให้เห็นความสำคัญตามวันสำคัญต่างๆ เป็นต้น การดูแลด้านสังคม เช่น การมีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุ การแสดงความยินดีที่จะพาผู้สูงอายุไปร่วมกิจกรรมทางสังคมที่เหมาะสมตามที่ต้องการ เป็นต้น และการดูแลด้านเศรษฐกิจ เช่น โดยการดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือในด้านการเงินอย่างเพียงพอ และไม่ควรมีประเด็นด้านการเงินของผู้สูงอายุ เป็นต้น⁽³⁾ ดังนั้น บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เล็งเห็นถึงความสำคัญของครอบครัวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในทุกด้าน โดยรวบรวมข้อมูลที่สำคัญเพื่อนำไปต่อยอดและเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุต่อไป

1. ความหมายและประเภทของผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

“ผู้สูงอายุ” ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทยจากคำนิยามดังกล่าว จะเห็นได้ว่าบุคคลที่จะเป็นผู้สูงอายุได้ตามกฎหมายของประเทศไทย และจะได้รับสิทธิตามพระราชบัญญัติฯ ฉบับนี้จะต้องเป็นบุคคลที่มีอายุหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและจะต้องเป็นสัญชาติไทยเท่านั้น นั่นหมายถึงผู้ที่เดินทางเข้ามาทำงาน หรืออพยพพลัดถิ่นเข้ามาในประเทศไทย ไม่สามารถมีสิทธิที่จะได้รับสวัสดิการและการช่วยเหลือใดจากรัฐทั้งปวง แม้ว่าจะเป็นผู้ที่เสียภาษีอากรให้แก่รัฐก็ตาม

ผู้สูงอายุหรือบางคนเรียกว่า ผู้สูงวัย เป็นคำที่บ่งบอกถึงตัวเลขของอายุว่า มีอายุมาก โดยนิยมนับตามอายุตั้งแต่แรกเกิด (Chronological age) หรือทั่วไปเรียกว่า คนแก่ หรือคนชรา โดยพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมายของคำว่า คนแก่ คือมีอายุมาก หรืออยู่ในวัยชรา และให้ความหมายของคำว่า ชรา คือ แก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม นอกจากนั้น ยังมีการเรียกผู้สูงอายุว่า ราษฎรอาวุโส (Senior citizen)

1.2 การแบ่งประเภทผู้สูงอายุ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ของสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุพ.ศ. 2552 กำหนดให้บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ และมีสัญชาติไทยเป็นผู้สูงอายุ หรือที่เรียกกันว่า "ผู้สูงวัย" โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุได้ 3 กลุ่ม ดังนี้

1.2.1 ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) เป็นช่วงวัยที่ยังช่วยเหลือตนเองได้

1.2.2 ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) เป็นช่วงวัยที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายเริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรัง

1.2.3 ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปี ขึ้นไป) เป็นช่วงวัยที่เจ็บป่วยบ่อยขึ้น อวัยวะเสื่อมสภาพ อาจมีภาวะทุพพลภาพ การศึกษาคำนึงถึงความหมายของผู้สูงวัย จึงน่าจะเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีของการศึกษาเกี่ยวกับสังคมผู้สูงวัย เพื่อเข้าใจความเป็นมาของค่านิยมผู้สูงวัยในฐานะกลุ่มสังคมของสังคม ซึ่งกำหนดโดยรัฐก่อนที่จะลงลึกในประเด็นของโครงสร้างสังคมในเนื้อหาต่อไป

1.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ มีดังต่อไปนี้⁽⁴⁾

ทฤษฎีทางชีววิทยาทฤษฎีนี้ อธิบายเกี่ยวกับกระบวนการทางชีวภาพ สรีรวิทยา และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างต่างๆ ของสิ่งมีชีวิตในวัยสูงอายุได้แก่

1.3.1 ทฤษฎีว่าด้วยความสามารถที่เกิดจากการเผาผลาญ (Free radical theory) กล่าวถึงการให้ออกซิเจนของเซลล์ และการเผาผลาญพวกโปรตีน คาร์โบไฮเดรต และอื่นๆ จะทำให้เกิดพวกเรดิคัลอิสระ (Free radical) สารนี้จะทำลายผนังเซลล์ให้เสื่อมสลายลง สารที่ป้องกันเรดิคัลอิสระ ได้แก่ วิตามินซี และไนอาซิน

1.3.2 ทฤษฎีว่าด้วยคอลลาเจน (Collagen cross-linkage theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สารนี้เป็นส่วนประกอบของคอลลาเจนและโปรตีนจากเส้นใย (Fibrous protein) จะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และเกิดการยึดเกาะกันแน่น ทำให้เส้นใยหดสั้นเข้าหาความยืดหยุ่น เซลล์ไม่สามารถขนส่งหรือขับถ่ายของเสียได้สะดวก เป็นสภาพเสื่อมลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา

1.3.3 ทฤษฎีว่าด้วยภูมิคุ้มกัน (Immunological theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าเมื่ออายุมากขึ้นร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันตามปกติลดลง ขณะเดียวกันร่างกายมีการสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตนเอง ซึ่งเป็นผลให้เกิดการต่อต้านตนเองโดยทำลายเซลล์ของร่างกาย

1.3.4 ทฤษฎีว่าด้วยการเปลี่ยนแปลง และความผิดพลาดของเซลล์ร่างกาย (Somatic mutation and error theories) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าในระยะของการแบ่งตัว หรือมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์อาจมีความผิดปกติเกิดขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของดีเอ็นเอ (Deoxyribonucleic acid: DNA) ทำให้การทำงานของเซลล์และอวัยวะต่างๆ ของร่างกายบกพร่องหรือมีประสิทธิภาพลดลง

1.3.5 ทฤษฎีว่าด้วยพันธุกรรม (Genetic theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการสูงอายุนั้นเป็นลักษณะที่เกิดขึ้นตามพันธุกรรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของอวัยวะบางส่วนของร่างกายเมื่ออายุมากขึ้น คล้ายคลึงกันหลายชั่วอายุคน เช่น ลักษณะศีรษะล้าน ผมหงอกเร็ว เป็นต้น ลักษณะดังกล่าวจะพบในบางคนเท่านั้น แม้มีอายุเท่ากัน

1.3.6 ทฤษฎีว่าด้วยการเสื่อมและถดถอย (Wear and tear theory) ทฤษฎีนี้เปรียบสิ่งที่มีชีวิตเหมือนเครื่องจักร หลังจากใช้งานแล้วย่อมมีการสึกหรอ แต่สิ่งที่มีชีวิตต่างจากเครื่องจักรตรงที่สามารถซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอได้เอง เช่น เนื้อเยื่อบางชนิด อันได้แก่ ผิว แต่ในระบบเซลล์อื่นๆ เช่น เซลล์ประสาท และเซลล์กล้ามเนื้อจะไม่มีการเพิ่มใหม่ อีกทั้งยังจะถูกทำลาย ทำให้การทำงานที่ของอวัยวะในระบบนั้นๆ ลดลง

1.3.7 ทฤษฎีว่าด้วยความเครียด และการปรับตัว (Stress-adaptation theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน มีผลทำให้เซลล์ตายได้ บุคคลที่ต้องเผชิญกับความเครียดบ่อยๆ จะทำให้บุคคลนั้นเข้าสู่วัยสูงอายุเร็วขึ้น

1.4 การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ

ด้านร่างกาย ที่พบบ่อย คือ ระบบต่างๆ ทำงานได้ลดลง ส่งผลให้ร่างกายเสื่อมถอยลง ร่างกายภายนอก ผิวหนังเหี่ยวย่น มีกระ ฝบบางเปลี่ยนเป็นสีเทาหรือสีขาว หลังโค้ง เคลื่อนไหวร่างกายได้ช้าลง พละกำลังน้อยลง อวัยวะรับรู้ความรู้สึกจะเป็นอวัยวะอันดับแรกๆ ที่เสื่อม เช่น ผื่นงูเส้นเลือดแดงในหูชั้นตัว ทำให้ได้ยินเสียงไม่ชัดเจน หรือการแปลงเสียงของผู้สูงอายุจะไม่มีพลัง เนื่องจากกระดูกอ่อนบริเวณกล่องเสียงแข็งตัวและขาดความยืดหยุ่น ขณะที่การบดเคี้ยวลำบากขึ้นเพราะเหงือกเร้นและรากฟันโผล่พ้นขอบเหงือกทำให้ฟันผุและเสียวฟันได้ง่าย รวมไปถึงกระดูกที่ผุกร่อนและกล้ามเนื้อที่ลีบลง

ด้านจิตใจ ที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ คือ หลงลืมง่าย ความจำไม่ดี แต่เหตุผลและความสุขุมรอบคอบอาจยังคงที่ เช่น การแสดงออกทางอารมณ์ อาจจะมีการซึมเศร้า หงุดหงิด ชี้อารมณ์ วิตกกังวล โกรธง่าย เอาแต่ใจตนเอง มักจะคิดซ้ำๆ ลังเล หวาดระแวง หมกมุ่นเรื่องของตนเอง ทั้งเรื่องในอดีตและอนาคต กลัวลูกหลานทอดทิ้ง รวมถึงสนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง ผู้สูงอายุมักสนใจเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเองมากกว่าเรื่องของผู้อื่น

ด้านสังคม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุห่างจากสังคม อีกทั้งคนส่วนใหญ่มักมองว่าผู้สูงอายุมีสมรรถภาพและความสามารถลดน้อยลง จึงไม่ให้ความสำคัญหรือใส่ใจมากนัก นอกจากนี้ยังเปลี่ยนแปลงบทบาทจากการเป็นผู้นำครอบครัว กลายเป็นเพียงผู้อาศัยหรือเป็นสมาชิกของครอบครัวเท่านั้น และเมื่อสมรรถภาพร่างกายลดลง ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองหรือกิจวัตรประจำวันเป็นไปได้ยากลำบาก จะส่งผลกระทบต่อจิตใจ เกิดความไม่มั่นใจในตนเอง หดหู่กับสภาพตัวเอง อีกทั้งยังทำให้ผู้สูงอายุไม่กล้ามีสังคมหรือมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น⁽⁵⁾

2. ปัญหาของผู้สูงอายุ ที่สำคัญ ได้แก่

2.1 ปัญหาทางด้านสุขภาพกาย ผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาด้านสุขภาพเสื่อมโทรม มีโรคภัยต่างๆ เบียดเบียน ทั้งโรคทางกาย คือ ระบบผิวหนังที่เสื่อมลง ความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการตอบสนองทางร่างกายอาจมีการเสื่อมลง เช่น การเดิน การทรงตัว เป็นต้น รวมถึงระบบประสาทและสมอง ซึ่งผู้ที่มีอายุเกิน 65 ปี มักมีการเปลี่ยนแปลงทางสมองและความจำ โดยจะมีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการเสื่อมสภาพของระบบสมอง ส่งผลให้เกิดโรคต่างๆ ในผู้สูงอายุ เช่น โรคสมองเสื่อม อัลไซเมอร์ โรคหลงลืม โรคซึมเศร้าวิตกกังวล เป็นต้น

2.2 ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุที่มีฐานะไม่ดี ไม่มีลูกหลานดูแลอุปการะเลี้ยงดู อาจจะไม่มียาได้ หรือรายได้ไม่เพียงพอสำหรับการเลี้ยงชีพ อาจจะไม่มียาอยู่อาศัย ทำให้ได้รับความลำบาก

2.3 ปัญหาทางด้านความรู้ ผู้สูงอายุไม่มีโอกาสได้รับความรู้เพื่อการพัฒนาตนเองให้เหมาะสมกับวัย และสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป และเพื่อให้เข้ากันได้กับเยาวชนรุ่นใหม่

2.4 ปัญหาทางด้านสังคม ผู้สูงอายุอาจจะไม่ได้รับการยกย่องจากสังคมเหมือนเดิม โดยเฉพาะผู้ที่เคยเป็นข้าราชการตำแหน่งสูง ซึ่งเคยมีอำนาจและบารมีแวดล้อม เมื่อเกษียณอายุราชการอาจเสียตำแหน่งอำนาจและตำแหน่ง เยาวชนหลายคน มีทัศนคติไม่ดีต่อผู้สูงอายุ เห็นคนรุ่นเก๋าล้าสมัย พูดไม่รู้เรื่องและไม่มีประโยชน์

2.5 ปัญหาทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุจะไม่ได้รับความเอาใจใส่ และความอบอุ่นจากลูกหลานอย่างเพียงพอ ทำให้รู้สึกเหงา อังว้าง และอาจมีความวิตกกังวลต่างๆ เช่น กังวลว่าจะถูกลูกหลาน และญาติพี่น้องทอดทิ้ง กังวลในเรื่องความตาย ผู้สูงอายุมักมีอาการเปลี่ยนแปลง อาทิ เศร้า เฉยเมย เอาแต่ใจตนเอง ต้องการความสุขทางโลกีย์ ซึ่งไม่เหมาะสมกับวัยของตน

2.6 ปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว ปัญหาผู้สูงอายุที่น่าเป็นห่วงคือ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และวัฒนธรรม เนื่องจากในอดีตครอบครัวจะเป็นครอบครัวใหญ่ ที่เรียกว่า ครอบครัวขยาย ทำให้มีความสัมพันธ์แน่นแฟ้น และเกิดความอบอุ่นระหว่างพ่อ แม่ และลูกหลาน ในปัจจุบันครอบครัวคนไทย โดยเฉพาะในเขตเมืองจะเป็นครอบครัวเดี่ยวเป็นส่วนใหญ่

ลูกหลานจะมาทำงานในเขตเมืองทิ้งพ่อแม่ให้เฝ้าบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างโดดเดี่ยว ไม่ได้รับการดูแล และได้รับความอบอุ่นดังเช่นอดีตที่ผ่านมา

2.7 ปัญหาค่านิยมที่เปลี่ยนแปลง ปัจจุบันความเปลี่ยนแปลงจากภาวะทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม ทำให้เยาวชนมีความกดดันที่ต่อพ่อแม่ ครูอาจารย์ น้อยลง ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลต้องอาศัยสถานสงเคราะห์คนชรา⁽⁶⁾

ดังนั้น ปัญหาในด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตตั้งแต่ก้าวเข้าสู่ช่วงวัยและการดำรงอยู่ รับมือกับการเปลี่ยนแปลงทุกอย่าง โดยเฉพาะร่างกายที่เปราะบาง ความเจ็บป่วย และความบกพร่องในการทำงานของร่างกายในทุกๆ ด้าน รวมถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับสภาพจิตใจ ซึ่งจะก่อให้เกิดรายจ่ายมหาศาลของประเทศ ซึ่งทุกภาคส่วนควรให้ความสำคัญเพื่อรองรับผู้สูงอายุในอนาคต หากทุกภาคส่วนให้ความสำคัญ และให้ร่วมมือในการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง เชื่อว่าปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศไทยจะลดน้อยลง และปัญหาของผู้สูงอายุในชุมชนก็จะน้อยลงไปด้วยได้ ความชราเป็นธรรมชาติของมนุษย์ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แต่ในสังคมผู้สูงอายุมักจะถูกมองว่าเป็นคนแก่เลอะเลือนทำอะไรไม่ค่อยได้ ความคิดอ่านโบราณเหมือนเป็นดอกไม้ที่ใกล้โรยราเต็มที่ เนื่องจากเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งสุขภาพร่างกายเสื่อมลง และจิตใจแปรปรวน บุคคลที่อยู่ในครอบครัวจึงควรดูแลเอาใจใส่ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุให้อยู่เพียงลำพัง ควรหากิจกรรมต่างๆ ให้ผู้สูงอายุทำตามได้ และยังเป็นกำลังใจส่งเสริมกำลังใจให้ผู้สูงอายุในชุมชนใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข⁽⁷⁾

3. การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนปรารถนา เนื่องจากการมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นแสดงถึงความเป็นอยู่ที่ดี สภาพแวดล้อมที่ดี ตลอดจนมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวและเพื่อนฝูงที่ดีด้วยเช่นกัน ดังนั้นประเด็นคุณภาพชีวิตจึงเป็นประเด็นที่ทั่วโลกต่างให้ความสำคัญ ซึ่งได้มีนักวิชาการหลายท่านได้แสดงแนวคิดที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตไว้⁽⁸⁾

ยูเนสโก UNESCO 1993⁽⁹⁾ ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การที่มนุษย์สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความพึงพอใจ และมีความสุขต่อองค์ประกอบต่างๆ ในชีวิตของแต่ละบุคคล สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก ที่ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่าคุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้และเข้าใจของแต่ละบุคคลโดยมีความสัมพันธ์กับเป้าหมายในการดำรงชีวิตที่สอดคล้องกับความเชื่อในการดำรงชีวิตของปัจเจกบุคคล ภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและคุณค่าในสังคมที่บุคคลดังกล่าวอาศัยอยู่ รวมไปถึงสภาวะความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ ที่มีอิสระในการดำรงชีวิตได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น⁽¹⁰⁾

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อสภาพการดำรงชีวิตของตน ซึ่งวัดจากความพึงพอใจในเรื่องความเป็นอยู่ ความสุข สุขภาพกายและจิต อาหารการกิน การมีสิ่งของใช้ตามความจำเป็น การอยู่ในสภาพแวดล้อม และการใช้ชีวิตอยู่ในสังคม⁽¹¹⁾

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จึงเป็นการรับรู้และเข้าใจของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการใช้ชีวิตแต่ละคน ซึ่งสามารถอธิบายได้ดีที่สุดจากความพึงพอใจที่ผู้สูงอายุแต่ละคนได้รับในด้านต่างๆ ทั้งด้านสภาพจิตใจอารมณ์ที่ดี ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทั้งในครอบครัวและนอกครอบครัว ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ด้านสภาพร่างกายที่ดี ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม และด้านการคิดตัดสินใจด้วยตนเอง รวมถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและสิทธิต่างๆ อีกด้วย⁽³⁾

ดังนั้น คุณภาพชีวิตเป็นผลรวมของการเข้าถึงและรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการใช้ชีวิตของแต่ละบุคคล โดยมีส่วนประกอบที่หลากหลายมิติ ที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับองค์ประกอบทางด้านกายภาพ ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านสภาพแวดล้อม และด้านสุขภาพ รวมถึงปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในชีวิตประจำวัน เช่น ความเชื่อ ค่านิยมในการดำเนินชีวิต เป็นต้น

3.1 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ปัจจัยพื้นฐานของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับสุขภาพด้วยการส่งเสริมให้สุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอ สุขภาพดีนั้นหมายถึง การไม่เจ็บป่วย การไม่มีโรคภัยมาเบียดเบียน หรือหากมีโรคก็อยู่ในภาวะสงบไม่แสดงอาการ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่

ต้องการให้ร่างกายแข็งแรงแม้ทราบอยู่แล้วว่าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงต่อตนเอง แต่ขอเพียงแค่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ เพื่อลดการพึ่งพาผู้อื่น แต่ทว่ายังมีปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งได้สรุปรวมทั้ง 4 ปัจจัย ดังนี้

3.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ การมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยอายุที่เพิ่มขึ้นย่อมส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายทั้งในเพศชายและเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรธยา แป้นวงษา และคณะ⁽¹²⁾ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ ผู้สูงอายุเพศชายมีคุณภาพชีวิตดีเป็น 2.15 เท่า เมื่อเทียบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพศหญิง ผู้สูงอายุเพศชายมักจะได้รับบทบาทตำแหน่งหน้าที่ที่สำคัญในชุมชน อีกทั้งในสังคมไทยสมัยก่อน มักยกย่องให้เกียรติกับเพศชายให้เป็นหัวหน้าครอบครัวและมีบทบาทหลักในการหาเลี้ยงครอบครัว จึงเกิดความพึงพอใจทำให้เกิดความสุขในตนเองมากกว่าเพศหญิง ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตทางบวก รวมถึงระดับฮอร์โมนที่แตกต่างกันด้วย ในด้านการศึกษาที่เป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้ที่ได้รับการศึกษาที่ดี ย่อมมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่ได้ไม่ได้รับการศึกษา สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชวนนท์ อิ่มอาบ⁽¹³⁾ ผลการศึกษาพบว่า เพศ อายุ การศึกษา การมีโรคประจำตัว เป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี พบว่า โรคประจำตัว เป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งมีทิศทางและความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัยแตกต่างกันออกไป และหากพิจารณาถึงประสิทธิภาพทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในทางเสื่อมถอย ทำให้การทำงานของร่างกายลดลง ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ได้ง่าย ในบางครั้งอาจจะประสบปัญหาสุขภาพด้านอื่นๆ ร่วมด้วย จึงเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

3.1.2 ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ หรือที่เราเรียกว่าการเข้าสู่วัยทอง ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ ภาวะอารมณ์แปรปรวน ภาวะเครียด วิตกกังวล โรคจิตเภท โรคสมองเสื่อม กลุ่มอาการต่างๆ ของร่างกายที่ไม่พบพยาธิสภาพทางกาย หรืออาการหลงผิดคิดตนป่วย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายมีผลกับจิตใจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของแต่ละคนมีความแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับความสามารถในการรับรู้ของแต่ละคน ถ้าผู้สูงอายุมีความมั่นคง เข้าใจตนเองและตอบสนองต่อภาวะต่างๆ ในทางที่ดี แก้ปัญหาและปรับสภาพจิตใจได้ ย่อมรับความจริงย่อมทำให้มีความสุขได้ ดังนั้นปัจจัยต่างๆ จึงเป็นตัวทำนายภาวะจิตใจได้ อาจมีผลโดยตรงหรือโดยอ้อม จิตใจจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตสอดคล้องกับงานวิจัยของ Rong et al.⁽¹⁴⁾ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับต่ำ มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากระดับต่ำถึงปานกลางไปเป็นระดับสูง หรือจากระดับต่ำไปเป็นระดับปานกลาง ถึงระดับสูง เป็น 4.13 เท่า และผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับปานกลางมีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากระดับปานกลางถึงระดับสูงเป็น 3.74 เท่า เนื่องจากการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นความคิดและความเข้าใจของแต่ละบุคคลย่อมมีความสำคัญต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพ หากผู้สูงอายุมีการรับรู้และยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสามารถปรับตัวให้เหมาะกับภาวะสุขภาพของตนเอง และยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้โดยไม่ต้องพึ่งพาหรือต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน ย่อมทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะจิตใจเกิดความพึงพอใจและรู้สึกมีคุณค่าในตนเองส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี

3.1.3 ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ลักษณะครอบครัว ผู้ดูแล การรวมกลุ่มทางสังคม ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตในภาพรวมแตกต่างกัน เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวที่อยู่เป็นครอบครัวขยาย จะมีการดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ซึ่งแตกต่างจากผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ที่เมื่อยามเจ็บป่วยหรือไม่สบาย จะไม่มีคนในครอบครัวคอยช่วยเหลือ และมักจะได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านที่อยู่ใกล้เคียง ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตในภาพรวมแตกต่างกันด้วย คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านการรวมกลุ่มทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากความสามารถทางด้านร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้สูงอายุมีบทบาททางด้านสังคมลดลงตามไปด้วย⁽¹⁵⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยของ อรนิษฐ์ แสงทองสุข⁽¹⁶⁾ ได้รายงานว่ามีลักษณะการรวมกลุ่มทางสังคมแตกต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน เพราะบทบาททางด้านสังคมของผู้สูงอายุเริ่มลดลง ผู้สูงอายุปรับตัวเพื่อยอมรับกับสภาพความเป็นจริงที่เป็นอยู่

ในปัจจุบัน โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะพยายามปรับตัวให้สามารถเข้ากลุ่มและต้องใช้เวลาในการปรับตัวพอสมควร และจากผลการวิจัยของ จิรัชยา เคล้าดี⁽¹⁷⁾ พบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.86 ซึ่งเมื่อพิจารณาวิจัยพบว่า ทุกปัจจัยส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก โดยปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเป็นอันดับ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.26 รองลงมา คือ ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.87 การทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านการรวมกลุ่มทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากความสามารถทางด้านร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้สูงอายุมีบทบาททางด้านสังคมลดลงตามไปด้วย

3.1.4 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การออม รายได้ และภาระหนี้สิน โดยผู้สูงอายุที่มีการออมและภาระหนี้สินแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตในภาพรวมแตกต่างกัน และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่มีเงินออมและไม่มีภาระหนี้สิน เปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีเงินออมแต่มีภาระหนี้สิน จะมีคุณภาพชีวิตในด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดีกว่า ซึ่งสัมพันธ์ไปถึงด้านต่างๆ คือ ด้านสภาพร่างกายที่ดี ด้านความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม และด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีเงินออมแต่มีภาระหนี้สิน และมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีเงินออมและมีภาระซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นัสมล บุตรวิเศษ⁽¹¹⁾ รายงานว่าการไม่มีภาระหนี้สินของผู้สูงอายุส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังเกษียณของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะสามารถวางแผนการใช้ชีวิตที่ตอบสนองความต้องการของตนเองได้อย่างมีคุณภาพมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพหรือมีข้อจำกัดด้านการเงิน เป็นกลุ่มที่มีระดับคุณภาพชีวิตไม่ดีและเป็นเป้าหมายที่ควรได้รับการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิต นอกจากนี้การเตรียมผู้สูงอายุให้พร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพทั้งกาย จิตใจ และสังคม เป็นเรื่องสำคัญ

อิทธิพลของนโยบายสวัสดิการผู้สูงอายุที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทยมี 4 ประการ ได้แก่ 1) การจัดตั้งหน่วยงานที่ทำหน้าที่ดูแลงานด้านผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ 2) การสนับสนุนให้มีชมรมผู้สูงอายุในชุมชนที่เข้มแข็ง 3) การสร้างเครือข่ายการทำงานด้านผู้สูงอายุ การใช้ทรัพยากรและข้อมูลด้านผู้สูงอายุร่วมกันอย่างบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และ 4) การพัฒนาบุคลากรของท้องถิ่นให้มีความรู้ ความเข้าใจ การดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ทำงานด้านผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิและผลประโยชน์ที่ผู้สูงอายุได้รับตามกฎหมาย⁽⁷⁾

แนวทางการสร้างเสริมเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตนั้น ขึ้นกับหลายฝ่ายทั้งตัวผู้สูงอายุเอง ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานหลักที่ดูแลสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุตลอดจนหน่วยงานสนับสนุน โดยตัวผู้สูงอายุต้องได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองทั้งทางด้านสุขภาพกายและใจ เพื่อสร้างความเข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงตามวัย ทั้งความเสื่อมถอยทางสุขภาพ และการสูญเสียต่างๆ ทั้งคู่ชีวิต การงานและความมั่นคงทางการเงิน เป็นต้น⁽¹⁸⁾ การสร้างความเข้าใจในภาพรวมของการดูแลผู้สูงอายุทั้งทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณมีความสำคัญมาก เพราะแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม ทั้งการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน การพูดคุยด้วยเป็นประจำ และการดูแลในช่วงเจ็บป่วยส่งผลดีต่อความรู้สึกและจิตใจของผู้สูงอายุ⁽⁵⁾ ในขณะที่หน่วยงานภาครัฐมีหน้าที่จัดให้มีสวัสดิการผู้สูงอายุตามกฎหมาย เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นรับผิดชอบการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุเบี้ยผู้สูงอายุ เป็นต้น

ในมิติด้านปัจจัยในการดูแลผู้สูงอายุ การสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง ไม่ว่าจะเป็นด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงวัย กิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุควรทำเพื่อดูแลตนเอง และการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมต่างๆ ทั้งด้านการพักผ่อนหย่อนใจ การประกอบอาชีพตามแต่ศักยภาพและความสนใจของผู้สูงอายุ ในส่วนประเด็นของครอบครัวนั้น บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลที่ผู้สูงอายุควรได้รับ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงปัจจัยในการดูแลผู้สูงอายุ
ที่มา : ปรับจาก ธนารัตน์ อุดมวรรณาเขตระ⁽¹⁹⁾

3.2 หลักในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามคุณลักษณะและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ⁽²⁰⁾ มีหลักการดังนี้

3.2.1 ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาป่วยติดเตียงควรให้การดูแลด้านสุขลักษณะอย่างเหมาะสม ทั้งในด้านของการกิน อยู่ หลับ นอน จากเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขที่มีทักษะความเชี่ยวชาญหรือผู้ดูแล และการจัดสภาพบ้านให้เหมาะสมต่อการอยู่อาศัย การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว

3.2.2 ผู้สูงอายุติดบ้านควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมเพื่อป้องกันไม่ให้เป็นโรคซึมเศร้าหรือกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง

3.2.3 ผู้สูงอายุติดสังคมที่ควรส่งเสริมให้ได้รับการพัฒนาทักษะความรู้เพื่อการปรับตัวได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์

3.2.4 ผู้สูงอายุที่มีทักษะความรู้/ภูมิปัญญาที่ควรส่งเสริมบทบาทการเป็นวิทยากรหรือเป็นผู้ให้ข้อมูลเพื่อนำไปสู่การจัดการความรู้ที่สามารถเผยแพร่หรือพัฒนาต่อยอดได้

4. ความสำคัญของการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ

ในวัยผู้สูงอายุ การสร้างเสริมสุขภาพมีส่วนสำคัญที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเพื่อป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง เพื่อให้เกิดผู้สูงอายุที่พึ่งประสงค์ ซึ่งผู้สูงอายุมีการจัดประเภทไว้ดังต่อไปนี้

4.1 ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (Successful aging) เป็นผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเองได้อย่างอิสระมีความต้องการพัฒนาตนเอง มีความกระตือรือร้นสนใจในการดูแลตนเอง มีประสบการณ์ที่ดีและสามารถเข้าร่วมการเป็นผู้นำทางสังคม

4.2 ผู้สูงอายุที่มีพลังหรือพลพลัง (Active aging) เป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในด้านต่างๆ มีสุขภาพดี (Healthy) มีความปลอดภัย (Security) และมีการเข้าร่วมกับกิจกรรมทางสังคม (Participation) ทำประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น ในขณะเดียวกันถ้าผู้สูงอายุที่ถูกกลั่นแกล้งในการดูแลสุขภาพ มีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพกับผู้สูงอายุ

4.3 ผู้สูงอายุที่เปราะบาง (Frail aging) เป็นผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเองได้อย่างอิสระยังไม่เกิดการเจ็บป่วย แต่มีแนวโน้มทางสุขภาพที่อาจเกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย โดยมีปัจจัยเสี่ยงภายในและภายนอก ปัจจัยภายใน เช่น รู้สึกเหนื่อยง่าย อ่อนเพลียหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง น้ำหนักตัวลดลง การเคลื่อนไหวร่างกายช้าลงหรือเดินช้า ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ช้าลง เป็นต้น และปัจจัยภายนอก เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็นต้น ในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องรีบได้รับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย

4.4 ผู้ป่วยสูงอายุ (Aging patient) เป็นผู้สูงอายุที่เกิดการเจ็บป่วยด้านต่างๆ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สูญเสียการทำงานของร่างกายไม่สามารถดูแลตนเองได้ เกิดภาวะพึ่งพิงผู้อื่นและต้องมีผู้ดูแล (Caregiver) ในกลุ่มผู้สูงอายุนี้ จึงต้องได้รับการดูแลและรับการรักษาเฉพาะทางต่อไป เพื่อลดความเสี่ยงของร่างกายและคงไว้⁽²¹⁾

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีหลักการสำคัญอยู่หลายประการ สิ่งสำคัญคือการมีสุขภาพที่ดี เนื่องจากผู้สูงอายุมักพบภาวะถดถอยของสมรรถภาพร่างกายที่เกิดจากความเสื่อมชราตามวัยที่จะส่งผลต่อความสามารถของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่างๆ หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ อาจส่งผลให้เกิดความเสื่อมถอยได้รวดเร็วขึ้น จนเกิดความเจ็บป่วย มีภาวะทุพพลภาพและต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในที่สุด ทำให้เกิดผู้สูงอายุที่เปราะบาง (Frail aging) และผู้ป่วยสูงอายุ (Aging patient) ดังนั้น จึงมีแนวคิดเพื่อส่งเสริมให้เกิดผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (Successful aging) และผู้สูงอายุที่มีพลังหรือพัฒนาพลัง (Active aging) สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จะช่วยให้ผู้สูงอายุเป็นพลังสำคัญของสังคมได้ในอนาคต โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ซึ่งแนวคิดและหลักสำคัญของการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุ มีการสรุปไว้ดังรูปภาพที่ 2



ภาพที่ 2 หลักสำคัญของการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุ

ที่มา: ในรายงานฉบับสมบูรณ์ของ Suwanrada et al.⁽²²⁾

5. บทบาทของครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

Friedman ให้ความหมายว่า ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ที่ใช้ชีวิตร่วมกันด้วยความรู้สึกของการเป็นส่วนหนึ่งของกันและกัน ต่างฝ่ายต่างมีความสำคัญต่อกันและมีความผูกพันทางอารมณ์ ขณะที่ สุธรรม นันทมงคลชัย⁽²³⁾ ให้ความหมายว่า ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์และแสดงออกถึงความสัมพันธ์นั้น ในฐานะที่ตนเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ซึ่งความสัมพันธ์ของกลุ่มอาจเกิดจากการให้กำเนิด การมีสัมพันธ์ทางเพศ การรับเป็นบุตรบุญธรรมหรือความผูกพันทางอารมณ์

ครอบครัว หมายถึง ครอบครัวแต่เดิมมีเพียงผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ได้แก่ บิดา มารดา บุตร และแม้จะมีเครือญาติ ก็ยังคงหมายถึงผู้ที่มีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิตร่วมกัน เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา ซึ่งต่อมาได้มีนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันครอบครัว พ.ศ. 2547-2556 ได้กำหนดความหมายของครอบครัวไว้กว้างๆ ดังนี้ ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันและใช้ชีวิตร่วมกัน ทำหน้าที่เป็นสถาบันหลัก เป็นแกนกลางของสังคมที่เป็นรากฐานสำคัญยังต่อการดำรงชีวิต ครอบครัวมีหลากหลายรูปแบบและหลายลักษณะ นอกเหนือจากครอบครัวที่ครบถ้วนทั้งบิดา มารดาและบุตร

ภายใต้พฤติกรรมกรรมการสร้างครอบครัวของคนไทยที่เปลี่ยนแปลง แต่งงานช้าลง เป็นโสดเพิ่มขึ้น ไม่มีบุตร หรือมีบุตรจำนวนน้อยลง ทำให้โครงสร้างครอบครัว และรูปแบบการอยู่อาศัยในครอบครัวของคนไทยเปลี่ยนแปลงไปด้วย สัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว หรืออยู่กับคู่ที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกันโดยไม่มีบุตร หรือสมาชิกครอบครัวในวัยทำงานอยู่ด้วย มีทิศทางเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 12.0 และ 21.1 ตามลำดับ ในปี 2564) เช่นเดียวกับครอบครัวลักษณะแหว่งกลาง (ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับหลานวัยเด็ก) ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้คาดการณ์ได้ว่าการเกื้อหนุนภายในครอบครัวของสังคมไทยต่อผู้สูงอายุในอนาคตน่าจะลดลงหรือเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ในจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด จากการสำรวจในปี 2564 ร้อยละ 49.9 มีบุตรที่มีชีวิตอยู่ และอาศัยอยู่ด้วยในครัวเรือนกับผู้สูงอายุ ร้อยละ 77.0 มีบุตรที่มีชีวิตอยู่แต่อาศัยอยู่นอกครัวเรือน โดยเปรียบเทียบบุตรที่อาศัยอยู่ด้วยกับผู้สูงอายุในครัวเรือน ร้อยละ 64.2 มีการเกื้อหนุนทางการเงิน ให้กับผู้สูงอายุในระหว่าง 12 เดือน ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ต่ำกว่าบุตรที่อยู่นอกครัวเรือน ผู้สูงอายุที่มีสัดส่วนการเกื้อหนุนมากกว่าที่ร้อยละ 77.2 จำนวนเงินของการเกื้อหนุนจากบุตร ทั้งที่อยู่ในครัวเรือนและนอกครัวเรือนต่อเดือน ในสัดส่วนมากที่สุดอยู่ในช่วง 1,000-5,000 บาท และในลำดับถัดมา คือในช่วง 10,000-30,000 บาท นอกจากการเกื้อหนุนทางการเงิน ผู้สูงอายุที่มีบุตรนอกครัวเรือน ส่วนใหญ่ยังได้รับการเกื้อหนุนด้านอาหาร และด้านเสื้อผ้าหรือของใช้อย่างน้อยปีละครั้ง ที่ร้อยละ 82.4 และ 81.6 ตามลำดับ⁽²⁴⁾

5.1 บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุแบ่งได้เป็น 4 บทบาท

5.1.1 บทบาทในการดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เป็นการดูแลเอาใจใส่เรื่องการรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ จัดที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมปลอดภัย จัดหาเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มให้เหมาะสมตามฤดูกาล แบ่งเบาภาระเรื่องงานในบ้าน พาผู้สูงอายุไปรับการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ จัดหาอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุ เช่น แว่นตา ไม้เท้า เครื่องช่วยฟัง⁽³⁾ ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบบทบาทครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว จึงเน้นประเด็นในเรื่องการรับประทานอาหาร และการรับประทานยา การสื่อสาร การมีส่วนร่วมและการแสดงบทบาทของครอบครัว ได้แก่ บทบาทการช่วยดูแลสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ บทบาทการสื่อสารภายในครอบครัว บทบาทในการตัดสินใจร่วมกัน ประกอบด้วยกิจกรรม 1) อบรมเชิงปฏิบัติการผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 2) อบรมเชิงปฏิบัติการสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูง และ 3) ติดตามปัญหาอุปสรรคทางแอปพลิเคชันไลน์ หลังการนำรูปแบบบทบาทครอบครัวไปใช้ พบว่าผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมระดับมาก ร้อยละ 80.67⁽²⁵⁾

5.1.2 บทบาทในการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทางด้านอารมณ์และจิตใจ เป็นบทบาทที่บุคคลในครอบครัวได้ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุในลักษณะของการให้ความเคารพนับถือ ให้เกียรติยกย่อง ปกป้องและให้กำลังใจ

เพื่อก่อให้เกิดความมั่นคงในอารมณ์และเกิดความภาคภูมิใจ บุคคลในครอบครัวเป็นผู้สร้างความมั่นคงทางจิตใจแก่ผู้สูงอายุ มากกว่าเครือข่ายอื่นๆ เมื่อบุคคลหนึ่งบุคคลใดในครอบครัวไม่สามารถดูแลได้จะมีสมาชิกอื่นในครอบครัวช่วยดูแลแทน ลักษณะการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นการแสดงความใกล้ชิดเชื้อ้อาทร พุดคุยให้มีความสำคัญในการตัดสินใจ ตลอดจนการเยี่ยมเยียนจากบุตรที่อยู่ใกล้และที่อยู่ห่างไกล ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนให้ผู้สูงอายุ เกิดความพึงพอใจเป็นอย่างมาก มีความรู้สึกว่าตนเองไม่ได้ถูกทอดทิ้งและมีคุณค่า ในภาพรวมมีผู้สูงอายุไม่ถึงร้อยละ 1 เท่านั้น ที่ไม่ได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตรอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง นอกจากนั้นการติดต่อสื่อสารยังเป็นกิจกรรมที่แสดงความความเอื้ออาทร ต่อผู้สูงอายุ ทั้งนี้บุตรหลานในชนบทนิยมติดต่อกับผู้สูงอายุโดยทางจดหมาย ส่วนในเมืองนิยมใช้โทรศัพท์ ซึ่งมีความสอดคล้อง กับงานวิจัยผลของ ยชญ์วินทร์ จรบุรณย์ และ สิริกร สุรวัณฐษา⁽²⁶⁾ ว่าภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่น ชุมชนบ้านหนองหมากฝ้าย อำเภอดงนาคร จังหวัดสระแก้ว พบว่า ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่น อยู่ในระดับเท่ากับคนทั่วไป ($M = 178.48$, $S.D. = 2.98$) ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่น มีความสัมพันธ์ เชิงเส้นตรงทางบวกกับอายุ ($r = 0.642$) การปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลจิตใจผู้สูงอายุของสมาชิกครอบครัว ($r = 0.569$) และการพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจ ($r = 0.601$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.1.3 บทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุด้านสังคม เป็นลักษณะของการเกื้อกูล และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้พบญาติและเพื่อนฝูง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อสังคม รวมทั้งการได้รับรู้ ข่าวสารเพื่อรับทราบความเป็นไปในสังคมและเพื่อการพัฒนาตนเองให้ทันสมัยเสมอ เมื่อเปรียบเทียบบทบาทด้านนี้กับการเกื้อกูล และบทบาทด้านอื่นๆ พบว่าเป็นบทบาทที่ครอบครัวได้ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุน้อยที่สุด โดยบทบาทด้านสังคมที่ชัดเจนมักเป็น การสนับสนุนให้ร่วมกิจกรรมทางศาสนามากกว่าด้านอื่น และพบในเขตชนบทมากกว่าในเขตเมือง แต่ผู้สูงอายุในเมืองมีโอกาส รับฟังข่าวสาร เช่น การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุและอ่านหนังสือพิมพ์มากกว่าผู้สูงอายุในชนบท ซึ่งน่าจะนำไปสู่การสรุปที่ว่า การเกื้อกูลผู้สูงอายุด้านสังคมมีความแตกต่างกันตามพื้นที่ โดยในชนบทเป็นลักษณะการส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมในรูปแบบ ที่เป็นกิจกรรมในชุมชนโดยตรง แต่ในเมืองมักเป็นรูปแบบของการรับรู้ข่าวสารผ่านสื่อต่างๆ ที่เข้าถึงได้ดีกว่าผู้สูงอายุในชนบท

5.1.4 บทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจ โดยรับภาระค่าใช้จ่าย การดูแลเอาใจใส่ ช่วยเหลือในด้านการเงินอย่างเพียงพอและสม่ำเสมอ ไม่ควรให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาในการหาเงิน เพื่อเลี้ยงชีพ ตนเอง รวมทั้งบุตรหลานหรือครอบครัว ไม่ควรเบียดเบียนด้านการเงินของผู้สูงอายุ เป็นต้น⁽¹¹⁾ และปัจจัยทางเศรษฐกิจและ สุขภาพก็ถือว่าเป็น 2 ปัจจัยสำคัญของกระบวนการดังกล่าว หากผู้สูงอายุมีสุขภาพดีพอ พึ่งพาตนเองได้และยังมีความสามารถ ในเชิงเศรษฐกิจของครอบครัว ผู้สูงอายุก็น่าจะเป็นผู้ให้ มีอำนาจและเกื้อกูลสมาชิกในครอบครัว ในทางกลับกันหากผู้สูงอายุ สุขภาพไม่ดีพอ ความสามารถทางเศรษฐกิจเริ่มถดถอย แต่ก็ยังสามารถดำรงบทบาทเป็นผู้ให้และผู้รับที่สมดุลได้ โดยยังคงให้ ความเกื้อกูลทางสังคมและกายภาพแก่สมาชิกอื่นๆ ในครอบครัวได้ แต่เมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาทางสุขภาพมากและเป็นเหตุให้อยู่ในระยะพึ่งพา ต้องการความดูแลเกื้อกูลจากสมาชิกในครอบครัว จึงเป็นการเปลี่ยนบทบาทของสมาชิกในครอบครัวที่ต้อง เข้ามารับผิดชอบดูแลเพิ่มมากยิ่งขึ้น โดยอาจส่งผลกระทบต่อบทบาทและวิถีชีวิตของสมาชิกผู้รับหน้าที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัวได้ และบทบาทของครอบครัวในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ เป็นการช่วยดูแลทั่วไปในการดำรงชีวิตประจำวัน หรือการดูแลโดยเกื้อกูล บางลักษณะ เช่น การให้เงิน อาหาร เสื้อผ้า ซึ่งเป็นการเกื้อกูลในปัจจัยพื้นฐานของการดำรงชีวิต โดยการเกื้อกูลของครอบครัว ที่มีต่อผู้สูงอายุที่สำคัญมากที่สุด คือ การช่วยเหลือดูแลเมื่อเจ็บป่วยเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวจะมีหน้าที่ดูแล เอาใจใส่ติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยพาไปพบแพทย์และรับภาระเรื่องค่ารักษาพยาบาล การดูแลเรื่องอาหารการกิน ก็ถือเป็นบทบาทที่สมาชิกในครอบครัวจะต้องให้ความสำคัญ และมีได้ให้ความสำคัญเพียงแต่ผู้สูงอายุเท่านั้น บทบาทนี้ยังดูแล ครอบคลุมไปถึงสมาชิกทุกคนภายในครอบครัวด้วย

ดังนั้น ภาพรวมในการจัดการด้านอาหารแก่ผู้สูงอายุนั้น จึงไม่ได้มีการดำเนินการอย่างพิเศษแต่อย่างใด ถือว่าเป็นเรื่องปกติของครอบครัวที่ต้องกินอยู่ร่วมกัน การส่งเสริมและช่วยเหลือให้ครอบครัวได้ทำบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริม

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจในการปฏิบัติอย่างจริงจังจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เริ่มต้นตั้งแต่ตัวผู้สูงอายุเอง บุคคลในครอบครัว สังคม ตลอดจนหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถาบันครอบครัว จะต้องตระหนักถึงบทบาท และความสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุยังคงรักษาสุขภาพร่างกายและจิตใจ รู้สีกว่าตนเองยังมีคุณค่า ยังคงมีศักยภาพและมีความสำคัญต่อครอบครัวและสังคม

สรุป

ผู้สูงอายุมีบทบาทที่สำคัญในครอบครัวและในสังคมโดยรวม การสร้างความเชื่อมั่น ความเข้าใจ การให้ความรัก และการสนับสนุนในชีวิตของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถมีความสุขช่วงบั้นปลายของชีวิต การให้ความเคารพและการดูแลผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่สังคมไทยควรตระหนักในยุคปัจจุบัน เพื่อสร้างความสมดุลให้เกิดขึ้นภายในครอบครัว การเติบโตที่เพิ่มขึ้นของวัยผู้สูงอายุ ส่งผลให้สถาบันครอบครัวเป็นตัวแปรสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ครอบครัวที่มีลักษณะแตกต่างกัน ย่อมมีคุณภาพชีวิตในภาพรวมที่ต่างกัน ปัจจุบันสังคมไทยมีรูปแบบครอบครัวที่อยู่เป็นลักษณะครอบครัวขยาย ภายใต้โครงสร้างครอบครัวของคนไทยสมัยใหม่ไม่นิยมมีบุตร และรูปแบบการอยู่อาศัยที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย สัดส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว หรืออยู่กับคู่ที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกันโดยไม่มีบุตร หรือมีภาระในการเลี้ยงดูหลานในวัยเด็กมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การเกื้อหนุนภายในครอบครัวมีโอกาสที่จะลดลง และด้วยการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย โดยดูแลเอาใจใส่เรื่องการรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ จัดที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมปลอดภัย จัดหาเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มให้เหมาะสมตามฤดูกาล แบ่งเบาภาระเรื่องงานในบ้าน พาผู้สูงอายุไปรับการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ 2) ด้านจิตใจ โดยเอาใจใส่พูดคุยอย่างสม่ำเสมอ การให้ความรัก ความเคารพ การยกย่อง ยอมรับนับถือ การรับฟังความคิดเห็นให้ความสำคัญกับวันสำคัญต่างๆ 3) ด้านสังคม โดยแสดงความยินดีที่จะพาผู้สูงอายุไปร่วมกิจกรรมทางสังคมที่เหมาะสม 4) ด้านเศรษฐกิจ โดยช่วยเหลือในด้านการเงินอย่างเพียงพอและสม่ำเสมอ รวมไปถึงได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐและเอกชนที่พอเพียงและเหมาะสม จึงจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน); 2566.
2. กนกวรรณ เหลืองมงคลเลิศ. ความรู้ทั่วไปของผู้สูงอายุ: โครงการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น รุ่นที่ 3 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด(มหาชน); 25647. [เข้าถึงเมื่อ 23 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaipublica.org/2024/02/thailand-becomes-aged-society>
3. ปิ่นเรศ กาศอดุม และคณะ. บทบาทครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2561;5(3):300-10.
4. ทวีศักดิ์ หล้าภูเขียว. การได้รับการดูแลจากครอบครัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลหนองหิน กิ่งอำเภอหนองหิน จังหวัดเลย [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. เลย: มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย; 2547.
5. จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ. คู่มือ เรียนรู้เข้าใจวัยสูงอายุ: โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: บริษัท ยินยงการพิมพ์ จำกัด; 2561. [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nurs.chula.ac.th > announcement>
6. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์การสูงวัยของประชากร: การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2561 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://thaitgri.org>
7. สรรค์ชัย ไชยสกุลวงศ์ และคณะ. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารบัณฑิตศึกษาชัยภูมิปริทรรศน์ 2566;1(3):23-32.

8. จิรภัทร เลเชกุล และเฉลิมเกียรติ เฟื่องแก้ว. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก: กรณีศึกษาสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต 2566;18(1):51-69.
9. UNESCO. (1993). Quality of Life: Orientation to Population Education. UNESCO.
10. World Health Organization. WHOQOL Measuring Quality of Life [Internet]. 2020 [cited 2024 May 5]. Available from: <https://www.who.int/toolkits/whoqol>.
11. นัสมล บุตรวิเศษ และอุปรีฎฐา อินทรสาด. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. สมุทรปราการ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ; 2564.
12. เพชรธยา แป้นวงษา และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทจังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ 2563;2:41-56.
13. ขวนนท์ อิมอาบ. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5 2563;39(1):65-77.
14. Rong J, Ding H, Chen G, Ge Y, Xie T, Meng N. Quality of life (QoL) of rural poor elderly in Anhui, China. Medicine. 2020;6: 1-9.
15. กนกอร เลิศลาภ. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครสกลนคร. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. สกลนคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร; 2561.
16. อรนิษฐ์ แสงทองสุข. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษาเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี. ในการประชุมวิชาการระดับชาติและนานาชาติมหาวิทยาลัยศรีปทุมครั้งที่ 14 ประจำปี 2562 เรื่อง วิจัยและนวัตกรรมเพื่อประเทศไทย 4.0; วันที่ 19 เดือนธันวาคม 2562; ณ ห้อง auditorium ชั้น 14 อาคาร 40 ปี มหาวิทยาลัยศรีปทุม กรุงเทพมหานคร; มหาวิทยาลัยศรีปทุม; 2562. หน้า 498-505.
17. จิรัชยา เคล้าดี และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารราชพฤกษ์ 2560;15(1):27-32.
18. จิรสดา คำสีเขียว และคณะ. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่รอบมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. วารสารการประชุมวิชาการระดับชาติ มอ.อุบลราชธานี 2565;16(2):52-62.
19. ธนารัตน์ อุดมวรรณหาเขต. บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว: กรณีศึกษากรุงเทพมหานครและปริมณฑล[วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563.
20. สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/now/15/926>
21. ศิริรัตน์ ปานอุทัย. การพยาบาลผู้สูงอายุ. เล่มที่ 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2561.
22. Suwanrada W, Pothisiri W, Chimmamee M, Buathong T, & Bangkaew B. 2022. การทบทวน สังเคราะห์ และจัดทำข้อเสนอยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุไทย. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
23. สุธรรม นันทมงคลชัย. ครอบครัวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. เล่มที่ 1. กรุงเทพฯ: โอโมชั่น อาร์ต; 2565.
24. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2564.
25. วรรัตน์ มากเทพพงษ์ และคณะ. การพัฒนารูปแบบบทบาทครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2565;33(2):101-14.
26. ยชญ์วินทร์ จรบุรณย์ และสิริกร สุวัชนันฐา. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่น. วารสารพยาบาล 2563;69(3):20-26.

ผลของโปรแกรม “เลี้ยว ส่อ ส่อง โส” ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ตำบลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

ลออรัตน์ จิตต์พงษ์¹ ฤทธิรงค์ จังโกฏิ² นาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ^{3*}

¹ นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพฤติกรรมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชานามยสิ่งแวดลอม อาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

^{3*} ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม “เลี้ยว ส่อ ส่อง โส” ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลนามน จำนวน 33 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลดอนจาน จำนวน 33 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพและทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระยะเวลาในการดำเนินงาน 10 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Independent t - test และ Paired t - test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) นอกจากนี้ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 3.58, $p\text{-value} < 0.001$; 95% CI: 1.99 ถึง 5.17) และต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 4.21, $p\text{-value} < 0.001$; 95% CI: 2.91 ถึง 5.51) และหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่างต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 2.09, $p\text{-value} < 0.001$; 95% CI: 0.84 ถึง 3.35) และต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 1.57, $p\text{-value} = 0.008$; 95% CI: 0.42 ถึง 2.73) ดังนั้น โปรแกรมสุขศึกษานี้สามารถนำไปใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงได้

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ/ การป้องกันโรคความดันโลหิตสูง/ กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง

*ผู้รับผิดชอบบทความ: นาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ, อีเมล: natnpa@kku.ac.th, โทร.: 08 4364 1458

Received: 30 พฤษภาคม 2567/ Revised: 14 กรกฎาคม 2567/ Accepted: 31 กรกฎาคม 2567

Effect of “Siao Soo Song So” Program to Promote Health Literacy on Hypertensive Prevention Behavior of Pre-hypertension Risk Group in Namon Sub-District, Namon District, Kalasin Province

La-orrat Jitpong¹ Rittirong Junggoth² Natnapa Heebkaew Padchasuwan^{3*}

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

²Asst. Prof., Department Environmental Health and Occupational Safety, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

^{3*}Asst. Prof., Department of Public Health Administration Health Promotion Nutrition,

Faculty of Public Health, Khon Kaen University

Abstract

The purpose of this research was to study the effects of using the program “Siao Soo Song So” in promoting health literacy to prevent hypertension among the pre-hypertension risk group. This initiative program provided health promotion cognition in Namon sub-district, Namon district, Kalasin province. This semi-experimental research consists of 2 groups of hypertension-risk people which are the experimental group and the comparison group. Thirty-three persons in the experimental group are covered by Namon Hospital as well as there are 33 persons in the comparison group are covered by Donchan Hospital. While the comparison group conducted regular healthcare procedures, the experimental group participated in the health literacy promotion cognitive program, which applied health literacy principles and social support theories. This research had been progressed for 10 weeks in collecting data with the questionnaire and analyzing the data by using statistics of independent t-tests and Paired t-tests. A level of statistical significance is determined to be 0.05.

The results of this study were as follows: the experimental group had a higher average score on preventive behaviors against high blood pressure than the comparison group and it was higher than the pre-experiment within a determined statistical significance level (p -value < 0.001). In addition, it was discovered that the average systolic blood pressure of the experimental group was lower than that of the comparison group with statistical significance (Mean difference = 3.58, p -value < 0.001; 95% CI: 1.99 to 5.17) and it was lower than before the experiment within statistical significance (Mean difference = 4.21, p -value < 0.001; 95% CI: 2.91 to 5.51). After the experiment, it was found that the average diastolic blood pressure of the experimental group was lower than that of the comparison group with statistical significance (Mean difference = 2.09, p -value < 0.001; 95% CI: 0.84 to 3.35) and it was lower than the average diastolic blood pressure before the experiment (Mean difference = 1.57, p -value = 0.008; 95% CI: 0.42 to 2.73). In conclusion, the utilized health education program, has the capacity for health promotion in hypertension preventive practices for risk groups of people.

Keywords: Health Literacy/ Hypertensive prevention behaviors/ Pre-hypertension risk group

*Corresponding author: Natnapa Heebkaew Padchasuwan, email: natnpa@kku.ac.th, Tel.: 08 4364 1458

Received: May 30, 2024/ Revised: July 14, 2024/ Accepted: July 31, 2024

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และเป็นปัญหาที่กำลังทวีความรุนแรงมากขึ้นทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศเศรษฐกิจเกิดใหม่ ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงมักไม่มีสัญญาณเตือนหรืออาการแสดงให้เห็น จึงถูกเรียกว่าเป็น “ฆาตกรเงียบ” (Silent killer) สำหรับประเทศไทยมีแนวโน้มพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี พ.ศ. 2562-2563 พบว่าประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 13 ล้านคน และในจำนวนนี้มีมากถึง 7 ล้านคน ซึ่งไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง⁽¹⁾ ผู้ป่วยจำนวนมากไม่รู้ตัวมาก่อนว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง หากไม่ได้รับการดูแลรักษาจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าและความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็นสี่เท่า⁽²⁾ ซึ่งผู้ป่วยประมาณการ 10 ล้านคน ประเทศไทยจะต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปเกือบ 80,000 ล้านบาทต่อปี⁽³⁾

กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง บุคคลที่ตรวจพบระดับความดันโลหิตตัวบนอยู่ระหว่าง 120-139 มิลลิเมตรปรอทหรือระดับความดันโลหิตตัวล่างอยู่ระหว่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท⁽⁴⁾ โดยสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น กรรมพันธุ์ ผู้ป่วยโรคอ้วน โรคเบาหวาน หรือภาวะไขมันในเลือดสูง การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมมากเกินไป ภาวะเครียด พักผ่อนไม่เพียงพอ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดความเสียหายแก่อวัยวะสำคัญต่างๆ ทั้งร่างกายและเป็นสาเหตุที่สำคัญของโรค เช่น โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหัวใจ โรคไต ซึ่งนำมาสู่ภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตได้⁽⁵⁾ จากข้อมูลของโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (ระหว่างพ.ศ. 2560-2564) เพิ่มขึ้นจาก 12,067.7, 12,605.5, 13,361.1, 13,940.2 และ 14,618.0 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ และอัตราการป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูง 1,346.8, 1,180.8, 1,070.5, 1,032.9 และ 1,102.4 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ⁽⁶⁾ ในระดับจังหวัดกาฬสินธุ์ (พ.ศ. 2560-2564) พบอัตราป่วยรายใหม่ 1,283.7, 1,218.9, 1,039.5, 1,046.2 และ 1,157.5 ในระดับอำเภอนามน พบอัตราป่วยรายใหม่ 1,201.7, 1,334.6, 1,036.7, 990.8 และ 1,050.5 และในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบอัตราป่วยรายใหม่ 1,515.2, 1,915.1, 1,274.5, 1,124.3 และ 1,192.4 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ โดยความชุกของโรคความดันโลหิตสูงปี พ.ศ. 2565 ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 10.06 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2563 และปีพ.ศ. 2564 คือ (ร้อยละ 8.82 และ 9.14 ตามลำดับ) ความชุกต่ำในกลุ่มอายุ 15-39 ปี ร้อยละ 0.54 และเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้นและสูงสุดในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 33.25 ในขณะที่ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป 1 ใน 5 มีภาวะความดันโลหิตสูง⁽⁷⁾

การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงจึงมีความสำคัญที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเอง โดยประชาชนวัยทำงานอายุ 35 ปีขึ้นไป จะมีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนและสรีรวิทยาในร่างกายทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงได้ง่าย นอกจากนี้การทำงานประกอบอาชีพที่เร่งรีบทำให้ประชาชนวัยทำงานมีการดูแลสุขภาพของตนเองลดน้อยลง ซึ่งการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คือ การลดน้ำหนักในผู้ที่น้ำหนักเกิน รับประทานผักและผลไม้ในปริมาณที่เหมาะสม การจำกัดปริมาณโซเดียมในอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเลิกสูบบุหรี่ และการจัดการความเครียด⁽⁸⁾ โดยเป้าหมายและกลยุทธ์การดำเนินงาน การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ คือ การลดพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มประชากร โดยการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามหลัก 3อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) และ 2ส. (สุรา สูบบุหรี่) ซึ่งวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 49 โดยเฉพาะประเด็นการสื่อสารสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูล และตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง พบว่าอยู่ในระดับ ต่ำมาก ร้อยละ 5.5 ส่วนพฤติกรรมตามหลัก 3อ. 2ส. ของวัยทำงานพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 56.7 โดยอยู่ในระดับต่ำมากหรือถูกต้อง ร้อยละ 5.2 ซึ่งเห็นว่าประชาชนวัยแรงงานส่วนใหญ่ยังมีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเรื้อรังอย่างมาก⁽⁹⁾

ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดสถานะสุขภาพของประชาชน การเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องให้แก่ประชาชน เป็นกลวิธีที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค เป็นการลดความเสี่ยงต่อโรคและภัยคุกคามด้านสุขภาพ ทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง⁽¹⁰⁾ จะเห็นได้จาก วิทยาลัยยังมีความรู้ด้านสุขภาพที่ยังไม่เพียงพอ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา⁽¹¹⁾ และ ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House⁽¹²⁾ ได้เสนอประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การยอมรับนับถือ การให้คำปรึกษาและการให้ข่าวสารรูปแบบต่างๆ การให้คำแนะนำ การแสดงถึงความห่วงใย การให้ข้อมูลย้อนกลับ มาเป็น แนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยมีคู่มือที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ผ่านการฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้ เป็นแกนนำสุขภาพภาคประชาชนที่ใกล้ชิดกับชุมชน ติดตามและกระตุ้นเตือน กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เป็นการสนับสนุนทางสังคมที่ทำให้เกิดเครือข่ายทางสังคมและทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือ ด้านข้อมูลข่าวสาร เครื่องมือเพิ่มศักยภาพให้กับบุคคลสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างยั่งยืนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี ผลการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สุขภาพและพฤติกรรมในการ ป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p\text{-value} < 0.001$) และพบว่ามีค่าเฉลี่ย ระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.03$)⁽¹³⁾

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงสามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมหรือพัฒนาให้เกิดความรู้และทักษะในการปฏิบัติ จากเหตุผลและความจำเป็นที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ศึกษาจึงนำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษาพัฒนาเป็น โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วยทักษะ 6 ด้าน คือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสาร การตัดสินใจนำไปใช้ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ได้พัฒนานวัตกรรม “เสี้ยว ส่อ ส่อง โส” ซึ่งเป็นภาษาก่อนภาคอีสาน เสี้ยว (อสม. เพื่อนคู่คิด) ส่อ (เยี่ยมถามไถ่ ให้คำแนะนำ) ส่อง (เฝ้าระวัง พฤติกรรมเสี่ยง) โส (วัดระดับความดันโลหิตและหาแนวทางแก้ไขปัญห) เพื่อเป็นการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม “เสี้ยว ส่อ ส่อง โส” ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

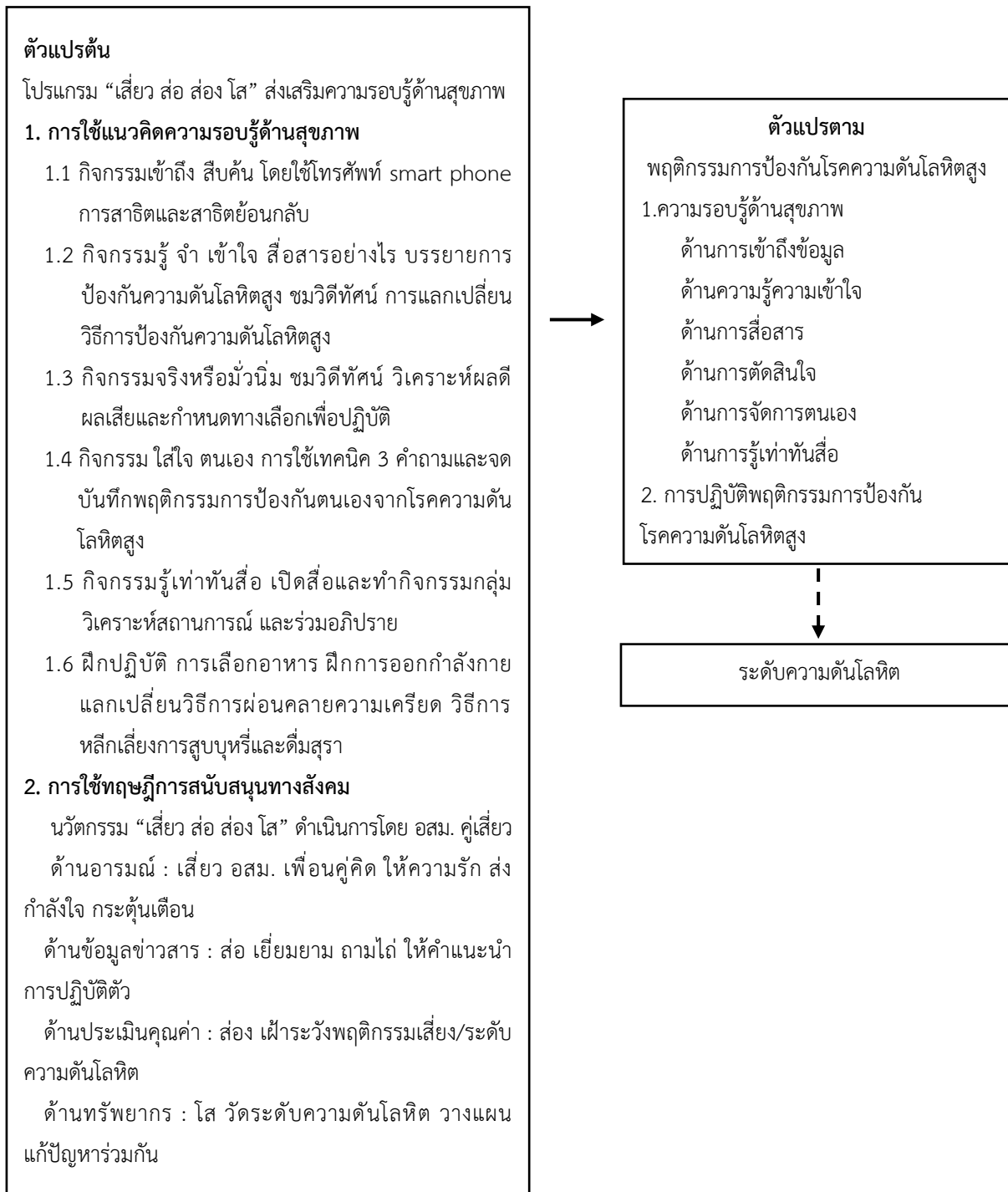
2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลอง ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2.2 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา⁽¹¹⁾ และทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ House⁽¹²⁾ มาใช้ในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) วัดผลโดยการรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม “เสียว ส่อ ส่อง โส” ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยจำนวน 10 สัปดาห์ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2567 ถึงเมษายน 2567

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชาชนวัยผู้ใหญ่ อายุ 35-59 ปี ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตามการออกบริการเชิงรุก คัดกรองประจำปีในชุมชน ผลอยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลนวม อำเภอสามโก้ จังหวัดกาฬสินธุ์ และโรงพยาบาลดอนจาน ตำบลสะอาดไชยศรี อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2566 กลุ่มตัวอย่างใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ใช้สูตรการคำนวณของ อรุณ จิรวรรณกุล⁽¹⁴⁾ ดังนี้

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

โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาของ อัจฉรา จิตใจเย็น⁽¹⁵⁾ ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้กลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 26 คน ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ 20.15 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.18 และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ 17.11 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.31 ซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ 21 คน จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับขนาดตัวอย่างที่คาดว่าจะสูญหายร้อยละ 20 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้ในการศึกษานี้ มีจำนวน 33 คน กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลนวม จำนวน 33 คน กลุ่มเปรียบเทียบ คือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลดอนจาน จำนวน 33 คน

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

มีระดับความดันโลหิตตัวบน 120-139 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตตัวล่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท ร่วมกับมีผลการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือ CVD ด้วยวาจา (Verbal screening) ของกรมควบคุมโรค จำนวน 5 ข้อขึ้นไป จากทั้งหมด 9 ข้อ มีความสามารถพูดคุย สื่อสาร อ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน มีสมาร์ตโฟน อินเทอร์เน็ต และสามารถใช้ได้ สมารถใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดเลือกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา

ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบทุกครั้ง มีการย้ายที่อยู่อาศัยออกนอกพื้นที่ ขอลถอนตัวจากการวิจัยและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3. การสุ่มตัวอย่าง

สุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยการจับสลากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์ 2 แห่ง จากทั้งหมด 16 แห่ง ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการสุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 ได้โรงพยาบาลนวม เป็นกลุ่มทดลองและสุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 ได้โรงพยาบาลดอนจาน เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ คัดเลือกกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 33 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 33 คน

4. เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรม “เสียว ส่อ ส่อง โส” ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพและทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม ใช้ระยะเวลา 10 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม จำนวน 63 ข้อ ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกคำตอบเดียว/หลายตัวเลือก และเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์ จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูล จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 4 การสื่อสาร จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 5 การตัดสินใจ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 6 การจัดการตนเอง จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 7 การรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's scale) มี 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) การแปลผลใช้เกณฑ์ของ Best⁽¹⁶⁾ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด/จำนวนชั้น คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ส่วนที่ 8 การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's scale) มี 5 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกวัน (5 คะแนน) ปฏิบัติ 5 - 6 วัน/สัปดาห์ (4 คะแนน) ปฏิบัติ 3 - 4 วัน/สัปดาห์ (3 คะแนน) ปฏิบัติ 1 - 2 วัน/สัปดาห์ (2 คะแนน) และไม่ได้ปฏิบัติ (1 คะแนน) การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (38 - 50 คะแนน) ระดับปานกลาง (24 - 37 คะแนน) และระดับต่ำ (10 - 23 คะแนน) ส่วนที่ 3 แบบทดสอบด้านความรู้ความเข้าใจ เป็นแบบตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน จำนวน 10 ข้อ การแปลผลใช้เกณฑ์ของ Bloom⁽¹⁷⁾ คือ ระดับสูง คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 (9 - 10 คะแนน) ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60 - 80 (6 - 8 คะแนน) และระดับต่ำ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0 - 5 คะแนน)

5. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

5.1 ตรวจสอบเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความตรงของเนื้อหา ซึ่งทุกข้อมีค่า (IOC) ระหว่าง 0.67 - 1.00

5.2 การตรวจสอบค่าความเที่ยงหรือค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยผู้ศึกษานำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงความตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปทดลอง (Try out) กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับตัวอย่าง จำนวน 30 คน แบบสอบถามมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ดังนี้ การเข้าถึงข้อมูลการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.77 การสื่อสารเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.72 การตัดสินใจเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.75 การจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.75 การรู้เท่าทันสื่อเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.94 การปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.72 และความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยวิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson 20: KR-20) กำหนดค่า (r) ได้ค่าเท่ากับ 0.72 ค่าความยากง่ายมีค่า (P) ระหว่าง 0.33 - 0.83

6. ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

กลุ่มทดลอง จัดกิจกรรมเป็นเวลา 10 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมที่โรงพยาบาลนามน จำนวน 7 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที และอีก 3 สัปดาห์จะเป็นการติดตามทางโทรศัพท์และเยี่ยมบ้าน ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 วัดระดับความดันโลหิต ครั้งที่ 1 เก็บแบบสอบถามก่อนการทดลอง ใช้เวลาคนละ 30 นาที จัดกิจกรรมเข้าถึง สืบค้น เพื่อสร้างการเข้าถึงข้อมูล โดยใช้โทรศัพท์ Smart phone การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ โดยผ่านสื่อ Website, Facebook

สัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรมรู้จำเข้าใจ สื่อสารอย่างไร เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจและทักษะการสื่อสาร ได้แก่ การบรรยายผ่านสื่อ power point หลัก 3อ. 2ส. ป้องกันโรค ชมวิดีโอทัศน์ และแลกเปลี่ยนวิธีการป้องกันความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่ 3 จัดกิจกรรมจริงหรือมั่วแน่ เพื่อสร้างทักษะการตัดสินใจ ได้แก่ ชมวิดีโอ วิเคราะห์ผลดีผลเสียและกำหนดทางเลือกเพื่อปฏิบัติ โดยผ่านสื่อ YouTube สื่อบุคคลและการทำใบงาน

สัปดาห์ที่ 4 จัดกิจกรรมใส่ใจ ตนเอง เพื่อสร้างทักษะการจัดการตนเอง โดยการใช้เทคนิค 3 คำถามและจดบันทึก พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคความดันโลหิตสูง โดยผ่านสื่อ power point สื่อบุคคลและการทำใบงาน

สัปดาห์ที่ 5 จัดกิจกรรมรู้เท่าทันสื่อ เพื่อสร้างทักษะการรู้เท่าทันสื่อ โดยเปิดสื่อและทำกิจกรรมกลุ่ม วิเคราะห์สถานการณ์ และร่วมอภิปราย โดยผ่านสื่อ YouTube, Facebook และสื่อบุคคล

สัปดาห์ที่ 6 จัดการฝึกปฏิบัติ การเลือกอาหาร การฝึกการออกกำลังกาย แลกเปลี่ยนวิธีการผ่อนคลายความเครียด วิธีการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และดื่มสุรา โดยผ่านสื่อ YouTube ตัวอย่างอาหาร การสาธิตผ่านสื่อบุคคล

สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมการติดตามทางโทรศัพท์ 1 ครั้ง โดยผู้วิจัยโทรติดตามการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคคนละ 5 นาที

สัปดาห์ที่ 8 และ 9 กิจกรรมเยี่ยมบ้าน “เสี้ยว ส่อ ส่อง โส” ดำเนินการโดย อสม. คู่เสี้ยว ติดตามเยี่ยมบ้านคนละ 1 ครั้ง ใช้เวลาคนละ 15 นาที ดังนี้ 1) ด้านอารมณ์: เสี้ยว อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อนคู่คิด ให้ความรัก ส่งกำลังใจ กระตุ้นเตือน 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร: ส่อ อาสาสมัครสาธารณสุข เยี่ยมยาม ถามไถ่ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว 3) ด้านประเมินคุณค่า: ส่อง อาสาสมัครสาธารณสุข เฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงและระดับความดันโลหิต และ 4) ด้านทรัพยากร: โส อาสาสมัครสาธารณสุข ตรวจวัดระดับความดันโลหิต วางแผนแก้ปัญหาาร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 10 วัดระดับความดันโลหิต ครั้งที่ 2 สรุปรบทเรียน เก็บแบบสอบถามหลังการทดลอง ใช้เวลาคนละ 30 นาที

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับความรู้ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามปกติ สัปดาห์ที่ 1 วัดระดับความดันโลหิต ครั้งที่ 1 เก็บแบบสอบถามก่อนการทดลอง ใช้เวลาคนละ 30 นาที และสัปดาห์ที่ 10 วัดระดับความดันโลหิต ครั้งที่ 2 เก็บแบบสอบถามหลังการทดลอง ใช้เวลาคนละ 30 นาที สรุปรเนื้อหาความรู้เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

7.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้สำหรับอธิบายข้อมูลทั่วไป ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าต่ำสุด (Minimum: Min) ค่าสูงสุด (Maximum: Max) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: S.D.)

7.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้สำหรับเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และคำนวณช่วงความเชื่อมั่น (95% confidence interval: 95% CI) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และคำนวณช่วงความเชื่อมั่น (95% CI)

8. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE662278 เมื่อวันที่ 31 มกราคม 2567 จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น การนำเสนอผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวม

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.79 มีอายุ 45 - 54 ปี ร้อยละ 72.73 อายุเฉลี่ย 47.72 ปี (S.D. = 5.79) มีสถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 69.70 สำเร็จการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 54.55 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60.61 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 51.52 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 96.97 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.70 มีอายุ 45 - 54 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.55 อายุเฉลี่ย 49.64 ปี (S.D. = 6.07) มีสถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 72.73 สำเร็จการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 69.70 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 75.76 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 57.58 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 90.91 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง(n=33)		กลุ่มเปรียบเทียบ(n=33)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	7	21.21	10	30.30
หญิง	26	78.79	23	69.70
อายุ				
35 - 44 ปี	5	15.15	7	21.21
45 - 54 ปี	24	72.73	18	54.55
55 ปีขึ้นไป	4	12.12	8	24.24
Mean (S.D.)	47.72 (5.79)		49.64 (6.07)	
Median (Min: Max)	48 (35:57)		50 (35:59)	
สถานภาพสมรส				
โสด	6	18.18	4	12.12
สมรส/คู่	23	69.70	24	72.73
หม้าย/หย่า/แยก	4	12.12	5	15.15
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	18	54.55	23	69.70
มัธยมตอนต้น	8	24.24	4	12.12
มัธยมตอนปลาย/ปวช.	7	21.21	6	18.18
อาชีพ				
เกษตรกร	20	60.61	25	75.76
รับจ้างทั่วไป	13	39.39	8	24.24
รายได้ต่อเดือน				
ต่ำกว่า 5,000 บาท	17	51.52	19	57.58
5,001 - 10,000 บาท	10	30.30	10	30.30
10,001 - 15,000 บาท	6	18.18	4	12.12

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง(n=33)		กลุ่มเปรียบเทียบ(n=33)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว				
ไม่มี	32	96.97	30	90.91
มี	1	3.03	3	9.09
โรคเบาหวาน	1	3.03	0	0.00
โรคไทรอยด์	0	0.00	1	3.03
โรคไขมันในเลือดสูง	0	0.00	1	3.03
โรคหอบหืด	0	0.00	1	3.03

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเข้าถึงข้อมูลเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 5.39, p-value < 0.001; 95% CI: 3.48 ถึง 7.31) ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 1.48, p-value < 0.001; 95% CI: 0.98 ถึง 1.99) การสื่อสารเพื่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 1.85, p-value 0.042; 95% CI: 0.07 ถึง 3.63) การตัดสินใจเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 4.48, p-value < 0.001; 95% CI: 2.45 ถึง 6.51) การจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 2.85, p-value < 0.001; 95% CI: 1.34 ถึง 4.35) การรู้เท่าทันสื่อเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สถิติ (Mean difference = 2.39, p-value < 0.001; 95% CI: 1.13 ถึง 3.65) และการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 5.30, p-value < 0.001; 95% CI: 3.65 ถึง 6.96) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมการ ป้องกันโรคความ ดันโลหิตสูง	ก่อนการทดลอง (n=33)					หลังการทดลอง (n=33)				
	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95%CI	p- value	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95%CI	p- value
การเข้าถึงข้อมูลเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง										
กลุ่มทดลอง	22.91	5.00		-2.16		28.03	3.32		3.48	
กลุ่มเปรียบเทียบ	22.70	4.63	0.21	ถึง 2.58	0.858	22.64	4.39	5.39	ถึง 7.31	<0.001*
ความรู้ความเข้าใจการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง										
กลุ่มทดลอง	6.91	1.74		-0.74		8.91	0.88		0.98	
กลุ่มเปรียบเทียบ	7.00	1.64	0.09	ถึง 0.92	0.828	7.42	1.15	1.48	ถึง 1.99	<0.001*
การสื่อสารเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง										
กลุ่มทดลอง	22.18	4.05		-1.43		26.09	3.94		0.07	
กลุ่มเปรียบเทียบ	22.97	4.91	0.79	ถึง 3.00	0.479	24.24	3.27	1.85	ถึง 3.63	0.042*
การตัดสินใจเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง										
กลุ่มทดลอง	34.91	4.48		-1.87		40.27	4.15		2.45	
กลุ่มเปรียบเทียบ	34.15	6.07	0.76	ถึง 3.38	0.566	35.79	4.09	4.48	ถึง 6.51	<0.001*
การจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง										
กลุ่มทดลอง	24.27	3.53		-1.31		27.39	3.32		1.34	
กลุ่มเปรียบเทียบ	23.64	4.38	0.64	ถึง 2.59	0.518	24.55	2.77	2.85	ถึง 4.35	<0.001*
การรู้เท่าทันสื่อเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง										
กลุ่มทดลอง	17.94	4.39		-1.53		20.06	2.16		1.13	
กลุ่มเปรียบเทียบ	17.15	5.01	0.79	ถึง 3.10	0.499	17.67	2.90	2.39	ถึง 3.65	<0.001*
การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง										
กลุ่มทดลอง	37.30	4.24		-1.16		42.12	3.54		3.65	
กลุ่มเปรียบเทียบ	36.64	3.12	0.66	ถึง 2.50	0.469	36.82	3.18	5.30	ถึง 6.96	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเข้าถึงข้อมูลเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 5.12, p-value < 0.001; 95% CI: 3.25 ถึง 6.99) ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 2.00, p-value < 0.001; 95% CI: 1.34 ถึง 2.66) การสื่อสารเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 3.90, p-value < 0.001; 95% CI: 1.79 ถึง 6.02) การตัดสินใจเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 5.36, p-value < 0.001; 95% CI: 3.37 ถึง 7.36) การจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 3.12, p-value < 0.001; 95% CI: 1.28 ถึง 4.96) การรู้เท่าทันสื่อเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 2.12, p-value 0.030; 95% CI: 0.21 ถึง 4.03) และการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 4.82, p-value < 0.001; 95% CI: 2.72 ถึง 6.91) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	กลุ่มทดลอง (n=33)					กลุ่มเปรียบเทียบ (n=33)				
	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95%CI	p-value	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95%CI	p-value
การเข้าถึงข้อมูลเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง										
ก่อนการทดลอง	22.91	5.00		3.25		22.70	4.63		-0.53	
			5.12	ถึง	<0.001*			0.06	ถึง	0.837
หลังการทดลอง	28.03	3.32		6.99		22.64	4.39		0.65	
ความรู้ความเข้าใจการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง										
ก่อนการทดลอง	6.91	1.74		1.34		7.00	1.64		-0.34	
			2.00	ถึง	<0.001*			0.42	ถึง	0.266
หลังการทดลอง	8.91	0.88		2.66		7.42	1.15		1.19	
การสื่อสารเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง										
ก่อนการทดลอง	22.18	4.05		1.79		22.97	4.91		-0.99	
			3.90	ถึง	<0.001*			1.27	ถึง	0.261
หลังการทดลอง	26.09	3.94		6.02		24.24	3.27		3.54	
การตัดสินใจเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง										
ก่อนการทดลอง	34.91	4.48		3.37		34.15	6.07		-1.11	
			5.36	ถึง	<0.001*			1.64	ถึง	0.233
หลังการทดลอง	40.27	4.14		7.36		35.79	4.09		4.38	

ตารางที่ 3 (ต่อ)

พฤติกรรมการ ป้องกันโรคความ ดันโลหิตสูง	กลุ่มทดลอง (n=33)					กลุ่มเปรียบเทียบ (n=33)				
	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95%CI	p- value	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95%CI	p- value
การจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง										
ก่อนการทดลอง	24.27	3.53		1.28		23.64	4.38		-1.07	
			3.12	ถึง	<0.001*			0.91	ถึง	0.356
หลังการทดลอง	27.39	3.33		4.96		24.55	2.77		2.89	
การรู้เท่าทันสื่อเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง										
ก่อนการทดลอง	17.94	4.39		0.21		17.15	5.01		-1.70	
			2.12	ถึง	0.030*			0.52	ถึง	0.638
หลังการทดลอง	20.06	2.16		4.03		17.67	2.90		2.73	
การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง										
ก่อนการทดลอง	37.30	4.24		2.72		36.64	3.12		-0.27	
			4.82	ถึง	<0.001*			0.18	ถึง	0.422
หลังการทดลอง	42.12	3.54		6.91		36.82	3.18		0.64	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

4. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 3.58, p-value < 0.001; 95% CI: 1.99 ถึง 5.17) และภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่างต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 2.09, p-value < 0.001; 95% CI: 0.84 ถึง 3.35) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความดันโลหิต	ก่อนการทดลอง (n=33)					หลังการทดลอง (n=33)				
	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95%CI	p-value	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95%CI	p-value
ความดันโลหิตตัวบน(SBP)										
กลุ่มทดลอง	130.24	4.16		-118		126.03	3.29		1.99	
			0.88	ถึง	0.397			3.58	ถึง	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	131.12	4.22		2.94		129.61	3.17		5.17	
ความดันโลหิตตัวล่าง(DBP)										
กลุ่มทดลอง	84.33	3.01		-0.64		82.76	2.28		0.84	
			0.91	ถึง	0.244			2.09	ถึง	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	85.24	3.27		2.45		84.85	2.80		3.35	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

5. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบนต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 4.21, p-value < 0.001; 95% CI: 2.91 ถึง 5.51) และภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวล่างต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 1.57, p-value = 0.008; 95% CI: 0.42 ถึง 2.73) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความดันโลหิต	กลุ่มทดลอง (n=33)					กลุ่มเปรียบเทียบ (n=33)				
	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95%CI	p-value	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95%CI	p-value
ความดันโลหิตตัวบน(SBP)										
ก่อนการทดลอง	130.24	4.16				131.12	4.22			
ทดลอง			4.21	2.91	<0.001*			1.52	-0.37	0.112
หลังการทดลอง	126.03	3.29		ถึง 5.51		129.61	3.17		ถึง 3.40	
ความดันโลหิตตัวล่าง(DBP)										
ก่อนการทดลอง	84.33	3.01				85.24	3.27			
ทดลอง			1.57	0.42	0.008*			0.39	-0.86	0.525
หลังการทดลอง	82.76	2.28		ถึง 2.73		84.85	2.80		ถึง 1.64	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

การเข้าถึงข้อมูลเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเข้าถึงข้อมูลในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนที่เพิ่มขึ้นนั้น เกิดจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรม เข้าถึง สืบค้น ประกอบด้วย การสาธิตและฝึกปฏิบัติค้นหาและเข้าถึงแหล่งข้อมูลการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้บัตรคำและช่องทางการสืบค้นข้อมูลจากสื่อที่เข้าถึงได้ง่าย เช่น Website, Facebook เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา อาระห์, สุธีรา ชื่นตระกูล และ ศศิธร รุจนเวช⁽¹³⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีกิจกรรม สาธิตการสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต โดยใช้คำสืบค้นในการค้นหาข้อมูลจากคอมพิวเตอร์และโทรศัพท์มือถือ ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการเข้าถึงข้อมูลในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนที่เพิ่มขึ้นนั้น เกิดจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรม รู้ จำ เข้าใจ ประกอบด้วย การบรรยายประกอบสไลด์ ชมวีดิทัศน์เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อนำเสนอการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สำรวย กลยณี และ ศศิวรรณ ทศนเอี่ยม⁽¹⁸⁾ ได้ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้หลัก 3อ. 2ส. ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ โดยมีกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ. 2ส. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Meng et al.⁽¹⁹⁾ ได้ศึกษาผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพในการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีกิจกรรม ให้ความรู้ด้านอาหาร การชั่งยา และการติดตามผู้ป่วยผ่านการโทรศัพท์ หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

การสื่อสารเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการสื่อสารในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนที่เพิ่มขึ้นนั้น เกิดจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรม สื่อสารอย่างไร ประกอบด้วย การฝึกทักษะการฟังข้อมูลและการสื่อสาร การติดตามทางโทรศัพท์ จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการสื่อสารและเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นต่างๆ ได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา จิตรใจเย็น, ศศิธร รุจนเวช และ นงพิมล นิมิตรานันท์⁽¹⁵⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีกิจกรรมพัฒนาทักษะการอ่าน การสื่อสารด้วยวาจา การแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้เทคนิคการสอนกลับ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนด้านทักษะการอ่านมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Gan et al.⁽²⁰⁾ ได้ศึกษาโปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพตนเองตามวงจรสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ มีกิจกรรมการฝึกอบรมผู้เข้าร่วมในการสื่อสารด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและการใช้ภาพเชิงโต้ตอบที่พัฒนาขึ้นเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลอง พบว่า โปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพมีศักยภาพทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงและความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

การตัดสินใจเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการตัดสินใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนที่เพิ่มขึ้นนั้น เกิดจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรม จริงหรือมั่วมีม ประกอบด้วย การชมวีดิทัศน์ วิเคราะห์ผลดีผลเสียและกำหนดทางเลือกเพื่อปฏิบัติและทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อนำเสนอการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เป็นการฝึกทักษะความสามารถในการตัดสินใจในสถานการณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา อาระห์, สุธีรา ชื่นตระกูล และ ศศิธร รุจนเวช⁽¹³⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยมีกิจกรรมติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์ โดยส่งข้อความให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์และตัดสินใจว่าจะเลือกปฏิบัติตามหรือไม่ ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการตัดสินใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Wehkamp et al.⁽²¹⁾ ได้ศึกษาการเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงด้วยความช่วยเหลือในการตัดสินใจของผู้ป่วยตามหลักฐานดิจิทัลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีกิจกรรมการนำเสนอข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจที่สามารถเข้าใจได้และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ การให้ความช่วยเหลือในการตัดสินใจทางออนไลน์ ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการตัดสินใจมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.02)

การจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนที่เพิ่มขึ้นนั้น เกิดจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมใส่ใจตนเอง ประกอบด้วย การใช้เทคนิค 3 คำถาม และทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อนำเสนอการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างสามารถประเมินปัจจัยเสี่ยง จัดการวางแผนและตั้งเป้าหมายเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของตนได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยพร ศรีพนมเขต⁽²²⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิต โดยการทำกลุ่มเป้าหมายกำหนดรายการอาหารตามแนวทางของ DASH (การบริโภคอาหารเพื่อลดความดันโลหิตสูงโดยมีหลักการ คือ การลดบริโภคอาหารที่มีเกลือ ไขมันอิ่มตัวและคอเรสเตอรอลลง เน้นบริโภคผักผลไม้มากขึ้น) ที่เหมาะสมที่ตนเองสามารถปฏิบัติได้ในระยะเวลาในแต่ละสัปดาห์ ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Delavar, Pashaeypoor and Negarandeh⁽²³⁾ ศึกษาผลของการจัดการตนเองกับความรู้ด้านสุขภาพต่อการรับประทานยา และการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ โดยพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ประเมินความสม่ำเสมอของการรับประทานยา ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตลดลง และพฤติกรรมในการรับประทานยาเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (p-value < 0.05)

การรู้เท่าทันสื่อเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนที่เพิ่มขึ้นนั้น เกิดจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมรู้เท่าทันสื่อ ประกอบด้วย การเปิดสื่อผ่าน Facebook, YouTube อภิปรายกลุ่มและถอดบทเรียนร่วมกัน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะได้ฝึกทักษะการวิเคราะห์สื่อว่าน่าเชื่อถือและเนื้อหาถูกต้องหรือไม่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา อาระห์, สุธีรา ชื่นตระกูล และ ศศิธร รุจนเวช⁽¹³⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม โดยมีกิจกรรม ส่งข้อความที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง

ให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือ ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนที่เพิ่มขึ้นนั้น เกิดจากผู้วิจัยให้ความรู้ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงผ่านกิจกรรมในโปรแกรมและการติดตามเยี่ยมบ้าน “เสี้ยว ส่อ ส่อง โส” กิจกรรมในโปรแกรมช่วยให้กลุ่มเป้าหมายมีความตระหนักถึงความเสี่ยงและผลกระทบที่เกิดขึ้นหากไม่ป้องกันโรค และมีทักษะในการปฏิบัติตัวที่เพิ่มมากขึ้น เป็นไปตามแนวความคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา⁽¹¹⁾ ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถปฏิบัติตัวให้เหมาะสมเพื่อป้องกันโรคได้ และทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ House⁽¹²⁾ ที่เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มศักยภาพให้กับบุคคลสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เอลิมพล แซ่โล้ว และ ชีรากร บุญลี⁽²⁴⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีการเล่าประสบการณ์ผ่านบทบาทสมมติ การเสริมพลัง ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ รัตนา ธรรมาทอง⁽²⁵⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ร่วมกับการวัดความดันโลหิตที่บ้านโดย อสม. ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีกิจกรรมทบทวนความรู้โรคความดันโลหิตสูง บทบาท อสม. ในการดูแลผู้ป่วย และฝึกปฏิบัติวัดความดันโลหิตสูงที่บ้าน โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ระดับความดันโลหิต จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบนและค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวล่างต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและก่อนการทดลอง เกิดจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมเพิ่มทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ การฝึกปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส. และการเยี่ยมบ้าน “เสี้ยว ส่อ ส่อง โส” จากนั้นมีการวัดระดับความดันโลหิตของกลุ่มเป้าหมาย ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา อาระหงษ์, สุธีรา อุ้นตระกูล และ ศศิธร รุจนเวช⁽¹³⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีกิจกรรมพัฒนาทักษะความรู้ การเข้าถึงข้อมูล การใช้เทคนิค 3 คำถาม การสื่อสารและการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่างน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิริณภา วรณประเสริฐ, สุทธิพร มูลศาสตร์ และ นภาพิณ จันทขัมมา⁽²⁶⁾ ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน มีกิจกรรมอบรมทักษะชีวิตพิชิตโรคความดันโลหิตสูง ฝึกการอ่านคำศัพท์และการจำ ทักษะความสามารถในการแก้ปัญหา และการถ่ายทอดความรู้ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$)

สรุป

ภายหลังการได้รับโปรแกรม “เสี้ยว ส่อ ส่อง โส” ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมป้องกันโรคมกขึ้นและระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและต่ำกว่าก่อนการทดลอง ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมและติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทางการแพทย์ควรมีการนำผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ในการเข้าถึงข้อมูล การชมวิดีโอ การวิเคราะห์ผลดีผลเสียและกำหนดทางเลือกเพื่อปฏิบัติ รวมถึงการฝึกปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส. เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง โดยนำไปประยุกต์ใช้พื้นที่และกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้

2. ควรใช้แนวทางการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง “เสียว ส่อ ส่อง โส” โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ติดตามกลุ่มเสี่ยงในชุมชน หรือเพิ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น อาสาสมัครประจำครัวเรือน (อสค.) เข้ามามีส่วนร่วมเพื่อติดตาม กระตุ้นเตือนและเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่ทำให้เกิดเครือข่ายทางสังคม นำไปสู่การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อขับเคลื่อนรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. แนะนำประชาชนใส่ใจสุขภาพ วัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ป้องกันโรคความดันโลหิตสูง. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2566], เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=25290&deptcode=brc>.
2. World Health Organization. More than 700 million people with untreated hypertension. [Internet]. 2021 [cited 2023 January 18], Available from <https://www.who.int/news/item/25-08-2021-more-than-700-million-people-with-untreated-hypertension>.
3. กรมควบคุมโรค. ประเด็นสารบรรณรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก ปี2562. [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 18 มกราคม 2566], เข้าถึงได้จาก <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/07/127178/>.
4. กรมควบคุมโรค. รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย: 2560.
5. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. เลี่ยงปัจจัยเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2567], เข้าถึงได้จาก <https://kku.world/utx47>
6. กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2564. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 19 มกราคม 2566], เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/dncd/journal_detail.php?publish=12470.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 19 มกราคม 2566], เข้าถึงได้จาก <https://hdcksn.moph.go.th/>.
8. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. เชียงใหม่: ทริค อินค์: 2562.
9. กรมควบคุมโรค. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ.2560-2564). กรุงเทพฯ: บริษัท โอโมชั่น อาร์ต จำกัด: 2560.
10. กองสุกศึกษา. แนวทางการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ. กรุงเทพฯ: บริษัท 25 มีเดีย จำกัด: 2563.
11. กองสุกศึกษา. การสร้างเสริมและประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยทำงาน. กรุงเทพฯ: บริษัท นวัตกรรมดาการพิมพ์ประเทศไทยจำกัด: 2559.
12. House JS. The Association of Social Relationship and activities with mortality: Community health study. American Journal Epidemiology.1981; 3(7): 25-30.

13. รุ่งภา อาระหัง, สุธีรา ยืนตระกูล, ศศิธร รุจนเวช. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม.วารสารแพทยนาวิ. 2561; 45(3): 509-523.
14. อรุณ จิรวินกุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒนา: 2552.
15. อัจฉรา จิตรใจเย็น, ศศิธร รุจนเวช, นงพิมล นิมิตรอนันท์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารพยาบาลทหารบก. 2564; 22(1): 321-330.
16. สำรวย กลยณี, ศศิธร รุจนเวช. ผลของการประยุกต์ใช้หลัก 3อ. 2ส. ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงรายใหม่. วารสารราชพฤกษ์. 2562; 17(2):95-104.
17. Best JW, Research in Education. New Jersey: Prentice-Hall. 1981.
18. Bloom BS, Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill. 1971.
19. Meng F, Jiang Y, Yu P, Song Y, Zhou L, Xu Y, et al. Effect of Health Coaching on Blood Pressure Control and Behavioral Modification among Patients with Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. International Journal of Nursing Studies. 2023; 138:104406.
20. Gan W, Zhang Q, Yang D, Yin J, Wang Y, Song L, et al. A Behavior Change Wheel-Based Interactive Pictorial Health Education Program for Hypertensive Patients with Low Blood Pressure Health Literacy: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. BMC health services research. 2022; 23(1): 369.
21. Wehkamp K, Kiefer FB, Geiger F, Scheibler F, Rueffer JU, Banzhoff ND, et al. Enhancing Specific Health Literacy with a Digital Evidence-Based Patient Decision Aid for Hypertension: A Randomized Controlled Trial. Patient preference and adherence.2021; 15:1269-1279.
22. ปิยพร ศรีพนมเขต. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2565; 3(1): 121-132
23. Delavar F, Pashaeypoor S, Negarandeh R. The Effects of Self-Management Education Tailored to Health Literacy on Medication Adherence and Blood Pressure Control among Elderly People with Primary Hypertension: A Randomized Controlled Trial. Patient Education and Counseling. 2020; 103(2): 336-42.
24. เฉลิมพล แซ่โล้ว, ชีรากร บุญลี. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของ Dietary Approaches to Stop Hypertension ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูสิงห์อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2565; 7(3): 11-21
25. รัตนา ธรรมทาทอง. ผลของโปรแกรมการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ร่วมกับการวัดความดันโลหิตที่บ้านโดย อสม. ต่อพฤติกรรมการสุขภาพและระดับความดันโลหิตของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลวานรนิวาส อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2565; 7(3): 88-99.
26. ศิริภา วรณประเสริฐ, สุทธิพร มูลศาสตร์, นภาพัญญ์ จันทขัมมา. ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา. 2562; 20(2): 92-102.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ถนอมศักดิ์ บุญสุ^{1*} แก้วใจ มาลีชัย²

^{1*}ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 60 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีจับฉลาก แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้โปรแกรมใดๆ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามและแบบวัดความรู้ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมการส่งเสริมความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ระยะเวลาดำเนินการทดลอง 5 สัปดาห์ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยวิธีดัชนีความสอดคล้องมีค่าอยู่ระหว่าง 0.6 ถึง 1.00 และการหาค่าความเที่ยงด้านความรู้ด้วยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน ได้ค่าเท่ากับ 0.68 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-squared, Independent t-test และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเพิ่มขึ้นระดับมาก ($\bar{X} = 13.76$, S.D. = 1.02) เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าก่อนและหลังการทดลองพบว่าคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าค่าคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นแนวทางให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการพัฒนา อสม. ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าที่เหมาะสม

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมความรู้/ โรคพิษสุนัขบ้า/ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Effects of the Rabies Prevention Knowledge Promotion Program among Village Health Volunteers at Pho Yai Subdistrict, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province

Thanomsak Boonsu^{1*} Kaewjai Maleelai²

¹Asst. Prof., Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani,
Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

²Lecturer, Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani,
Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of the rabies prevention knowledge promotion Program among Village Health Volunteer (VHV). Sixty VHV from Pho Yai Subdistrict, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province participated. There were two groups of participants-one for the experiment and another for comparison-each with thirty individuals. A program to raise awareness and educate the experimental group about rabies prevention was given to them, along with a comparison with the usual group. Data was gathered via knowledge exams and surveys. A rabies prevention knowledge promotion program was the instrument utilized in the experiment. Time spent on research: five weeks. Content validity was used to determine quality using the consistency index approach, with a value ranging from 0.6 to 1.00. Kuder Richardson's approach was used to determine reliability, and the result was 0.68. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-squared, Independent t-test, and Paired t-test.

The study's findings indicated that after the experiment, the average score of rabies prevention knowledge in the experimental group increased significantly to 13.76 (S.D.=1.02). A comparison of the mean scores before and after the experiment revealed a significant difference at the 0.05 level. When compared to the control group, the mean scores of the experimental group were significantly different at the 0.05 level. The findings of this study can serve as a guideline for health promoting hospital to develop the knowledge and understanding of VHVs regarding appropriate rabies prevention.

Keywords: Knowledge promotion program/ Rabies/ Village Health Volunteers

*Corresponding author: Thanomsak Boonsu, email: thanomsakboonsu@yahoo.com, Tel.: 08 7250 3450

Received: April 11, 2024/ Revised: November 4, 2024/ Accepted: November 18, 2024

บทนำ

โรคพิษสุนัขบ้า (Rabies) เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่ร้ายแรงกว่า 150 ประเทศ ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในทวีปเอเชียและแอฟริกา ทำให้เกิดการเสียชีวิตหลายหมื่นรายต่อปี สามารถป้องกันได้ด้วยการฉีดวัคซีนให้สุนัขและการป้องกันการถูกกัด⁽¹⁾ โรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคติดเชื้อไวรัสที่อันตรายถึงแก่ชีวิต หากไม่ได้รับการรักษาจะเริ่มมีอาการ การติดต่อแพร่เชื้อสู่คนและสัตว์เสี่ยงผ่านการกัดหรือข่วนจากสัตว์ที่ติดเชื้อหลังจากสัมผัสกับเชื้อไวรัสพิษสุนัขบ้า เชื้อไวรัสจะต้องเดินทางไปยังสมองก่อนที่จะก่อให้เกิดอาการ ระยะเวลาตั้งแต่สัมผัสกับเชื้อจนถึงการปรากฏตัวของอาการใช้เวลานานหลายสัปดาห์ถึงหลายเดือน เมื่ออาการทางคลินิกของโรคพิษสุนัขบ้าปรากฏขึ้น การรักษาโดยทั่วไปจะเป็นการรักษาแบบประคับประคอง⁽²⁾ โรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคติดเชื้อของระบบประสาทส่วนกลางมีอันตรายร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต สาเหตุเกิดจากเชื้อ Rabies virus มีพาหะนำโรคที่สำคัญ คือ สุนัขพบได้ประมาณร้อยละ 95 แมวพบได้ร้อยละ 4 และสัตว์อื่นๆ เมื่อเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าเข้าสู่ร่างกาย เชื้อจะเพิ่มจำนวนในกล้ามเนื้อ ก่อนจะเดินทางผ่านเข้าสู่เส้นประสาทส่วนปลาย ไชสันหลัง และเข้าสู่สมอง มีการแบ่งตัวในสมองพร้อมทำลายเซลล์สมอง หลังจากนั้นเชื้อจะกลับเข้าสู่ระบบต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ ต่อมไทรอยด์ น้ำปัสสาวะ น้ำตา และตามปลายประสาทต่างๆ ทำให้เกิดอาการ โดยเฉลี่ยเกิดอาการภายใน 3 สัปดาห์ถึง 4 เดือน ขึ้นอยู่กับจำนวนเชื้อที่รับเข้าไป⁽³⁾

จากรายงานการเปรียบเทียบจำนวนผู้เสียชีวิตโรคพิษสุนัขบ้ากับจำนวนสัตว์เป็นโรค และร้อยละตัวอย่างให้ผลบวกระหว่างปี พ.ศ. 2556-2566 พบสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในคนมีความสอดคล้องกับข้อมูลการเกิดโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ มีจำนวนสัตว์ให้ผลบวกและจำนวนผู้เสียชีวิตโรคพิษสุนัขบ้าเพิ่มขึ้นระหว่างปี พ.ศ. 2559-2560 และมีจำนวนสูงสุดในปี พ.ศ. 2561 (18 ราย) ถึงแม้ว่าจำนวนสัตว์เป็นโรคและจำนวนผู้เสียชีวิตโรคพิษสุนัขบ้าลดลงและคงที่ในช่วงปี พ.ศ. 2562-2565 แต่เมื่อเปรียบเทียบสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในคนปี พ.ศ. 2566 กับสถานการณ์ของโรคในช่วง 3-4 ปีก่อนหน้านี้พบว่าผู้เสียชีวิตโรคพิษสุนัขบ้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁽⁴⁾ สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566 พบการเกิดโรคพิษสุนัขบ้าสูงสุด 10 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดกรุงเทพมหานคร สระแก้ว ชลบุรี สุรินทร์ มหาสารคาม อุบลราชธานี สมุทรสงคราม สงขลา บุรีรัมย์ และนครศรีธรรมราช และพื้นที่ที่พบโรคในช่วง 30 วันย้อนหลัง ได้แก่ จังหวัดชลบุรี สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา กาญจนบุรี นครศรีธรรมราช สงขลา พัทลุง พะเยา สมุทรสงคราม สระแก้ว และอุบลราชธานี⁽⁵⁾

การดำเนินการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชนเพื่อให้ชุมชนเป็นเขตพื้นที่ปลอดโรคนั้น ประกอบไปด้วยกิจกรรมต่างๆ ดังนี้ การเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในคน การเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ การสำรวจและขึ้นทะเบียนสัตว์พาหะนำโรค การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้กับสัตว์ และการควบคุมจำนวนสัตว์ในพื้นที่⁽⁶⁾ นอกจากนี้ยังพบว่า โรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนที่อันตราย เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งการที่ประชาชนเป็นผู้ที่มีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องและเหมาะสมมีความสำคัญมากในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า⁽⁷⁾ ในการแก้ไขปัญหาทางด้านสาธารณสุขและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน หน่วยงานภาครัฐ นำกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานนำมาใช้ในการพัฒนาโดยเน้นหลักการการมีส่วนร่วม มุ่งให้ประชาชนแสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยชุมชนเพื่อชุมชนอย่างยั่งยืน ซึ่งกลุ่มประชาชนที่มีส่วนร่วมสำคัญซึ่งความใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุดคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยที่ส่วนใหญ่ อสม. เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้าน มีบทบาทสำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ตลอดจนให้บริการสุขภาพในชุมชน รวมทั้งการบริการสาธารณสุขด้านต่างๆ ซึ่งมีเป้าหมายด้านสุขภาพและส่งเสริมให้ประชาชนในสังคมอยู่ดี อสม. เป็นผู้ใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่มากที่สุด จึงมีบทบาทและอิทธิพลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพประชาชนในพื้นที่และสามารถเป็นที่ปรึกษาของประชาชนในพื้นที่ด้านพฤติกรรมที่เหมาะสม⁽⁸⁾ นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขยังมีบทบาทในการเฝ้าระวังและควบคุมโรค รวมทั้งการให้การศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนการติดตามช่วยเหลือแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านต่างๆ⁽⁹⁾

ผลการศึกษาวิจัยก่อนหน้านี้ พบว่าประชาชนในชุมชนยังขาดความรู้เกี่ยวกับอาการทางคลินิก ซึ่งถือได้ว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน⁽¹⁰⁾ และการศึกษาความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของชุมชนท้องถิ่น

ต่อการป้องกันและการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ผลการศึกษาชี้ให้เห็นเช่นกันว่าประชาชนยังขาดความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งสามารถดำเนินการแก้ไขได้โดยการพัฒนาโครงการให้ความรู้กับประชาชนเพื่อสร้างความตระหนักเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า⁽¹¹⁾ ดังนั้น ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้าจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งการที่ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคพิษสุนัขบ้าจะช่วยให้สามารถรักษาชีวิตของผู้ป่วยได้ทันเวลาที่ โดยในชุมชนมี อสม. ทำหน้าที่ในการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยในชุมชน โดยมีติด้านการป้องกันโรคเป็นงานหนึ่งที่ อสม. เป็นกำลังหลักและมีส่วนช่วยให้ประสบความสำเร็จในการป้องกันโรคในพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเผยแพร่องค์ความรู้ รวมทั้งยังทำหน้าที่ในการเฝ้าระวังป้องกันการระบาดของโรคต่างๆ ในชุมชน

ปัจจุบันมีพื้นที่ควบคุมที่พบการเกิดโรคพิษสุนัขบ้าจำนวน 15 จุด ซึ่งหนึ่งในสิบห้าจุดนั้นประกอบด้วย จังหวัดอุบลราชธานี และมีพื้นที่เฝ้าระวังการเกิดโรค 118 จุด ประกอบด้วยจังหวัดอุบลราชธานีเช่นกัน สำหรับสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 17 มกราคม 2567 ทั้งหมด 23 จังหวัด 82 จุด รวมทั้งจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งหน่วยงานภาครัฐได้เร่งรัดควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าทุกจุดเกิดโรค โดยฉีดวัคซีนรอบจุดเกิดโรค (Ring vaccination) ร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค⁽¹²⁾ คณะผู้วิจัยได้ศึกษาพื้นที่ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นพื้นที่เป้าหมายใหม่ในการวางแผนการเข้าไปให้บริการวิชาการแก่สังคม วิจัย และบูรณาการการจัดการเรียนการสอน พบว่าชุมชนแห่งนี้เป็นชุมชนขนาดใหญ่มีจำนวน 1,230 หลังคาเรือน มีสุนัขและแมว จำนวน 1,334 ตัว ยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีน ทำหมันหรือฉีดยาคุมกำเนิด ทำให้มีปริมาณจำนวนสุนัขเพิ่มขึ้นทุกปีและมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคพิษสุนัขบ้า ประกอบกับชุมชนมี อสม. จำนวน 123 คน ยังไม่เคยผ่านการอบรมความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคพิษสุนัขบ้า จึงไม่มีความเข้าใจกลไกการเกิดโรคอาการของโรค และการป้องกันโรค ทำให้ขาดความมั่นใจในการดำเนินการเพื่อการเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และการดูแลให้คำแนะนำผู้ป่วยที่ถูกสุนัขกัด

จากความสำคัญของปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยผลการศึกษาจะสามารถพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในพื้นที่เป้าหมาย ให้มีความรู้ในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าอย่างถูกวิธี และเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของจังหวัดอุบลราชธานีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

2.2 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

สมมติฐานงานวิจัย

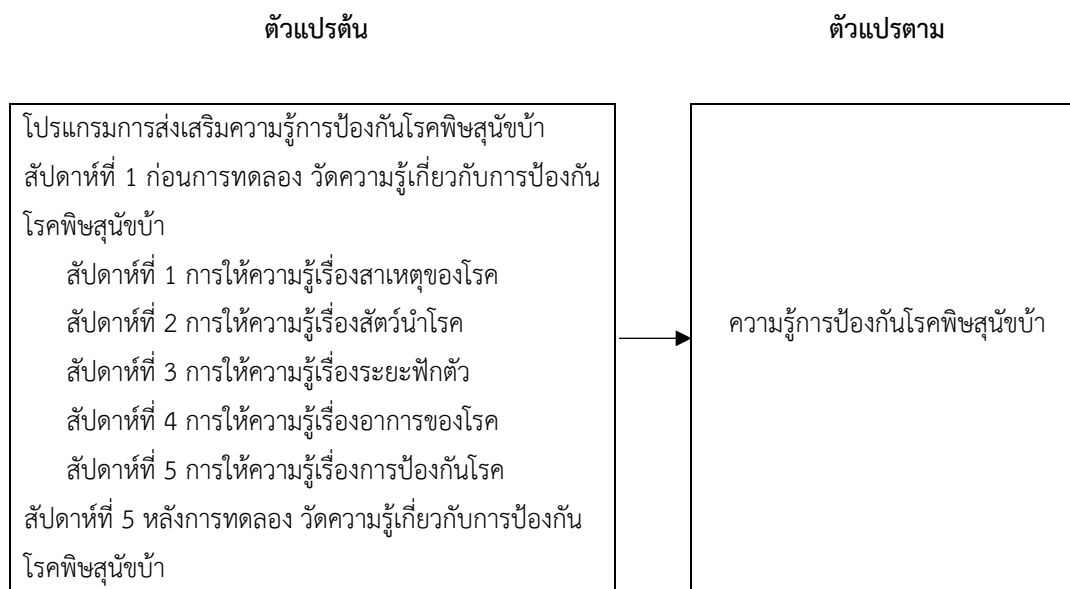
1. ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าก่อนทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกับคะแนนหลังทดลอง
2. ภายหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลองในครั้งนี้ โปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาเพื่อศึกษาความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของ อสม. เพียงองค์ความรู้เดียว ดำเนินการศึกษาใน อสม. โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน การเลือกพื้นที่ในการศึกษาคือพื้นที่เป้าหมายใหม่ที่ต้นสังกัดลงนามความร่วมมือกับผู้นำชุมชนเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน คือ ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ทำการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน 2567

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยในครั้งนี้ ใช้แนวคิดการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้ามาพิจารณากำหนดเนื้อหาที่เป็นความรู้ที่สำคัญ ได้แก่ สาเหตุของโรค สัตว์นำโรค ระยะฟักตัว อาการของโรค การป้องกันโรค เพื่อมุ่งพัฒนาให้ อสม. มีความรู้ที่ถูกต้องชัดเจนเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า โดยได้นำแนวคิดการพัฒนาสมรรถนะ อสม. และใช้แนวคิดการจัดการการเรียนรู้เชิงรุก (Active learning) ในการดำเนินกิจกรรมโดยการเรียนรู้เป็นศูนย์กลางการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้กับผู้เรียน การเรียนรู้ที่ใช้ปัญหาเป็นฐาน และการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ มาบูรณาการและสร้างเป็นโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ และสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ใช้รูปแบบการทดลองที่มีกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และวัดผลสองครั้ง คือก่อนการทดลอง และหลังการทดลองมีแบบแผน⁽¹²⁾ ดังนี้

กลุ่ม	ทดสอบก่อน	ทดลอง	ทดสอบหลัง
E	T1	X	T2
C	T1		T2

ความหมายของสัญลักษณ์ T1 แทน การสอบก่อนทดลอง (Pre-test) T2 แทน การสอบหลังทดลอง (Post-test) C แทน กลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) E แทน กลุ่มทดลอง (Experimental group) และ X แทน การทดลอง (Experiment or Treatment) โดยใช้โปรแกรม

พื้นที่วิจัย ดำเนินการในพื้นที่ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นพื้นที่เป้าหมายใหม่ที่สถาบันพระบรมราชชนก สถาบันการศึกษาต้นสังกัดของผู้วิจัยลงนามความร่วมมือกับผู้นำชุมชน เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน มีจำนวน 13 หมู่บ้าน แบ่งโซนของตำบลเป็น 2 โซน ตามแนวของถนนและลำห้วยที่กั้นพื้นที่ คือ 1) โซนตะวันออก จำนวน 6 หมู่บ้าน ประกอบด้วย บ้านโพธิ์ออก บ้านสร้างขุนศรี บ้านคำลือชา บ้านหนองไข่นก บ้านสร้างเม็ก และบ้านโนนแดง 2) โซนตะวันตก จำนวน 7 หมู่บ้าน ประกอบด้วย บ้านโพธิ์ตก บ้านบังมั่ง บ้านร่องก่อ บ้านโนนไร่ บ้านนาแดง บ้านหนองฝาง และบ้านลิ้นไม้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อสม. ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 173 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต. โพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน การคำนวณขนาดตัวอย่างการศึกษาครั้งนี้ใช้สูตรขนาดตัวอย่างเพื่อการเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน⁽¹³⁾

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

เมื่อกำหนดให้

n = จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม

Z_α = ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนั้น $\alpha = 0.05$, $Z_\alpha = 1.64$

Z_β = กำหนดอำนาจการทดสอบ 90% ดังนั้น $\beta = 0.10$, $Z_\beta = 1.28$

σ^2 = ความแปรปรวนที่นำมาใช้ คือ ค่าความแปรปรวนร่วม (pool variance)

$\mu_1 - \mu_2$ = ค่าความต่างของตัวแปรผล โดยคำนวณจากคะแนนเฉลี่ยคะแนนความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

การคำนวณหาความแปรปรวนร่วม⁽¹⁴⁾ ดังนี้

$$\text{สูตรที่ใช้คำนวณ } \sigma^2 = \frac{(n_1 - 1)sd_1^2 + (n_2 - 1)sd_2^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

เมื่อกำหนดให้ n_1 หมายถึง ขนาดตัวอย่างกลุ่มทดลอง n_2 หมายถึง ขนาดตัวอย่างกลุ่มเปรียบเทียบ S_1^2 หมายถึง ค่าความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนกลุ่มทดลอง และ S_2^2 หมายถึง ค่าความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนกลุ่มเปรียบเทียบ

$$\text{แทนค่าในสูตร } \sigma^2 = \frac{(30-1)(4.54)^2 + (30-1)(6.38)^2}{(30+30)-2}$$

$$\sigma^2 = 30.65$$

คำนวณค่าความต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (Effect size) $(\mu_1 - \mu_2) = 4.70$
แทนค่าเพื่อหาขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตร

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

$$n/\text{group} = \frac{2(1.64 + 1.28)^2 (30.65)}{(12.80 - 8.10)^2}$$

$$n/\text{group} = 23.64$$

$$n/\text{group} = 24 \text{ คน}$$

ในการศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 24 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จำนวน 48 คน แต่ในสถานการณ์จริงอาจมีการสูญหายของข้อมูลระหว่างการศึกษาก็ได้ จึงมีการเพิ่มขนาดตัวอย่างโดยการนำอัตราการสูญหายจากการติดตามมาใช้ในการปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างโดยการตัดผู้สูญหายออกจากการวิเคราะห์⁽¹⁴⁾ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างต่อกลุ่มร้อยละ 10 ซึ่งมีสูตรคำนวณ คือ $N_{adj} = n / (1 - R)^2$ เมื่อ N_{adj} คือ ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว n คือ ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตร R คือ สัดส่วนการตกสำรวจหรือผู้สูญหายจากการติดตาม ดังนั้นเมื่อ $n = 24$ และ $R = 0.10$ แทนค่าในสูตร $N_{adj} = 24 / (1 - 0.10)^2 = 29.62$ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จึงมีจำนวน 30 คน

ดังนั้นขนาดตัวอย่างหลังปรับขนาดเพื่อป้องกันการสูญหายจากการเข้าร่วมการวิจัย จึงได้ขนาดตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำนวนกลุ่มละ 30 คน กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้รวมทั้งสิ้น 60 คน

การสุ่มตัวอย่าง ทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยผู้วิจัยป้องกันการ contamination จากแบ่งโซนของตำบลเป็น 2 โซน ตามแนวทางภูมิศาสตร์ที่มีถนนและลำห้วยกั้นพื้นที่ คือ (1) โซนตะวันออก กำหนดให้เป็นกลุ่มทดลอง (2) โซนตะวันตก กำหนดให้เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ และมีการใส่ตัวเลขให้กับประชากรทุกหน่วยเพื่อทำการคัดเลือก ส่วนวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจะใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยการจับสลาก โซนละ 30 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) เป็น อสม. ไม่น้อยกว่า 1 ปี และไม่เคยผ่านการอบรมหรือได้รับความรู้เรื่องป้องกันโรคพิษสุนัขบ้ามาก่อน 2) สามารถอ่านออก เขียนได้ 3) ไม่มีปัญหาการได้ยิน ไม่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว และ 4) สนใจ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) กลุ่มตัวอย่างย้ายที่อยู่อาศัย 2) กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวจากการวิจัย และ 3) กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามกำหนดหรือไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วนย่อย ดังนี้

ส่วนที่ 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ลักษณะ แบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมข้อมูลลงในช่องว่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การนับถือศาสนา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และระยะเวลาการเป็น อสม.

ส่วนที่ 1.2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ประยุกต์จากคู่มือการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ของสำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁵⁾ ลักษณะเป็นแบบให้เลือกตอบ คือ ถูก หรือ ผิด จำนวน 15 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน ได้แก่ สาเหตุของโรค 3 ข้อ สัตว์นำโรค 2 ข้อ ระยะฟักตัว 3 ข้อ อาการของโรค 2 ข้อ

การป้องกันโรค 5 ข้อ แปรระดับความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1 - 5 คะแนน หมายถึง ความรู้ระดับน้อย 6 - 10 คะแนน หมายถึง ความรู้ระดับปานกลาง และ 11 - 15 คะแนน หมายถึง ความรู้ระดับมาก

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า สำหรับกลุ่มทดลอง ใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที รวมทั้งหมด 5 ครั้ง ประกอบไปด้วยกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า (สัปดาห์ที่ 1)

1.1 ผู้วิจัยกล่าวแนะนำตัวเอง ทำความรู้จักสร้างความคุ้นเคยและสร้างสัมพันธภาพที่ดีแบบเป็นกันเองกับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้บทเพลงที่ชื่อว่า ยินดีที่รู้จัก ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย หลังจากนั้นได้ชี้แจงขั้นตอนการดำเนินการ แล้วจึงให้กลุ่มทดลองลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย แจกแบบทดสอบเพื่อทำการประเมินความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ก่อนการทดลอง

1.2 ผู้วิจัยบรรยายแบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า ได้แก่ สถานการณ์ของโรคพิษสุนัขบ้า โรคพิษสุนัขบ้าคืออะไร สาเหตุของโรคพิษสุนัขบ้า พร้อมฉายวีดิทัศน์ อภิปรายโดยให้ผู้ร่วมวิจัยมีส่วนร่วม นำเสนอประสบการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ของโรคพิษสุนัขบ้า เปิดโอกาสให้มีการซักถามและกำหนดวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้ร่วมกัน

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับสัตว์นำโรค ระยะฟักตัว และอาการของโรคพิษสุนัขบ้า (สัปดาห์ที่ 2)

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพแบบเป็นกันเองโดยการปรบมือพร้อมกันสามครั้ง ทบทวนความรู้ในสัปดาห์ที่ 1 หลังจากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์กิจกรรมที่ 2 บรรยายแบบมีส่วนร่วมยกตัวอย่างสัตว์นำโรค ระยะฟักตัว อาการแสดงของโรค พร้อมฉายวีดิทัศน์ อภิปรายโดยให้ผู้ร่วมวิจัยมีส่วนร่วมนำเสนอประเภทสัตว์ต่างๆ ที่เป็นพาหะ และสัตว์ที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้ามีอาการอย่างไร เปิดโอกาสให้มีการซักถาม

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เกี่ยวกับข้อควรปฏิบัติภายหลังจากการสัมผัสกับโรคพิษสุนัขบ้า (สัปดาห์ที่ 3)

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพแบบเป็นกันเองโดยการให้สมาชิกในกลุ่มทดลองเล่าเรื่องความดีที่เพื่อนทำกับชุมชนคนละ 1 นาที และทบทวนความรู้ในสัปดาห์ที่ 2 ที่ผ่านมา ชี้แจงวัตถุประสงค์กิจกรรมที่ 3 บรรยายแบบมีส่วนร่วมด้านความรู้ความเข้าใจโรคพิษสุนัขบ้า ได้แก่ ข้อควรปฏิบัติภายหลังจากการสัมผัสกับโรคพิษสุนัขบ้า พร้อมฉายวีดิทัศน์ อภิปรายโดยให้กลุ่มทดลองมีส่วนร่วมนำเสนอประสบการณ์เกี่ยวกับการถูกสุนัขบ้าหรือสัตว์ที่สงสัยว่าบ้ากัดหรือข่วน และเปิดโอกาสให้มีการซักถาม

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้เกี่ยวกับวัคซีนที่ใช้ป้องกันพิษสุนัขบ้า (สัปดาห์ที่ 4)

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพแบบเป็นกันเองโดยการใช้กิจกรรมให้บอกชื่อของสัตว์ต่างๆ ที่เป็นพาหะของโรคพิษสุนัขบ้า และทบทวนความรู้ในสัปดาห์ที่ 3 ที่ผ่านมา ชี้แจงวัตถุประสงค์กิจกรรมที่ 4 บรรยายแบบมีส่วนร่วมด้านความรู้เกี่ยวกับวัคซีนที่ใช้ป้องกันพิษสุนัขบ้า ได้แก่ วัคซีนที่ใช้ป้องกันพิษสุนัขบ้า การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าแบบป้องกันล่วงหน้า ประโยชน์ของการฉีดวัคซีนป้องกันล่วงหน้า ฉายวีดิทัศน์ อภิปรายโดยให้กลุ่มทดลองมีส่วนร่วมเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับตนเองหรือคนที่รู้จักที่ฉีดวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้า และเปิดโอกาสให้มีการซักถาม

กิจกรรมที่ 5 การสรุปความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (สัปดาห์ที่ 5)

5.1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพแบบเป็นกันเองโดยการใช้กิจกรรมถามตอบ เพื่อทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า หลังจากนั้นบรรยายแบบมีส่วนร่วมด้านความรู้ความเข้าใจโรคพิษสุนัขบ้า ได้แก่ การป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้า พร้อมฉายวีดิทัศน์ จัดกิจกรรมกลุ่มระดมความคิดในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน พร้อมทั้งนำเสนอต่อที่ประชุม อภิปรายและเปิดโอกาสให้มีการซักถาม

5.2 แจกแบบทดสอบเพื่อทำการประเมินความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังการทดลอง ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ อสม. กลุ่มทดลองทุกคนที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมครบทั้ง 5 กิจกรรม

คุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยพิจารณาความครอบคลุมเนื้อหาสาระตามแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁵⁾ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน คือ สัตวแพทย์จากสำนักงานปศุสัตว์อำเภอ นักวิชาการจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และนักวิชาการจากสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษา วิเคราะห์ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้ามีค่า IOC ค่าระหว่าง 0.6 - 1.00 ทดลองใช้เครื่องมือ (Try out) กับ อสม. ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต. คำขวาง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หาความเชื่อมั่นด้วยการวิเคราะห์ KR-20 มีค่าเท่ากับ 0.68

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

2.1 การสร้างโปรแกรมการส่งเสริมความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า พิจารณาเนื้อหาที่เป็นความรู้ที่สำคัญจากหลักการการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า⁽¹⁵⁾ ได้แก่ สาเหตุของโรค สัตว์นำโรค ระยะฟักตัว อาการของโรค การป้องกันโรค มุ่งพัฒนาให้ อสม. มีความรู้ที่ถูกต้องชัดเจนเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า มีวิธีการนำเสนอด้วยการบรรยายประกอบสื่อมัลติมีเดียที่เห็นภาพเคลื่อนไหวมีเสียงบรรยายและประกอบภาพ จากแนวคิดการพัฒนาสมรรถนะ อสม.⁽¹⁶⁾ ที่ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม มีขั้นตอน 6 ขั้นตอน การสร้างโปรแกรม ดังนี้ (1) การสร้างสัมพันธภาพ (2) การวิเคราะห์ปัญหาโรคพิษสุนัขบ้า (3) การกำหนดวัตถุประสงค์ร่วมกัน (4) การรับรู้และทำความเข้าใจในเรื่องสาเหตุของโรค สัตว์นำโรค ระยะฟักตัวอาการของโรค การป้องกันโรค (5) ดำเนินกิจกรรมตามแผน (6) ประเมินความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า โดยใช้แนวคิดการจัดการการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning)⁽¹⁷⁾ ในการดำเนินกิจกรรมโดยการให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้กับผู้เรียน การเรียนรู้ที่ใช้ปัญหาเป็นฐาน และการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ แผนการทดลองโดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

2.2 ตรวจสอบเนื้อหาของโปรแกรมโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน คือ สัตวแพทย์จากสำนักงานปศุสัตว์อำเภอ นักวิชาการจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และนักวิชาการจากสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษา

วิธีการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน 2567 โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

1. **ขั้นเตรียมการ** มีดังนี้ 1) เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ดำเนินการทดลองต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและกำนันตำบลโพธิ์ใหญ่ และ 3) เตรียมเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย และเอกสารแสดงความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวของอาสาสมัครวิจัย

2. **ขั้นทดลอง** แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง คือกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ คือกลุ่มที่ไม่ได้โปรแกรมใดๆ จำนวน 30 คน

2.1 **กลุ่มทดลอง** ดำเนินการทดลอง ดังนี้ 1) สัปดาห์ที่ 1 ทำการวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าก่อนการทดลอง 2) สัปดาห์ที่ 1 ถึงสัปดาห์ที่ 5 กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

ดำเนินการทั้งหมด 5 ครั้ง ใช้เวลา 5 สัปดาห์ ใช้เวลาวันละประมาณ 60 - 90 นาที และ 3) สัปดาห์ที่ 5 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังการทดลอง

2.2 กลุ่มเปรียบเทียบ คือกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมใดๆ ดำเนินการ ดังนี้ 1) สัปดาห์ที่ 1 ทำการวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าก่อนการทดลอง และ 2) สัปดาห์ที่ 5 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรู้ในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับความรู้ในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi squared test

3. เปรียบเทียบความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test และ Independent t-test

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่การรับรอง SCPHBI 005/2566 รับรองวันที่ 28 มิถุนายน 2566 อาสาสมัครวิจัยสามารถถอนตัวได้โดยไม่ผิดผลกระทบใดๆ การนำเสนอผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 อายุระหว่าง 41 - 50 ร้อยละ 40.0 สถานภาพสมรส ร้อยละ 83.3 การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.7 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.7 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 36.7 มีรายได้ระหว่าง 10,001 - 20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 60.0 ระยะเวลาการเป็น อสม. น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 53.3 ดังตารางที่ 1

กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.3 อายุระหว่าง 41 - 50 ร้อยละ 43.3 สถานภาพสมรส ร้อยละ 70.0 การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.7 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.3 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 36.7 มีรายได้ระหว่าง 10,001 - 20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 70.0 ระยะเวลาการเป็น อสม. 11 - 20 ปี ร้อยละ 53.3 ดังตารางที่ 1

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลไม่แตกต่างกัน ได้แก่ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 41 - 50 ร้อยละ 40.0 สถานภาพสมรส การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา นับถือศาสนาพุทธ มีอาชีพเกษตรกร มีรายได้ระหว่าง 10,001 - 20,000 บาทต่อเดือน ข้อมูลส่วนบุคคลที่แตกต่างกันมีเพียงระยะเวลาการเป็น อสม. โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็น อสม. น้อยกว่า 10 ปี ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีระยะเวลาการเป็น อสม. ระหว่าง 11 - 20 ปี

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	4	13.3	5	16.7
หญิง	26	86.7	25	83.3
อายุ (ปี)				
31 - 40	10	33.3	9	30.0
41 - 50	12	40.0	13	43.3
51 - 60	7	23.3	5	16.3
60 ปีขึ้นไป	1	3.3	8	10.0
สถานภาพสมรส				
โสด	3	10.0	6	20.0
สมรส	25	83.3	21	70.0
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	2	6.7	3	10.0
การศึกษา				
ประถมศึกษา	14	46.7	17	56.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	30.0	7	23.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย	7	23.3	6	20.0
ศาสนา				
พุทธ	29	96.7	28	93.3
คริสต์	1	3.3	2	6.7
อาชีพ				
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	1	3.3	4	13.3
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	8	26.7	8	26.7
รับจ้าง	10	33.3	7	23.3
เกษตรกร	11	36.7	11	36.7
รายได้				
ต่ำกว่า 10,000 บาท	10	33.3	7	23.3
10,001 - 20,000 บาท	18	60.0	21	70.0
20,001 - 30,000 บาท	2	6.7	2	6.7
ระยะเวลาการเป็น อสม. (ปี)				
น้อยกว่า 10 ปี	16	53.3	13	43.3
11 - 20 ปี	12	40.0	16	53.3
20 ปีขึ้นไป	2	6.7	1	3.3

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้ในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าระดับน้อย $\bar{X} = 3.48$ (S.D. = 0.75) และ $\bar{X} = 3.73$ (S.D. = 0.45) ตามลำดับ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความรู้ในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าระดับมาก $\bar{X} = -13.76$ (S.D. = 1.02) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบยังคงมีความรู้ในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าระดับปานกลาง $\bar{X} = 7.13$ (S.D. = 0.84) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับความรู้ในการป้องกัน โรคพิษสุนัขบ้า	กลุ่มทดลอง (n = 30)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)			
	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D.	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D.
ก่อนทดลอง								
น้อย (1 - 5 คะแนน)	25	83.33	3.48	0.75	26	86.67	3.73	0.45
ปานกลาง (6 - 10 คะแนน)	5	16.67	7.6	1.14	4	13.33	7.25	0.96
มาก (11 - 15 คะแนน)	0	0.00	0	0	0	0.00	0	0
หลังทดลอง								
น้อย (1 - 5 คะแนน)	0	0	0	0	22	73.33	4.59	0.67
ปานกลาง (6 - 10 คะแนน)	1	3.33	9	0	8	26.67	7.13	0.84
มาก (11 - 15 คะแนน)	29	96.67	13.76	1.02	0	0.00	0.00	0.00

ส่วนที่ 3 ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของ อสม.

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นกัน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้การ ป้องกันโรคพิษ สุนัขบ้า	กลุ่มทดลอง(n=30)					กลุ่มเปรียบเทียบ(n=30)				
	$\bar{X}$	S.D.	Mean Diff.	95%CI	P-value	$\bar{X}$	S.D.	Mean Diff.	95%CI	P-value
ก่อนทดลอง	4.17	1.74	9.43	8.59- 10.27	<.001*	4.20	1.32	1.07	0.57- 1.55	<.001*
หลังทดลอง	13.6	1.32				5.27	1.34			

*P-value<0.05

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าระหว่างกลุ่มทดลองกับ

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนความรู้การ ป้องกันโรคพิษ สุนัขบ้า	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)		Mean Diff.	95%CI	t	P-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.				
ก่อนทดลอง	4.17	1.74	4.20	1.32	0.33	-833 to 767	.083	.934
หลังทดลอง	13.60	1.32	5.27	1.34	8.33	7.64 to 9.02	24.21	<.001***

*P-value<0.05

อภิปรายผลการวิจัย

เมื่อพิจารณาคูณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีพื้นฐานที่ใกล้เคียงกัน แตกต่างกันเพียงระยะเวลาการเป็น อสม. คือกลุ่มทดลองมีประสบการณ์การเป็น อสม. น้อยกว่า 10 ปี ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีประสบการณ์การเป็น อสม. ระหว่าง 11 - 20 ปี ด้านระดับการศึกษาของ อสม. ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งมีการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลายนั้น พบว่าพื้นฐานความรู้ไม่มีความแตกต่างกันกับความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าก่อนการทดลอง

ก่อนการทดลอง พบว่า อสม. กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีความรู้ในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าระดับน้อย หลังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เนื่องจากการที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า จึงทำให้องค์ความรู้เรื่องดังกล่าวมีความรู้เพิ่มขึ้น และมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาการดำเนินกิจกรรมการอบรมให้ความรู้ในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้ามีจำนวนมากถึง 5 กิจกรรม เป็นเวลาดิตต่อกันนาน 5 สัปดาห์ ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวประกอบไปด้วยการบรรยายให้ความรู้ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า ได้แก่ สถานการณ์ของโรคพิษสุนัขบ้า สาเหตุของโรคพิษสุนัขบ้า พร้อมฉายวีดิทัศน์ ในสัปดาห์ที่ 1 หลังจากนั้นในสัปดาห์ที่ 2 เป็นการบรรยายแบบมีส่วนร่วมด้านความรู้ความเข้าใจโรคพิษสุนัขบ้า ได้แก่ สัตว์นำโรค ระยะฟักตัว อาการแสดงของโรค พร้อมฉายวีดิทัศน์ อภิปรายโดยให้ผู้ร่วมวิจัยมีส่วนร่วมนำเสนอประเภทสัตว์ต่างๆ ที่เป็นพาหะ กิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3 เป็นการบรรยายแบบมีส่วนร่วมด้านความรู้ความเข้าใจโรคพิษสุนัขบ้า ได้แก่ ข้อควรปฏิบัติภายหลังจากการสัมผัสกับโรคพิษสุนัขบ้า พร้อมฉายวีดิทัศน์ สัปดาห์ที่ 4 บรรยายแบบมีส่วนร่วมด้านความรู้ความเข้าใจโรคพิษสุนัขบ้า ได้แก่ วัคซีนที่ใช้ป้องกันพิษสุนัขบ้า การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าแบบป้องกันล่วงหน้า ประโยชน์ของการฉีดวัคซีนป้องกันล่วงหน้า พร้อมฉายวีดิทัศน์ และสัปดาห์ที่ 5 เป็นการ

สรุปและทบทวนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า โดยในทุกกิจกรรมจะให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมนำเสนอประสบการณ์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าและเปิดโอกาสให้ซักถาม

ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ คือ อสม. ที่ไม่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมให้ความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า ก่อนการทดลองระดับความรู้ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับน้อย เมื่อระยะเวลาผ่านไป 5 สัปดาห์ ความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าก็ยังคงอยู่ในระดับน้อยเช่นเดิม เนื่องจากกลุ่มเปรียบเทียบนี้ไม่ได้รับการส่งเสริมให้ความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าแต่อย่างใด ถึงแม้กลุ่มเปรียบเทียบจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนที่เพิ่มขึ้นต่างกันเพียงเล็กน้อย ทั้งนี้เนื่องจาก อสม. กลุ่มเปรียบเทียบเป็นบุคคลด้านสาธารณสุข จึงต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้ของตนเองด้านการป้องกันโรคอยู่เสมอ

ผลการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของ อสม. ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ในครั้งนี้พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มประชาชนที่มารับบริการทางสัตวแพทย์ที่กลุ่มควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า สำนักงานสัตวแพทย์สาธารณสุข สำนักงานมาย กรุงเทพมหานคร มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าระดับสูง⁽¹⁸⁾ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้จักโรคพิษสุนัขบ้า (ร้อยละ 94) แต่มีข้อจำกัดด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า และพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า⁽¹⁹⁾ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 25 มีความตระหนักเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าระดับสูง แต่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับเรื่องโฮสต์ การแพร่เชื้อ ผลจากการติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า และพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสม⁽²⁰⁾ ผลการศึกษาแตกต่างกับการศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าเขตสาธารณสุขที่ 7 ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีความรู้ในระดับพอใช้⁽²¹⁾ และแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าระดับปานกลาง ความรู้มีความสัมพันธ์กับการศึกษาและอาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)⁽²²⁾

สรุป

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของ อสม. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าสูงกว่าก่อนการทดลอง และค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

1. การส่งเสริมองค์ความรู้เรื่องการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้กับ อสม. ควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้การที่ อสม. เป็นผู้ที่มีความรู้เรื่องการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าย่อมส่งผลให้เกิดการควบคุมและป้องกันการเกิดโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อประชาชนทุกคนในชุมชน
2. หน่วยงานสาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มพูนองค์ความรู้ด้านการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้กับ อสม. และประชาชนได้ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุนอุดหนุนและส่งเสริมการทำวิจัยจากสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลโพธิ์ใหญ่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Rabies [Internet]. 2024. [cited 2024 Jun 5]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rabies/?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwi5q3BhCiARIsAJCfuZkm_iuKerBFczXFHPQsU0LH5imW-KA0DOQWL2JA3K_zOvrMzYsn4AAaAjCnEALw_wcB
2. Center Disease Control and Prevention [Internet]. 2024. Clinical Overview of Rabies. [cited 2024 Sep 8]. Available from: <https://www.cdc.gov/rabies/hcp/clinical-overview/index.html>
3. กรมควบคุมโรค. พิษสุนัขบ้า (Rabies, Hydrophobia) [Internet]. 2562. [cited 2024 Sep 9]. Available from: https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=25
4. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การวิเคราะห์สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้า ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566 (ข้อมูล ณ วันที่ 29 พฤษภาคม 2566). รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 2566;54(21).
5. กรมปศุสัตว์. รายงานสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้า [Internet]. 2566. [cited 2024 Sep 10]. Available from: <https://secretary.dld.go.th/webnew/index.php/th/news-menu/rabiesreportmenu/9355-1-66-124-2566>
6. หทัยกาญจน์ ยางศรี สงครามชัย สีสทองดี และจมากรณ์ ใจภักดี. รูปแบบการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน เพื่อให้เป็นเขตพื้นที่ปลอดโรค อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2560; 12(2):86-95.
7. นิตพันธ์ ทันทวิพัฒน์. ความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับ การป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนที่มารับบริการทางสัตวแพทย์ที่กลุ่มควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า สำนักงานสัตวแพทย์สาธารณสุข สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(4):609-622.
8. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย. คู่มือมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน. [Internet]. 2560. [cited 2024 Sep 13]. Available from: http://www.dla.go.th/upload/ebook/column/2018/4/2219_5986.pdf
9. สุชาติ อินทรกำแหง ณ ราชสีมา, สมตระกูล ราศิริ และอิทธิรัตน์ ราศิริ. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขไทย. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2564;7(2):80-97.
10. Pal P, Yawongsa A, Bhusal TN, Bashyal R, Rukkwamsuk T. Knowledge, attitude, and practice about rabies prevention and control: A community survey in Nepal. *Vet World*. 2021;14(4):933-942. doi:10.14202/vetworld.2021.933-942.
11. Mujibur Rahaman M, Siddiqi UR, Sabuj AAM, et al. Knowledge, attitude, and practice of a local community towards the prevention and control of rabies in Gaibandha, Bangladesh. *J Adv Vet Anim Res*. 2020;7(3):414-420. Published 2020 Aug 3. doi:10.5455/javar.2020.g436
12. กรมปศุสัตว์. รายงานสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้า [Internet]. 2567. [cited 2024 Sep 12]. Available from: <https://secretary.dld.go.th/webnew/index.php/th/news-menu/rabiesreportmenu/10122-17-67-109-2567>
13. อรพินทร ชูชม. การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research). วารสารพฤติกรรมศาสตร์. 2552;15(1):1-15.
14. อรุณ จิรวรรณกุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์วิทย์พัฒน์ จำกัด; 2553.
15. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า. 2560 Available from: https://ddc.moph.go.th/dcd/journal_detail.php?publish=13755
16. เพ็ญศรี โตเทศ. การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ, นครสวรรค์ : กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ; 2563.
17. นิภาพร กุลสมบุรณ์ และ สุวิมล ว่องวาณิช. Active Learning: จากความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน สู่ปรัชญาและทฤษฎีที่เป็นรากฐาน. วารสารครูสภาวิทยากร. 2565;3(2):1-17.

18. นิติพันธุ์ ทันทวิพัฒน์. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนเกี่ยวกับ การป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนที่มา
รับบริการทางสัตวแพทย์ที่กลุ่มควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า สำนักงานสัตวแพทย์สาธารณสุข สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร.
วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(4):609-622.
19. Davlin SL, Lapiz SM, Miranda ME, Murray KO. Knowledge, attitudes, and practices regarding rabies in Filipinos
following implementation of the Bohol Rabies Prevention and Elimination Program. *Epidemiol Infect.*
2014;142(7):1476-1485. doi:10.1017/S0950268813002513
20. Rinchen S, Tenzin T, Hall D, van der Meer F, Sharma B, Dukpa K, et al. (2019) A community-based knowledge,
attitude, and practice survey on rabies among cattle owners in selected areas of Bhutan. *PLoS Negl Trop*
Dis 13(4): e0007305. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0007305>
21. ปานแก้ว รัตนศิลป์กุลชาญ และกาญจนา เหลืองอุบล. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของแกนนำ
ชุมชนพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า และพื้นที่ไม่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า เขตสาธารณสุขที่ 7. 2566; 14(1): 1-28.
22. Mujibur Rahaman M, Siddiqi UR, Sabuj AAM, et al. Knowledge, attitude, and practice of a local community
towards the prevention and control of rabies in Gaibandha, Bangladesh. *J Adv Vet Anim Res.*
2020;7(3):414-420. Published 2020 Aug 3. doi:10.5455/javar.2020.g436

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วย HAUKAO Model ต่อพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลมหาโพธิ อำเภอสระโบสถ์ จังหวัดลพบุรี

เพชรรัตน์ สุขสูง¹ ฤทธิรงค์ จังโกฏี² นาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ^{3*}

¹นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพฤติกรรมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชานามยสังฆะดลอม อาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาที่สำคัญลำดับต้นของด้านสาธารณสุขทั่วโลก เนื่องจากเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รุนแรง เมื่อไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิต การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ HAUKAO Model ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลมหาโพธิ อำเภอสระโบสถ์ จังหวัดลพบุรี เป็นการวิจัยกึ่งทดลองสองกลุ่ม จำนวน 60 คน ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น มีกิจกรรมตัดสินใจเลือกปฏิบัติใช้ยาอย่างเหมาะสม (H: Heart) เข้าถึงข้อมูลการใช้ยาอย่างเหมาะสม (A: Access) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสม (U: Use) เข้าใจข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสม (K: knowledge) ได้ตอบคำถามและเปลี่ยนการใช้ยาอย่างเหมาะสม (A: Ask) บอกต่อการใช้ยาอย่างเหมาะสม (O: Offering) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการรักษาตามปกติ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 10 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเข้าถึงข้อมูลการใช้ยา เข้าใจข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยา ได้ตอบคำถามและเปลี่ยนการใช้ยา ตัดสินใจเลือกปฏิบัติใช้ยา ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้ยา บอกต่อการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยา สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) นอกจากนี้ยังพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 27.17, 95% CI = 5.44 ถึง 48.89, $p\text{-value} = 0.015$) และน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 40, 95% CI = 29.57 ถึง 50.43, $p\text{-value} < 0.001$) ดังนั้นโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพนี้ สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทายยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ/ พฤติกรรมการใช้ยา/ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

Effect of HAUKAO Model for Appropriate Drug Use Behavior among Uncontrolled Diabetic Type 2 Patients in Mahaphot Sub-District Sabot District Lopburi Province

Petcharat Sooksalung¹ Rittirong Junggoth² Natnapa Heebkaew Padchasuwan^{3*}

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

²Asst. Prof., Department Environmental Health and Occupational Safety, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

³Asst. Prof., Department of Public Health Administration Health Promotion Nutrition,
Faculty of Public Health, Khon Kaen University

Abstract

Diabetes is a major global public health concern due to its severe chronic non-communicable nature, which can lead to complications and negatively impact quality of life when blood sugar levels are uncontrolled. This research aimed to study the effects of the HAUKAO Model in promoting health literacy and appropriate medication behaviors among type 2 diabetes patients in Mahaphot Sub-district, Saraburi District, Lopburi Province. The study was a quasi-experimental design with two groups, comprising 60 individuals divided into an experimental group and a control group, with 30 participants in each. The experimental group received a program designed by the researchers, which included activities for making heart-based decisions on appropriate medication use (H: Heart), accessing appropriate medication information (A: Access), adapting appropriate medication behaviors (U: Use), understanding medication behavior information (K: Knowledge), engaging in questioning and modifying medication use (A: Ask), and sharing appropriate medication use practices (O: Offering). The control group received standard treatment. The research was conducted over a period of 10 weeks, with data collected via questionnaires and analyzed using paired t-test and independent t-test statistics.

The research findings revealed that after the intervention, the experimental group had significantly higher mean scores in accessing medication information, understanding medication behaviors, engaging in questioning and modifying medication use, making decisions on medication usage, adapting medication behaviors, and sharing medication use and behaviors compared to the control group and pre-intervention levels (p-value <0.001). Additionally, post-intervention, the experimental group had a significantly mean blood sugar level lower than the control group (Mean diff = 27.17, 95% CI = 5.44 to 48.89, p-value = 0.015) and significantly lower than their pre-intervention levels (Mean diff = 40, 95% CI = 29.57 to 50.43, p-value <0.001). Therefore, this health promotion program can effectively be used to improve medication adherence behaviors among type 2 diabetes patients.

Keywords: Health literacy/ Medication usage behavior/ type 2 diabetes patients

*Corresponding author: Natnapa Heebkaew Padchasuwan, email: natnpa@kku.ac.th, Tel: 08 4364 1458

Received: May 30, 2024/ Revised: August 1, 2024/ Accepted: August 6, 2024

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาที่สำคัญลำดับต้นของด้านสาธารณสุขทั่วโลก เนื่องจากเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รุนแรงและมีผู้ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกในปี 2565 มีผู้ป่วยประมาณ 537 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานเพิ่มสูงถึง 6.70 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุกๆ 5 วินาที ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.30 ล้านคน ในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน อัตราตาย 25.10 ต่อประชากรแสนคน⁽¹⁾ สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 4 ปี 2563-2565 พบว่า อัตราผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ 5,054.71, 5,357.78 และ 5,564.96 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ จังหวัดลพบุรี มีอัตราผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานปี 2563-2565 เท่ากับ 5,726.74, 6,065.66, 6,379.36 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี อำเภอสระโบสถ์ อัตราผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ปี 2563-2565 พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เท่ากับ 985.45, 1,072.82 และ 1,191.83 ต่อประชากรหมื่นคน ตามลำดับ ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวเขา พบว่า แนวโน้มของอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น ในปี 2563-2565 คือ 91.09, 94.75 และ 109.76 ต่อประชากรพันคน ตามลำดับ⁽²⁾

การควบคุมโรคเบาหวาน มีความสำคัญในการทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง โดยการทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วงปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด จะต้องควบคุมอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียดและการดูแลรักษาต่อเนื่อง⁽³⁾ จากการศึกษา พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวาน พบว่า ในภาพรวมอยู่ระดับสูง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการใส่ใจ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การหิวย้ายรักษาโรคเบาหวานของเพื่อนเมื่อหายหมด รองลงมาคือ การเพิ่มหรือลดปริมาณยาด้วยตนเอง⁽³⁾ เมื่อผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใส่ใจจะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายของการรักษาได้ เกิดภาวะโรคแทรกซ้อน ส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิต ส่งผลเสียทางด้านเศรษฐศาสตร์ของประเทศจากการเพิ่มต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งทางตรงและทางอ้อม⁽⁴⁾ ซึ่งความชุกของการใช้ยาหลายชนิดในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอยู่ระหว่างร้อยละ 29 ถึง 75 ส่งผลเสียกับสุขภาพของผู้ป่วย ปัญหาการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม การใช้ยาไม่ถูกวิธี/ไม่ถูกขนาด การใช้ยาซ้ำซ้อน และการใช้ยาโดยไม่จำเป็น/ขาดข้อบ่งชี้ ใช้ในทางที่ผิด เป็นปัญหาสำคัญในประเทศไทย⁽⁵⁾ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวเขา อำเภอสระโบสถ์ จังหวัดลพบุรี มีกิจกรรมการให้บริการในคลินิกโรคเรื้อรังโดยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องการรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการใช้ยา ร่วมกับการฝึกทักษะการออกกำลังกาย การเลือกเมนูอาหาร การจัดการความเครียด สำหรับการใช้ยานั้นมีการถามถึงอาการผิดปกติหรือประวัติแพ้ยาเท่านั้น ผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม ใช้ยาหมดก่อนวันนัด นำยาของผู้อื่นมารับประทาน ยาหลงเหลือจำนวนมาก หยุดรับประทานยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ เมื่อป่วยจะซื้อยาปฏิชีวนะมารับประทานเอง โดยรับประทานยาไม่ครบตามที่กำหนด มักจะจดจำยาจากแผงยาและลักษณะเม็ดยา ไม่จดจำชื่อสามัญของยา จึงทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ถึงร้อยละ 82.78 ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ได้แก่ เบาหวานขึ้นตา เส้นเลือดตีบง่ายอาจทำให้สูญเสียการมองเห็น การทำงานของไตลดลงอาจถึงขั้นล้างไตหรือเปลี่ยนไต เส้นเลือดสมองตีบซึ่งสามารถทำให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือเส้นเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยเบาหวานจะมีอาการชาปลายมือ ปลายเท้า หากเกิดแผล แผลก็จะหายช้า หรืออาจมีภาวะติดเชื้อแทรกซ้อนถ้าไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและทำการรักษาให้ทันอาจทำให้สูญเสียนิ้วเท้าหรือตัดเท้าได้⁽²⁾

ปัจจุบันงานสร้างเสริมสุขภาพได้ให้ความสำคัญในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ โดยได้กำหนดให้มีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในยุทธศาสตร์แห่งชาติ 20 ปี⁽⁶⁾ ซึ่งจำเป็นต้องส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคล และส่งเสริมปัจจัยแวดล้อมสนับสนุนให้มีสุขภาพดีต้องปลูกฝังในประชาชนเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งการใช้ยาที่เหมาะสม เป็นเรื่องที่จะต้องดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้มีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ อันจะนำมาซึ่งความรู้

รวมถึงแรงจูงใจและความสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมินค่าและประยุกต์ใช้ข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อประกอบการตัดสินใจในการขับเคลื่อนให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสม ซึ่ง HAUKAO Model พัฒนาขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาการรับประทานยาที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับปัญหาของพื้นที่ ซึ่งประกอบด้วยการเข้าถึง เข้าใจ ได้ตอบซักถาม การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบอกต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานนำกระบวนการสร้างความรอบรู้ไปพัฒนาตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยาโรคเบาหวานที่ถูกต้องเหมาะสมตามคำแนะนำ โดยการรับประทานยาของผู้ป่วยเบาหวานเป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทุกวัน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงมีความสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จากข้อมูลที่ผ่านมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและความจำเป็นในการประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพเพื่อออกแบบโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในเขตรับผิดชอบ รพ.สต. บ้านหัวเขา ตำบลมหาโพธิ อำเภอสระโบสถ์ จังหวัดลพบุรี ให้มีความรู้ มีความตระหนัก มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้ยาอย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของ HAUKAO Model ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลมหาโพธิ อำเภอสระโบสถ์ จังหวัดลพบุรี

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสม ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

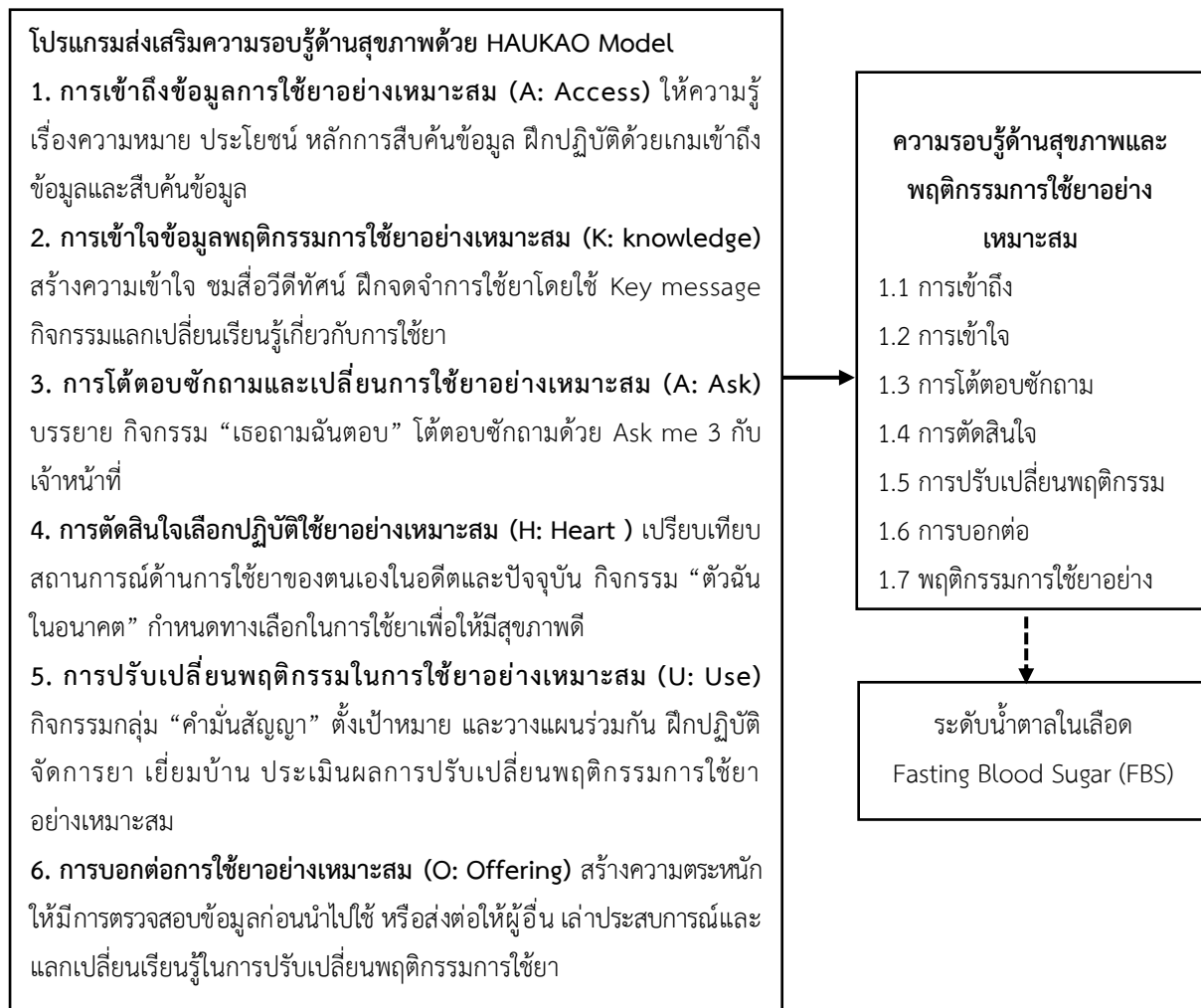
2.2 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2.3 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น (Independent variable)

ตัวแปรตาม (Dependent variable)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองมีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้วย HAUKAO Model ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ระยะเวลาในการศึกษาวิจัยจำนวน 10 สัปดาห์ ในส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการตามปกติจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ที่เข้ารับบริการคลินิกเบาหวาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวเขา ตำบลมหาโพธิ์ อำเภอสระโบสถ์ จังหวัดลพบุรี จำนวน 170 คน และผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ที่เข้ารับบริการคลินิกเบาหวาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยใหญ่ อำเภอสระโบสถ์ จังหวัดลพบุรี จำนวน 121 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความยินดี

ในการร่วมวิจัย และมีความสัมพันธ์เป็นไปตามเกณฑ์ตัดเข้าในการวิจัย โดยมีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ อรุณ จิรวัฒนกุล⁽⁷⁾ ดังนี้

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

ขนาดกลุ่มตัวอย่างสูงสุดที่ได้จากการคำนวณ คือ 20 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้ในการศึกษารั้งนี้มีจำนวน 30 คน

กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่เข้ารับบริการรักษาศัลยกรรมโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวเขา จำนวน 30 ราย

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่เข้ารับบริการรักษาศัลยกรรมโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยใหญ่ จำนวน 30 ราย

2.1 เกณฑ์การคัดเข้าร่วมการวิจัย ดังนี้

- 2.1.1 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หรือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคร่วม อายุ 20 ปีขึ้นไป
- 2.1.2 ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ค่าน้ำตาลในเลือด (FBS) มากกว่า 126 มก./ดล.
- 2.1.3 สามารถอ่าน ฟัง พูด เขียนภาษาไทยได้
- 2.1.4 ได้รับการนัดหมายจากแพทย์ให้เข้ารับการติดตามและรับยาเม็ดรับประทาน ทุกๆ 1 เดือน
- 2.1.5 มี Smartphone และสามารถเข้าถึงสัญญาณ Internet ได้

2.2 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย ดังนี้

2.2.1 อยู่ในสภาวะการเจ็บป่วยในขณะนั้นที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น การเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุ โรคติดต่อ มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานแบบรุนแรง มีอาการป่วยทางจิตเวช อาการหลงลืม มีปัญหาทางสายตา มีปัญหาการได้ยิน BMI ≥ 25 กก./ม² เป็นต้น

2.2.2 ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

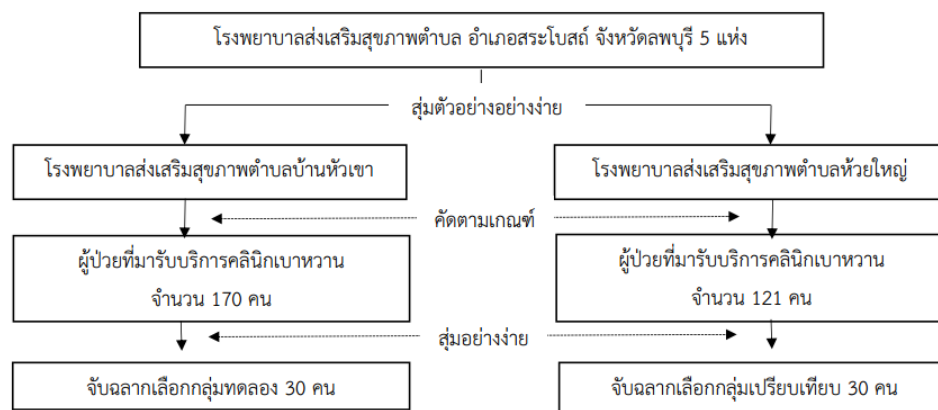
2.2.3 แพทย์ประเมินว่าให้หยุดรับประทานยา เช่น สามารถควบคุมอาการของโรคได้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเปลี่ยนไปใช้ยาชนิดฉีดหรือใช้ยาฉีดร่วมกับยาเม็ดชนิดรับประทาน

3. การสุ่มตัวอย่าง

สุ่มตัวอย่างโดยใช้สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ขั้นที่ 1 สุ่มเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอสระโบสถ์ จังหวัดลพบุรี 5 แห่ง สุ่มครั้งที่ 1 เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของกลุ่มทดลอง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวเขา และสุ่มครั้งที่ 2 เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของกลุ่มเปรียบเทียบ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยใหญ่

ขั้นที่ 2 นำรายชื่อประชากรที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้มาสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ตามขนาดตัวอย่างที่ต้องการ โดยมีขั้นตอนการเลือกดังนี้



ภาพที่ 2 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้ระยะเวลา 10 สัปดาห์ ประกอบด้วย 1) กิจกรรมเสริมสร้างการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) กิจกรรมเสริมสร้างความเข้าใจ 3) กิจกรรมเสริมสร้างการโต้ตอบซักถามและเปลี่ยนการใช้ยา 4) กิจกรรมการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมด้วย HAUKAO Model 6) กิจกรรมการบอกต่อการใช้ยาที่เหมาะสม

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ การรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ระยะเวลาการรับยาโรคเบาหวาน รายได้ และระดับน้ำตาลในเลือด

ระดับน้ำตาลในเลือดโดยใช้เกณฑ์ป้องกันภาวะโรค 7 สัปดาห์⁽⁸⁾ แปลผลโดยแบ่งระดับน้ำตาลในเลือดดังนี้

ระดับน้ำตาลในเลือด ≤ 125 mg/dl หมายถึง ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ

ระดับน้ำตาลในเลือด 126-154 mg/dl หมายถึง ระดับน้ำตาลในเลือดปานกลาง

ระดับน้ำตาลในเลือด 155-182 mg/dl หมายถึง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง

ระดับน้ำตาลในเลือด ≥ 183 mg/dl หมายถึง ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 6 หัวข้อๆ ละ 5 ข้อ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล เข้าใจข้อมูล ทักษะการสื่อสาร การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบอกต่อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนการประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียง 1 ตัวเลือก ลักษณะคำถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน มีทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก

ง่ายมาก	5 คะแนน
ค่อนข้างง่าย	4 คะแนน
ค่อนข้างยาก	3 คะแนน
ยากมาก	2 คะแนน
ยากที่สุด	1 คะแนน

ข้อคำถามเชิงลบ

ง่ายมาก	1 คะแนน
ค่อนข้างง่าย	2 คะแนน
ค่อนข้างยาก	3 คะแนน
ยากมาก	4 คะแนน
ยากที่สุด	5 คะแนน

แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือกโดยใช้เกณฑ์ของ Best⁽⁹⁾ แปลผลโดยแบ่งระดับความรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลเป็นดังนี้

$$\text{สูตรช่วงคะแนน} = \frac{\text{ค่าคะแนนสูงสุด}-\text{ค่าคะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับการวัด}} = \frac{25-5}{3} = 7$$

ค่าคะแนน 21-25 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก

ค่าคะแนน 13-20 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง

ค่าคะแนน 5-12 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสม พฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสมจำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก		ข้อคำถามเชิงลบ	
ปฏิบัติทุกครั้ง	3 คะแนน	ปฏิบัติทุกครั้ง	1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	2 คะแนน	ปฏิบัติบางครั้ง	2 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	1 คะแนน	ไม่ปฏิบัติ	3 คะแนน

มีเกณฑ์ให้คะแนน 3 ระดับ โดยการวิเคราะห์ระดับคะแนน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ตามเกณฑ์ของ Best⁽⁹⁾ ดังนี้

$$\text{สูตร ช่วงคะแนน} = \frac{\text{ค่าคะแนนสูงสุด}-\text{ค่าคะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับการวัด}} = \frac{42-14}{3} = 9$$

ค่าคะแนน 34-42 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาระดับมาก

ค่าคะแนน 24-33 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาระดับปานกลาง

ค่าคะแนน 14-23 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาระดับน้อย

5. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

5.1 ตรวจสอบเชิงเนื้อหาโดยการนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบแก้ไขและพิจารณาเนื้อหา ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามกับตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งทุกข้อมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

5.2 การตรวจสอบค่าความเที่ยงหรือค่าความเชื่อมั่นโดยนำแบบสอบถามที่ได้ความตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปทดลองกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมหาโพธิ์ อำเภอสระโบสถ์ จังหวัดลพบุรี จำนวน 30 คน ที่รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมหาโพธิ์ เขตพื้นที่อำเภอสระโบสถ์ จังหวัดลพบุรี ค่าความเที่ยง หรือค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยา โดยใช้สัมประสิทธิ์ครอนบาคีวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.83 ค่าความเชื่อมั่นแต่ละด้าน ได้ดังนี้ 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสม เท่ากับ 0.79 2) ด้านการเข้าใจข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสม เท่ากับ 0.87 3) ด้านทักษะการสื่อสารการใช้ยาอย่างเหมาะสม เท่ากับ 0.79 4) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติใช้ยาอย่างเหมาะสม เท่ากับ 0.85 5) ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้ยาอย่างเหมาะสม เท่ากับ 0.73 6) ด้านทักษะการบอกต่อการใช้ยาอย่างเหมาะสม เท่ากับ 0.89 7) พฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสม เท่ากับ 0.93

6. ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

กลุ่มทดลอง จะได้รับการเจาะปลายนิ้วเพื่อตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดโดยพยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติ ในการรับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังตามนัดหมายปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวเขา และผู้วิจัยจะขอเข้าถึง

เวชระเบียนในเรื่องของระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลอง และจะได้ร่วมกิจกรรมการอบรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นในระยะเวลา 10 สัปดาห์ ได้แก่

สัปดาห์ที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลการใช้ยาอย่างเหมาะสม (A: Access) จะได้รับการบรรยายเรื่องความหมาย ประโยชน์ วิธีค้นหาข้อมูลอย่างเป็นระบบ ฝึกปฏิบัติการช่องทางการเข้าถึงข้อมูล

สัปดาห์ที่ 2 การเข้าใจข้อมูลการใช้ยาอย่างเหมาะสม (K: Knowledge) จะได้เข้าร่วมกิจกรรมสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา ฝึกทักษะจดจำการใช้ยา และกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้ยา

สัปดาห์ที่ 3 การโต้ตอบซักถามและเปลี่ยนการใช้ยาอย่างเหมาะสม (A: Ask) จะได้เข้าร่วมกิจกรรมบรรยาย ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และกิจกรรม “เธอถามฉันตอบ” กับเจ้าหน้าที่ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ต้องการที่เกี่ยวกับการใช้ยา

สัปดาห์ที่ 4 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติใช้ยาอย่างเหมาะสม (H: Heart) จะได้เข้าร่วมกิจกรรมเปรียบเทียบสถานการณ์ ด้านการใช้ยาและกิจกรรม “ตัวฉันในอนาคต” กำหนดทางเลือกในการใช้ยาเพื่อให้มีสุขภาพดี

สัปดาห์ที่ 5 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสม (U: Use) กิจกรรมกลุ่ม “คำมั่นสัญญา” ตั้งเป้าหมาย และวางแผนการใช้ยาอย่างเหมาะสม พร้อมทั้งฝึกปฏิบัติจัดการยาของตนเองผ่านสถานการณ์จำลอง

สัปดาห์ที่ 6-7 จะได้รับการติดตามการใช้ยาอย่างเหมาะสมที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน) กิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้วิจัย จะทบทวนความรู้การปฏิบัติตน และสอบถามปัญหาให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา พร้อมทั้งให้กำลังใจร่วมกับผู้ดูแลที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 8 การบอกต่อการใช้ยาอย่างเหมาะสม (O: Offering) กิจกรรมสื่อสาร บอกต่อ แบ่งปันความรู้

สัปดาห์ที่ 9 การบอกต่อการใช้ยาอย่างเหมาะสม (O: Offering) กิจกรรมสร้างความตระหนักให้มีการตรวจสอบ ข้อมูลก่อนนำไปใช้ หรือส่งต่อให้ผู้อื่นบอกเล่าประสบการณ์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยา

สัปดาห์ที่ 10 ประเมินผลพฤติกรรมหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยการตอบแบบสอบถามก่อนทบทวนความรู้ เสนอ ปัญหาที่พบเจอ และเสนอแนวทางแก้ไขปัญหา สามารถปรับพฤติกรรมของตนเองที่บ้านได้หรือไม่ และการนัดหมายการเจาะปลายนิ้ว เพื่อตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด

กลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยจะขอเข้าถึงเวชระเบียนในเรื่องของระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลอง และจะได้ร่วม กิจกรรมก่อนการทดลอง และสัปดาห์ 10 ดังนี้

ก่อนการทดลอง จะได้รับการเจาะปลายนิ้วเพื่อตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดโดยพยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติ ในคลินิก โรคเรื้อรังตามนัดหมายปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยใหญ่ และหลังจากตรวจเสร็จผู้วิจัยจะขอให้ ตอบแบบสอบถาม

สัปดาห์ที่ 10 กิจกรรมประเมินผลพฤติกรรมหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยจะขอให้ตอบแบบสอบถามก่อนการให้สุศึกษา เรื่อง HAUKAO Model เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถใช้ยาอย่างเหมาะสมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เปิดโอกาสให้ซักถาม และการนัดหมายการเจาะปลายนิ้วเพื่อตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด โดยพยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยใหญ่

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

7.1 สถิติเชิงพรรณนา ใช้สำหรับอธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไปของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

7.2 สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและ หลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และคำนวณช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และคำนวณช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI)

8. การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่รับรอง HE 662280 รับรองเมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการศึกษาวิจัย

ข้อมูลทั่วไป ลักษณะข้อมูลทั่วไปที่คล้ายคลึงกันของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ คือส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (กลุ่มทดลองร้อยละ 83.33 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 70.00) อยู่ในกลุ่มอายุ 41-60 ปี (กลุ่มทดลองร้อยละ 56.67 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 46.67) ประกอบอาชีพเกษตรกร (กลุ่มทดลองร้อยละ 70.00 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 53.33) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (กลุ่มทดลองร้อยละ 80.00 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 66.67) เป็นโรคเบาหวาน (กลุ่มทดลองร้อยละ 100 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 100) รับประทานโรคเบาหวาน 1-10 ปี (กลุ่มทดลองร้อยละ 63.33 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 80.00) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท (กลุ่มทดลองร้อยละ 90.00 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 86.67) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ(n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	5	16.67	9	30.00
หญิง	25	83.33	21	70.00
อายุ				
20-40 ปี	3	10.00	3	10.00
41-60 ปี	17	56.67	14	46.67
61-80 ปี	9	30.00	13	43.33
81 ปีขึ้นไป	1	3.33	0	0
$\bar{X}$, S.D., Min, Max	54.80, 11.85, 26, 82		56.70, 13.71, 22, 78	
อาชีพ				
เกษตรกร	21	70.00	16	53.33
รับจ้าง	1	3.33	8	26.67
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	2	6.67	2	6.67
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	3.33	0	0
ว่างงาน	5	16.67	4	13.33
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	24	80.00	20	66.67
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	10.00	3	10.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3	10.00	7	23.33

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ(n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัวร่วม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
โรคความดันโลหิตสูง	14	46.67	9	30.00
ไขมัน/ภาวะไขมันในเลือดสูง	15	50.00	11	36.67
ระยะเวลาการรับยาโรคเบาหวาน (ปี)				
1-10 ปี	19	63.33	24	80.00
11-20 ปี	9	30.00	5	16.67
21 ปีขึ้นไป	2	6.67	1	3.33
$\bar{X}$, S.D., Min, Max	9.73, 6.71, 1, 25		8.36, 7.03, 1, 30	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)				
< 10,000	27	90.00	26	86.67
10,000 – 15,000 บาท	2	6.67	4	13.33
15,001 บาทขึ้นไป	1	3.33	0	0
$\bar{X}$, S.D.,	3,950, 4,282.26,		4,133.33, 3,492.78,	
Min, Max	600, 20,000		600,10,000	

1. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 14.37, 95% CI = 13.32 ถึง 15.41, p-value < 0.001) การเข้าใจข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 13.83, 95% CI = 12.57 ถึง 15.11, p-value < 0.001) การได้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนการใช้ยาแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 13.70, 95% CI = 12.11 ถึง 15.29, p-value < 0.001) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติใช้ยาอย่างเหมาะสมแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 10.33, 95% CI = 9.22 ถึง 11.45, p-value < 0.001) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้ยาแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 8.80, 95% CI = 7.33 ถึง 10.27, p-value < 0.001) การบอกต่อการใช้ยาแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 7.60, 95% CI = 6.00 ถึง 9.19, p-value < 0.001) และพฤติกรรมการใช้ยาแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 11.53, 95% CI = 9.95 ถึง 13.12, p-value < 0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยา ก่อนและหลัง
การทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความรู้ด้าน	ก่อนการทดลอง (n=30)					หลังการทดลอง (n=30)				
สุขภาพและ พฤติกรรมการใช้ ยาอย่างเหมาะสม	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95% CI	p - value	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95% CI	p - value
การเข้าถึงข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยา										
กลุ่มทดลอง	8.63	3.24	0.97	-0.54 to 2.48	0.205	23.9	1.39	14.37	13.32 to 15.41	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	9.60	2.55				9.53	2.50			
การเข้าใจข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยา										
กลุ่มทดลอง	8.60	3.07	1.17	-0.46 to 2.79	0.156	23.70	1.32	13.83	12.57 to 15.11	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	9.77	3.21				9.87	3.23			
การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนการใช้ยา										
กลุ่มทดลอง	8.47	3.17	1.23	-0.63 to 3.10	0.192	23.50	1.79	13.70	12.11 to 15.29	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	9.70	4.00				9.80	3.96			
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติใช้ยาอย่างเหมาะสม										
กลุ่มทดลอง	10.00	3.59	2.70	1.06 to 4.34	0.002	23.17	1.34	10.33	9.22 to 11.45	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	12.70	2.69				12.83	2.73			
กลุ่มเปรียบเทียบ	26.37	3.29				26.20	3.19			
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้ยา										
กลุ่มทดลอง	10.83	2.96	1.40	-0.15 to 2.94	0.076	21.17	2.82	8.80	7.33 to 10.27	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	12.23	3.04				12.37	2.86			
การบอกต่อการใช้ยา										
กลุ่มทดลอง	12.03	2.95	1.83	-0.03 to 3.69	0.054	21.60	1.52	7.60	6.00 to 9.19	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	13.87	4.16				14.00	4.09			
พฤติกรรมการใช้ยา										
กลุ่มทดลอง	21.23	3.00	5.13	3.50 to 6.76	<0.001	37.73	2.92	11.53	9.95 to 13.12	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	26.37	3.29				26.20	3.19			

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 27.17, 95% CI = 5.44 ถึง 48.89, p-value = 0.015) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ระดับน้ำตาล ในเลือด	ก่อนการทดลอง (n=30)					หลังการทดลอง (n=30)				
	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95% CI	p - value	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95% CI	p - value
กลุ่มทดลอง	168.47	37.49		-12.06 to 11.53	0.332	128.47	14.71		5.44 to 27.17	0.015
กลุ่มเปรียบเทียบ	156.93	52.53		35.12		155.64	57.61		48.89	

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสม ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเข้าถึงข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 15.27, 95% CI = 14.00 ถึง 16.53, p-value < 0.001) การเข้าใจข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 15.10, 95% CI = 13.80 ถึง 16.39, p-value < 0.001) การได้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนการใช้ยาแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 15.03, 95% CI = 13.50 ถึง 16.56, p-value < 0.001) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติใช้ยาแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 13.17, 95% CI = 11.81 ถึง 14.53, p-value < 0.001) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้ยาแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 10.33, 95% CI = 8.71 ถึง 11.95, p-value < 0.001) การบอกต่อการใช้ยาอย่างเหมาะสมแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 9.57, 95% CI = 8.49 ถึง 10.63, p-value < 0.001) และพฤติกรรมการใช้ยาแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 16.50, 95% CI = 15.16 ถึง 17.84, p-value < 0.001) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยา ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความรอบรู้ ด้านสุขภาพ และพฤติกรม การใช้ยาอย่าง เหมาะสม	กลุ่มทดลอง (n=30)					กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)				
	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95% CI	p -value	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95% CI	p - value
การเข้าถึงข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยา										
ก่อนการทดลอง	8.63	3.24		14.00		9.60	2.55		-0.03	
หลังการทดลอง	23.90	1.39	15.27	to 16.53	<0.001	9.53	2.50	0.07	to 0.16	0.161

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ความรู้ ด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การใช้อย่าง เหมาะสม	กลุ่มทดลอง (n=30)					กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)				
	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95% CI	p-value	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95% CI	p-value
เข้าใจข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยา										
ก่อนการทดลอง	8.60	3.07		13.80		9.77	3.21		-0.05	
หลังการทดลอง	23.70	1.32	15.10	to 16.39	<0.001	9.87	3.23	0.10	to 0.25	0.184
การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนการใช้ยา										
ก่อนการทดลอง	8.47	3.17		13.50		9.70	4.00		-0.05	
หลังการทดลอง	23.50	1.79	15.03	to 16.56	<0.001	9.80	3.96	0.10	to 0.25	0.184
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติใช้ยา										
ก่อนการทดลอง	10.00	3.59		11.81		12.70	12.70		-0.03	
หลังการทดลอง	23.17	1.34	13.17	to 14.53	<0.001	12.83	12.83	0.13	to 0.30	0.103
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้ยา										
ก่อนการทดลอง	10.83	2.97		8.71 to		12.23	3.04		-0.06	
หลังการทดลอง	21.17	2.82	10.33	11.95	< 0.001	12.37	2.86	0.13	to 0.32	0.161
การบอกต่อการใช้อย่างเหมาะสม										
ก่อนการทดลอง	12.03	2.95		8.49 to		13.87	4.16		-0.56	
หลังการทดลอง	21.60	1.53	9.57	10.63	<0.001	14.00	4.09	0.13	to 0.32	0.161
พฤติกรรมการใช้ยา										
ก่อนการทดลอง	21.23	3.00		15.16		26.37	3.29		-0.05	
หลังการทดลอง	37.73	2.92	16.50	to 17.84	<0.001	26.20	3.19	0.17	to 0.39	0.134

4. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 40, 95% CI = 29.57 ถึง 50.43, p-value < 0.001) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ระดับน้ำตาล ในเลือด	กลุ่มทดลอง (n=30)					กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)				
	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95% CI	p - value	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95% CI	p - value
ก่อนการทดลอง	168.47	37.49		29.57		156.93	52.53		-20.59	
หลังการทดลอง	128.47	14.71	40	to 50.43	<0.001	155.63	57.60	1.30	to 23.19	0.904

อภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสม จากผลการศึกษา ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสมแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสม สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 11.53 คะแนน ซึ่งการที่มีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้นนั้น เกิดจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วย HAUKAO Model ซึ่งมีการติดตามการปฏิบัติด้วยการเยี่ยมบ้าน และตลอดระยะเวลา 10 สัปดาห์ ได้มีการทบทวนความรู้ รวมถึงสรุปการเรียนรู้ในแต่ละสัปดาห์ที่ดำเนินกิจกรรมเป็นไปตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ที่กล่าวว่า ความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อให้มีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การโต้ตอบซักถาม การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อด้านสุขภาพ ซึ่งจะทำให้บุคคลสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม และบอกต่อข้อมูลที่ถูกต้องให้กับคนในชุมชนนำไปปฏิบัติแล้วเกิดผลดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยมนต์ รัตนผ่องใส, สุนีย์ ละกะปิ่น, และ ปาหนัน พิษยัญญ์⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพด้านการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) และผลการศึกษาของ Mohsen, El-Aal, Hassan, & El-Abbassy⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพต่อการรับประทานยาของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า การรับประทานยาสม่ำเสมอ เมื่อเทียบกับก่อนให้ยาและกลุ่มควบคุม อีกทั้งยังมีการปรับปรุงความรู้และแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา และการศึกษาของ เพลินดา พิพัฒน์สมบัติ, เรณู ชวัญยืน, และ จตุรดา จรรย์รัตนกุล⁽¹²⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความร่วมมือการใช้ยาในผู้สูงอายุไทย ประกอบด้วยกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพที่ดี สอนการใช้แผนภาพกำกับตนเองในการใช้ยา ติดตามการใช้แผนภาพกำกับตนเองในการใช้ยา ติดตามความร่วมมือการใช้ยา การให้ความรู้เรื่องโรค และความรู้เรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุ วิธีการนับเม็ดยา การสังเกตอาการด้วยตนเอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการใช้ยาระดับปานกลางถึงสูง ร้อยละ 88.57 และมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังทดลอง ($\bar{X}$ = 6.88, S.D. = 1.02) มากกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X}$ = 6.47, S.D. = 1.45)

การเข้าถึงข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยา จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเข้าถึงข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสม แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนการเข้าถึงข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสมสูงกว่าก่อนการทดลองเท่ากับ 15.27 คะแนน และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเข้าถึงข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสมแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 14.37 คะแนน ซึ่งการที่มีคะแนนการเข้าถึงข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้นนั้น เกิดจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรม การเข้าถึงข้อมูลการใช้ยาอย่างเหมาะสม (A: Access) ประกอบไปด้วย กิจกรรมบรรยายเรื่องความหมาย ประโยชน์ วิธีค้นหาข้อมูลอย่างเป็นระบบจากสื่อ social media เช่น Google, Line, Facebook และ TikTok กิจกรรมฝึกปฏิบัติการช่องทางการเข้าถึงข้อมูลด้วยเกมฝึกทักษะช่องทางการเข้าถึงข้อมูล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภคณ แสนเตชะ และ ประจวบ แผลมหลัก⁽¹³⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลแม่ปืม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการเข้าถึงแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบและก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Seangpraw et al.⁽¹⁴⁾ ได้ศึกษาผลของความรู้ด้านสุขภาพต่อระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมและการทำงานของไตในผู้สูงอายุไทย ผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานประเภท 2 พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการเข้าถึงแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

การเข้าใจข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสม จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเข้าใจข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสม แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนการเข้าใจข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสมสูงกว่าก่อนการทดลองเท่ากับ 15.1 คะแนน ซึ่งการที่มีคะแนนการเข้าใจข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้นนั้น เกิดจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรม การเข้าใจข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสม (K: knowledge) ประกอบไปด้วยกิจกรรม สร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา โดยการชมสื่อวีดิทัศน์ ฝึกทักษะจดจำการใช้ยาอย่างเหมาะสมให้เข้าใจโดยใช้ Key message และกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้ยาโดยการบอกเล่าประสบการณ์การใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนารณ กัลารบ, อรพินท์ สีขาว, และ ชฎาภา ประเสริฐทรง⁽¹⁵⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการเข้าใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐพล ผลโยน⁽¹⁶⁾ ได้ศึกษาการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการเข้าใจสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนการใช้ยาอย่างเหมาะสม จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนการใช้ยาอย่างเหมาะสม แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนการโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนการใช้ยาอย่างเหมาะสมสูงกว่าก่อนการทดลองเท่ากับ 15.03 คะแนน ซึ่งการที่มีคะแนนการโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนการใช้ยาอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้นนั้น เกิดจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรม การโต้ตอบซักถามและเปลี่ยนการใช้ยาอย่างเหมาะสม (A: Ask) ประกอบไปด้วยกิจกรรม บรรยายเรื่องทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และกิจกรรม “เธอถามฉันตอบ” ฝึกทักษะการโต้ตอบซักถามกับเจ้าหน้าที่ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ต้องการที่เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภคณ แสนเตชะ และ ประจวบ แผลมหลัก⁽¹³⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลแม่ปืม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านสื่อสารแตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐพล ผลโยน⁽¹⁶⁾ ศึกษาการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

ด้านการใช้อย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการโต้ตอบซักถามสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

การตัดสินใจเลือกปฏิบัติใช้อย่างเหมาะสม จากผลการศึกษา ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติใช้อย่างเหมาะสมแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติใช้อย่างเหมาะสมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 10.33 คะแนน ซึ่งการที่มีคะแนนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติใช้อย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้นนั้น เกิดจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการตัดสินใจเลือกปฏิบัติใช้อย่างเหมาะสม (H: Heart) ประกอบไปด้วยกิจกรรม เปรียบเทียบสถานการณ์ด้านการใช้ยาของตนเองในอดีตและปัจจุบัน และกิจกรรม “ตัวฉันในอนาคต” กำหนดทางเลือกในการใช้ยาเพื่อให้มีสุขภาพดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภคภณ แสนตะชะ และ ประจวบ แผลมหลัก⁽¹³⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลแม่ปืม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการตัดสินใจแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบและก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนารณ กัลารบ, อรพินท์ สีขาว และ ขวัญภา ประเสริฐทรง⁽¹⁵⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการตัดสินใจสูงกว่าก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้อย่างเหมาะสม จากผลการศึกษา ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้อย่างเหมาะสมแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้อย่างเหมาะสมสูงกว่าก่อนการทดลองเท่ากับ 13.17 คะแนน ซึ่งการที่มีคะแนนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้อย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้นนั้น เกิดจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้อย่างเหมาะสม (U: Use) ประกอบไปด้วยกิจกรรมกลุ่ม “คำมั่นสัญญา” ตั้งเป้าหมายและวางแผนการใช้อย่างเหมาะสม กิจกรรมฝึกปฏิบัติจัดการยาของตนเองผ่านสถานการณ์จำลอง และกิจกรรมติดตามการปฏิบัติใช้อย่างเหมาะสม และติดตามการจัดยาที่เหมาะสมกับตนเองด้วยการเยี่ยมบ้าน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ รัตนารณ กัลารบ, อรพินท์ สีขาว และ ขวัญภา ประเสริฐทรง⁽¹⁵⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูงกว่าก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ณัฐพล ผลโยน⁽¹⁶⁾ ศึกษาการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้อย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

การบอกต่อการใช้อย่างเหมาะสม จากผลการศึกษา ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการบอกต่อการใช้อย่างเหมาะสมแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 7.6 คะแนน และภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการบอกต่อการใช้อย่างเหมาะสมแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง 9.57 คะแนน ซึ่งการที่มีคะแนนการบอกต่อการใช้อย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้นนั้น เกิดจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการบอกต่อการใช้อย่างเหมาะสม (O: Offering) ประกอบไปด้วยกิจกรรม สื่อสาร บอกต่อ แบ่งปันความรู้ ส่งเสริมให้มีการตรวจสอบข้อมูลก่อนนำไปใช้ หรือส่งต่อให้ผู้อื่น และกิจกรรมการบอกเล่าประสบการณ์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐพล ผลโยน⁽¹⁶⁾ ศึกษาการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้อย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(p -value < 0.001) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศุทธิณี วัฒนกุล และคณะ⁽¹⁷⁾ ได้ศึกษาความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการสื่อสาร ของ อสม. หลังการอบรมดีกว่าก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p -value = 0.028)

ระดับน้ำตาลในเลือด จากผลการศึกษา ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 27.17 mg/dL และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าก่อนการทดลอง 40 mg/dL ซึ่งการที่มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงนั้น เกิดจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วย HAUKAO Model ซึ่งหลังจากได้รับโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นในทุกด้าน เมื่อกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น แสดงว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น จึงทำให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นำไปสู่การปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม ส่งผลให้กลุ่มทดลองสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ภคภณ แสนเตชะ และประจวบ แผลมหลัก⁽¹³⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลแม่ปืม อำเภอมือ จังหวัดพะเยา เป็นการศึกษาเชิงทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) อยู่ในเกณฑ์ปกติ และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ รัตนภรณ์ กล้ารบ, อรพินท์ สีขาว และชฎาภา ประเสริฐทรง⁽¹⁵⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

สรุป

1. หลังการทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสมสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)
2. หลังการทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.015)
3. โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วย HAUKAO Model นี้ สามารถนำไปใช้เพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้

1.1 การใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วย HAUKAO Model ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ สามารถจดจำแนวทางในการพัฒนาตนเอง นำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาได้อย่างเหมาะสม ถูกวิธี (ถูกโรค ถูกขนาด ถูกเวลา ถูกบุคคล) ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น พื้นที่ที่มีบริบทคล้ายคลึงกันสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1.2 การใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วย HAUKAO Model ด้านการเข้าใจ ตัดสินใจ และโต้ตอบชักถาม ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสนใจและเข้าใจกระบวนการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรนำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วย HAUKAO Model ต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไปขยายผลในพื้นที่ที่มีบริบทคล้ายคลึงกับพื้นที่วิจัย รวมถึงเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาและนวัตกรรมการไปต่อยอดโดยการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

2.2 ควรมีการติดตามผล ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับน้ำตาลในเลือด และติดตามการปรับขนาดยาของผู้ป่วยเบาหวานที่นำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วย HAUKAO Model ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาจนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและแพทย์พิจารณาปรับขนาดยาได้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค เผยสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลก [ออนไลน์]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 6 กุมภาพันธ์ 2566]. จาก <https://kku.world/09zja>
2. HDC กระทรวงสาธารณสุข [ออนไลน์]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 6 กุมภาพันธ์ 2566]. จาก <https://kku.world/buesq>
3. สุปรียา เสี่ยงดัง. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ [วารสารออนไลน์]. 2560;4(1):191–204.
4. พชร ดวงจันทร์. พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชน. วารสารเภสัชกรรมไทย [วารสารออนไลน์]. 2565;15(1):214–26.
5. มุจลินท์ เรืองไพศาล, กรแก้ว จันทภาษา. เหตุผลของความไม่ร่วมมือในการกินยาในมุมมองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 : กรณีศึกษาโรงพยาบาลวชิรภูมิ จังหวัดสกลนคร. วารสารเภสัชกรรมไทย [วารสารออนไลน์]. 2563;12(2):481–93.
6. ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น [ออนไลน์]. 2561[เข้าถึงเมื่อ 6 กุมภาพันธ์ 2566]. จาก <https://kku.world/31i92>
7. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. บริษัทวิทยพัฒน์ จำกัด 52/103-104 บางกะปิสแคว์ ถนนรามคำแหง เขตบางกะปิ กรุงเทพฯ: บริษัท ส.เอเชียเพรส (1989) จำกัด 143, 145 ขอยรามคำแหง 42 แขวงหัวหมาก เขตบางกะปิ กรุงเทพฯ; 2558.
8. วิชัย เทียนถาวร. ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในประเทศไทย : นโยบายสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2566.
9. Best JW. Research in education. 3rd edition. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall; 1977. 403 p.
10. ปิยมนต์ รัตนผ่องใส, สุนีย์ ละกะปิ่น, ปาหนัน พิษยภิญโญ. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในการใช้ยาต่อความฉลาดทางสุขภาพ ด้านการใช้ยาและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. วารสารสภาการพยาบาล [วารสารออนไลน์]. 2559;31(4):50–62.
11. Mohsen MM, El-Aal BGA, Hassan SS, El-Abbassy AA. Effect of Health Literacy Intervention on Medication Adherence among Older Adults with Chronic Diseases. Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology. 2021 Aug 16;15(4):1662–9.
12. เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ, เรณู ขวัญเย็น, จตุรดา จิรารัตนกุล. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความร่วมมือการใช้ยาในผู้สูงอายุไทย. วารสารเกื้อการุณย์ [วารสารออนไลน์]. 2565;29(1):89-102.

13. ภคณ แสงเตชะ, ประจวบ แหลมหลัก. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลแม่ปืม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วารสารสุขศึกษา [วารสารออนไลน์]. 2563;43(2):150-64.
14. Seangpraw K, Ong-Artborirak P, Boonyathee S, Bootsikeaw S, Kantow S, Panta P, et al. Effect of Health Literacy Intervention on Glycemic Control and Renal Function Among Thai Older Adults at Risk of Type 2 Diabetes Mellitus. CIA. 2023 Sep;Volume 18:1465-76.
15. รัตนภรณ์ กล้ารบ, อรพินท์ สีขาว, ชฎาภา ประเสริฐทรง. ผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารพยาบาลทหารบก [วารสารออนไลน์]. 2564;22(3):274-83.
16. ณัฐพล ผลโยน. การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้อย่างสมเหตุผลของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร [วารสารออนไลน์]. 2566 May 25;26(1):89-100.
17. ศุทธิณี วัฒนกุล, ศศิธร ชิดน้าย, พิเชษฐ์ แซ่โซว, ดำริห์ ทริยะ, ศิวีไล ปันวารินทร์, พรฤดี นิธิรัตน์. ความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ [วารสารออนไลน์]. 2563;12(2):72-82.

ประสิทธิผลของโปรแกรมอาชีวสุศึกษาต่อความรู้และพฤติกรรมในการป้องกัน การรับสัมผัสตะกั่วของพนักงานผลิตโครงแผ่นธาตุ โรงงานผลิตแบตเตอรี่แห่งหนึ่ง ในจังหวัดสมุทรปราการ

ชัยณรงค์ โกวิทพิพัฒน์¹ ทนงค์ดี ยิ่งรัตนสุข² อนามัย เทศกะทีก^{3*}

¹นิสิต หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์อุตสาหกรรมและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

^{3*}ศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์อุตสาหกรรมและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมอาชีวสุศึกษาต่อความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วของพนักงานผลิตโครงแผ่นธาตุในโรงงานผลิตแบตเตอรี่แห่งหนึ่งของจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 21 คน โดยโปรแกรมอาชีวสุศึกษาฯ ได้นำแนวความคิดทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาบูรณาการในการจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วเป็นเวลา 12 สัปดาห์ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการทำงาน อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้เรื่องโรคพิษตะกั่ว และแบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่ว ส่วนเครื่องมือที่ใช้สำหรับการทดลอง ได้แก่ คู่มือเรื่องโรคพิษตะกั่ว แผนกิจกรรมระหว่างหัวหน้างานและพนักงาน การสื่อสารเตือนผ่านไลน์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างและเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานระดับวิชาชีพ แบบบันทึกพฤติกรรมในการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการทดลองพบว่า ระดับความรู้เฉลี่ยก่อนและภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมอาชีวสุศึกษาฯ พนักงานมีคะแนนความรู้เรื่องโรคพิษตะกั่ว เท่ากับ 10.38 และ 15.17 คะแนน ตามลำดับ ส่วนระดับด้านพฤติกรรมในการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่ว พบว่าก่อนและภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมอาชีวสุศึกษาฯ พนักงานมีคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วก่อนและภายหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมอาชีวสุศึกษาฯ เฉลี่ย เท่ากับ 38.71 และ 61.09 คะแนน ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้และพฤติกรรมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอาชีวสุศึกษาฯ พบว่าพนักงานมีความรู้เรื่องโรคพิษตะกั่วและมีพฤติกรรมในการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอาชีวสุศึกษาฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ องค์กรสามารถใช้แผนโครงการการศึกษาอาชีวอนามัยเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสสารตะกั่วได้ เนื่องจากเมื่อพนักงานมีความรู้เกี่ยวกับพิษตะกั่ว พนักงานก็จะตระหนักถึงพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสสารตะกั่วอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: อาชีวสุศึกษา/ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ ตะกั่ว/ พนักงานโรงงานแบตเตอรี่/ สมุทรปราการ

Effectiveness of Occupational Health Education Program on Knowledge and Behavior in Lead Exposure Prevention among Plate Frame Production Workers in Battery factory, Samut Prakan Province

Chainarong Kowitchutiwat¹ Tanongsak Yingratanasuk² Anamai Thetkathuek^{3*}

¹ Master of Science, Occupational Health and Safety Program, Faculty of Public Health, Burapha University

²Asst. Prof., Department of Industrial Hygiene and Safety, Faculty of Public Health, Burapha University

³Prof., Department of Industrial Hygiene and Safety, Faculty of Public Health, Burapha University

Abstract

This research is quasi-experimental research. The objective is to study the effect of the occupational health education program on knowledge and behavior in preventing lead exposure of 21 employees in the production of sheet plates in a battery factory, Samut Prakan Province. The occupational health education program integrated the concept of the behavior modification process theory into organizing activities to change behavior in preventing lead exposure for 12 weeks. Data were collected using questionnaires, including personal information, work history, personal dust protection equipment, a knowledge assessment form on lead poisoning, and a behavior assessment form for preventing lead exposure. The instruments used for the experiment were a lead poisoning manual, an activity plan between supervisors and employees, a LINE warning communication between the sample group and professional occupational safety officers, and a record of behavior for preventing lead exposure of the sample group.

The results of the experiment found that the average knowledge level before and after joining the occupational health education program was 10.38 and 15.17 points, respectively. As for the behavior level for preventing lead exposure, it was found that before and after participating the occupational health education program, the average score of behavior for preventing lead exposure of the employees before and after participating the occupational health education program was 38.71 and 61.09 points, respectively. The results of the comparison of knowledge and behavior levels before and after involving the occupational health education program found that employees had knowledge about lead poisoning and had better preventive behaviors than before involving the occupational health education program with statistical significance ($p < .05$).

Recommendations the organization can use the occupational health education project plan to change the behaviors to prevent lead exposure because when employees gain knowledge about lead poisoning, they will become aware of the action necessary to prevent lead exposure in a sustainable way.

Keywords: Occupational health education/ Behavior modification/ Lead/ Battery factory employees/ Samut Prakan

*Corresponding author: Anamai Thetkathuek, email: anamai@buu.ac.th, anamai@go.buu.ac.th, Tel.: 08 1692 1013

Received: August 15, 2024/ Revised: October 21, 2024/ Accepted: October 21, 2024

บทนำ

โรคพิษตะกั่วเป็นโรคจากการประกอบอาชีพที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขมานาน จากรายงานในปี ค.ศ. 2016 สถาบันเพื่อการวัดผลและประเมินผลด้านสุขภาพ (Institute for health metrics and evaluation: IHME) ซึ่งเป็นสถาบันวิจัยของมหาวิทยาลัยวอชิงตัน ได้คาดการณ์ภาระโรค (Burden disease) ว่า ในปี ค.ศ. 2016 ประชากรโลกเสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง 540,000 ราย และมีดัชนีวัดความสูญเสียทางสุขภาพ (Disability-adjusted life years: DALYs) ที่สูญเสียไปเนื่องจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Years of healthy life lost) ระบุว่าสาเหตุมาจากการได้รับสัมผัสตะกั่ว (Lead exposure) ร้อยละ 63.8⁽¹⁾ สถานการณ์โรคพิษตะกั่วจากการประกอบอาชีพในประเทศไทย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้รายงานผู้ป่วยโรคพิษจากสารโลหะ ใน พ.ศ. 2564 พบว่ามีผู้ป่วยโรคพิษจากสารโลหะหนักรวม 131 ราย อัตราป่วย 0.20 ต่อประชากรแสนคน พบว่าเป็นโรคพิษตะกั่ว 19 ราย (ร้อยละ 14.50) โดยพบว่าการรับสัมผัสตะกั่วในผู้ใหญ่ผ่านทางเดินหายใจร้อยละ 80 และทางการกินร้อยละ 10 - 15⁽²⁾

ตะกั่วเป็นโลหะหนักที่นำมาใช้ในงานอุตสาหกรรมอย่างกว้างขวาง เช่น การทำแบตเตอรี่รถยนต์ การผลิตสี การทำเครื่องเคลือบดินเผา และอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น โดยเฉพาะการผลิตแบตเตอรี่มีการขยายตัวมากขึ้นตามการผลิตรถยนต์ จากรายงานสถิติการผลิตรถยนต์ทุกประเภทในเดือนกันยายน พ.ศ. 2565 มียอดการผลิตต่อเนื่องสูงขึ้นร้อยละ 27.9 จึงทำให้ยอดการผลิตแบตเตอรี่สำหรับรถยนต์มียอดการผลิตสูงตาม⁽³⁾ ซึ่งรถยนต์แต่ละคันมีส่วนประกอบจำนวนมาก ส่วนประกอบที่สำคัญและมีความจำเป็นของรถยนต์อย่างหนึ่งคือ แบตเตอรี่ ที่ทำหน้าที่จ่ายพลังงานไฟฟ้าให้กับอุปกรณ์ต่างๆ ภายในรถยนต์ เช่น จ่ายพลังงานไฟฟ้าให้กับมอเตอร์สตาร์ทเพื่อทำการติดเครื่องยนต์ จ่ายพลังงานไฟฟ้าให้กับระบบส่องสว่าง อุปกรณ์อำนวยความสะดวก และอุปกรณ์ความบันเทิงต่างๆ ตามลำดับ⁽³⁾

พนักงานมีโอกาสรับสัมผัสตะกั่วขณะปฏิบัติงานจากกระบวนการผลิตแบตเตอรี่ 3 ช่องทาง คือ 1) ทางการหายใจเป็นเส้นทางหลักในการรับตะกั่วเข้าสู่ร่างกาย 2) ทางปาก จากพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องและการปนเปื้อนในอาหาร น้ำดื่ม และ 3) ทางผิวหนัง⁽⁴⁾ จนอาจทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพได้ โดยผลกระทบแบบเฉียบพลัน (Acute effect) เกิดจากการรับสัมผัสสารตะกั่วปริมาณมากในระยะเวลาสั้น แต่พบไม่บ่อยนัก โดยระดับตะกั่วในเลือดมีค่าอยู่ระหว่าง 100 - 200 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร (μg/dL) มักพบอาการ ได้แก่ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องอย่างรุนแรง ท้องผูก ภาวะซีด ความคิดสับสน ทำลายไตและสมอง ชัก หมดสติ เสียชีวิต⁽⁵⁾ ผลกระทบต่อสุขภาพแบบเรื้อรัง (Chronic effect) เป็นภาวะพิษจากการรับสัมผัสตะกั่วปริมาณน้อยและได้รับสัมผัสซ้ำๆ ในระยะเวลานาน อาการผิดปกติแปรตามระดับตะกั่วในร่างกาย เช่น ระดับตะกั่วในเลือดมีค่าอยู่ระหว่าง 40 - 60 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร ทำให้เกิดอาการทางระบบต่างๆ ได้แก่ ระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย ระบบทางเดินอาหาร⁽⁶⁾ ระบบการสร้างเม็ดเลือด⁽⁷⁾ และระบบไต⁽⁸⁾

ปัจจัยเสี่ยงของตะกั่วเข้าสู่ร่างกายขึ้นอยู่กับหลายประการด้วยกัน ได้แก่ ปริมาณของสารเคมี ระยะเวลา และความถี่การรับสัมผัสสารเคมีเข้าสู่ร่างกาย⁽⁹⁾ นอกจากนี้พนักงานขาดความรู้เกี่ยวกับโรคตะกั่ว ทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วไม่เหมาะสม⁽¹⁰⁾ โดยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ต่อระดับตะกั่วในเลือด⁽¹¹⁾ พนักงานไม่ตระหนักถึงการป้องกันการรับสัมผัสสารตะกั่ว ไม่มีการสวมใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลที่จำเป็น เช่น หน้ากากกันสารเคมี ถุงมือ รวมทั้งสุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดีพอ เช่น การสูบบุหรี่⁽¹²⁾ และการรับประทานอาหารระหว่างการปฏิบัติงานโดยไม่ได้ล้างมือก่อน และไม่เปลี่ยนชุดในการทำงานก่อนและหลังปฏิบัติงาน จนทำให้เกิดการสะสมอยู่ในกระแสเลือดและส่งผลกระทบต่อร่างกาย^(3,10)

การดูแลสุขภาพของพนักงานกลุ่มเสี่ยงที่ปฏิบัติงานกับสารตะกั่ว สามารถทำได้โดยการควบคุมด้านวิศวกรรม (Engineering controls) เครื่องจักรควรเป็นระบบปิดแยกบริเวณกระบวนการผลิต จัดระบบระบายอากาศและระบบกำจัดไอและฝุ่นตะกั่ว การควบคุมด้านการบริหารจัดการ (Administrative controls) คือ การลดเวลาการรับสัมผัสตะกั่ว การสับเปลี่ยนหน้าที่การทำงานเป็นระยะๆ การจัดการเรื่องความสะอาดในโรงงาน การจัดสถานที่รับประทานอาหาร ดื่มน้ำ

ส่วนบุคคล การควบคุมด้านการปฏิบัติงาน (Work practice controls) และการควบคุมด้านการป้องกันส่วนบุคคล (Personal protective controls) คือ การปฏิบัติงานอย่างถูกต้องตามระเบียบขั้นตอนที่กำหนดไว้ การสวมใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล และการดูแลลักษณะของตนเองให้ถูกต้องเหมาะสม⁽¹³⁾ ถ้าพนักงานไม่ปฏิบัติงานตามขั้นตอนวิธีการปฏิบัติงาน และยังมีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากตะกั่วไม่ดีพอ จะส่งผลให้มีระดับตะกั่วในเลือดสูง ดังนั้นในทางปฏิบัติจริงนั้น การควบคุมด้านการบริหารรวมกับการควบคุมด้านการปฏิบัติงานและการควบคุมด้านการป้องกันส่วนบุคคล จะช่วยให้ลดการสัมผัสตะกั่วได้⁽⁴⁾

การเฝ้าระวังสภาพแวดล้อมในการทำงาน และการเฝ้าระวังสุขภาพของพนักงานเป็นอีกบทบาทหนึ่งที่สำคัญของนักอาชีวอนามัย 1) ด้านการเฝ้าระวังสภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยการประเมินระดับความเข้มข้นตะกั่วในบรรยากาศการทำงานไม่ให้เกินค่ามาตรฐานตามประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน ที่ได้ออกกฎหมายกำหนดขีดจำกัดความเข้มข้นของตะกั่วเฉลี่ยในบรรยากาศการทำงานตลอดระยะเวลาการทำงานปกติ ต้องไม่เกิน 0.05 มิลลิกรัมต่อลูกบาศก์เมตร⁽⁴⁾ 2) การเฝ้าระวังสุขภาพ โดยการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง โดยกระทรวงอุตสาหกรรม และกระทรวงสาธารณสุขได้แนะนำระดับตะกั่วในเลือดของลูกจ้างที่ทำงานสัมผัสกับตะกั่วไม่ควรเกิน 30 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร⁽³⁾ หากลูกจ้างมีระดับตะกั่วในเลือดตั้งแต่ 60 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร และมีอาการผิดปกติให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคพิษตะกั่ว นายจ้างต้องดำเนินการรักษาพยาบาลแก่ลูกจ้างทันทีที่ทราบผล⁽¹⁰⁾

ข้อมูลการเฝ้าระวังระดับตะกั่วในเลือดจากผลการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงประจำปี พ.ศ. 2565 ของพนักงานผลิตโครงแผ่นธาตุโรงงานผลิตแบตเตอรี่ในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า พนักงานมีระดับตะกั่วในเลือดอยู่ระหว่าง 30 - 39 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 4.91 ระดับตะกั่วในเลือดอยู่ระหว่าง 40 - 59 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร และระดับตะกั่วในเลือดอยู่ระหว่าง 60 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร จำนวน 6 และ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.05 และ 0.17 ตามลำดับ และข้อมูลการตรวจระดับตะกั่วในบรรยากาศปี พ.ศ. 2564 ค่าระดับตะกั่วในบรรยากาศเท่ากับ 0.02 มิลลิกรัมต่อลูกบาศก์เมตร และ พ.ศ. 2565 ค่าระดับตะกั่วในบรรยากาศเท่ากับ 0.01 มิลลิกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ซึ่งไม่เกินเกณฑ์มาตรฐาน (ค่ามาตรฐานตะกั่วบรรยากาศไม่เกิน 0.05 มิลลิกรัมต่อลูกบาศก์เมตร)

บทบาทหนึ่งที่สำคัญของเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงาน คือ การให้ความรู้และคำแนะนำแก่พนักงาน หรือจัดทำโปรแกรมอาชีวสุขศึกษา ซึ่งเป็นการศึกษาการควบคุมทางการบริหารจัดการร่วมกับการป้องกันอันตรายส่วนบุคคล เพื่อให้พนักงานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการสัมผัสตะกั่วให้เหมาะสม โดยนำแนวคิดของ Prochaska, Norcross & DiClemente⁽¹⁴⁾ ที่มีแนวคิดเกี่ยวกับความตั้งใจและความพร้อมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stages of change) มีสาเหตุมาจากสหปัจจัย (Multiple factor) โดยวิเคราะห์สาเหตุพฤติกรรมของพนักงานที่เกิดจากปัจจัยภายในตัวของพนักงานเอง คือ การขาดความรู้ ขาดความตระหนักในการป้องกันการสัมผัสตะกั่ว และปัจจัยภายนอก คือ การบริหารจัดการสถานที่สิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ป้องกันไม่เพียงพอ รวมถึงนโยบายที่เอื้อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสตะกั่วของพนักงาน โดยกำหนดกลยุทธ์การให้สุขศึกษาร่วมกับนโยบายขององค์กร โดยสร้างขึ้นเป็นโปรแกรมอาชีวสุขศึกษา⁽¹⁰⁾ การสร้างโปรแกรมอาชีวสุขศึกษา กิจกรรมเกิดจากการวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยต่างๆ ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรม หรือโรคที่มีลักษณะเป็นหุปัจจัย ทั้งปัจจัยด้านสังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ และระบาดวิทยา โดยใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Transtheoretical model) กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คือความรู้สึกรู้สึกคิดและกระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรมที่ใช้ในระยะเริ่มคิดเริ่มตัดสินใจเป็นกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม⁽¹⁵⁾

ผลจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีช่องว่างในการศึกษาวิจัย (Research gap of knowledge) เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขอนามัย เพื่อการป้องกันการสัมผัสตะกั่ว ที่ยังขาดการต่อเนื่องในการควบคุมพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสตะกั่ว ผู้วิจัยจึงสนใจสร้างโปรแกรมอาชีวสุขศึกษา โดยประยุกต์จากทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical Model/ Stage of Change Model) ของ Prochaska, Norcross & DiClemente⁽¹⁴⁾ ประกอบด้วย

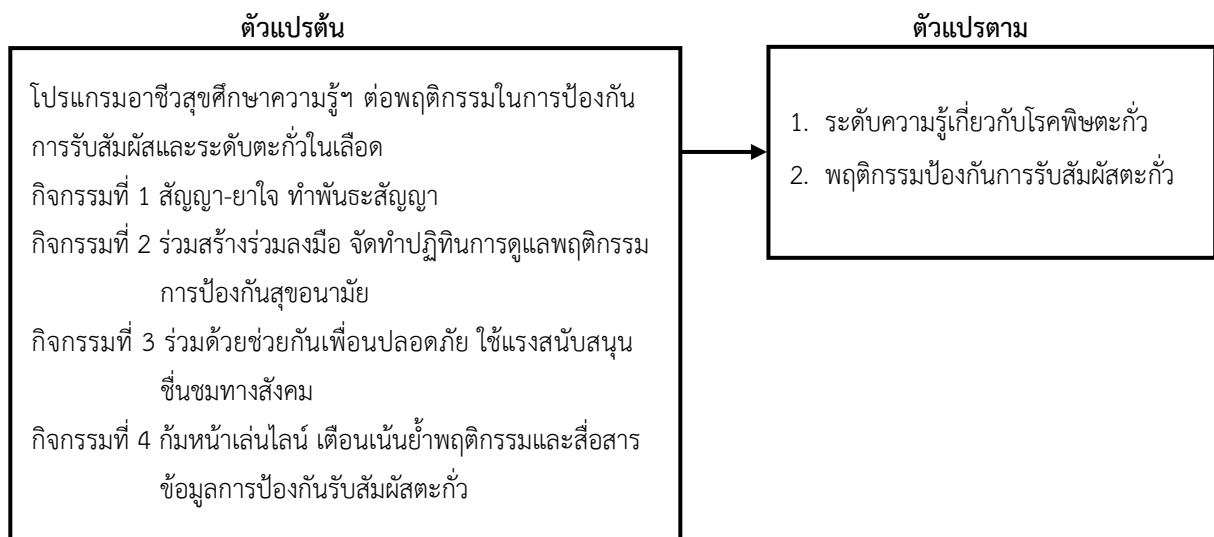
กิจกรรมส่งเสริมที่ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ 1) การประเมินตนเองและตัดสินใจสร้างเสริมพฤติกรรม การป้องกันการรับสัมผัสตะกั่ว 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษตะกั่ว เช่น ช่องทางการรับสัมผัสตะกั่ว พิษของโรคตะกั่วและ วิธีการป้องกันเกี่ยวกับการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันคุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลและสุขอนามัยส่วนบุคคล 3) การทำ พันธะสัญญาและกำหนดเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่ว 4) การหาแรงสนับสนุนทาง สังคม 5) การให้แรงเสริม ชื่นชมและกำลังใจพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วอย่างต่อเนื่อง 6) การลดอุปสรรคในการ สร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสและร่วมหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน 7) การประเมินผลเพื่อให้ความสำคัญของการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วอย่างต่อเนื่อง

ผู้วิจัยจึงมุ่งเน้นศึกษาในกลุ่มพนักงานผลิตโครงแผ่นธาตุ โรงงานผลิตแบตเตอรี่แห่งหนึ่งของจังหวัดสมุทรปราการ ที่มีระดับตะกั่วในเลือดตั้งแต่ 30 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังไม่ให้เกิดโรคพิษตะกั่วและ เพื่อให้พนักงานกลุ่มเสี่ยงมีสุขภาพที่ดีและปลอดภัยจากพิษตะกั่วได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพิษตะกั่วกับระดับตะกั่วในเลือดก่อนและหลังการใช้โปรแกรม อาชีวสุขศึกษาของพนักงานผลิตโครงแผ่นธาตุ ในโรงงานผลิตแบตเตอรี่แห่งหนึ่งของจังหวัดสมุทรปราการ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมในการป้องกันการรับสัมผัสกับระดับตะกั่วในเลือดก่อนและหลังการใช้โปรแกรม อาชีวสุขศึกษาของพนักงานผลิตโครงแผ่นธาตุ ในโรงงานผลิตแบตเตอรี่แห่งหนึ่งของจังหวัดสมุทรปราการ

กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยเป็นการศึกษาแบบหนึ่งกลุ่มวัดผล ก่อน-หลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมอาชีวสุขศึกษาต่อความรู้เกี่ยวกับโรคพิษตะกั่วและ พฤติกรรมในการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วของพนักงานผลิตโครงแผ่นธาตุ โรงงานผลิตแบตเตอรี่แห่งหนึ่งในจังหวัด สมุทรปราการ ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลอยู่ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พนักงานผลิตโครงแผ่นธาตุ โรงงานผลิตแบตเตอรี่แห่งหนึ่งใน จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 35 คน
เกณฑ์คัดเลือกตัวอย่าง คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์ Power analysis of sample size โดยใช้โปรแกรม G-Power พิจารณาจาก Means: Difference between two dependent means (Matched pairs) กำหนดค่าแอลฟา 0.05 ใช้ค่า Power 0.8 และ Effect size ตาม Cohen คือ 0.5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 19 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง เช่น การลาออกจากงาน การลาหยุดระยะเวลานานกว่า 7 วัน ในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมอาชีวสุขภาพ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 21 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) มีระดับตะกั่วในเลือดมากกว่า 30 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร 2) อายุการปฏิบัติงานในโรงงานอย่างน้อย 30 วัน ขึ้นไป 3) ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยที่มีผลต่อระดับตะกั่วในเลือด เช่น การรักษาด้วยยาลดกรด 4) มีความยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่ แบบสอบถาม 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ คำถามปลายปิด-เปิด ส่วนที่ 2) ประสบการณ์ทำงาน จำนวน 3 ข้อ คำถามปลายปิด-เปิด ส่วนที่ 3) การสวมใส่อุปกรณ์หน้ากากป้องกันฝุ่น จำนวน 6 ข้อ คำถามแบบเลือกตอบ ส่วนที่ 4) แบบประเมินพฤติกรรมต่อการรับสัมผัสสารตะกั่ว จำนวน 15 ข้อ การตอบ 5 ระดับ (1 - 5 คือ ไม่ปฏิบัติเลย-ปฏิบัติทุกวัน) แปลผลคะแนนรวมเทียบกับเกณฑ์ คือ 0 - 51 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับควรปรับปรุง 51 - 62.9 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง 63 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ส่วนที่ 5) แบบประเมินความรู้เรื่องโรคพิษตะกั่วจำนวน 20 ข้อ การตอบให้พิจารณาตอบแบบถูกผิด แปลผลคะแนนรวมเทียบกับเกณฑ์ คือ 0 - 12 คะแนน หมายถึง ความรู้ในระดับต่ำ 12 - 15.9 คะแนน หมายถึง ความรู้ในระดับปานกลาง 16 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ความรู้ในระดับสูง ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมอาชีวสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันการรับสัมผัสและระดับตะกั่วในเลือดของพนักงาน ประยุกต์มาจากทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Transtheoretical model) โดยใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คือความรู้สึกรู้สึกคิดและกระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรมที่ใช้ในระยะเริ่มคิดเริ่มตัดสินใจ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) คู่มือเรื่องโรคพิษตะกั่ว 2) แผนกิจกรรมกลุ่ม 3) ข้อความแจ้งเตือนทาง Application Line Official และ 4) แบบบันทึกพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสำหรับพนักงาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 2 ส่วน ด้วยการประเมินหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญเป็นแพทย์อาชีวเวชศาสตร์และอาจารย์ทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้ (Tryout) กับพนักงานผลิตแบตเตอรี่ในโรงงานแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบว่า แบบประเมินพฤติกรรมต่อการรับสัมผัสสารตะกั่ว มีความเชื่อมั่น 0.93 และแบบประเมินความรู้เรื่องโรคพิษตะกั่ว มีความเชื่อมั่น 0.87 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับดีมาก

ขั้นตอนการวิจัย

ขั้นตอนการวิจัย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การเตรียมการวิจัย

1.1 ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานระดับวิชาชีพ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัยกำหนดวันเวลาเริ่มทำกิจกรรม

1.2 นัดพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง ขอความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย และมีสิทธิยกเลิกเข้าร่วมกิจกรรม

1.3 จัดเตรียมเอกสารและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การสอบถามกลุ่มตัวอย่างแผนกผลิตแผ่นโครงแผ่นธาตุ จำนวน 21 คน และเก็บตัวอย่างเลือดก่อนเริ่มการวิจัย

2. การดำเนินการเก็บข้อมูล

2.1 เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม ซึ่งการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามโดยผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานระดับวิชาชีพ เพื่อเก็บข้อมูลการวิจัยมีขั้นตอนดังนี้ 1) ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามเกี่ยวกับ ข้อมูลส่วนบุคคล ประสิทธิภาพการทำงาน อุปกรณ์หน้ากากป้องกันฝุ่น แบบประเมินพฤติกรรมต่อการรับสัมผัสสารตะกั่ว แบบประเมินความรู้เรื่อง โรคพิษตะกั่ว 2) อธิบายรายละเอียดเนื้อหาและวิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทราบและมีความเข้าใจ 3) เก็บแบบสอบถามกลับจากกลุ่มตัวอย่าง 4) ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

2.2 ดำเนินกิจกรรมการทดลองโปรแกรมอาชีวสุศึกษาต่อความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันการรับสัมผัส และระดับตะกั่วในเลือดของพนักงานผลิตโครงแผ่นธาตุ โรงงานผลิตแบตเตอรี่แห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ โดยใช้เวลาในการทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ชั่วโมง รวม 12 สัปดาห์ (24 ชั่วโมง) ในระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2567 โปรแกรมอาชีวสุศึกษา ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วใช้เวลา ดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) เรื่องโรคพิษตะกั่ว การสวมใส่หน้ากากอนามัยส่วนบุคคลและขั้นตอนการล้างมืออย่างถูกวิธี 7 ขั้นตอน 2) วิเคราะห์พฤติกรรมของตนเอง สรุปประเด็นปัญหาที่ปฏิบัติ ไม่ถูกต้อง 3) วิเคราะห์ผลดีผลเสียต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4) สร้างพันธะสัญญากำหนดเป้าหมายในการดูแลสุขอนามัย การรับสัมผัสตะกั่วแก่ตนเอง สัปดาห์ที่ 2 กลุ่มตัวอย่างจับคู่ เพื่อนช่วยเพื่อนตรวจสอบและบันทึกการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน ส่วนบุคคลและการดูแลสุขอนามัย สัปดาห์ที่ 3 ใช้แรงสนับสนุนชื่นชมทางสังคม ชื่นชมผู้ที่มีพฤติกรรมในการป้องกันการรับสัมผัส อย่างต่อเนื่องและให้กำลังใจ สัปดาห์ที่ 4 เตือนเน้นย้ำพฤติกรรม โดยค้นหาอุปสรรคในการสร้างเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการ รับสัมผัสและร่วมหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน สัปดาห์ที่ 5 - 8 ใช้แรงสนับสนุนชื่นชมทางสังคม พบกลุ่มตัวอย่างสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามประเมินพฤติกรรมในการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วและชื่นชมให้กำลังใจในกิจกรรม Morning talk และ สัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาความรู้โรคพิษตะกั่วและการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วเพื่อเน้นย้ำกลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ ความเข้าใจพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่ว

3. การประเมินผล

ผู้วิจัยได้มีการประเมินผลของกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถามทั้งก่อนและภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม อาชีวสุศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

สถิติเชิงพรรณนาใช้หาจำนวน ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและ เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพิษตะกั่วและพฤติกรรมในการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่ว ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม อาชีวสุศึกษา ด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.5

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย G-HS061/2566 รับรองเมื่อวันที่ 16 ตุลาคม 2566

ผลการวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมอาชีวสุศึกษาต่อความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันการรับสัมผัสและระดับตะกั่ว ในเลือดของพนักงานผลิตโครงแผ่นธาตุ โรงงานผลิตแบตเตอรี่แห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 30 - 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 61.9 รองลงมา มีอายุอยู่ในช่วง 40 - 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3

และกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การทำงานอยู่ในช่วง 6 - 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.1 รองลงมาอยู่ในช่วง 11-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.6 ตามลำดับ (ตารางที่ 1) ส่วนใหญ่การศึกษาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับอนุปริญญา/ปวส. คิดเป็นร้อยละ 57.2 รองลงมาอยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 33.3 ประวัติการสูบบุหรี่พบมีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 71.4 และกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เลือกสูบบุหรี่ในพื้นที่ที่บริษัทฯ จัดให้ คิดเป็นร้อยละ 43.8 ส่วนการสวมใส่อุปกรณ์หน้ากากป้องกันฝุ่น พบว่า พนักงานสวมใส่อุปกรณ์หน้ากากป้องกันฝุ่น คิดเป็นร้อยละ 66.7 โดยส่วนใหญ่ที่สวมใส่อุปกรณ์ชนิดหน้ากากชนิดครึ่งหน้ามีไส้กรอง คิดเป็นร้อยละ 57.1 ระยะเวลาในการสวมใส่อุปกรณ์หน้ากากป้องกันฝุ่นพบว่ากลุ่มตัวอย่างสวมใส่ตลอดเวลาการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 42.9 รองลงมาสวมใส่เฉพาะเวลาที่ทำงานหน้าเครื่องจักรและสวมบางครั้งที่นึกได้ คิดเป็นร้อยละ 28.6 และแหล่งที่มาของอุปกรณ์ป้องกันฝุ่น พบว่าได้รับจากบริษัท คิดเป็นร้อยละ 71.4 และหาซื้อเองจากท้องตลาด คิดเป็นร้อยละ 28.6 และสถานที่เก็บอุปกรณ์ป้องกันฝุ่นหลังจากการใช้งาน พบว่า แหวนไว้ภายในห้องพักระหว่างกะการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 42.8 รองลงมาแขวนไว้ที่เครื่องจักรในพื้นที่ปฏิบัติงานและเก็บไว้ในล็อกเกอร์หรือตู้เก็บเฉพาะที่บริษัทฯ จัดให้ คิดเป็นร้อยละ 28.6 และการทำความสะอาดอุปกรณ์ป้องกันฝุ่นหลังจากการใช้งานพบว่า มีการล้างทำความสะอาด 3 ครั้ง/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมาทำความสะอาด 4 ครั้ง/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 28.6 และทำความสะอาด 2 ครั้ง/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 21.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการทำงาน (n = 21)

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) (n = 21) Min = 25, Max = 46, $\bar{X}$ = 38.0, S.D. = 4.0		
20 – 29	1	4.80
30 – 39	13	61.90
40 – 49	7	33.30
ประสบการณ์การทำงาน (ปี) (n = 21) Min = 6, Max = 21, $\bar{X}$ = 12.0, S.D. = 4.23		
1 – 5	2	9.50
6 – 10	8	38.10
11 – 15	6	28.60
16 – 20	4	19.00
21 – 25	1	4.80
ระดับการศึกษา (n = 21)		
มัธยมศึกษา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	2	9.50
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	12	57.20
ปริญญาตรี	7	33.30
ประวัติการสูบบุหรี่ (n = 21)		
ไม่สูบบุหรี่	6	28.60
สูบบุหรี่	15	71.40
พื้นที่บริเวณที่ท่านเลือกสูบบุหรี่ (n = 15)		
บริเวณภายในพื้นที่การทำงาน	5	31.20
บริเวณที่บริษัทฯ จัดให้สูบบุหรี่	7	43.80
บริเวณจุดพักผ่อนที่บริษัทฯ จัดให้	3	25.00

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
การสวมหน้ากากป้องกันฝุ่น (n = 21)		
ไม่สวมหน้ากากป้องกันฝุ่น	7	33.30
สวมหน้ากากป้องกันฝุ่น	14	66.70
ชนิดอุปกรณ์หน้ากากป้องกันฝุ่น (n = 14)		
หน้ากากครึ่งหน้าชนิดใส่กรอง	8	57.10
หน้ากากคาร์บอนป้องกันสารเคมี	6	42.90
ระยะเวลาการสวมใส่อุปกรณ์หน้ากากป้องกันฝุ่น (n = 14)		
ตลอดเวลาการทำงาน	6	42.90
เฉพาะเวลาที่ทำงานหน้าเครื่องจักร	4	28.60
สวมบางครั้งที่นึกได้	4	28.60
แหล่งที่มาของอุปกรณ์ป้องกันฝุ่นที่ท่านใช้ปัจจุบัน (n = 14)		
ได้จากบริษัท	10	71.40
หาซื้อเองจากท้องตลาด	4	28.60
สถานที่เก็บอุปกรณ์ป้องกันฝุ่นหลังจากการใช้งาน (n = 14)		
แขวนไว้กับเครื่องจักรในพื้นที่ทำงาน	4	28.60
แขวนไว้ในห้องภายในห้องพักระหว่างกะทำงาน	6	42.80
เก็บไว้ในล็อกเกอร์หรือตู้เก็บเฉพาะที่บริษัทจัดให้	4	28.60
ความถี่ในการทำความสะอาดอุปกรณ์ป้องกันฝุ่นหลังจากการใช้งาน (n = 14)		
2 ครั้ง / สัปดาห์	3	21.40
3 ครั้ง / สัปดาห์	7	50.00
4 ครั้ง / สัปดาห์	4	28.60

การศึกษาค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความรู้เรื่องโรคพิษตะกั่วของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอาชีวศึกษา จากตารางที่ 2 พบว่าก่อนให้โปรแกรมอาชีวศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคพิษตะกั่วอยู่ในระดับความรู้น้อย ร้อยละ 85.0 และมีความรู้เกี่ยวกับโรคพิษตะกั่วอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 15 ค่าเฉลี่ย (ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เท่ากับ 10.38 (2.03) และหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคพิษตะกั่วอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 35.0 และมีความรู้เกี่ยวกับโรคพิษตะกั่วอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65.0 ค่าเฉลี่ย (ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เท่ากับ 15.17 (1.77)

ตารางที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพิษตะกั่วของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังให้ โปรแกรมอาชีวศึกษา (n = 21)

ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษตะกั่ว	ระดับ	ร้อยละ	Mean	S.D.	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	ต่ำ	85.0	10.38	2.03	20	14.65	<0.001
	ปานกลาง	15.0					
หลังการทดลอง	ปานกลาง	35.0	15.19	1.77			
	สูง	65.0					

การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังให้โปรแกรมอาชีวสุขศึกษา จากตารางที่ 3 พบว่าก่อนให้โปรแกรมอาชีวสุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วอยู่ในการปฏิบัติตนควรปรับปรุง ร้อยละ 100 ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เท่ากับ 38.71 (2.32) และหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วอยู่ในการปฏิบัติตนปานกลาง ร้อยละ 71.4 และมีพฤติกรรม การป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วอยู่ในการปฏิบัติตนดี ร้อยละ 28.6 ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เท่ากับ 61.09 (2.77)

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังให้โปรแกรมอาชีวสุขศึกษา (n = 21)

พฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่ว	ระดับ	ร้อยละ	Mean	S.D.	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	ควรปรับปรุง	100	38.71	2.32	20	30.71	<0.001
หลังการทดลอง	ปานกลางดี	71.4 28.6	61.09	2.77			

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมอาชีวสุขศึกษาต่อความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันการรับสัมผัสของ พนักงานผลิตโครงแผ่นธาตุ โรงงานผลิตแบตเตอรี่แห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างของ ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษตะกั่วและพฤติกรรมในการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วก่อนและหลังเข้าร่วมใช้โปรแกรมอาชีวสุขศึกษา พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอาชีวสุขศึกษา มีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความรู้เรื่องโรคพิษตะกั่วเท่ากับ 15.19 คะแนน (S.D. = 1.77) และก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอาชีวสุขศึกษา มีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความรู้เรื่องโรคพิษตะกั่วเท่ากับ 10.38 คะแนน (S.D. = 2.03) ซึ่งหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอาชีวสุขศึกษา มีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความรู้เรื่อง โรคพิษตะกั่วมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอาชีวสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 14.65$, $df = 20$, $p < 0.001$) และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอาชีวสุขศึกษา มีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันการรับสัมผัส ตะกั่วเท่ากับ 61.09 คะแนน และก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอาชีวสุขศึกษา มีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนพฤติกรรมในการ ป้องกันการรับสัมผัสตะกั่ว เท่ากับ 38.71 คะแนน ซึ่งหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอาชีวสุขศึกษา มีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนน พฤติกรรมในการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอาชีวสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 30.71$, $df = 20$, $p < 0.001$)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลจากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมอาชีวสุขศึกษาต่อความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันการรับสัมผัสและ ระดับตะกั่วในเลือดของพนักงานผลิตโครงแผ่นธาตุ โรงงานผลิตแบตเตอรี่แห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ สามารถอภิปราย ผลการทดลองได้ดังนี้

ผลการศึกษา พบว่าหลังจากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมอาชีวสุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่อง โรคพิษตะกั่วเพิ่มขึ้นจากคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอาชีวสุขศึกษา เท่ากับ 10.38 คะแนน หลังเข้าร่วมโปรแกรมอาชีว สุขศึกษา มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 15.19 คะแนน และพฤติกรรมในการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วดีขึ้นจากคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้า ร่วมโปรแกรมอาชีวสุขศึกษา เท่ากับ 38.71 คะแนน หลังเข้าร่วมโปรแกรมอาชีวสุขศึกษา มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 61.09 คะแนน ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคพิษตะกั่วและพฤติกรรมในการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วหลังการเข้าร่วม โปรแกรมอาชีวสุขศึกษา มากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอาชีวสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามสมมติฐานการวิจัยหลังจากได้รับโปรแกรมอาชีวสุขศึกษา พนักงานผลิตโครงแผ่นธาตุในโรงงานผลิตแบตเตอรี่มีความรู้

2. ด้านพฤติกรรมพบว่าโปรแกรมอาชีวสุศึกษาฯ สามารถทำให้พนักงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกัน การรับสัมผัสได้ เนื่องจากทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Transtheoretical model) ถูกพัฒนาโดย Prochaska and DiClemente⁽¹⁴⁾ ในขั้นตอนกระบวนการปรับเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิด ได้แก่ การปลุกจิตสำนึก การเฝ้าอารมณ์และความรู้สึก การประเมินพฤติกรรมเดิมของตนเอง การรับรู้สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ และกระบวนการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรม ได้แก่ การหาแรงสนับสนุนทางสังคม การลดอุปสรรคและเพิ่มปัจจัยสนับสนุน การให้แรงเสริม การทดแทนด้วยสิ่งอื่น และการตั้งเป้าหมายและทำพันธะสัญญาต่อตนเอง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างพนักงานและหัวหน้างาน โดยให้พนักงานมีส่วนร่วมและมีโอกาสได้แสดงความคิดเห็น เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีส่วนร่วมในการจัดการเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ยั่งยืน และเมื่อพนักงานมีความรู้เพิ่มมากขึ้นมีการจัดการด้านสวัสดิการอำนวยความสะดวกให้แก่พนักงาน คำติชมจากหัวหน้างานรวมถึงข้อความแจ้งเตือนในไลน์กลุ่ม และการจัดเวลาให้สำหรับการอาบน้ำก่อนรับประทานอาหาร ก่อนเลิกงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาศ บุญยะวัน⁽¹⁹⁾ เกี่ยวกับประสิทธิภาพของการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยโรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสมดุลของการตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่และพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพฤติกรรมเลิกบุหรี่ดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง

การศึกษาในครั้งนี้ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ณิชชาพัฒน์ เรื่องสิริวัฒน์ และคณะ⁽²⁰⁾ ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงในประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักในการรับประทานอาหาร ความสมดุลในการตัดสินใจ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศันสนีย์ กมลเกรียงไกร⁽²¹⁾ ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการอาการนอนไม่หลับสำหรับพนักงานอุตสาหกรรมที่มีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นและระยะพร้อมปฏิบัติ จะเห็นได้ว่าโปรแกรมห่วงการมีประโยชน์ต่อการเสริมสร้างความรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ถึงแม้การศึกษาดังกล่าวมีบริบทในการศึกษาแตกต่างกัน ทั้งกลุ่มประชากรและการออกแบบการศึกษาในครั้งนี้

สรุป

ผลการทดลองพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอาชีวสุขศึกษา พนักงานมีความรู้เรื่องโรคพิษตะกั่ว มีความรู้และพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอาชีวสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าโปรแกรมอาชีวสุขศึกษา ส่งผลให้พนักงานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วดีขึ้นและมีระดับความรู้ดีขึ้น รูปแบบของโปรแกรมอาชีวสุขศึกษา มีประโยชน์ต่อพนักงานและบริษัทผลผลิตเตอร์อย่างมาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงให้ข้อเสนอแนะให้นำแผนโปรแกรมอาชีวสุขศึกษา ไปใช้ในการเสริมสร้างความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสตะกั่ว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ค่าบังชี้ทางชีวภาพเพียงอย่างเดียวในการประเมินระดับตะกั่วในเลือด อาจจะไม่ครอบคลุมในพนักงานที่มีอายุมากกว่า 10 ปี อาจจะต้องมีการตรวจวัดระดับตะกั่วด้วยวิธีอื่น เช่น การตรวจวัดระดับตะกั่วในกระดูกหน้าแข้ง ด้วยการเอกซเรย์ ฟลูออโรสโคปี (X-ray Fluoroscopy: XRF)

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่มีสุ่มตัวอย่าง เนื่องจากมีข้อจำกัดของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมโปรแกรมอาชีวสุขศึกษา

2. มีข้อจำกัดเรื่องของเวลาการจัดกิจกรรม จะต้องจัดกิจกรรมต่างๆ ให้กระชับขึ้นเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อกระบวนการผลิต

เอกสารอ้างอิง

1. Mitchell, T., Jentes, E., Ortega, L., Scalia Sucosky, M., Jefferies, T., Bajcevic, P., Painter, J. Lead poisoning in United States-bound refugee children: Thailand-Burma border, 2009. *Pediatrics*. 2012; 129(2): e392-399.
2. กรมควบคุมโรค. กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม.แนวทางการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคพิษตะกั่ว ในกลุ่มวัยแรงงาน. นนทบุรี: กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
3. สมาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต].สถิติการผลิตรถยนต์ 2565. [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.mreport.co.th/news/statistic-and-ranking/348-Car-Production-Thailand-2022-September>
4. เกศ ชัยวัชรารณณ์,ธนวดี จันทร์เทียน,ธนาพร ทองลิ้ม,ประภาศรี สามใจ.โรคจากการประกอบอาชีพ.โรคตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่ว. พิมพ์ครั้งที่ 1. สุรศักดิ์ บุรณตรีเวช,บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซน์; 2566.
5. Methanawin, H., Chantawong, C., & Leelukkanaveera, Y. The effect of health education with participatory resource management program on knowledge, attitude, and behaviors for lead exposure prevention and blood lead level of battery worker. *The Public Health Journal of Burapha University*.2016; 11(2): 76-84.
6. Jafarzadeh, E., Soodi, M., Tiraihi, T., Zarei, M., & Qasemian-Lemraski, M. Study of lead-induced neurotoxicity in cholinergic cells differentiated from bone marrow-derived mesenchymal stem cells. *Toxicol Ind Health*. 2022;38(10): 655-664.
7. Yang, Y., Li, S., Wang, H., Liu, M., Tuo, B., Wu, H., et al. Chronic lead poisoning induced abdominal pain and anemia: a case report and review of the literature. *BMC Gastroenterol*.2020; 20(1): 335-340.
8. Hosseini, M. S., Salimi, A., Phillips, S., Zamani, N., & Hassanian-Moghaddam, H. Adult Lead Poisoning Caused by Contaminated Opium: A Two-Year Longitudinal Follow-Up Study. *Ann Glob Health*. 2021; 87(1): 89.
9. Lotah, H. N. A., Agarwal, A. K., & Khanam, R. Heavy metals in hair and nails as markers of occupational hazard among welders working in United Arab Emirates. *Toxicol Res*.2022; 38(1): 63-68.
10. Narathip Ruamtham, Karn karnjanapit, Patriya Moolkay, & Ratchada Udom. Lead Poisoning and Occupational Health Management in a Small-Scale Lead-smelting Plant, Udonthani Province. *Udonthani Hospital Medical Journal*.2022; 30(2): 280-291.
11. Chuang, H.-Y., Lee, M.-L. T., Chao, K.-Y., Wang, J.-D., & Hu, H. Relationship of blood lead levels to personal hygiene habits in lead battery workers: Taiwan, 1991–1997.1999;35(6) : 595-603.
12. Saengpetch, Y. Effects of a nursing practice guideline for smoking cessation in car battery manufacturing, Samut Prakan Province. *Thai Journal of Nursing*.2021; 70(1): 1-10.
13. Vattanasit, U., Sukchana, J., Kongsanit, S., Dumtip, P., Sirimano, V., & Kongpran, J.Toluene and Heavy Metals in Small Automotive Refinishing Shops and Personal Protection of the Workers in Nakhon Si Thammarat, Thailand. *J Environ Public Health*; 2021.
14. DiClemente C. & Prochaska J. Self-change and therapy chang of smoking behavior A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behaviors*.1982;7:133-142.
15. Tessaro, V. C. Z., Silva, A. M. R., & Loch, M. R. Stages of change for leisure time physical activity in Brazilian adults: longitudinal study. *Cien Saude Colet*.2021; 26(8): 2969-2980.

16. Thanapop, C., Geater, A. F., Robson, M. G., Phakthongsuk, P., & Viroonudomphol, D. Exposure to lead of boatyard workers in southern Thailand. J Occup Health.2007; 49(5): 345-352.
17. ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร. ระดับตะกั่วในเลือดของประชาชนรอบบริเวณโรงงานหลอมตะกั่ว. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข.2551; 2 (1): 665-670
18. Kate Chaivatcharaporn. Lead Poisoning Clinical Presentations and Treatment Outcomes of Battery-Manufacturing Workers. Thai Journal of Toxicology.2016;31:25-38.
19. เบญจมาศ บุญยะวันและคณะ. ประสิทธิภาพของการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยโรงพยาบาลศิริราช. พยาบาลสาร. 2555; 44(2).
20. ณิชาพัฒน์ เรืองสิริวัฒน์และคณะ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง ในประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2.วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2556;27(1):74-87.
21. ศันสนีย์ กมลเกรียงไกร,วันเพ็ญ แก้วปาน,สุรินธร กล่อมพากร และจุฑาธิป ศีลบุตร. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการอาการถอนนิโคตินสำหรับพนักงาน อุตสาหกรรมที่มีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ในระยะลังเลใจและระยะพร้อมปฏิบัติ. วารสารพยาบาล. 2565;71(1):45-52.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร่วมกับ Buddy Line Official Account ของนักเรียนวัยรุ่นน อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

สุรัสสรา สัมฤทธิ์นอก¹ นาฏนภา หีบแก้ว ปัตตาสวรรณ์^{2*}

¹นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพฤติกรรมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาบริหารสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้นในนักเรียนวัยรุ่นน ซึ่งมีสาเหตุจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ไม่มีการป้องกัน และเปลี่ยนคู่นอนบ่อย การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมกับ Buddy Line Official Account ของนักเรียนวัยรุ่นน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนวัยรุ่นนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าและใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน ซึ่งได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ การบรรยายประกอบสื่อ กิจกรรมกลุ่ม เกม การระดมความคิด และ Buddy Line Official Account ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน ดำเนินชีวิตตามปกติ ระยะดำเนินการวิจัย 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test และ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 8.07, 95% CI: 6.21 - 9.92, $p < 0.001$) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 7.73, 95% CI: 5.49 - 9.89, $p < 0.001$) และหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 4.10, 95% CI: 3.23 - 4.97, $p < 0.001$) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 4.23, 95% CI: 3.27 - 5.19, $p < 0.001$) การศึกษานี้พบว่า โปรแกรมดังกล่าวสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นนได้ ดังนั้นควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มวัยรุ่นนและติดตามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/ นักเรียนวัยรุ่นน/ โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม

Effects of Sexually Transmitted Diseases Prevention Behavioral Promotion Program with Buddy Line Official Account of Teenage Students, Muang District, Chaiyaphum Province

Supassara Sumritnok¹ Natnapa Heebkaew Padchasuwan^{2*}

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

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

Abstract

Sexually transmitted infections (STIs) are increasing among teenage students. These infections are caused by unsafe sex, a lack of protection, and frequent changes in sexual partners. This research aims to study the effects of a program promoting STI prevention behaviors, in conjunction with the Buddy LINE Official Account, among teenage students in Mueang District, Chaiyaphum Province. The sample group consisted of 60 teenage students from Mueang District, Chaiyaphum Province, selected using simple random sampling according to inclusion criteria. The researchers created a program for the experimental group, comprising 30 students, that included five activities: media lectures, group activities, games, brainstorming sessions, and the use of the Buddy LINE Official Account. The control group, consisting of 30 students, continued their normal daily lives. The research was conducted over a period of 12 weeks. Data were collected before and after the experiment using questionnaires. Data analysis utilized descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. The mean scores of the experimental and control groups before and after the experiment were compared using a paired t-test and an independent t-test, with a significance level set at 0.05.

The results showed that after the experiment, the experimental group had a statistically significant higher average score for STI prevention than before the trial. (Mean diff = 8.07, 95%CI: 6.21 - 9.92, $p < 0.001$) and statistically significantly higher than the comparison group (Mean diff = 7.73, 95%CI: 5.49 - 9.89, $p < 0.001$). (Mean diff = 4.10, 95%CI: 3.23 - 4.97, $p < 0.001$) and was statistically significantly higher than the comparison group (Mean diff = 4.23, 95%CI: 3.27 - 5.19, $p < 0.001$). Therefore, this program should be applied to adolescents and continue to monitor long-term STI prevention behaviors that should be monitored in the long term.

Keywords: Sexually transmitted disease/ Teenage students/ Prevention behavioral promotion program

*Corresponding author: Natnapa Heebkaew Padchasuwan, email: natnpa@kku.ac.th, Tel.: 08 4364 1458

Received: June 23, 2024/ Revised: August 23, 2024/ Accepted: August 28, 2024

บทนำ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยในปี พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลก ได้รายงานว่าพบผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Diseases : STD) รายใหม่ 357 ล้านรายต่อปี เข้ามารับการรักษากับสถานบริการด้านสาธารณสุขของรัฐและเอกชน โดยมีสาเหตุการติดเชื้อมาจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ไม่มีการป้องกันและเปลี่ยนคู่นอนบ่อย⁽¹⁻⁴⁾ ซึ่งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นกลุ่มโรคที่ติดต่อจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งผ่านการมีเพศสัมพันธ์กับคนที่ป่วยหรือคนที่ติดเชื้อ และสามารถติดต่อได้ทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น มีโรคที่สำคัญคือ ซิฟิลิส หนองในแท้ หนองในเทียม เริม และเอดส์⁽⁵⁾ การติดต่อของโรคจะอาศัยการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นหลัก แต่อย่างไรก็ตามโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์บางโรคก็สามารถติดต่อโดยทางอื่น เช่น เอดส์ สามารถติดต่อได้โดยผ่านทางเลือด พบได้ในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดที่ฉีดเข้าเส้นเลือดโดยใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน และสามารถติดเชื้อจากการตาไปยังทารกในครรภ์ได้อีกด้วย ส่วนอาการผู้ป่วยติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อาจจะไม่มีอาการใดๆ ไปจนถึงมีอาการต่างๆ เช่น อาจมีอาการตกขาว มีแผลอวัยวะเพศ ปัสสาวะขัด รวมถึงมีความผิดปกติในระบบอื่นของร่างกาย ซึ่งขึ้นอยู่กับเชื้อแต่ละชนิดและระยะของโรค เนื่องจากผลกระทบและอันตรายต่างๆ รวมทั้งกระบวนการรักษาที่ซับซ้อนและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จึงถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง⁽⁶⁾ จากรายงานขององค์การเอดส์โลก แห่งสหประชาชาติ (United Nations Program on HIV/AIDS : UNAIDS) รายงานว่าในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ทั่วโลกจำนวน 1,300 ล้านคน และมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปีละ 6.5 แสนคน ยังพบอัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของประชากรโลก ร้อยละ 0.8 โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยรุ่น ทั้งนี้กลุ่มวัยรุ่นเพศหญิงมีอัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่าเพศชาย⁽⁷⁾ จากรายงานสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของประเทศไทย พ.ศ.2563 อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในทุกกลุ่มอายุ คิดเป็นร้อยละ 33.6 ต่อประชากรแสนคน โรคที่มีอัตราป่วยสูงสุดและมีแนวโน้มสูงขึ้นคือ โรคซิฟิลิส รองลงมาคือ โรคหนองในแท้ โรคหนองในเทียม โรคแผลริมอ่อน และโรคกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง คิดเป็นร้อยละ 16.4, 11.9, 3.1, 1.8 และ 0.4 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15 - 24 ปี มีอัตราป่วยโรคซิฟิลิสค่อนข้างสูงในรอบ 5 ปี จากปี พ.ศ. 2559 เท่ากับร้อยละ 13.7 เพิ่มขึ้นร้อยละ 50.4 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ.2563 และพบอัตราป่วยด้วยโรคหนองในเท่ากับร้อยละ 58.8 ต่อประชากรแสนคน และคาดว่าในอนาคตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นสอดคล้องกับข้อมูลจากการสำรวจเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีของกองระบาดวิทยา ปี พ.ศ. 2562 พบว่า เยาวชนมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดประมาณร้อยละ 80 ซึ่งยังมีบางส่วนที่ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์⁽⁸⁾ ซึ่งมีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกรณีศึกษา พบโรคหนองใน ในเพศหญิงพบว่าเป็นระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 43.7 รองลงมาเป็นระดับปริญญาตรี ร้อยละ 38.8⁽⁹⁾ และมีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับความรู้และเจตคติการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พบว่ากลุ่มตัวอย่าง เคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 54.4 แต่มีการป้องกันโรคติดต่อโดยการใชถุงยางอนามัยทุกครั้งเพียงร้อยละ 24.8 และไม่ป้องกันเลย ร้อยละ 13.2⁽⁴⁾ และมีการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มวัยรุ่น อายุ 15 - 17 ปี จังหวัดยโสธร พบว่ากลุ่มวัยรุ่นเคยมีเพศสัมพันธ์และมีอาการที่บ่งชี้ว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 6.3⁽²⁾ แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในวัยรุ่นยังไม่ดีพอซึ่งอาจนำไปสู่การป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ และจากสถานการณ์เฝ้าระวังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ พ.ศ. 2563 - 2565 พบว่าอัตราป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 25.2, 32.4 และ 33.6 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ แสดงให้เห็นได้ว่าอัตราป่วยของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และปี พ.ศ. 2565 มีรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Disease: STD) ได้แก่ หนองในแท้ (Gonorrhea) หนองในเทียม (Non-Gonococcal) แผลริมอ่อน (Chancroid) ฝีมะม่วง (Lymphogranuloma Venereum) ซิฟิลิส (Syphilis) พบผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยพบเพศหญิง 202 คน เพศชาย 158 คน คิดเป็นอัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย 1.29 : 1 ส่วนใหญ่พบในกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี อัตราป่วย 86.97 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเป็นนักเรียนวัยรุ่น โดยพบรองลงมา

คือกลุ่มอายุ 25 - 34 ปี, 0 - 4 ปี, 45 - 54 ปี, 35 - 44 ปี, 55 - 64 ปี, 65 ปีขึ้นไปและ 10 - 14 ปี โดยพบอัตราป่วย 50.73, 31.28, 25.23, 24.6, 23.28, 17.99 และ 13.73 ตามลำดับ ช่วงเวลาพบผู้ป่วยมากที่สุดในเดือนพฤศจิกายน เมื่อพิจารณาตามพื้นที่อำเภอพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในเขตอำเภอเมือง⁽¹⁰⁾

การเปลี่ยนแปลงของโลกไปยังสังคมที่ทันสมัยทั้งในเรื่องของเศรษฐกิจ คมนาคม การเมือง วัฒนธรรม และเทคโนโลยีสารสนเทศ ทำให้มีการรับรู้และแลกเปลี่ยนทางสังคมวัฒนธรรม ทักษะคิด และค่านิยมของแต่ละประเทศทั่วโลก ซึ่งสังคมไทยก็ได้รับอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว โดยเฉพาะพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มวัยรุ่นวัยรุ่น นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์โดยที่ไม่ได้ป้องกันถือว่าเป็นการแสดงความรัก และมัดใจซึ่งกันและกัน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น เอดส์ ตับอักเสบจากไวรัสชนิดบีและซี บางรายยังเกิดปัญหาท้องไม่พร้อม ซึ่งกรมควบคุมโรครายงานว่าวัยรุ่นไทยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุน้อยลง โดยระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ชั้นปีที่ 2 (ปวช.2) มีเพศสัมพันธ์มากขึ้น และมีรายงานว่า การตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่นหนึ่งเกิดจากความไม่ตั้งใจ แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นบางส่วนยังเป็นผลจากการขาดการรับรู้ข่าวสาร และขาดความรู้ที่ถูกต้อง มีความเชื่อหรือเข้าใจในเรื่องเพศและการป้องกันการคุมกำเนิดที่ผิด โดยคิดว่าการมีเพศสัมพันธ์โดยที่ไม่ได้ป้องกันครั้งเดียวคงไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจึงไม่สวมถุงยางอนามัย นอกจากนี้ยังมีค่านิยมในกลุ่มวัยรุ่นหญิงว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นการแสดงออกถึงความไว้วางใจและความรัก ทำให้ความสัมพันธ์ยาวนาน และเป็นการผูกมัดฝ่ายชาย⁽⁸⁾ จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา นักวิชาการได้มีการนำแนวคิดทฤษฎีหลากหลายแนวคิดมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์⁽¹¹⁻¹³⁾ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าการศึกษาที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคต่างๆ นั้น บุคคลดังกล่าวจะต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงกับการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิต และเมื่อปฏิบัติแล้วจะก่อให้เกิดผลประโยชน์แก่บุคคลนั้น เป็นการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคในกรณีที่เป็นโรคนั้นๆ ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวจะต้องไม่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติของบุคคลนั้น⁽¹⁴⁾ และมีการได้ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแนวคิดการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ผ่านการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมพบว่าหลังการทดลองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹¹⁾ และจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Cobb มีผลต่อสุขภาพทั้งทางตรงต่อตัวบุคคล ส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำ และผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรค⁽¹⁵⁾ และจากการทบทวนวรรณกรรม โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าโปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 นำไปขยายผลสู่กลุ่มนักเรียนในระดับเดียวกันได้⁽¹⁶⁾

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาข้างต้น ประกอบกับในพื้นที่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ยังไม่มีกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและความจำเป็นที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของนักเรียนวัยรุ่น ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นกรอบในการศึกษา โดยการนำแอปพลิเคชัน Line Official Account มาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมนี้ด้วย เป็นการกระตุ้นความรู้ส่งข้อมูลข่าวสารผ่านแอปพลิเคชัน เพื่อนำผลที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันปัญหาสุขภาพที่จะเกิดขึ้นกับนักเรียน ครอบครัว และสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมกับ Buddy Line Official Account ของนักเรียนวัยรุ่น ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ในเรื่องต่อไปนี้

- 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 4) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 5) การปฏิบัติในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2.2 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ภายในกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ในเรื่องต่อไปนี้

- 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 4) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 5) การปฏิบัติในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental) กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนวัยรุ่น จำนวน 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง (Experimental group) คือกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมกับ Buddy Line Official Account ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) คือกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพจากสถานบริการสาธารณสุขและสถานศึกษาตามปกติ จำนวน 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าและใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามก่อนและหลังการทดลองระยะเวลาในการดำเนินการทดลองจำนวน 12 สัปดาห์ ดำเนินการในช่วงเดือนเมษายน - กรกฎาคม 2567

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร่วมกับ Buddy Line Official Account ของนักเรียนวัยรุ่น อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ โดยประยุกต์ใช้แนวความคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนี้

1. การสร้างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

- กิจกรรมที่ 1 เพื่อสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ กิจกรรมกลุ่มสร้างสัมพันธ์ภาพ กิจกรรมใครเสี่ยงบ้าง และเกมการแลกน้ำหรรษา

- กิจกรรมที่ 2 เพื่อสร้างการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ บรรยายประกอบสื่อ เกม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นั้นร้ายนัก และจับคู่สุ่มโรค

- กิจกรรมที่ 3 เพื่อสร้างการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ บรรยายประกอบสื่อ และกิจกรรมกรณีศึกษา

- กิจกรรมที่ 4 เพื่อส่งเสริมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ กิจกรรมชวนคิด ตัวฉันในวันข้างหน้าบรรยายประกอบสื่อ “ถุงวิเศษ” สาธิตการใช้ถุงยางอนามัย ฝึกปฏิบัติการใส่ถุงยางอนามัย อภิปรายกลุ่ม และแนะนำ Buddy Line Official Account

- กิจกรรมที่ 5 เพื่อทบทวนและสรุปการเรียนรู้ ได้แก่ แลป - กริ่ง และเกมใบคำ

2. การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ Buddy Line Official Account ผ่านการส่งข้อความ ข่าวสาร ข้อมูลความรู้ต่างๆ และตอบคำถามแบบตัวต่อตัว โดยผู้วิจัย

ตัวแปรตาม

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1. ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1.1 การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1.2 การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1.3 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1.4 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2. การปฏิบัติในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) มีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ และกลุ่มเปรียบเทียบดำเนินชีวิตตามปกติ

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนวัยรุ่นเพศชายและเพศหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6 ประจำปีการศึกษา 2566 ในโรงเรียนสังกัดกระทรวงศึกษาธิการที่ตั้งอยู่ในพื้นที่เขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ และเป็นโรงเรียนสหศึกษาขนาดใหญ่ คือ โรงเรียนชัยภูมิภักดีชุมพล และโรงเรียนสตรีชัยภูมิ กำหนดขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน⁽¹⁷⁾ ดังนี้

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

โดยกำหนดให้

Z_α = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.64

Z_β = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน ที่กำหนดให้ Power of test = 0.80 เท่ากับ 1.28

σ^2 = ค่าความแปรปรวนร่วม ซึ่งได้จากการการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น⁽¹¹⁾

คำนวณขนาดตัวอย่างได้กลุ่มละ 24 คน และเพิ่มขนาดตัวอย่างโดยการนำอัตราการสูญหายจากการติดตาม (Drop out) ร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัย ได้แก่ 1) นักเรียนวัยรุ่นเพศชายและหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6 ประจำปีการศึกษา 2566 ในโรงเรียนสังกัดกระทรวงศึกษาธิการที่ตั้งอยู่ในพื้นที่เขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ 2) มีโทรศัพท์ Smart Phone และมีอินเทอร์เน็ต 3) ไม่ได้อยู่ระหว่างการได้รับโปรแกรมเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 4) ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสาร ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย 5) ไม่ป่วยหรืออยู่ระหว่างการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือเป็นผู้ที่ป่วยด้วยโรคอื่นๆ ที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรม 6) ผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การถอนอาสาสมัครออกจากการวิจัย ได้แก่ 1) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามที่กำหนด 2) กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวออกจากการทดลอง 3) กลุ่มตัวอย่างย้ายภูมิลำเนาหรือย้ายโรงเรียนระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม

สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มเลือกโรงเรียนขนาดใหญ่ทั้งหมดในอำเภอเมืองชัยภูมิ 4 โรงเรียนทั้งหมด ได้แก่ โรงเรียนเมืองพญาแลวิทยา, โรงเรียนชัยภูมิภักดีชุมพล, โรงเรียนสตรีชัยภูมิ และโรงเรียนกาญจนาภิเษกวิทยาลัยชัยภูมิ ด้วยการจับฉลากเลือก 2 โรงเรียน โดยจับครั้งที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง จับครั้งที่ 2 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ กำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในระดับชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 4 - 6 แล้วนำรายชื่อนักเรียนสุ่มจับฉลากชั้นเรียนละ 10 คน จนครบ 30 คน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้ง 2 โรงเรียน ซึ่งมีระยะห่างกัน 1 กิโลเมตร เพื่อป้องกันการปะปนกัน กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีโอกาสพบกันระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น ไม่เป็นเพื่อนในกลุ่มเดียวกัน, ไม่เรียนพิเศษสถานที่เดียวกัน, ไม่นั่งรถรับส่งนักเรียนและไม่อยู่หมู่บ้านเดียวกัน ดังนั้นจึงไม่มีปัจจัยภายนอกจากการถ่ายทอดระหว่างกลุ่ม (Contaminate of treatment) ส่วนกิจกรรมออนไลน์ Buddy Line Official Account ภายในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเป็นผู้ดูแลและระบบสามารถตอบแบบส่วนตัวกับกลุ่มทดลองได้เพียงบุคคลเดียว และบล็อกการสนทนาแบบกลุ่ม

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับ Buddy Line Official Account ในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของนักเรียนวัยรุ่น ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ โดยมีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรม “สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” เป็นกิจกรรมกลุ่มเพื่อสร้างสัมพันธภาพ สันทนาการ และประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงว่าใครเสี่ยงบ้าง โดยกลุ่มทดลองได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ การศึกษา และเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง พร้อมได้รับการประเมินความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยการใช้เกมแลกน้ำหรรษา เป็นกิจกรรมที่จำลองการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรม “สร้างการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” มีเนื้อหาการบรรยายประกอบสื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมีกิจกรรมเรียนรู้ผ่าน เกมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้น ร้ายนัก โดยในเนื้อหาเกมจะมีทั้งผลกระทบทางร่างกาย และผลกระทบทางสังคม เกมจับคู่สุมโรค ในเนื้อหาเกมจะประกอบไปด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และบอร์ดเกม มี 2 สถานี คือ ติดเชื้อแบคทีเรีย ติดเชื้อไวรัส ให้กลุ่มทดลองนำโรคแบ่งแยกตามชนิด ไปติดที่บอร์ดเกม

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรม “สร้างการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” มีเนื้อหาการบรรยายประกอบสื่อเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กิจกรรมคิดก่อนทำ แบ่งกลุ่ม เพศชาย เพศหญิง ให้ระดมความคิดในกลุ่มวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกัน โดยไม่ติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หากติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพศชาย/เพศหญิง ส่งผลกระทบต่อตนเองอย่างไร อภิปรายกลุ่ม กิจกรรม เสนอกรณีศึกษา มีโจทย์กรณีศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรคของการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้กลุ่มละ 1 กรณี ให้ศึกษาค้นหาปัญหา นำมาคิดวิเคราะห์ ช่วยเหลือ ในเรื่องของเคสที่ได้รับอุปสรรคในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรม “ส่งเสริมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” กิจกรรมชวนคิด ตัวฉันในวันข้างหน้า โดยใช้โจทย์คำถามการวางแผนกราฟชีวิต อีก 10 ปีข้างหน้าจะดำเนินชีวิตอย่างไร โดยที่ไม่ตั้งครรภ์และไม่ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จนถึงช่วงชีวิตที่แต่งงานสร้างครอบครัว และหากหลีกเลี่ยงไม่ได้จะทำอย่างไร บรรยายประกอบสื่อเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง สาธิตการใช้ถุงยางอนามัย ฝึกปฏิบัติการใส่ถุงยางอนามัย อภิปรายกลุ่ม พร้อมทั้งแนะนำ Buddy Line Official Account ช่องทางการเข้าถึงบริการ ทางด้านข่าวสาร ข้อมูลความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว

สัปดาห์ที่ 5 - 11 “กิจกรรมการสนับสนุนทางสังคม” ผ่านช่องทาง Buddy Line Official Account โดยผ่านการส่งข้อความ ข่าวสาร ข้อมูลความรู้ต่างๆ และตอบคำถามแบบตัวต่อตัว สร้างข้อตกลงการนัดหมายเวลาในการทำกิจกรรม หลังเลิกเรียน เวลา 17.30 - 18.00 น. การดำเนินกิจกรรมอย่างน้อย 1 - 2 ครั้ง/สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 12 กิจกรรม “เพื่อทบทวนและสรุปการเรียนรู้” โดยใช้เกมแลกกริ่ง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แจกใบคำถามและจับเวลา 1 นาที/คำถาม ในการประเมินความรู้ความเข้าใจ ของกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล ตอบคำถามได้คะแนนสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้รับรางวัล เกมใบ้คำ แบ่งกลุ่มโดยใช้แผ่นเกมเสี่ยงคำถาม เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การสวมถุงยางอนามัย ช่องทางการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข โดยการจับเวลา 5 นาที หากกลุ่มไหนทำเวลาน้อยที่สุด จะได้รับรางวัล และเก็บข้อมูลหลังการทดลอง พร้อมทั้งมอบใบเกียรติบัตรในการเข้าร่วมการอบรม

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นโดยดัดแปลงข้อคำถามจากการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น⁽¹¹⁾ แบ่งออกเป็น 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ ระดับชั้นการศึกษา จำนวนเงินที่ได้รับในแต่ละวัน การพักอาศัยอยู่กับใคร การใช้จ่ายของนักเรียนในแต่ละวัน อาชีพของผู้ปกครอง

ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีจำนวน 6 ข้อ มีทั้งคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์จัดระดับค่าคะแนน 3 ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลาง ต่ำ มีคะแนนต่ำสุด 6 คะแนน และสูงสุด 30 คะแนน

ส่วนที่ 3 การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีจำนวน 5 ข้อ มีทั้งคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์จัดระดับค่าคะแนน 3 ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลาง ต่ำ มีคะแนนต่ำสุด 5 คะแนน และสูงสุด 25 คะแนน

ส่วนที่ 4 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีจำนวน 5 ข้อ มีทั้งคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์จัดระดับค่าคะแนน 3 ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลาง ต่ำ มีคะแนนต่ำสุด 5 คะแนน และสูงสุด 25 คะแนน

ส่วนที่ 5 การรับรู้อุปสรรคการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีจำนวน 6 ข้อ มีทั้งคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์จัดระดับค่าคะแนน 3 ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลาง ต่ำ มีคะแนนต่ำสุด 6 คะแนน และสูงสุด 30 คะแนน

ส่วนที่ 6 การปฏิบัติในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีจำนวน 10 ข้อ มีทั้งคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์จัดระดับค่าคะแนน 3 ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลาง ต่ำ มีคะแนนต่ำสุด 10 คะแนน และมีคะแนนสูงสุด 45 คะแนน

3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) นำแบบสอบถามเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบและปรับปรุงคุณภาพทางด้านความตรงเชิงเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์วิจัย โดยใช้แบบการตรวจสอบความเห็นพ้องของผู้เชี่ยวชาญ (IOC: index of item objective congruence) ทั้งนี้ ดัชนีความเห็นพ้องของแบบสอบถาม 0.67 - 1.00

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ไปทดลองใช้ (Try out) กับนักเรียนวัยรุ่นโรงเรียนเมืองพญาแลวิทยา จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะทางประชากรที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้เท่ากับ 0.84⁽¹⁸⁾

4. การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร่วมกับ Buddy Line Official Account แก่นักเรียนวัยรุ่นกลุ่มทดลอง ระหว่างเดือนเมษายน-กรกฎาคม 2567 โดยใช้เวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ดำเนินกิจกรรมตามปกติโดยทางโรงเรียนเป็นผู้จัดการเรียนการสอนและกิจกรรม ทั้งนี้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตอบแบบสอบถามในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 12 โดยใช้เวลา 30 นาที (จำนวน 2 ครั้ง) ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 12

ทั้งนี้การดำเนินงานวิจัย ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การให้คำยินยอมโดยได้รับข้อมูลที่เพียงพอและเป็นอิสระในการตัดสินใจ การเคารพในความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับ โดยผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลและชี้แจงให้อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการอย่างชัดเจนและให้ความเป็นอิสระในการตัดสินใจ ไม่มีการบังคับหรือทำให้เกิดความเกรงใจ และการตัดสินใจจะไม่ส่งผลกระทบต่องานปัจจุบันที่ทำอยู่ รวมถึงในอนาคตก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล และข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ จะเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะภาพรวมไม่ระบุถึงตัวบุคคลหรือโรงเรียน และการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE662321 เมื่อวันที่ 17 เมษายน 2567

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน ทดสอบการแจกแจงข้อมูล ซึ่งข้อมูลมีการแจกแจงปกติ วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ใช้สถิติ Independent t-test การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ซึ่งกลุ่มทดลองส่วนมากเป็น เพศหญิง ร้อยละ 53.33 เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4, 5 และ 6 ในสัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 36.67 ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับ พ่อและแม่ ร้อยละ 56.67 เงินที่ได้รับเฉลี่ยในแต่ละวัน 116.33 บาท (S.D. = 40.97) ค่าใช้จ่ายของนักเรียนในแต่ละวัน 84.83 บาท (S.D. = 35.97) ผู้ปกครองส่วนมากมีอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 36.67 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 46.67 เป็นมัธยมศึกษาปีที่ 4, 5 และ 6 ในสัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 33.33 ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับพ่อและแม่ ร้อยละ 70.00 เงินที่ได้รับเฉลี่ยในแต่ละวัน 116.17 บาท (S.D. = 31.34) ค่าใช้จ่ายของนักเรียนในแต่ละวัน 82.67 บาท (S.D. = 20.33) ผู้ปกครองส่วนมากมีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 33.33 (ตารางที่ 1)

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 4.10; 95% CI: 3.23 - 4.97; p value <0.001) (ตารางที่ 2) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 4.24; 95% CI : 3.27 - 5.19; p value <0.001 (ตารางที่ 3)

3. การรับรู้ต่อความรุนแรงของการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ต่อความรุนแรงของการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 3.73; 95% CI: 2.72 - 4.75; p value <0.001) (ตารางที่ 2) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 3.33; 95% CI: -2.48 ถึง 4.18; p-value <0.001) (ตารางที่ 3)

4. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 1.93; 95% CI: 1.16 - 2.71; p-value <0.001) (ตารางที่ 2) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 1.93; 95% CI: 0.89 - 2.89; p-value <0.001) (ตารางที่ 3)

5. การรับรู้อุปสรรคต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อุปสรรคต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 2.67; 95% CI: 1.53 - 3.80; p-value <0.001) (ตารางที่ 2) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 2.97; 95% CI: 1.85 - 4.08; p-value <0.001) (ตารางที่ 3)

6. การปฏิบัติในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 8.07; 95% CI: 6.21 - 9.92; p-value <0.001) (ตารางที่ 2) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 7.74; 95% CI: 5.49 - 9.89; p-value <0.001) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	12	40.00	13	43.33
หญิง	16	53.33	14	46.67
LGBTQ	2	6.67	3	10.00
ระดับชั้นการศึกษา				
มัธยมศึกษาปีที่ 4	10	33.33	10	33.33
มัธยมศึกษาปีที่ 5	10	33.33	10	33.33
มัธยมศึกษาปีที่ 6	10	33.34	10	33.34
การพักอาศัย (อยู่กับใครเป็นหลักในปัจจุบัน)				
พ่อและแม่	17	56.67	21	70.00
เฉพาะพ่อ	2	6.67	1	3.33
เฉพาะแม่	4	13.33	4	13.33
ญาติ	3	10.00	2	6.67
อยู่หอพักกับเพื่อน	4	13.33	2	6.67
จำนวนเงินที่ได้รับเฉลี่ยในแต่ละวัน				
$\bar{X} \pm S.D.$	116.33 $\pm$ 40.97		116.17 $\pm$ 31.34	
Min, Max	40.00, 200.00		60.00, 200.00	
ค่าใช้จ่ายของนักเรียนในแต่ละวัน				
$\bar{X} \pm S.D.$	84.83 $\pm$ 35.97		82.67 $\pm$ 20.33	
Min, Max	40.00, 200.00		40.00, 120.00	
อาชีพของผู้ปกครอง				
เกษตรกร	5	16.67	10	33.33
รับจ้างทั่วไป	5	16.67	7	23.33
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	11	36.67	7	23.33
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	7	23.33	2	6.67
พนักงานบริษัทเอกชน	2	6.67	4	13.33

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภายในกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรม การป้องกัน โรคติดต่อ ทาง เพศสัมพันธ์	กลุ่มทดลอง (n = 30)					กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)				
	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95% CI	p- value	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95% CI	p- value
การรับรู้โอกาสเสี่ยง										
ก่อนการทดลอง	24.07	3.02				24.00	2.35			
หลังการทดลอง	28.17	1.86	4.10	3.23 ถึง 4.97	<0.001	23.93	1.86	0.07	-0.32 ถึง 0.46	0.730
การรับรู้ต่อความรุนแรงของการเป็นโรค										
ก่อนการทดลอง	18.87	2.75				19.17	1.62			
หลังการทดลอง	22.60	1.57	3.73	2.72 ถึง 4.75	<0.001	19.27	1.72	0.10	-0.47 ถึง 0.27	0.586
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค										
ก่อนการทดลอง	21.57	2.70				21.70	2.37			
หลังการทดลอง	23.50	1.46	1.93	1.16 ถึง 2.71	<0.001	21.57	2.16	0.13	-0.16 ถึง 0.42	0.354
การรับรู้อุปสรรคต่อการเป็นโรค										
ก่อนการทดลอง	25.13	3.01				24.77	3.69			
หลังการทดลอง	27.80	1.54	2.67	1.00 ถึง 3.80	<0.001	24.83	2.63	0.07	-0.69 ถึง 0.56	0.829
การปฏิบัติในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์										
ก่อนการทดลอง	29.90	7.15				30.10	5.67			
หลังการทดลอง	37.97	2.97	8.07	6.21 ถึง 9.92	<0.001	30.23	5.38	0.13	-0.66 ถึง 0.39	0.608

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	ก่อนการทดลอง (n = 30)					หลังการทดลอง (n = 30)				
	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95% CI	p-value	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95% CI	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยง										
กลุ่มทดลอง	24.07	3.02				28.17	1.86			
กลุ่มเปรียบเทียบ	24.00	2.35	0.07	-1.33 ถึง 1.46	0.924	23.93	1.86	4.24	3.27 ถึง 5.19	<0.001
การรับรู้ต่อความรุนแรงของการเป็นโรค										
กลุ่มทดลอง	18.87	2.75				22.60	1.57			
กลุ่มเปรียบเทียบ	19.17	1.62	0.30	-1.47 ถึง 0.87	0.609	19.27	1.72	3.33	2.48 ถึง 4.18	<0.001
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค										
กลุ่มทดลอง	21.57	2.70				23.50	1.46			
กลุ่มเปรียบเทียบ	21.70	2.37	0.13	-1.45 ถึง 1.18	0.839	21.57	2.16	1.93	0.89 ถึง 2.89	<0.001
การรับรู้อุปสรรคต่อการเป็นโรค										
กลุ่มทดลอง	25.13	3.01				27.80	1.54			
กลุ่มเปรียบเทียบ	24.77	3.69	0.36	-1.38 ถึง 2.11	0.675	24.83	2.63	2.97	1.85 ถึง 4.08	<0.001
การปฏิบัติในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์										
กลุ่มทดลอง	29.90	7.15				37.97	2.97			
กลุ่มเปรียบเทียบ	30.10	5.67	0.20	-3.53 ถึง 3.13	0.905	30.23	5.38	7.74	5.49 ถึง 9.89	<0.001

อภิปรายผล

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ เนื่องจากผู้วิจัยใช้การบรรยายประกอบสื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมีกิจกรรมเรียนรู้ผ่านเกมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้นร่ายนัก โดยในเนื้อหาเกมจะมีทั้งผลกระทบทางร่างกาย และผลกระทบทางสังคม ใช้เกมจับคู่สุ่มโรค โดยในเนื้อหาเกมจะประกอบไปด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และบอร์ดเกม มี 2 สถานะ คือ ติดเชื้อแบคทีเรีย ติดเชื้อไวรัส ให้กลุ่มทดลองนำโรค แบ่งแยกตามชนิดไปติดที่บอร์ดเกม ร่วมกับการสื่อสารผ่าน Buddy Line Official Account ซึ่งเป็นการทบทวนการเรียนรู้หากกลุ่มตัวอย่างเกิดความสงสัยหรือมีประเด็นที่ยังไม่เข้าใจเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ส่งผลให้ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นโดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ผลการศึกษารั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Khakbazan et al.⁽²¹⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการศึกษาตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในหญิงที่ตกเป็นเหยื่อการถูกทำร้ายทางเพศ พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการศึกษาพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง ประโยชน์ที่รับรู้ อุปสรรคการรับรู้ และโปรแกรมตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพส่งผลต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในหญิงที่ตกเป็นเหยื่อการถูกทำร้ายทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Jeihooni et al.⁽¹⁹⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในคูรั๊กก่อนแต่งงาน ในเมืองฟาซา ประเทศอิหร่าน พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ต่อความรุนแรงของการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ต่อความรุนแรงของการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการสร้างการรับรู้ต่อความรุนแรงของการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กิจกรรม โดยมีเนื้อหาการบรรยายประกอบสื่อเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ใช้กิจกรรมคิดก่อนทำ แบ่งกลุ่ม เพศชาย เพศหญิง ให้ระดมความคิดในกลุ่มวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกัน โดยไม่ติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หากติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพศชาย/เพศหญิง ส่งผลกระทบต่อตนเองอย่างไร อภิปรายกลุ่ม กิจกรรมเคลสรณศึกษา มีโจทย์ กรณีศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรคของการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้กลุ่มละ 1 กรณี ให้ศึกษาค้นหาปัญหา นำมาคิดวิเคราะห์ ช่วยเหลือ ในเรื่องของเคสที่ได้รับอุปสรรคในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่งผลให้ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ต่อความรุนแรงของการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ต่อความรุนแรงของการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการรับรู้ต่อความรุนแรงของการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากโปรแกรม และมีการสื่อสารผ่าน Buddy Line Official Account ซึ่งเป็นการทบทวนการรับรู้เมื่อกลุ่มตัวอย่างเกิดความสงสัยหรือประเด็นที่ยังไม่เข้าใจ⁽⁴⁾ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น จังหวัดเพชรบุรี⁽⁴⁾

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการสร้างการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กิจกรรมบรรยาย โดยมีเนื้อหาการบรรยายประกอบสื่อเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ใช้กิจกรรมคิดก่อนทำ แบ่งกลุ่ม เพศชาย เพศหญิง ให้ระดมความคิดในกลุ่มวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกัน โดยไม่ติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หากติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพศชายหรือเพศหญิงที่จะส่งผลกระทบต่อตนเองอย่างไร พร้อมทั้งมีกิจกรรมการอภิปรายกลุ่ม ส่งผลให้ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากโปรแกรม และมีการสื่อสารผ่าน Buddy Line Official Account ผ่านการส่งข้อความ ข่าวสาร ข้อมูลความรู้ต่างๆ และตอบคำถามแบบตัวต่อตัว ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในคูรั๊กก่อนแต่งงาน ในเมืองฟาซา ประเทศอิหร่าน พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁹⁾

การรับรู้อุปสรรคต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ในการสร้างการรับรู้ต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กิจกรรมบรรยาย โดยมีเนื้อหาการบรรยายประกอบสื่อเกี่ยวกับการรับรู้ต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ใช้กิจกรรมเสริมการเรียนรู้ ซึ่งจะมีโจทย์คำถามกรณีศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรคของการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้กลุ่มละ 1 กรณี ให้กลุ่มตัวอย่างได้ศึกษาค้นหาปัญหา นำมาคิดวิเคราะห์ และหาแนวทางการช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหาที่ได้รับอุปสรรคในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พร้อมทั้งมีกิจกรรมการอภิปรายกลุ่ม ส่งผลให้ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นโดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการรับรู้ต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากโปรแกรม และมีการสื่อสารผ่าน Buddy Line Official Account ผ่านการส่งข้อความ ข่าวสาร ข้อมูลความรู้ต่างๆ และตอบคำถามแบบตัวต่อตัว ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Darabi et al.⁽²⁰⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมทางการศึกษาตามสุขภาวะแบบจำลองความเชื่อในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกัน HIV/AIDS ของนักเรียนมัธยมปลาย เป็นการศึกษาทั้งทดลองในนักเรียนมัธยมปลาย พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การปฏิบัติในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากผลการศึกษาพบว่าการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กิจกรรมบรรยาย โดยมีเนื้อหาการบรรยายประกอบสื่อเกี่ยวกับส่งเสริมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และใช้กิจกรรมชวนคิด “ตัวฉันในวันข้างหน้า” โดยใช้โจทย์คำถามการวางแผนกราฟชีวิตอีก 10 ปีข้างหน้า จะดำเนินชีวิตโดยที่ไม่ตั้งครรภ์และไม่ติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จนถึงช่วงชีวิตที่แต่งงานสร้างครอบครัวหากหลีกเลี่ยงไม่ได้จะทำอย่างไร ตลอดจนระยะเวลาบรรยายใช้สื่อประกอบการสอน และมีการสาธิตการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง ฝึกปฏิบัติการใส่ถุงยางอนามัย และอภิปรายกลุ่ม รวมถึงใช้กิจกรรมทบทวนและสรุปการเรียนรู้ พร้อมทั้งมอบใบเกียรติบัตรหลังการเรียนรู้ในแต่ละกิจกรรมเพื่อเป็นการส่งเสริมกำลังใจในการเข้าร่วมกิจกรรม และพร้อมทั้งใช้ Buddy Line Official Account เพื่อช่องทางการเข้าถึงบริการ ทางด้านข่าวสาร ข้อมูลความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว ส่งผลให้ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นโดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 80.00) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากโปรแกรม ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา ชะนะนอก⁽¹²⁾ ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ในวัยเรียนของแกนนำนักเรียนโรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่งอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าหลังการทดลองการปฏิบัติในการป้องกันโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ในวัยเรียนมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการพัฒนาโปรแกรม

จากผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับ Buddy Line Official Account ในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนวัยรุ่น สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนวัยรุ่น ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิได้ แต่ในส่วนของ Buddy Line Official Account ควรพัฒนาระบบเมนู

เพิ่มเติม ให้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้โดยง่าย เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สาเหตุ อาการ เมินขออุปกรณ์ป้องกันโรค เช่น ถุงยางอนามัย เมินขอเข้ารับคัดกรองความเสี่ยงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หากมีความเสี่ยงระบบจะแจ้งเตือนผู้ทำการประเมิน ความเสี่ยงด้วยตนเอง และหากมีความเสี่ยงสามารถนัดหมายเข้ารับการรักษาของหน่วยบริการด้านสาธารณสุขได้เลย เช่น ตรวจคัดกรอง HIV ฟรีปีละ 2 ครั้ง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะงานวิจัยต่อไป

ควรศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นความยั่งยืนของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับ Buddy Line Official Account ในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนวัยรุ่น โดยการประเมินซ้ำหรือติดตามหลังจากสิ้นสุด การทดลองเป็นระยะ เพื่อเป็นการกระตุ้นและหาวิธีการส่งเสริมให้นักเรียนมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของนักเรียนวัยรุ่น โดยการพัฒนาระบบไลน์ต่อการเป็นพี่ปรึกษาของกลุ่มนักเรียนวัยรุ่น โดยสร้างผู้ดูแลระบบที่เกี่ยวข้องกับ การให้คำปรึกษาปัญหาวัยรุ่น อย่างต่อเนื่องและเพื่อความยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Sexually transmitted infections [Internet]. 2023. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
2. ถนอม นามวงศ์, สุกัญญา คำพัฒน์, ปัญญา ปรัชญคุปต์. อัตราความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มเยาวชน จังหวัดยโสธร. วารสารโรคเอดส์. 2562;31(3):116–24.
3. เพ็ญศรี สวัสดิ์เจริญย์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี 2553-2562 ของกองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. วารสารโรคเอดส์. 2563;32(3):94–113.
4. ภาสิต ศิริเท, ประกายรัตน์ ทุนิจ, วรวิภา เหมทอง, กาญจนา บุศราทิจ. ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเจตคติการป้องกันโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข ป. 2563;6(ฉบับเพิ่มเติม):55–70.
5. สมาคมโรคติดต่อในเด็กแห่งประเทศไทย. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ [Internet]. 2563. Available from: <https://www.pidst.or.th/A732.html>
6. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ [Internet]. 2563. Available from: https://www.si.mahidol.ac.th/siriraj_online/thai_version/Health_detail.asp?id=147
7. UNAIDS. people died of AIDS [Internet]. 2022. Available from: <https://www.unaids.org/en>
8. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค แนะนำวิธีป้องกัน Start Safe SEX, Use Condom : รั ก ฎ ะ ธิ ษ ติ ใ น ใ ช้ ‘ ใ ช้ ใ ช้ ใ ช้ ใ ช้ ’ [Internet]. 2566. Available from: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=23352&deptcode=brc&news_views=7011
9. มณฑาทิพย์ ศรีวรรณ, สมฤทัย พวงศิลป์. ความชุกของการติดเชื้อโรคหนองใน พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหนองใน คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร. วารสารโรคเอดส์. 2564;34(1):35–45.
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. สรุปรายงานอัตราป่วยของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี 2565 [Internet]. 2566. Available from: <https://cpho.moph.go.th/>
11. Sirited P, Thongmark W, Kotmongkon D, Wandondaeng R, Thong-o J, Khruapheng M. Effect of Health Beliefs Modification Program on Adolescent Sexually Transmitted Disease Prevention Behaviors in Phetchaburi Province. Public Health Policy and Laws Journal. 2021;7(2):309–26.

12. จินตนา ชะนะนอก, ทักษมาศ อุดมโกศา, จุน หน่อแก้ว. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ในวัยเรียนของแกนนำนักเรียนโรงเรียน เอกชนแห่งหนึ่งอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ. 2561;5(1):96–106.
13. อนุชิตา आयुยืน, ปณณทัต บณขุนทด, ถาวรีย แสงงาม, กิตติพงษ์ เรือนเพ็ชร, ธีรวิม มานุรักษ์, กัลยา มั่นล้วน. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อ ทักษะคติในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษสุนทร บุรีรัมย์. 2565;37(3):669–77.
14. จิระศักดิ์ เจริญพันธ์. สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2552.
15. เกตุแก้ว เสี่ยงเพราะ. ทฤษฎี เทคนิค การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการประยุกต์ใช้ในงานสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ; 2564.
16. ฐิติมา โกศลวิตร, กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์, สุทธิพงษ์ สุทธิลักษณ์กุล, ขนิษฐา หล้ามาชน. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารราชธานีนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2017;1(1):45–62.
17. พงเดชเดช สารการ. ชีวสถิติพื้นฐานและการวิเคราะห์ข้อมูล : STATA10. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558.
18. Cronbach, L. J. Essentials of psychological testing (3rd ed.). Harper & Row; 1970.
19. Jeihooni AK, Ghaedi R, Kashfi SM, Khiyali Z. Effect of education based on the health belief model in the prevention of sexually transmitted diseases in couples participating in premarriage training classes. Journal of Education and Community Health. 2018; 4(4):4–12.
20. Darabi, F., Maheri, M., & Shadmani, M. N. The Effect of Educational Intervention Based on the Health Belief Model on Promoting Perceived Self-efficacy to Prevent HIV/AIDS Among the High School Students. Journal of Education and Community Health. 2023; 10(1), 8–15.
21. Khakbazan, Z., Mehdizadeh, A., Azimi, K., & Mirmohammadali, M. Effect of Education Based on the Health Belief Model on Prevention of Sexually Transmitted Diseases in Female Victims of Sexual Assault; 2020.

ผลของการใช้รูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี

ดุลยรัตน์ โกวประเสริฐ*

*ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลบางกรวย

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลบางกรวย จำนวน 70 คน ประกอบด้วย กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 คน กลุ่มทดลองได้รับรูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพช่องปาก ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วย Paired t-test, Independent t-test และ McNemar's test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ทันตสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ดีวก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการตรวจคราบจุลินทรีย์มีค่าเฉลี่ยหลังทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองและลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้ที่ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปได้ว่ารูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานมีประสิทธิภาพช่วยเสริมสร้างความรู้ทันตสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากให้ดีขึ้น ส่งผลให้ดัชนีคราบจุลินทรีย์ลดลง และการได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากลดลง

คำสำคัญ: การจัดบริการการดูแลสุขภาพช่องปาก/ โรคเบาหวาน/ การรับรู้ความสามารถของตน/
คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

Effect of Using Oral Health Care Services Model for Diabetes Mellitus Patients in Bangkruai Hospital, Nonthaburi Province

Dulyarat Thowprasert*

*Dentist, Senior Professional level, Bangkruai Hospital

Abstract

This study was a quasi-experimental research. The objective of research were to evaluate oral health care service model for diabetic patients at Bangkruai hospital, Nonthaburi province. 70 diabetic patients were recruited into the study and randomized into 2 groups. The experimental and control group were consisted of 35 participate group. The experimental group were received oral health care services model and the trial period 12 weeks. All data was analyzed in mean, percentile, standard deviation, paired t-test, independent t-test and McNemar's test by significance level $p < 0.05$. After dental health care service model trial was finish, the results of the study showed that, there was higher level of dental health knowledge, perceived self-efficacy and oral health care behaviors, in study group, higher than before trial in study group and higher than comparison group ($p < 0.05$). There was significantly lower level of plaque index in the study group after completed program and lower than comparison group ($p < 0.05$). In study group, there was significantly lower level of the impact of oral health-related quality of life than before trial ($p < 0.05$).

In conclusion, the program "Oral health care services model" for diabetic patients effectively enhances oral health knowledge, self-efficacy, and oral health behaviors, leading to a reduction in plaque index and improvements in the quality of life related oral health.

Keywords: Oral health care services/ Diabetes Mellitus/ Self-efficacy/ Oral health-related quality of life

*Corresponding author: Dulyarat Thowprasert, email: dulyarat_t@yahoo.com, Tel.: 08 6787 1159

Received: October 18, 2024/ Revised: November 8, 2024/ Accepted: December 4, 2024

บทนำ

ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขของประเทศไทยทำให้ในสถานบริการของรัฐมีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และอีกโรคที่มีความสำคัญคือโรคเบาหวาน โรคเบาหวานเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่ออวัยวะต่างๆ ของร่างกายทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น จอตาเสื่อม โรคเส้นประสาท โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต และโรคในช่องปาก⁽¹⁾ โดยพบว่าโรคในช่องปากเป็นภาวะแทรกซ้อนลำดับ 6 ที่เกิดในผู้ป่วยเบาหวานซึ่งมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการเป็นโรคและความสามารถในการควบคุมน้ำตาล โรคในช่องปากที่พบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ โรคปริทันต์อักเสบ โรคฟันผุ ติดเชื้อราในช่องปาก ภาวะปากแห้ง ความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปาก เป็นต้น⁽²⁾ โดยพบว่าโรคเบาหวานและโรคปริทันต์อักเสบมีความสัมพันธ์กันในรูปแบบสองทิศทาง (bi-directional) โดยโรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคปริทันต์อักเสบ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้จะส่งผลให้โรคปริทันต์รุนแรงขึ้น ในทางกลับกันผู้ป่วยที่เป็นโรคปริทันต์อักเสบส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ดังนั้นจึงควรได้รับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคร่วมกัน⁽³⁻⁵⁾ ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปริทันต์มากกว่าคนปกติถึงสามเท่า การเกิดโรคปริทันต์อักเสบจะส่งผลทำลายเนื้อเยื่อและอวัยวะรองรับฟัน เมื่อเป็นโรคปริทันต์ที่รุนแรงขึ้นกระดูกขากรรไกรเกิดการละลายตัวมากขึ้นจะทำให้ฟันโยกและสูญเสียฟันไปในที่สุด การสูญเสียฟันส่งผลต่อการดำเนินชีวิตด้านต่างๆ ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การพูดออกเสียงทำให้คุณภาพชีวิตลดลงได้^(6,7) ดังนั้นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดพร้อมกับการรักษาดูแลสุขภาพช่องปากรวมทั้งการให้ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากได้ด้วยตนเอง จึงมีความสำคัญที่จะช่วยลดการสูญเสียฟันและทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

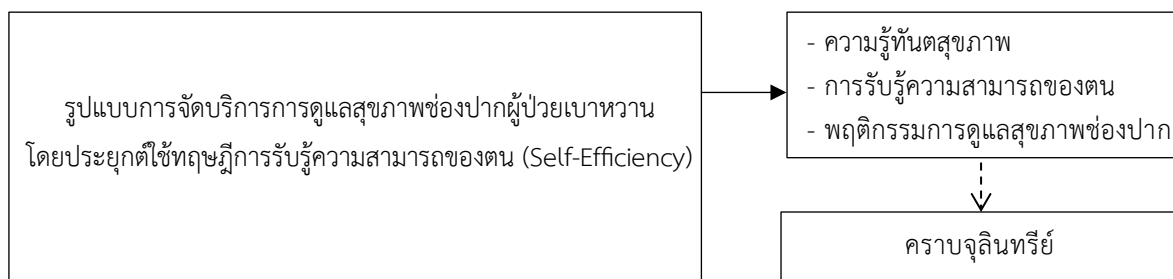
โรงพยาบาลบางกรวย อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีกลุ่มงานทันตกรรมที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพช่องปากประชากรทุกกลุ่มวัย ซึ่งทางกลุ่มงานทันตกรรมได้เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน จึงจัดให้มีการตรวจสุขภาพช่องปากผู้ป่วยที่คลินิกเบาหวานเป็นประจำทุกปี จากการสำรวจสถานะช่องปากและพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานปี 2567 จำนวน 185 คน พบว่า จำนวนฟันแท้ที่ใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 50.3 จำนวนฟันหลังน้อยกว่า 4 คู่สบ ร้อยละ 55.7 มีฟันผุและเหงือกอักเสบ ร้อยละ 91.89 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการทันตกรรม ร้อยละ 17.3 วิธีการดูแลสุขภาพช่องปากแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง ตอนเช้าและเย็น ร้อยละ 86.5 แปรงฟันมากกว่า 2 นาที ร้อยละ 81.6 ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ร้อยละ 77.8 ส่วนใหญ่ไม่เคยใช้อุปกรณ์เสริมใดๆ ในการทำความสะอาดช่องปาก ร้อยละ 72.9⁽⁸⁾ จากการทบทวนข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานมีปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นจำนวนมาก จำเป็นต้องได้รับการรักษาทางทันตกรรม แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานเข้ามารับบริการทันตกรรมน้อย และมีพฤติกรรมทำความสะอาดช่องปากไม่ถูกต้อง อย่างไรก็ตาม กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลบางกรวย ยังไม่มีแนวทางการจัดบริการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานที่ชัดเจน ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก จึงหาวิธีการพัฒนากิจกรรมที่จะสามารถดึงศักยภาพของตนในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง โดยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตน (Self-efficacy theory) ของ Bandura⁽⁹⁾ ได้กล่าวว่าการรับรู้ความสามารถของตนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ตัดสินใจเริ่มในการปฏิบัติหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ปัจจัยที่นำไปสู่การรับรู้มีมาจากประสบการณ์ความสำเร็จ การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น การใช้คำพูดชักจูงและการกระตุ้นอารมณ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนร่วมกับการจัดบริการป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสภาพในช่องปากเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองอย่างเหมาะสม จะได้นำไปใช้เป็นแนวทางการจัดบริการการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ทันตสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ค่าเฉลี่ยดัชนีคราบจุลินทรีย์ และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ทันตสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และค่าเฉลี่ยดัชนีคราบจุลินทรีย์ของผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวาน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตน (Self-Efficacy) สร้างเสริมสุขภาพช่องปากผ่านการฝึกอบรมตามรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวาน 5 กิจกรรม ร่วมกับการวางแผนจัดบริการป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสภาพ โดยเปิดช่องทางพิเศษและนัดหมายต่อเนื่องจนการรักษาเสร็จสิ้น ประเมินผลการเข้าร่วมจากความรู้ทางทันตสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ปริมาณคราบจุลินทรีย์และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยการศึกษาแบบการวัดผลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (Pretest-posttest design control group design) ระยะเวลาดำเนินการวิจัย เดือนกรกฎาคม - กันยายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลบางกรวย จำนวน 522 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลบางกรวย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คำนวณจากการวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับการศึกษานี้จากการศึกษาของ ชยุดรา แปงสนิ⁽¹⁰⁾ ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปาก โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเสริมงาม จังหวัดลำปาง

คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน⁽¹¹⁾ ใช้สูตร

$$n = \frac{(\sigma_1^2 + \sigma_2^2) (Z_\alpha + Z_\beta)^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$$\sigma_1 = 7.946$$

$$\sigma_2 = 7.466$$

$$\mu_1 = 60.639$$

$$\mu_2 = 66.866$$

$$Z_\beta = 1.28$$

$$Z_\alpha = 1.96$$

ได้กลุ่มตัวอย่าง 32.17 คน ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหาย จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 35 คนต่อกลุ่ม

เกณฑ์การคัดเข้า คือ มีอายุ 45 - 75 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานมาอย่างน้อย 1 ปี ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เป็นระดับน้ำตาลที่สามารถให้การรักษาทันทีจนกระทั่งถึงงานสัปดาห์ของปากได้ มีฟันแท้ไม่น้อยกว่า 16 ซี่ แต่ละด้าน (sextant) ต้องมีฟันอย่างน้อย 1 ซี่ ที่สามารถนำมาประเมินสภาวะทันตสุขภาพได้ มีความสามารถในการใช้มือได้ตามปกติ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ สนใจเข้าร่วมการศึกษาและสามารถตามนัดหมายได้

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้รับบริการที่เสียชีวิต ย้ายออกนอกพื้นที่ มีปัญหาสุขภาพ สูญเสียความสามารถในการตัดสินใจ (ติดเตียง เสียความจำ สื่อสารไม่ได้) หรือไม่ยินยอมในการให้ข้อมูล ไม่สามารถตามนัดหมายได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. รูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตน ใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 12 สัปดาห์ มีขั้นตอนดำเนินงาน ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 นัดกลุ่มทดลองที่คลินิกทันตกรรมเพื่อทำแบบสอบถามความรู้ทันตสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก ทันตแพทย์สัมภาษณ์คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก โดยใช้แบบประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตประจำวัน (The oral impacts on daily performances: OIDP) และย้อมคราบจุลินทรีย์ ทันตแพทย์วางแผนการรักษาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย และจัดกลุ่มทดลองเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มละ 7 คน พร้อมนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 3 นัดกลุ่มทดลองแต่ละกลุ่มที่ห้องให้คำปรึกษา เพื่อทำกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “เบาหวานดี ช่องปากดี” ใช้ระยะเวลา 30 นาที เป็นกิจกรรมเรียนรู้ผ่านสไลด์เกี่ยวกับโรคในช่องปาก ความสัมพันธ์ของโรคเบาหวานและโรคปริทันต์อักเสบ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของทันตบุคลากร เพื่อสร้างการรับรู้ความสามารถของตนผ่านการใช้คำพูดชักจูง

กิจกรรมที่ 2 “สุขภาพช่องปากดี ต้องใส่ใจ” ใช้ระยะเวลา 30 นาที เป็นกิจกรรมเรียนรู้ผ่านสไลด์เกี่ยวกับความรุนแรงของสภาวะช่องปากด้วยสัญญาณไฟจราจร ตามแนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานสำหรับทันตบุคลากรและบุคลากรสาธารณสุข⁽¹²⁾ และฝึกปฏิบัติการประเมินช่องปากด้วยตนเอง ทันตแพทย์ร่วมกับผู้ป่วยเบาหวานบันทึกและประเมินสภาวะช่องปากในบัตรสุขภาพช่องปากดี ต้องใส่ใจ เพื่อสร้างการรับรู้ความสามารถของตนผ่านประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้คำพูดชักจูงและการกระตุ้นทางอารมณ์

กิจกรรมที่ 3 “ฟันสะอาด ฉันทาได้” ใช้ระยะเวลา 60 นาที เป็นกิจกรรมการเรียนรู้ผ่านสไลด์ วิดีทัศน์ ฝึกปฏิบัติการทำความสะอาดฟัน แจกชุดอุปกรณ์ทำความสะอาดฟัน ได้แก่ แปรงสีฟัน ไหมขัดฟันและหรือแปรงซอกฟัน ฝึกปฏิบัติการเลือกใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสม และฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์ในช่องปาก เพื่อสร้างการรับรู้ความสามารถของตนผ่านประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จและการใช้คำพูดชักจูง

สัปดาห์ที่ 5 นัดกลุ่มทดลองแต่ละกลุ่มที่ห้องให้คำปรึกษาเพื่อทำกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 4 “ฟันสะอาดหรือยัง” ใช้ระยะเวลา 60 นาที เป็นกิจกรรมเรียนรู้ผ่านสไลด์ วิดีทัศน์ ฝึกปฏิบัติการตรวจฟันด้วยตนเองโดยตาเปล่า ใช้หลอดปลายมนและใช้สีย้อมฟัน ทบทวนการใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดฟัน เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้ฝึกปฏิบัติการตรวจฟันด้วยตนเอง เพื่อสร้างการรับรู้ความสามารถของตนผ่านประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จและการใช้คำพูดชักจูง

กิจกรรมที่ 5 “เล่าสู่กันฟัง” ใช้ระยะเวลา 60 นาที เป็นกิจกรรมเล่าประสบการณ์การทำความสะอาดช่องปาก วิธีที่ค้นตัวอย่างบุคคลที่สามารถทำความสะอาดฟันได้ดี สอบถามปัญหาอุปสรรค สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติผ่านการพูดชมเชยและการให้กำลังใจ เพื่อสร้างการรับรู้ความสามารถของตนผ่านการเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น การใช้คำพูดชักจูงและการกระตุ้นอารมณ์

สัปดาห์ที่ 7 นัดกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลที่คลินิกทันตกรรม ทบทวนความรู้พร้อมฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก และให้การรักษาทตามแผนการรักษา

สัปดาห์ที่ 9 และ 11 กระตุ้นเตือน ติดตามพฤติกรรมกาปฏิบัติและให้กำลังใจผ่านทางโทรศัพท์

ระหว่างสัปดาห์ที่ 2 - 11 กลุ่มทดลองจะได้รับการวางแผนจัดบริการป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสภาพ ดังนี้ เพิ่มช่องทางการเข้าถึงโดยเปิดช่องทางพิเศษและนัดหมายต่อเนื่องจนการรักษาเสร็จสิ้น (Complete case)

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการดูแลตามปกติจากทันตบุคลากร ดังนี้ ก่อนการทดลองให้กลุ่มเปรียบเทียบทำแบบสอบถามความรู้ทันตสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนและพฤติกรรมกาดูแลสุขภาพช่องปาก ทันตแพทย์สัมภาษณ์คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากโดยใช้แบบประเมิน ODP และย้อมคราบจุลินทรีย์ ทันตแพทย์วางแผนการรักษาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย พร้อมแนะนำให้ผู้ป่วยมารักษาต่อเนื่อง ทันตบุคลากรให้ความรู้ทันตสุขภาพเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของโรคเบาหวานและโรคปริทันต์ สอนการทำความสะอาดฟันและชอกฟันในแบบจำลองฟัน (model) แบบรายกลุ่ม

สัปดาห์ที่ 12 การประเมินผลลัพธ์หลังการทดลอง โดยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทำแบบสอบถามความรู้ทันตสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมกาดูแลสุขภาพช่องปาก ทันตแพทย์สัมภาษณ์คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก โดยใช้แบบประเมิน ODP และย้อมคราบจุลินทรีย์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ทันตสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมกาดูแลสุขภาพช่องปากที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ การสูบบุหรี่ การรักษาทางทันตกรรมในรอบ 12 เดือน

ส่วนที่ 2 ความรู้ทันตสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างโรคเบาหวานกับโรคปริทันต์ การดูแลสุขภาพช่องปาก ลักษณะข้อคำถาม มี 2 คำตอบ คือ ถูกกับผิด เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปาก ลักษณะข้อคำถามปลายเปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่ามี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด, เห็นด้วยมาก, เห็นด้วยปานกลาง, เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมกาดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 8 ข้อ ข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกาทำความสะอาดช่องปาก ลักษณะข้อคำถามปลายเปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ, ปฏิบัติบ่อยครั้ง, ปฏิบัติบางครั้ง, ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ โดยมีคะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ

2.2 แบบสัมภาษณ์การประเมินผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตประจำวัน (The oral impacts on daily performances: ODP) เป็นตัวชี้วัดที่ใช้ประเมินผลกระทบจากสภาวะช่องปากต่อการใช้ชีวิตประจำวันใน 8 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การกินอาหาร การพูด การทำความสะอาดช่องปากหรือฟันปลอม การนอนหลับพักผ่อน การยิ้มหัวเราะ การรักษาอารมณ์ให้เป็นปกติ การทำงาน และการออกไปพบปะผู้คน โดยสัมภาษณ์เพื่อให้ทราบถึงปริมาณความถี่และความรุนแรงของปัญหา โดยค่าคะแนนความถี่และความรุนแรงของปัญหาในแต่ละกิจกรรมอยู่ในช่วง 0 - 5 คะแนน ผลกระทบแต่ละกิจกรรมได้จากผลคูณความถี่และความรุนแรง (คะแนนเต็ม 25) นำผลรวมของทุกกิจกรรมจะได้คะแนน ODP⁽¹³⁾ จากคะแนน

OIDP สามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ที่มีผลกระทบ (คะแนน OIDP > 0) และไม่มีผลกระทบ (คะแนน OIDP = 0) จากสภาวะช่องปากในการดำเนินชีวิต ทั้งนี้ จะสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยเพียงคนเดียว

2.3 แบบประเมินดัชนีคราบจุลินทรีย์ของ Silness and Loe⁽¹⁴⁾ ด้วยการย้อมสีคราบจุลินทรีย์ โดยตรวจฟันแต่ละซี่ 4 ตำแหน่ง คือ ด้านแก้ม ลิ้น กลัดกลาง และไกลกลางของฟัน 6 ซี่ ได้แก่ 16, 12, 24, 36, 32 และ 44 กรณีไม่มีฟันซี่ที่เป็นตัวแทน สามารถใช้ฟันซี่ข้างเคียงหรือฟันที่เหลือในด้าน (Sextant) นั้น ใช้เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ รหัส 0 ไม่มีคราบจุลินทรีย์ติดบนตัวฟัน รหัส 1 มีปริมาณไม่เกิน 1/3 ของตัวฟัน รหัส 2 มีปริมาณมากกว่า 1/3 และไม่เกิน 2/3 ของตัวฟัน รหัส 3 มีคราบจุลินทรีย์เป็นแถบปกคลุมมากกว่า 2/3 ของตัวฟัน ทั้งนี้ การคำนวณค่าเฉลี่ยดัชนีคราบจุลินทรีย์ = ผลรวมของคะแนนคราบจุลินทรีย์ที่ตรวจทั้งหมด / จำนวนด้านที่ตรวจทั้งหมด ส่วนการตรวจคราบจุลินทรีย์ผู้วิจัยจะตรวจเพียงคนเดียวผ่านการปรับมาตรฐาน มีค่าความสอดคล้องกับผู้ตรวจมาตรฐานในระดับดี ค่า Kappa เท่ากับ 0.79 ในการเก็บข้อมูลจะมีการตรวจซ้ำร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่า Kappa เท่ากับ 0.84

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม (Index of item-objective congruence: IOC) ของแต่ละข้อคำถาม ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 ภายหลังการปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทดลองใช้กับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ความรู้ทันตสุขภาพหาความเที่ยงโดยใช้ค่าคูเดอร์- ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20: KR 20) ได้ค่าเท่ากับ 0.73 การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก หาค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's α coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.79 และ 0.74 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test, Independent t-test และ McNemar's test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การรับรองจริยธรรมการวิจัย การศึกษานี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เอกสารเลขที่ 44/2566 รับรองเมื่อวันที่ 2 พฤศจิกายน 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.3 อายุอยู่ระหว่าง 45 - 59 ปี ร้อยละ 51.4 สถานภาพสมรสเป็นคู่ ร้อยละ 62.9 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 42.9 การศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 37.2 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 91.4 ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาไม่เคยเข้ารับบริการทางทันตกรรม ร้อยละ 77.1

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.9 อายุอยู่ระหว่าง 45 - 59 ปี ร้อยละ 57.2 สถานภาพสมรสเป็นคู่ ร้อยละ 65.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 51.4 การศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 42.8 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 94.3 ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาไม่เคยเข้ารับบริการทางทันตกรรม ร้อยละ 71.4

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทันตสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และค่าเฉลี่ยดัชนีคราบจุลินทรีย์ของผู้ป่วยเบาหวาน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทันสุขภาพ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ทันสุขภาพ หลังการทดลอง ($\bar{X}$ = 8.84, S.D. = 0.91) มากกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X}$ = 6.29, S.D. = 1.62) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 1

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพช่องปาก ภายหลังการทดลอง ($\bar{X}$ = 43.34, S.D. = 3.33) มากกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X}$ = 34.66, S.D. = 4.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 1

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก หลังการทดลอง ($\bar{X}$ = 34.71, S.D. = 2.79) มากกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X}$ = 26.29, S.D. = 2.70) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 1

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีคราบจุลินทรีย์ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีคราบจุลินทรีย์ ภายหลังการทดลอง ($\bar{X}$ = 0.84, S.D. = 0.33) ลดลงกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X}$ = 1.54, S.D. = 0.46) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 1

การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทันสุขภาพ ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตน ในการดูแลสุขภาพช่องปาก ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก และค่าเฉลี่ยดัชนีคราบจุลินทรีย์ของผู้ป่วย เบาหวาน ของกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.081, 0.101, 0.142 และ 0.089 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทันสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และค่าเฉลี่ยดัชนีคราบจุลินทรีย์ของผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้ สถิติ Paired t-test ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ($n = 70$)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความรู้ทันสุขภาพ						
กลุ่มทดลอง (n = 35)	6.29	1.62	8.84	0.91	-9.36	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)	6.31	1.39	6.77	1.85	-1.80	0.081
การรับรู้ความสามารถของตน						
กลุ่มทดลอง (n = 35)	34.66	4.00	43.34	3.33	-12.74	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)	34.97	3.20	35.91	3.75	-1.69	0.101
พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก						
กลุ่มทดลอง (n = 35)	26.29	2.70	34.71	2.79	-13.58	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)	26.40	4.58	27.57	3.31	-1.50	0.142
ดัชนีคราบจุลินทรีย์						
กลุ่มทดลอง (n = 35)	1.54	0.46	0.84	0.33	11.25	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)	1.66	0.42	1.56	0.36	1.75	0.089

* p -value<0.05

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทันสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และค่าเฉลี่ยดัชนีคราบจุลินทรีย์ของผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทันสุขภาพ พบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทันสุขภาพ ($\bar{X}$ = 8.84, S.D. = 0.91) มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X}$ = 6.77, S.D. = 1.85) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 2

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพช่องปาก ($\bar{X}$ = 43.34, S.D. = 3.33) มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X}$ = 35.91, S.D. = 3.75) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 2

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ($\bar{X}$ = 34.71, S.D. = 2.79) มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X}$ = 27.57, S.D. = 3.31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 2

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคราบจุลินทรีย์ หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคราบจุลินทรีย์ภายหลังการทดลอง ($\bar{X}$ = 0.84, S.D. = 0.33) ลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X}$ = 1.56, S.D. = 0.36) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 2

การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทันสุขภาพ ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพช่องปาก ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และค่าเฉลี่ยดัชนีคราบจุลินทรีย์ของผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.922, 0.727, 0.892 และ 0.226 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทันสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และค่าเฉลี่ยดัชนีคราบจุลินทรีย์ของผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test ($n = 70$)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p-value
	(n = 35)		(n = 35)			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความรู้ทันสุขภาพ						
ก่อนทดลอง	6.29	1.62	6.31	1.39	-0.10	0.922
หลังทดลอง	8.84	0.91	6.77	1.85	7.11	<.001*
การรับรู้ความสามารถของตน						
ก่อนทดลอง	34.66	4.00	34.97	3.20	-0.35	0.727
หลังทดลอง	43.34	3.33	35.91	3.75	10.35	<.001*
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก						
ก่อนทดลอง	26.29	2.70	26.40	4.58	-0.13	0.892
หลังทดลอง	34.71	2.79	27.57	3.31	8.89	<.001*

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p-value
	(n = 35)		(n = 35)			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ดัชนีคราบจุลินทรีย์						
ก่อนทดลอง	1.54	0.46	1.66	0.42	-1.23	0.226
หลังทดลอง	0.84	0.33	1.56	0.36	-8.49	<.001*

*p-value<0.05

4. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ด้านการกินอาหารมากที่สุด ร้อยละ 60.0 รองลงมา คือ ด้านการยิ้มหัวเราะโดยไม่อายใคร ร้อยละ 17.1 และด้านการรักษาอารมณ์ให้เป็นปกติ ร้อยละ 17.1 ส่วนหลังทดลอง กลุ่มทดลองได้รับผลกระทบของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ด้านการกินอาหารมากที่สุด ร้อยละ 20.0 รองลงมา คือ ด้านการทำความสะอาดช่องปาก ร้อยละ 5.7 ดังตารางที่ 3

ก่อนทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ด้านการกินอาหารมากที่สุด ร้อยละ 57.1 รองลงมา คือ ด้านการรักษาอารมณ์ให้เป็นปกติ ร้อยละ 22.8 ส่วนหลังทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ด้านการกินอาหารมากที่สุด ร้อยละ 45.7 รองลงมา คือ ด้านการรักษาอารมณ์ให้เป็นปกติ ร้อยละ 17.1 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ก่อนและหลังทดลอง (n = 70)

	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
การกินอาหาร	21 (60.0)	7 (20.0)	20 (57.1)	16 (45.7)
การพูด	2 (5.7)	1 (2.8)	5 (14.3)	5 (14.3)
การทำความสะอาดช่องปาก	4 (11.4)	2 (5.7)	2 (5.7)	1 (2.8)
การนอนหลับพักผ่อน	1 (2.8)	0 (0.0)	1 (2.8)	1 (2.8)
การยิ้มหัวเราะ	6 (17.1)	1 (2.8)	4 (11.4)	5 (14.3)
การรักษาอารมณ์ให้เป็นปกติ	6 (17.1)	1 (2.8)	8 (22.8)	6 (17.1)
การทำงานทั่วไป	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
การออกไปพบปะผู้คน	1 (2.8)	0 (0.0)	2 (5.7)	2 (5.7)

กลุ่มทดลองมีผลกระทบต่อนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังทดลอง ร้อยละ 71.4 และ 25.7 ตามลำดับ ทั้งนี้ ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 4

กลุ่มเปรียบเทียบมีผลกระทบต่อนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังทดลอง ร้อยละ 68.6 และ 57.1ตามลำดับ ทั้งนี้ ผลกระทบต่อนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลอง โดยใช้สถิติ McNemar's test ($n = 70$)

	ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต		p-value
	ไม่มีผลกระทบ จำนวน (ร้อยละ)	มีผลกระทบ จำนวน (ร้อยละ)	
กลุ่มทดลอง ($n = 35$)			$< 0.001^*$
ก่อนทดลอง	10 (28.6)	25 (71.4)	
หลังทดลอง	26 (74.3)	9 (25.7)	
กลุ่มเปรียบเทียบ ($n = 35$)			0.386
ก่อนทดลอง	11 (31.4)	24 (68.6)	
หลังทดลอง	15 (42.9)	20 (57.1)	

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

อภิปรายผล

ความรู้ทันสุขภาพของกลุ่มทดลอง หลังทดลองดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เนื่องด้วยกลุ่มทดลองได้รับความรู้จากการบรรยายเกี่ยวกับโรคในช่องปาก ความสัมพันธ์ของโรคเบาหวานและโรคปริทันต์ วิธีการดูแลสุขภาพช่องปากและได้เห็นภาพจริงจากการฝึกปฏิบัติส่งผลให้มีความรู้เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Kolb⁽¹⁵⁾ ที่ว่าวงจรการเรียนรู้มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างประสบการณ์ 2) การสะท้อนความคิด 3) การทำความเข้าใจสิ่งที่เรียนมา 4) นำสิ่งที่เรียนรู้นี้มาแก้ไขปัญหาจริง และสอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล จันทร์สุข และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่ประเมินผลของการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของ El-Ashkar et al.⁽¹⁷⁾ ที่ประเมินผลของโปรแกรมให้ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พบว่า หลังทดลองผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ทันสุขภาพดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มทดลอง หลังทดลองดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เนื่องด้วยกลุ่มทดลองเข้ากิจกรรมการบรรยายให้ความรู้ประกอบการสอนโดยใช้คำพูดชักจูงในการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาอุปสรรคหลังจากนำไปปฏิบัติ การเรียนรู้จากประสบการณ์จริงทั้งการฝึกปฏิบัติ การทำความสะอาดฟัน และการตรวจช่องปากด้วยตนเอง ทำให้กลุ่มทดลองรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนของ Bandura⁽⁹⁾ ที่กล่าวว่า “ถ้าบุคคลสามารถรับรู้สมรรถนะของตน เมื่อทำแล้วจะได้ผลตามที่คาดหวังไว้ บุคคลจะปฏิบัติตนด้วยความมั่นใจยิ่งขึ้น” สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ขวัญเรือน ชัยนนท์ และคณะ⁽¹⁸⁾ ที่ประเมินการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรังประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองด้านทันตสุขภาพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชยุตรา แสงสนิท⁽¹⁰⁾ ที่ประเมินผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเล่นอมยช่องปากโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงขึ้นก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 7.16, p < 0.001$)

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มทดลอง หลังทดลองดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และดัชนีคราบจุลินทรีย์ของกลุ่มทดลองลดลงกว่าก่อนการเข้าร่วมทดลองและลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เนื่องด้วยกลุ่มทดลองจะได้รับอุปกรณ์ในการทำทำความสะอาดฟันและซอกฟัน รวมถึงยังได้ฝึกทักษะในการเลือกใช้อุปกรณ์ให้เหมาะสมกับช่องปากตนเอง และลงมือปฏิบัติ (Hand on) แบบรายกลุ่ม และทบทวนปฏิบัติซ้ำแบบรายบุคคล โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดความมั่นใจจากการฝึกปฏิบัติจริง นอกจากนี้ ยังมีการกระตุ้นเตือนให้กำลังใจทางโทรศัพท์เป็นการชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น ส่งผลให้ดัชนีคราบจุลินทรีย์ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Nishihara et al.⁽¹⁹⁾ ที่ประเมินผลของโปรแกรมการรักษาผู้ป่วยโรคปริทันต์ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ชาวญี่ปุ่น พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพดีขึ้น โดยเฉพาะพฤติกรรม การเข้ารับบริการทางทันตกรรม การแปรงฟันและการรับประทานอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพสิฐ ภิโรภาส และ อรรพรรณ กิตติสิโรจน์⁽²⁰⁾ ที่ประเมินผลของโปรแกรมประยุกต์ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าหลังทดลองผู้สูงอายุมีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงกว่าก่อนทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ด้านการรับประทานอาหารสูงสุด เนื่องด้วยสาเหตุหลักของปัญหาในช่องปากมาจากการสูญเสียฟันโดยเฉพาะฟันหลังและไม่ได้รับการใส่ฟันเทียม ทำให้ประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหารลดลง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย^(21,22) พบว่า ปัญหาด้านการกินและเคี้ยวอาหารส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้เบาหวานมากที่สุด จากการทดลองจัดบริการส่งเสริมทันตสุขภาพควบคู่ไปกับการจัดช่องทางพิเศษเข้ารับบริการและนัดรักษาต่อเนื่อง รวมทั้งได้รับการฟื้นฟูสภาพช่องปากโดยการใส่ฟันเทียมทดแทน ทำให้จำนวนผู้ที่มีผลกระทบของคุณภาพชีวิตในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Khan et al.⁽²³⁾ และการศึกษาของ ณฤดี ลิ้มปวงทิพย์ และ แมนสรวง อักษรนุกิจ⁽²⁴⁾ ที่ประเมินการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากหลังการรักษาใส่ฟันเทียม พบว่าคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการรักษา

สรุป

รูปแบบการจัดบริการ การดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลบางกรวย เป็นการจัดกิจกรรมที่มีความหลากหลายประกอบด้วย การได้รับความรู้โดยผู้เชี่ยวชาญ การได้รับความรู้ผ่านประสบการณ์ของผู้อื่น การได้รับการฝึกทักษะต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ทันตสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้น ดัชนีคราบจุลินทรีย์ลดลง ผู้ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากมีความสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องทำเป็นคู่ขนานพร้อมกันกับการจัดบริการป้องกัน รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพในช่องปากเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถพึ่งพาตนเองได้ ทำให้เกิดความยั่งยืนทางทันตสุขภาพรวมทั้งทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การพัฒนาารูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการจัดบริการในกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ชุมชนผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากและสามารถดูแลช่องปากด้วยตนเองได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามการใช้รูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานต่อเนื่องในระยะยาวภายหลังการจัดรูปแบบ 6 เดือน หรือ 12 เดือน เพื่อติดตามประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์เบาหวานศิริราช คณะแพทยศิริราชพยาบาล. ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่หลอดเลือดขนาดเล็กของโรคเบาหวาน [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2 ตุลาคม 2566] เข้าถึงได้จาก: https://www.si.mahidol.ac.th/th/division/diabetes/admin/knowledges_files/4_44_1.pdf.
2. Suwanprasit W, Lertpimonchai A, thienpramuk L, Vathesatokit P, Sritara P, Tamsailom S. Metabolic syndrome and severe periodontitis were associated in Thai adults: A cross-sectional study. J Periodontol. 2021; 92(10): 1420-1429.
3. Molina CA, Ojeda LF, Jimenez MS, Portillo CM, Olmedo IS, Hernandez TM. Diabetes and periodontal diseases: An established two-way relationship. J of Diabetes Mellitus. 2016; 6(4): 209-229.
4. Graziani F, Gennai S, Solini A, Petrini M. A systemic review and meta-analysis of epidemiologic observational evidence on the effect of periodontitis on diabetes. An update of the EFP-AAP review. J Clin Periodontol. 2018; 45(2): 167-187.
5. Ide R, Hoshuyama T, Wilson D, Takahashi K, Higashi T. Periodontal disease and incident diabetes: A seven-year study. J Dent Res. 2011; 90(1): 41-46.
6. Anbarserri NM, Ismail KM, Anbarserri H, Alanazi D, AlSaffan AD, Baseer MA, Shaheen R. Impact of severity of tooth loss on oral-health-related quality of life among dental patients. J Family med Prim Care. 2020; 9: 187 - 191.
7. Ravindranath N, Raju R. Association of oral health status and oral health-related quality of life among adult patients with type 2 diabetes mellitus: A cross-sectional study. J Indian Assoc Public Heal Dent. 2020; 18: 290-295.
8. โรงพยาบาลบางกรวย. การสำรวจสุขภาพฟันของผู้ป่วยเบาหวานในปี 2567. นนทบุรี:โรงพยาบาลบางกรวย; 2567.
9. Bandura A. Self efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological review. 1997. 84: 191-215.
10. ชยุตรา แปงสนธิ. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเสริมงาม จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา; 2565.
11. วรานุช ปิตพัฒน์. ระเบียบวิธีวิจัยทางทันตแพทยศาสตร์. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
12. กรมอนามัย สำนักทันตสาธารณสุข. แนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานสำหรับทันตบุคลากรและบุคลากรสาธารณสุข.[อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://dental.anamai.moph.go.th/web-upload/5x9c01a3d6e5539cf478715290ac946bee/tinymce/07/Dental%20Guideline%20for%20DM%20patients.pdf>.

13. Adulyanon S, Vourapukjaru J, Sheiham A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. *Commun Dent Oral Epidemiol.* 1996; 24: 385-389.
14. Loe H. The gingival index, the Plaque Index and The Retention Index Systems. *J Periodontal.* 1967; 38: 610-616.
15. Kolb DA. Experience learning: Experience as the source of learning and development. New Jersey: Prentice-Hall; 1984.
16. นฤมล จันทร์สุข, ยุทธนา พินิจกิจ, ขวณนท์ จันทร์สุข. ผลของการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี.* 2562; 27(1) :30-39.
17. El-Ash-Ashkar MS, Gad ZM, El-Borgy MD, Abdalla NS, El-Nimr NA. Oral health in adults with Diabetes: Oral health conditions, Knowledge and Practice following an Oral health educational program. *Journal of high institutes of Public Health.* 2019; 49(1): 47-55.
18. ขวัญเรือน ชัยนนท์, สุรีย์ จันทร์โมลี, ประภาเพ็ญ สุวรรณ, มยุนา ศรีสุภนันต์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้.* 2561; 5(1): 91-107.
19. Nishihara U, Tanabe N, Nakamura T, Okada Y, Nishida T, Akihara S. A periodontal disease care program for patients with type2 diabetes: A randomized controlled trial. *J Gen Fam Med.* 2017; 18(5): 249-257.
20. ไพสิฐ ภิโรภาศ, อรวรรณ กิริติสิโรจน์. ผลของโปรแกรมประยุกต์ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางทันตสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารสุขศึกษา.* 2562; 42(2): 110-122.
21. รจนา ไวยาวจี. ความสัมพันธ์ของสภาวะทันตสุขภาพและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดสระแก้ว. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข.* 2557; 19(2): 47-62.
22. เศรษฐพล เจริญธัญรักษ์, จิราพร เขียวอยู่, วิลาวัลย์ วีระอาชากุล. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน: กรณีศึกษาในเขตอำเภอสวรรคภูหา จังหวัดหนองบัวลำภู. *ศรีนครินทร์เวชสาร.* 2557; 29(4): 339-344.
23. Khan S, Chikte U, Omar R. Impact of removable partial dental prostheses in the Oral health-related quality of life of a South African cohort with varied distributions of missing posterior teeth. *Journal of prosthodontics.* 2019; 28(1): 434-439.
24. ณฤดี ลิ้มปวงทิพย์, แมนสรวง อักษรนุกิจ. การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากหลังการรักษาทางทันตกรรมประดิษฐ์: การศึกษาแบบไปข้างหน้าจากเหตุไปหาผล. *ชม.ทันตสาร.* 2562; 40(3): 103-112.

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ในวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 3 วัดบุรพ อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา

ภัทริญา ชุมชิต^{1*} อีรพงศ์ ไชยสิทธิ์² ประทุมทอง ยาทุม³ นุสรพร ปรังค์ศรี⁴ อุไรวรรณ ไกรบุญ⁵

ศศิธร ไม้เท้าแก้ว⁶ พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์⁷ รณชัย ชื่นธวัช⁸

^{1,4,5}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 3 วัดบุรพ สังกัดโรงพยาบาลพระรัตนนครราชสีมา

²รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 3 วัดบุรพ สังกัดโรงพยาบาลพระรัตนนครราชสีมา

³นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 3 วัดบุรพ สังกัดโรงพยาบาลพระรัตนนครราชสีมา

⁶นักวิชาการสาธารณสุข ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 3 วัดบุรพ สังกัดโรงพยาบาลพระรัตนนครราชสีมา

⁷รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

⁸ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

บทคัดย่อ

กลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า แต่การดำเนินงานที่ผ่านมายังมีรูปแบบที่ไม่ชัดเจน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการเฝ้าระวังและการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มพัฒนารูปแบบจำนวน 15 คน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุข และนักวิชาการสาธารณสุข 2) กลุ่มศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ จำนวน 6 คน เป็นกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองและมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า การดำเนินงานมี 3 ระยะ คือ 1) การศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับระบบ กลไกการเฝ้าระวังและการดูแลกลุ่มเสี่ยง 2) กระบวนการพัฒนารูปแบบ เป็นการพัฒนาตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 3) ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ เป็นการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าและคุณภาพชีวิต เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการเฝ้าระวังและการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มี 4 องค์ประกอบ คือ 1) ภาาีเครือข่าย ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุข และนักวิชาการสาธารณสุข 2) โปรแกรมการพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง 3) ศูนย์เรียนรู้ฯ 8 ชุมชน ในชุมชน 4) ระบบและกลไกการดำเนินงานของภาาีเครือข่าย โดยมีผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าสามารถหยุดยาโรคซึมเศร้าได้ครบทั้ง 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 และมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ที่บ้านอย่างต่อเนื่องทุกวัน และในชุมชนเกิดสถานีสสุขภาพแนวใหม่ที่สามารถขับเคลื่อนได้ด้วยทีมอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนซึ่งเป็นกลุ่มพัฒนารูปแบบ ทั้งนี้กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าควรมิจกกรรมป้องกันโรคที่เป็นรูปธรรม เช่น การเยี่ยมบ้านคลายทุกข์และมีการจัดกิจกรรมในศูนย์เรียนรู้ฯ 8 ชุมชน ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และสามารถขยายผลไปยังชุมชนใกล้เคียงอีก 5 แห่ง

คำสำคัญ : รูปแบบ/ การเฝ้าระวังและการดูแล/ กลุ่มเสี่ยง/ โรคซึมเศร้า/ วัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

Development of a surveillance and care model for stroke disease in working-age at risk of depression, Medical Centre 3 Wat-Bun, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province

Pattreeya Chumchit^{1*} Teerapong Sopittikul² Pratumtong Yatum³ Nussaraporn Prangsri⁴
Uraivan Kraipui⁵ Sasithon Maithaokaew⁶ Bhuddhipong Satayavongthip⁷ Ronnchai Chuentawat⁸

^{1*,4,5}Advanced Practice Nurse, Urban Health Center 3 Wat Boon, Affiliated with Thepparat Hospital Nakhon Ratchasima

²Deputy Director of Medical Department, Urban Health Center 3 Wat Boon, Affiliated with Thepparat Hospital Nakhon Ratchasima

³Senior Consultant Physician, Urban Health Center 3 Wat Boon, Affiliated with Thepparat Hospital Nakhon Ratchasima

⁶Public Health Specialist, Urban Health Center 3 Wat Boon, Affiliated with Thepparat Hospital Nakhon Ratchasima

⁷Assoc. Prof., Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

⁸Asst. Prof., Faculty of Science and Technology, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

Abstract

Working-age individuals with stroke are at high risk of developing depression. Nevertheless, there is an absence of a definitive framework for previous operations. This action research aims to development and evaluation the surveillance and care model for stroke disease in working-age at risk of depression. This study focusses on two specific groups: The model development group consists of 15 individuals, which includes doctors, nurses, community health volunteers, and researchers. The study group consists of 6 individuals who belong to the working-age population and are at risk of depression. The process has 3 separate stages: The first stage involves the study of fundamental knowledge about the system and process used for monitoring and providing care for the at-risk population, along with an evaluation of their overall quality of life. 2) The model development process adheres to the principles of action research. 3) The implementation of the model involves assessing the risk of depression and the quality of life. Information is gathered through the utilization of the depression and quality of life evaluation form. Data is analyzed using both quantitative and qualitative statistics.

The research findings indicate that: The surveillance and care model for high-risk groups of depression in working-age individuals with stroke consists of four components: 1) a network of partners, including doctors, nurses, health volunteers, and public health professionals; 2) a self-management skill development program; 3) a community-based "8 types of medicine" learning center; and 4) the operational system and mechanisms of the partner network. The results of using the model showed that all 6 participants with depression were able to stop their antidepressant medication, achieving a 100% success rate. Additionally, their overall quality of life scores were rated as good, and they were able to continuously manage their health at home every day. A new community health station was established, driven by a team of local health volunteers, who were part of the model development group. Therefore, the high-risk groups for depression should have concrete prevention activities, such as home visits for emotional support and continuous activities at the community's "8 types of medicine" learning center. The model should also be expanded to 5 neighboring communities.

Keywords: Model/ Surveillance and care/ Risk population/ Depression/ Working-age individuals with stroke

*Corresponding author: Pattreeya Chumchit, email: Kanokwan.PC111@gmail.com, Tel.: 09 9461 9219

Received: October 3, 2024/ Revised: December 9, 2024/ Accepted: December 12, 2024

บทนำ

จากสภาพในปัจจุบัน พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรทั่วโลก โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงานซึ่งเป็นกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม โรคนี้เกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดในสมอง อันอาจนำไปสู่ความบกพร่องทางร่างกายและการสูญเสียความสามารถในการทำงาน ในบางกรณีอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต ซึ่งโรคนี้เมื่อเกิดขึ้นแล้วมักส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า ในปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่า มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 355,537 คน, 358,267 คน และ 483,302 คน ตามลำดับ และยังพบว่า ในปี พ.ศ. 2566 พบ มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าฆ่าตัวตายชั่วโมงละ 6 คน หรือ 53,000 คนต่อปี และเสียชีวิต จำนวน 4,000 คน องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2572 จะมีโรคซึมเศร้าที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขเป็นอันดับที่ 2 ของโรคอื่นๆ ในระดับโลก โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 20-59 ปี ที่เป็นวัยทำงาน⁽¹⁾ ซึ่งวัยนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมองในวัยทำงานมักพบภาวะโรคซึมเศร้าร่วมด้วยทุกราย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถกลับไปทำงานได้เหมือนเดิม ก่อให้เกิดภาวะเครียดอย่างรุนแรงจนก่อให้เกิดโรคซึมเศร้าตามมา

สำหรับจังหวัดนครราชสีมา มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 37.87 ซึ่งเกินเกณฑ์ที่สุขภาพจิตกำหนด คือ จะต้องไม่มีกลุ่มเสี่ยงและกรณีมีกลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้าผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 68.00 มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 22.88 และ มีความชุก ร้อยละ 2.7⁽²⁾ เมื่อพิจารณาจากกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยทำงาน ส่วนมากเกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ก็เพราะว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักยังมีปัญหาความพิการหลงเหลืออยู่ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติและมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง รวมถึงมีภาวะวิตกกังวลสูง ประกอบกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับยาในการรักษาหลายประเภทเพื่อช่วยให้ร่างกายสมดุล กระทั่งทางสาธารณสุขจึงมีนโยบายส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพผู้ป่วยแบบองค์รวมในชุมชน โดยมีเป้าหมายหลัก คือ 1) ลดการเกิดโรค 2) ลดภาวะแทรกซ้อน 3) ลดการตาย และ 4) ลดภาระค่าใช้จ่าย⁽³⁾ ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติหนึ่งที่ป้องกันภาวะโรคซึมเศร้า แต่งานสุขภาพจิตไม่ได้บูรณาการไปกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงไม่ได้รับการป้องกันโรคซึมเศร้า สำหรับศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 3 วัดบูรพ์ มีกลุ่ม 15 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า จำนวน 38 คน หรือ ร้อยละ 0.72⁽⁴⁾

ในปี พ.ศ. 2565 ได้ร่วมกับมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา จัดทำเครื่องมือคัดกรองโรคซึมเศร้า สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผ่านโทรศัพท์เคลื่อนที่ และได้นำมาคัดกรองกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 464 คน พบวัยทำงานอายุ 27-59 ปี จำนวน 6 คน หรือ ร้อยละ 1.29 เป็นกลุ่มเสี่ยง แยกเป็นระดับรุนแรง จำนวน 1 คน ระดับปานกลาง จำนวน 1 คน และ ระดับเล็กน้อย จำนวน 4 คน การดำเนินงานที่ผ่านมา กลุ่มเสี่ยงไม่มีโปรแกรมหรือกิจกรรมหรือรูปแบบการดูแลที่ป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า มีเพียงการคัดกรอง ถ้าเป็นเป็นกลุ่มเสี่ยงก็จะส่งพบแพทย์เท่านั้น ซึ่งกลุ่มเสี่ยงส่วนมากเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมกับโรคหลอดเลือดสมองที่ยังมีความพิการหลงเหลืออยู่ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ทั้งนี้เนื่องจากการเจ็บป่วยมาจากระบบในร่างกายทำงานไม่สมดุล⁽⁵⁾ แต่ก็มีข้อค้นพบว่าร่างกายของคนเราจะสมดุลได้ถ้าปฏิบัติตามหลัก 4 อ. (ยา 8 ขนาน หรือ ข้อปฏิบัติ 8 ประการ) แบ่งกิจกรรมเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ข้อปฏิบัติที่ต้องทำทุกวัน ได้แก่ อ.ที่ 1 อารมณ์: มีอารมณ์ดีมีจิตปล่อยวาง อ.ที่ 2 อาหาร: กินอาหารสุขภาพ อ.ที่ 3: ออกกำลังกาย และ อ.ที่ 4 เอาพิษออก ด้วยการดื่มน้ำ และ กลุ่มที่ 2 ข้อปฏิบัติที่ไม่จำเป็นต้องทำทุกวัน ได้แก่ การเอาพิษออก 4 ประการ คือ นวดมีอนวดเท้า กัวซา แช่มือแช่เท้า และ ใช้สมุนไพรปรับสมดุล⁽⁶⁾ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ ละม่อม กล้าหาญ และคณะ^(7,8) ได้นำเอาหลักการนี้ไปใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู และผู้ดูแลหลักที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักยอมรับการเจ็บป่วย ไม่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชุสง่า สีสัน⁽⁹⁾ ที่พบว่าการดำเนินงานจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในรูปแบบของ Pak Thong Chai Model ภายใต้การดูแลสุขภาพตามหลัก 4 อ. ส่งผลให้กลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการบำบัดด้วยการเข้าร่วมกิจกรรมในศูนย์เรียนรู้ยา 8 ขนาน ไม่มี

ภาวะซึมเศร้า⁽¹⁰⁾ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ ศรัณญา ชาญสุข และ สุจิตตา ฤทธิมนตรี⁽¹¹⁾ และ ฉัตรสุดา มทา และ คณะ⁽¹²⁾ ที่พบว่า การได้รับการช่วยเหลือจากสังคมมีโรคซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับการได้รับการช่วยเหลือจากสังคม และการออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะซึมเศร้าสามารถป้องกันและดูแลด้วยการคัดกรองโดยใช้สมาร์ทโฟนแอปพลิเคชัน และการรักษาดูแลโดยใช้โปรแกรมได้⁽¹³⁾

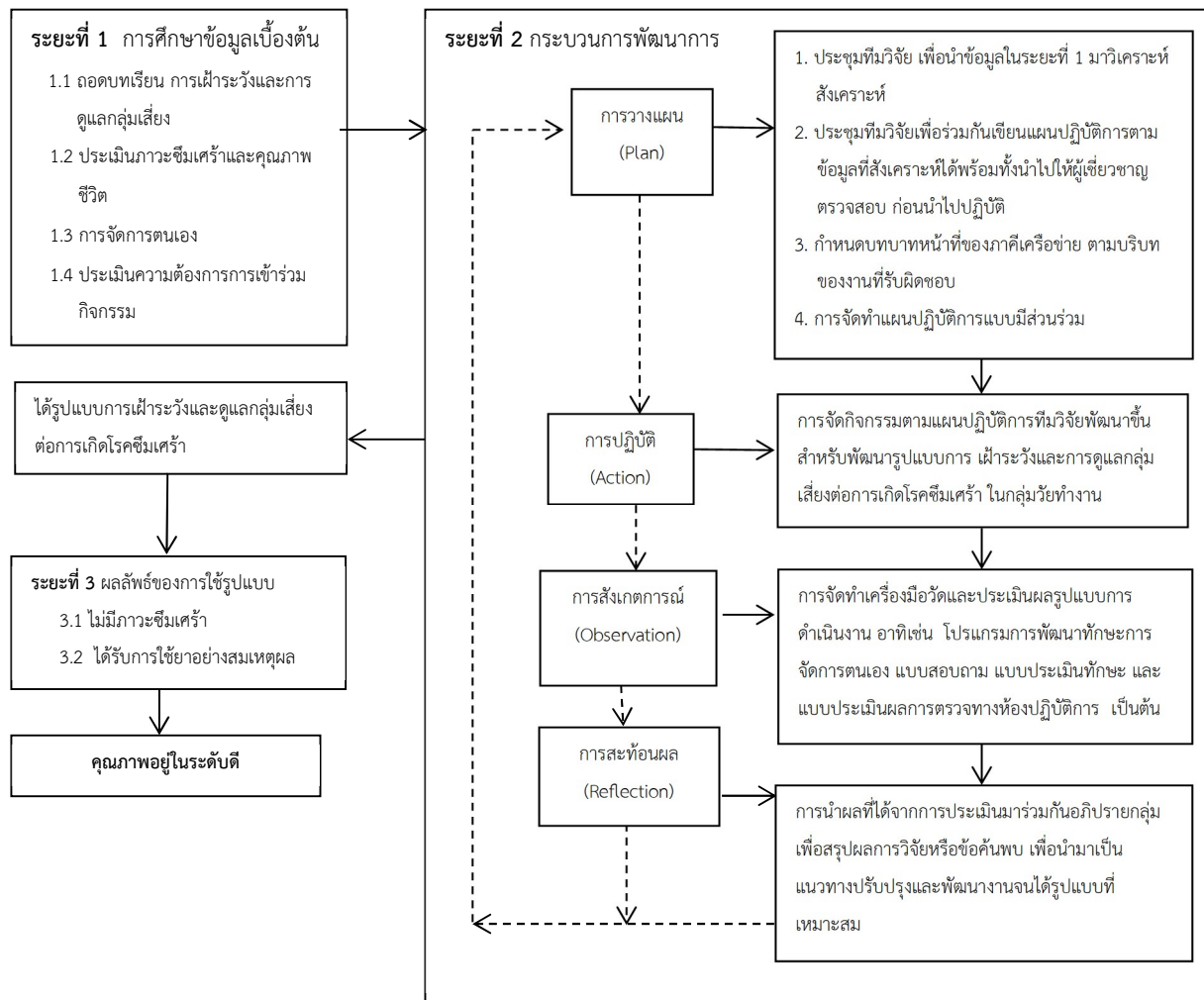
จากข้อมูลดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงสนใจ ที่จะพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในกลุ่มวัยทำงานขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการบำบัดก่อนที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ที่เป็นสาเหตุหนึ่งที่น่าไปสู่การฆ่าตัวตาย ถ้าการศึกษาครั้งนี้ได้รูปแบบที่มีประสิทธิภาพ จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพที่จะนำไปใช้ในการดูแลกลุ่มเสี่ยงในวัยทำงาน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ในวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังและการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยทำงาน ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้กระบวนการ PAOR (P = Plan, A = Action, O = Observation, R = Reflection) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart⁽¹⁴⁾ เพราะแนวคิดดังกล่าว มุ่งเน้นการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ให้และผู้รับบริการเป็นหมู่คณะ บางกิจกรรมอาจจะต้องปฏิบัติมากกว่า 2 รอบ จึงจะแก้ปัญหาได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์

1. รูปแบบการเฝ้าระวังและการดูแลกลุ่มเสี่ยง หมายถึง เป็นกระบวนการหรือขั้นตอน การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและการจัดกิจกรรมบำบัดภาวะซึมเศร้า มี 4 องค์ประกอบ คือ 1) ภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักวิชาการและ อสม. 2) โปรแกรมการพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง 3) ศูนย์เรียนรู้ฯ 8 ชุมชน ในชุมชน และ 4) ระบบและกลไกการทำงานของภาคีเครือข่าย

2. การจัดการตนเอง (Self-management) หมายถึง การปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ ที่วางไว้เพื่อฟื้นฟูตนเอง คือ 1) การเสริมพลังตนเองโดยการตั้งเป้าหมายการปฏิบัติ 2) การควบคุมตนเอง ตามหลัก 4 อ. (อารมณ์ อาหาร ออกกำลังกาย และ เอาพิษออกด้วยการดื่มน้ำ) ร่วมกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การฝึกการเคลื่อนไหว การออกกำลังกายเพื่อป้องกันข้อต่อ ยึดติดและเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การฝึกการทรงตัว การฝึกเดิน การฝึกพูด การดูแลด้านจิตใจ และ 3) การประเมินตนเอง โดยการสังเกตอาการความรู้สึกหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3. การจัดขั้นตอนการเรียนรู้แบบสปีส์ (SPICE Model) หมายถึง กระบวนการจัดการเรียนรู้ตามขั้นตอน ประกอบด้วย

3.1 ขั้นที่ 1 การให้สิ่งเร้า (Stimulus = S) หมายถึง การเตรียมความพร้อม โดยการสนทนา การทบทวนความรู้เดิมเพื่อเชื่อมโยงกับความรู้ใหม่

3.2 ขั้นที่ 2 การนำเสนอ (Presentation = P) หมายถึง การให้ความรู้หรือข้อมูลที่ถูกต้องตามหลักวิชาการตามแผนการเรียนรู้

3.3 ขั้นที่ 3 การฝึกปฏิบัติตามลีลาที่ถนัดและชอบ (Individual inquiry = I) หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้เหมาะสมทักษะและความสามารถของกลุ่มเป้าหมาย เป็นการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ

3.4 ขั้นที่ 4 การสร้างองค์ความรู้ (Constructivism = C) หมายถึง การประเมินองค์ความรู้ของผู้เรียน โดยการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้แสดงความรู้และความสามารถในการจัดการตนเอง

3.5 ขั้นที่ 5 การประเมินผล (Evaluation = E) หมายถึง การประเมินผล ระหว่างการเยี่ยมบ้าน โดยการใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตและแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

4. วิทยานิพนธ์ หมายถึง ช่วงอายุของบุคคลที่มีความสามารถและอยู่ในวัยที่พร้อมทำงานหรือประกอบอาชีพเพื่อสร้างรายได้ให้กับตนเองและครอบครัว

5. กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีโอกาสหรือแนวโน้มสูงกว่าคนทั่วไปที่จะพัฒนาเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยด้านความเครียดจากการทำงาน ปัญหาครอบครัว และปัญหาความรัก/การใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่นในสังคม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis and McTaggart⁽¹⁴⁾ สำหรับดำเนินการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เลขที่ใบรับรอง HE - 028-2565 ลงวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565 เริ่มดำเนินการวิจัยวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2565 ถึงวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566 มีรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มเป้าหมายของการวิจัย

ประชากรของการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ที่อาศัยอยู่ในเขตศูนย์แพทย์เมือง 3 วัดบูรพ์อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 464 คน โดยการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มเป้าหมายของการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มเป้าหมายสำหรับดำเนินการพัฒนารูปแบบฯ เลือกแบบเจาะจง มีจำนวน 15 คน ประกอบด้วย แพทย์พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

2. กลุ่มเป้าหมายสำหรับประเมินการใช้รูปแบบฯ มีจำนวน 6 คน

2.1 มีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ วิทยานิพนธ์ เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม เข้าร่วมกิจกรรมในศูนย์เรียนรู้ฯ 8 ขนาน ในชุมชน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และอาศัยอยู่ในพื้นที่นี้ตลอดการวิจัย

2.2 เกณฑ์การคัดออก ผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria) สำหรับผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ 1) เกิดภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันระหว่างการวิจัย 2) ย้ายที่อยู่อาศัยระหว่างการวิจัย และ 3) ขอยุติการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้แบ่งการเก็บข้อมูลออกเป็น 3 ระยะ มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน มี 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย และการมีรายได้เสริม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า⁽¹⁵⁾ โดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า จำนวน 9 ข้อ บอกความถี่ของอาการภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ละข้อมี 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย (คะแนน = 0) มีบางวันไม่บ่อย (คะแนน = 1) มีค่อนข้างบ่อย (คะแนน = 2) และมีเกือบทุกวัน (คะแนน = 3) มีค่าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-27 คะแนน พบว่าผู้ที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ 7 ขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า โดยการแปลผลโรคซึมเศร้า ได้แก่ คะแนน 0-6 คะแนน หมายถึง ไม่เป็น คะแนน 7-12 คะแนน หมายถึง ระดับเล็กน้อย คะแนน 13-18 คะแนน หมายถึง ระดับกลาง และ คะแนน >19 คะแนน หมายถึง ระดับรุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต 26 ตัวชี้วัด ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BRIFF) ขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁶⁾ มี 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม วิเคราะห์ข้อมูล ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เกณฑ์การประเมินทักษะ มี 4 ระดับ คือ ระดับดีมาก ดี พอใช้ และ ปรับปรุง และเกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิต มี 3 ระดับ คือ ระดับไม่ดี (คะแนน 20-60) ระดับปานกลาง (คะแนน 61-95) และระดับดี (คะแนน 96-130) แบบสอบถามด้านความรู้ เป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ และ ไม่ทราบ (ตอบถูกต้อง) โดยการแปลผลระดับคุณภาพชีวิต ได้แก่ คะแนน 26-60 หมายถึง ไม่ดี คะแนน 61-95 หมายถึง ระดับกลาง และ คะแนน 96-130 หมายถึง ระดับดี

ส่วนที่ 4 สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นแนวคำถามเกี่ยวกับทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 10 ข้อ ตัวอย่างคำถาม ดังนี้

- 1) ท่านได้นำหลักการดูแลสุขภาพตามหลัก 4 อ. ไปปรับใช้ในกิจวัตรประจำวันอย่างไร
- 2) สิ่งใดที่ทำให้ท่านมีความมั่นใจ/มั่นใจว่าจะทำให้ป้องกันโรคซึมเศร้าของท่านได้
- 3) ท่านมีการจัดการตนเอง (ควบคุม ประเมินผล และสร้างแรงใจตนเอง) อย่างไร
- 4) การปฏิบัติตามหลัก 4 อ. มีความซับซ้อนยุ่งยากหรือไม่ อย่างไร
- 5) ท่านมีวิธีการประเมินสุขภาพหรือไม่ อย่างไร

ส่วนที่ 5 การสนทนากลุ่ม กำหนดไว้ 5 ประเด็น กว้างๆ มีแนวคำถาม ดังนี้ 1) ประโยชน์ที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างไร 2) ความคิดเห็นต่อการดูแลสุขภาพตามหลัก 4 อ. 3) ผลลัพธ์หรือผลกระทบที่ได้จากการปฏิบัติเป็นอย่างไร 4) ปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรคในการปฏิบัติมีหรือไม่ อย่างไร 5) มีแบบแผนการดำเนินชีวิตป้องกันโรคซึมเศร้าของตนเองและคนในครอบครัวหรือไม่ อย่างไร

ส่วนที่ 6 การสังเกต (Observation) เป็นแนวการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant observation) โดยผู้วิจัยอย่างน้อย 2 คน เป็นผู้สังเกตในการอบรมตามโปรแกรม และการจดบันทึกเกี่ยวกับ สถานที่ วิทยากร กิจกรรม สื่อที่ใช้ การมีส่วนร่วมของผู้เข้าอบรม และการสังเกตทางอ้อม (Indirect observation) เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย โดยทีมวิจัยสอบถามจาก อสม. เพื่อนบ้าน และผู้นำชุมชน

ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนารูปแบบผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis and McTaggart⁽¹⁴⁾ มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

1) การวางแผน (Planning) มีการจัดทำโปรแกรมการพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง โดยพิจารณาจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลระยะที่ 1 ที่พบว่า กลุ่มเสี่ยง แต่ยังขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับผลกระทบของโรคภาวะซึมเศร้า และการฟื้นฟูสุขภาพตนเอง ตามหลัก 4 อ. โดยกระบวนการพัฒนา มี 4 ขั้น คือ การร่างโปรแกรมฯ การประเมินโปรแกรมฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้มีการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมฯ และ การปรับปรุงโปรแกรมฯ ให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้

2) การปฏิบัติ (Action) นำโปรแกรมฯ ไปใช้พัฒนาทักษะการจัดการตนเอง ใช้เวลา 23 ชั่วโมง มี 5 แผนการเรียนรู้ ดังนี้

แผนที่ 1 โรคมึนเศร้า	ใช้เวลา 3 ชั่วโมง
แผนที่ 2 ทักษะการจัดการตนเองตามหลัก 4 อ. 1ป.	ใช้เวลา 12 ชั่วโมง
แผนที่ 3 การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง	ใช้เวลา 3 ชั่วโมง
แผนที่ 4 การออกแบบการจัดการตนเองร่วมกับทีมสุขภาพ	ใช้เวลา 2 ชั่วโมง
แผนที่ 5 การเยี่ยมบ้านคลายทุกข์	ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

ซึ่งแต่ละกิจกรรมมี 5 องค์ประกอบ คือ 1) เนื้อหา 2) วัตถุประสงค์ 3) การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ มีขั้นตอนการสอน 5 ขั้นตอน ตามการสอนแบบสไปซ์⁽¹⁷⁾ (SPICE Model) 4) สื่อที่ใช้ในการฝึกทักษะ และ 5) การวัดและการประเมินผล เป็นการประเมินองค์ความรู้ของกลุ่มเป้าหมาย ตามแบบประเมินในแผนการเรียนรู้แต่ละแผน ซึ่งได้กำหนดไว้ว่าความรู้การรับรู้ จะต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 แต่จะต้องมีทักษะการจัดการตนเอง ตามแนวคิดของ แคนเฟอร์ ซึ่งใช้เป็นเครื่องมือในการวัดผลกระบวนการกำกับตนเอง (Self-regulation process): ซึ่งมี 3 ด้าน⁽¹⁸⁾ คือ 1) การตั้งเป้าหมายการปฏิบัติ 2) การควบคุมตนเอง และ 3) การประเมินตนเอง เพื่อประเมินผลดีของการปฏิบัติร่วมด้วย และ 4) การให้ผลตอบกลับ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการปรับปรุงพฤติกรรม ทั้งนี้เพื่อนำมาเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาการปรับปรุงและพัฒนา จนกว่าผู้ป่วยมีทักษะที่พึงประสงค์ บางทักษะอาจจะต้องพัฒนามากกว่าสองรอบ นอกจากนี้ยังมีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสังเกต สอบถามและบันทึกสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อนำมาเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาการปรับปรุงและพัฒนา รูปแบบการเฝ้าระวังและการดูแลกลุ่มเสี่ยง

3) การสังเกตการณ์ (Observation) ติดตามและประเมินผลในสภาพจริง ตามแผนการเรียนรู้ในโปรแกรม โดยการใช้แบบสอบถาม (ด้านความรู้ และด้านทักษะการจัดการตนเอง) การสัมภาษณ์การสอบถาม การสังเกต และ บันทึกผลการตรวจสุขภาพพื้นฐาน

4) การสะท้อนการปฏิบัติงาน (Reflection) เป็นการนำผลการสังเกต มาอภิปรายกลุ่ม ทบทวนการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ รวมถึงหาแนวทางแก้ไขในส่วนที่บกพร่อง เพื่อนำไปดำเนินงานในรอบต่อไป จนกว่าจะบรรลุวัตถุประสงค์ หรือได้แนวปฏิบัติที่นำไปสู่การแก้ปัญหาได้ตามสภาพจริง

ระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าแบบประเมินคุณภาพชีวิต และการถอดบทเรียนเพื่อปรับปรุงกระบวนการให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ในลักษณะการวิเคราะห์ข้อคิดเห็นแล้วนำข้อมูลมาจัดทำโปรแกรมพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง ด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยใช้วิธีของ Miles and Huberman⁽¹⁹⁾ มี 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การลดทอนข้อมูล (Data reduction) โดยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล จากนั้นแยกประเภทข้อมูล ให้ได้ข้อความที่ได้ความหมายเหมือนกันมีความสัมพันธ์หรือแตกต่างกัน 2) การแสดงข้อมูล (Data display) โดยนำข้อความมาจัดเป็นหมวดหมู่และรวมเป็นหัวข้อ เพื่อแสดงให้เห็นข้อความหรือประโยคที่กำหนดความหมาย และ 3) การสรุปและตรวจสอบความถูกต้องของข้อค้นพบ (Drawing and verifying) เพื่อให้สามารถอธิบายเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ได้ถูกต้อง ตรงกับประสบการณ์

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า มี 4 องค์ประกอบ คือ

1.1 ภาคีเครือข่าย คือ กลุ่มผู้ที่มีความชำนาญ หรือมีหน้าที่รับผิดชอบงานทางด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล อสม. ของศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 3 วัดบูรพ์ และนักวิชาการสาธารณสุข จากมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำนวนรวม 15 คน มีเป้าหมายร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม คือ การเฝ้าระวังและการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ในกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าถาวร อันเป็นปัจจัยหนึ่งสู่การฆ่าตัวตาย โดยการนำเอารูปแบบการทำงานของ Pak Thong Chai Model ที่เป็นรูปแบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามหลัก 4 อ. (ยา 8 ขนาน) มี 5 องค์ประกอบ คือ 1) ภาคีเครือข่าย 2) หลักสูตรฝึกอบรม 3) ศูนย์เรียนรู้ยา 8 ขนาน แม่ข่าย (โรงพยาบาล ปักธงชัย) 4) ศูนย์เรียนรู้ยา 8 ขนาน ในชุมชน และ 5) ระบบและกลไกการใช้อย่างสมเหตุผล ที่ได้ข้อพบว่า สามารถควบคุมโรคได้ ร้อยละ 98.56 ปรับลดยาได้ร้อยละ 44.44 และได้เลิกยา ร้อยละ 24.86⁽⁹⁾ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้า โดยสมาชิกภาคีเครือข่ายได้ร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่ และกระบวนการทำงานที่มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ เพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบททางวิชาชีพ และบริบทของชุมชน และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่กลุ่มเสี่ยง (ดังภาพที่ 2) โดยก่อนการดำเนินกิจกรรม ภาคีเครือข่ายได้รับการพัฒนาศักยภาพด้วยโปรแกรมพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง และไปศึกษาดูงานจากศูนย์เรียนรู้ต้นแบบ ที่อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา แล้วกลับมาจัดตั้งศูนย์เรียนรู้ยา 8 ขนาน ในชุมชน และจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง ด้วยหลัก 4 อ. (ยา 8 ขนาน) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ให้กับกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มรักสุขภาพ และการเยี่ยมบ้านคลายทุกข์ให้กับกลุ่มเสี่ยงที่ไม่สะดวกที่จะมาเข้าร่วมกิจกรรม รวมถึงมีการถอดบทเรียนเพื่อปรับปรุงและพัฒนาการจัดการกิจกรรม โดยมี อสม. เป็นผู้ดำเนินงานหลัก มีแพทย์ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข เป็นพี่เลี้ยง

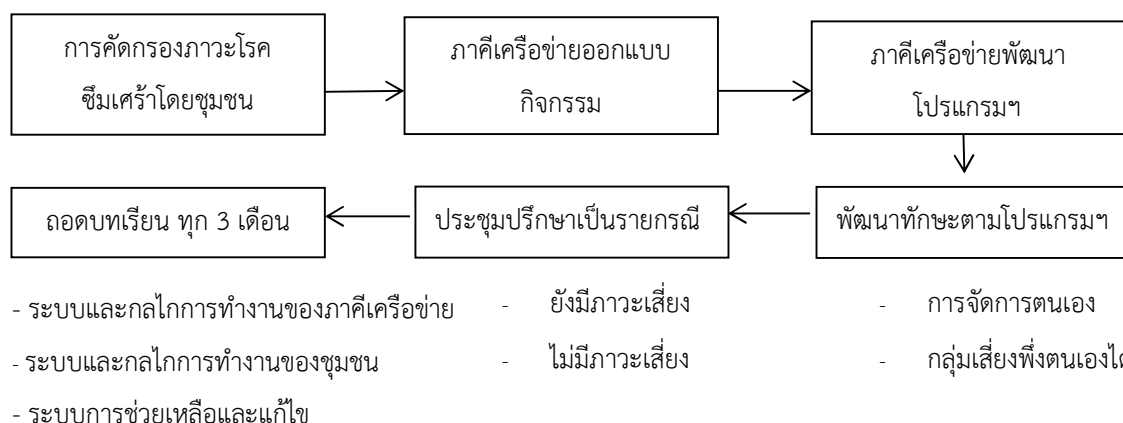
1.2 โปรแกรมการพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง ที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบและขั้นตอนตามวิชาการ ใช้เวลา 23 ชั่วโมง มี 5 แผนการเรียนรู้ เพื่อใช้สำหรับอบรมภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า ทักษะการจัดการตนเอง (ด้านการเสริมแรงใจให้กับตนเอง ด้านการควบคุมตนเอง ด้วยหลัก 4 อ. (ยา 8 ขนาน) และด้านการประเมินตนเอง การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง การออกแบบการจัดการตนเองร่วมกับทีมสุขภาพ และการเยี่ยมบ้านคลายทุกข์

ผลการใช้โปรแกรม พบว่า 1) มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับผลกระทบการป้องกัน และทักษะการจัดการตนเอง ทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับสูง 2) นำเอาองค์ความรู้ไปใช้ทดลองจัดการตนเองก่อนที่จะนำไปใช้กับกลุ่มเสี่ยง ด้วยการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้ยา 8 ขนาน และการจัดกิจกรรม รวมถึงการเยี่ยมบ้านคลายทุกข์ ดังปรากฏในคำบอกเล่าของภาคีเครือข่าย ดังนี้

“ความคิดนี้อันตรายนะ...ทำให้เกิดโรคได้...ซึ่งก็สังเกตตัวเองอยู่เหมือนกันนะ ทำไมคิดอยู่แต่เรื่อง เดิม...คิดว่าเป็นเพราะความแค้น...ไม่คิดว่า... ความคิดเป็นสาเหตุหนึ่งของการเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า”

“การเป็นโรคแพนิคตนเอง ไม่คิดเลยว่า การปฏิบัติ ตามหลัก 4 อ. โดยเฉพาะการกินผักปั่น และการออกกำลังกาย เพิ่มขึ้นมาจากการดูแลสุขภาพแบบเดิม ทำให้ตนเองมีความรู้สึกสบายเนื้อสบายตัว สะกดตามตัวดีขึ้น”

ในส่วนการทำงานเชิงระบบการเฝ้าระวังและการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า เริ่มด้วยการนำเอาการดำเนินงานในรูปแบบของ Pak Thong Chai Model มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้ และการออกแบบกิจกรรม โดยเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ทั้งนี้เพื่อให้ชุมชนมีความเข้มแข็งพึ่งตนเองได้โดยยึดหลักความพอเพียง และให้เกิดความยั่งยืน

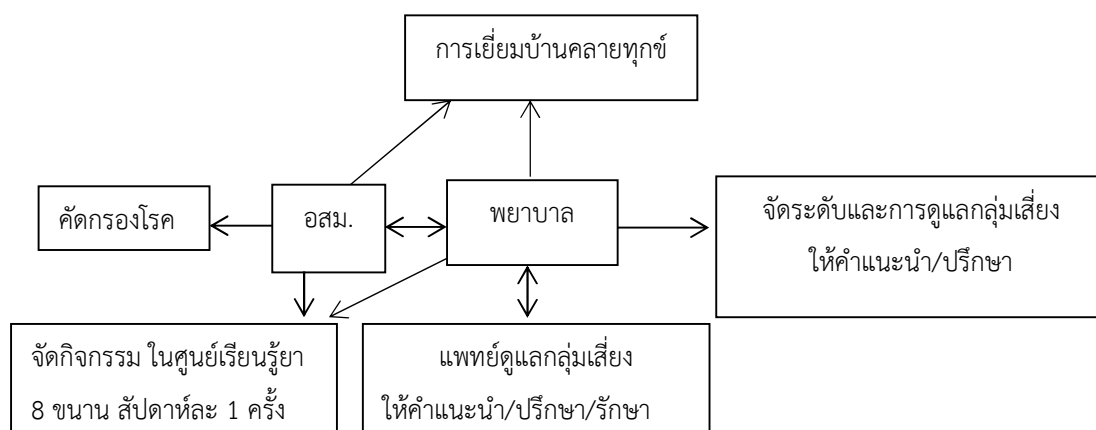


ภาพที่ 2 รูปแบบการดำเนินงานการเฝ้าระวังและการดูแลกลุ่มเสี่ยงของภาคีเครือข่าย

1.3 ศูนย์เรียนรู้ฯ 8 ชุมชน ในชุมชน มีการจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ให้กับกลุ่มเสี่ยงและผู้รักสุขภาพ เป็นการประเมินทักษะการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย ที่เป็น อสม. และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มเสี่ยง มี 12 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ตรวจสอบสุขภาพพื้นฐาน 2) บันทึกผลการตรวจ 3) สวดมนต์ 4) ทบทวนความรู้และแลกเปลี่ยน 5) เคลื่อนไหวมือ 14 จังหวะ 6) สมาธิบำบัดแบบ SKT (Structured kinetic therapy breathing) เป็นเทคนิคการหายใจที่เน้นการควบคุมลมหายใจเพื่อส่งเสริมสมาธิ การลดความเครียดและการปรับสมดุลของระบบประสาทในร่างกาย 7) แกว่งแขน 8) นวดมือด้วยดีลัญจกร 9) นวดเท้าด้วยการเหยียบกะลา 10) กัวซา 11) แขนงัดเท้าด้วยน้ำอุ่นสมุนไพร และ 12) สรุปกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป โดยมีพยาบาลให้การสนับสนุนอุปกรณ์การดำเนินงาน และเป็นพี่เลี้ยงคอยให้คำปรึกษา/แนะนำทางวิชาการร่วมกับแพทย์ รวมถึงมีนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ให้คำปรึกษา/แนะนำการจัดกิจกรรมตามหลัก 4 อ. (ยา 8 ชุมชน)

ผลลัพธ์ของการจัดกิจกรรมในศูนย์เรียนรู้ฯ 8 ชุมชน ให้กับกลุ่มเสี่ยงและผู้รักสุขภาพ พบว่า กลุ่มเสี่ยงที่มาร่วมกิจกรรมมีความสุข ดังผู้จัดกิจกรรมเล่าว่า “กลุ่มเสี่ยง ตั้งแต่ Stroke แต่ยังมีสภาพจิตใจดีอยู่ไม่เคยเห็นรอยยิ้มเลย แต่เมื่อได้มาร่วมกิจกรรมร่วมกับการเยี่ยมบ้านคลายทุกข์ ทำให้ทุกคนได้รอยยิ้มและร่าเริง ปัจจุบันไม่มีอาการเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า” และ ผู้รักสุขภาพ ที่เป็นโรค NCDs ที่เข้าร่วมกิจกรรม เล่าว่า “การปฏิบัติตามหลัก 4 อ. เป็นแนวปฏิบัติที่ง่าย ทำให้ตนเองมีน้ำหนักลดลง และมีระดับความดันโลหิตและน้ำตาลปลายนิ้วลดลง”

1.4 ระบบและกลไกการเฝ้าระวังและการดูแลกลุ่มเสี่ยง เป็นขั้นตอนการดำเนินงานร่วมกันระหว่างศูนย์เรียนรู้ฯ 8 ชุมชน ในชุมชน กับศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 3 วัดบูรพ์ ในรูปแบบของภาคีเครือข่าย ที่ได้ดำเนินการดูแลสุขภาพ 4 อ. (ยา 8 ชุมชน) มาเป็นแนวปฏิบัติในการเฝ้าระวังและการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในกลุ่มวัยทำงาน ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ระบบและกลไกการดูแลกลุ่มเสี่ยง

2. ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีระดับคะแนนความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ คือ ระดับคะแนนซึมเศร้า ≤ 6 คะแนน และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี คือ ระดับคะแนน 96-130 คะแนน ซึ่งแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเฉพาะด้านจิตใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการยอมรับการเจ็บป่วย และมีแรงจูงใจที่จะฟื้นฟูสุขภาพด้วยตนเอง และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลสุขภาพในศูนย์เรียนรู้ฯ 8 ชุมชน ในชุมชน โดยมีกลุ่มเสี่ยงบางรายที่เป็นโรค NCDs สามารถได้รับการปรับลดการใช้ยาจากแพทย์ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจและปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ (n = 6)

คนที่	คะแนนภาวะซึมเศร้า		คะแนนคุณภาพชีวิต	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
1	21	4	56	98
2	17	2	48	100
3	10	0	72	120
4	12	3	68	110
5	9	0	90	108
6	7	0	94	125

สรุป

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและการดูแลกลุ่มเสี่ยง มีข้อค้นพบหลัก 3 ประเด็น คือ

1. การเปลี่ยนแปลง (Change): มีการเปลี่ยนแปลงในองค์กร โดยมีระบบและกลไกการทำงานของภาคีเครือข่ายที่มีขั้นตอนและความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ โดยมีการทำงานร่วมกันระหว่างศูนย์เรียนรู้ฯ 8 ชุมชน กับศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 3 วัดบูรพ์ และนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เป็นกลไกในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน
2. ทรัพยากรการเรียนรู้ใหม่ (New learning source): มีทรัพยากรการเรียนรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ชุมชนพึ่งพาตนเองได้

2.1 โปรแกรมการพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง ของภาคีเครือข่าย ที่สร้างขึ้นจากการประยุกต์ใช้แนวคิดการวางแผนในการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ ประกอบด้วยแผนการเรียนรู้ ที่เน้นให้ผู้เรียนเข้าใจสาเหตุที่นำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้า และยอมรับเหตุผลของการปฏิบัติตามหลัก 4 อ. (ยา 8 ขนาน) พร้อมทั้งฝึกปฏิบัติให้เข้าใจเพื่อดูแลตนเองและผู้อื่นได้

2.2 ศูนย์การเรียนรู้ ยา 8 ขนาน ที่ได้รับการพัฒนาเป็นสถานีสถานภาพแนวใหม่ (Health station upskill) ทำให้ชุมชนพึ่งตนเองได้แบบพอเพียง 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านเศรษฐกิจ: กลุ่มเสี่ยงกลายเป็นกลุ่มปกติ ผู้เป็นโรค NCDs บางรายได้รับการปรับลดยา ทำให้รัฐประหยัดงบประมาณ และเมื่อกลุ่มเสี่ยงมีสุขภาพดีย่อมมีโอกาสสร้างรายได้เพิ่ม 2) ด้านทรัพยากรธรรมชาติ: การดูแลสุขภาพตามหลัก 4 อ. เป็นวิธีการปฏิบัติให้ร่างกาย เพื่อให้ร่างกายสมดุล เพื่อบำบัดภาวะซึมเศร้า 3) ด้านสังคม: อสม. ร่วมกับชุมชนร่วมกันจัดกิจกรรมให้กับกลุ่มเสี่ยงในศูนย์เรียนรู้ยา 8 ขนาน 4) ด้านเทคโนโลยี: การนำการแพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือกมาผสมผสานกับแพทย์แผนปัจจุบันมาใช้ดูแลสุขภาพ และ 5) ด้านแรงใจ: กลุ่มเสี่ยงได้รับการเสริมแรงจากภาคีเครือข่ายและชุมชน มีความมั่นใจในการบำบัดหรือฟื้นฟูสุขภาพตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพปกติอย่างมีเป้าหมาย

3. ความรู้ใหม่ (New knowledge): ได้ความรู้ใหม่ ดังนี้

3.1 ผู้ป่วยเป็นหมอกคนแรกในการดูแลตนเอง โดยการปฏิบัติตามหลัก 4 อ. 1 ป. (ปฏิบัติทุกวัน 4 อ.: อารมณ์ อาหาร ออกกำลังกาย เอาพิษออกด้วยการดื่มน้ำ) และ 1 ป. (ประเมินสุขภาพ โดยการตรวจสุขภาพพื้นฐาน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง)

3.2 สถานีสถานภาพแนวใหม่ (Health station up-skill) เป็นหน่วยบริการสุขภาพในชุมชนที่มีชีวิต คือ มีกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าและกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้รับการตรวจสุขภาพพื้นฐาน ทุกสัปดาห์ในศูนย์การเรียนรู้ ยา 8 ขนาน

3.3 มีแนวปฏิบัติในการเยี่ยมบ้านคลายทุกข์ ในกลุ่มเสี่ยง 6 ขั้นตอน ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้ 1) การตรวจร่างกายพื้นฐาน 2) การทบทวนความรู้ 3) การฝึกหายใจบำบัด 4) การแกว่งแขนออกกำลังกาย 5) การนวดมือ-เท้า 6) สรุปกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป ที่มีพื้นฐานมาจากหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ที่มุ่งเน้นให้กลุ่มเสี่ยงและชุมชนพึ่งตนเอง ซึ่งการให้บริการด้านสุขภาพที่ผ่านมา ไม่มีกิจกรรมการเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า และผู้ดูแลหลัก

อภิปรายผล

ผลจากการนำรูปแบบการเฝ้าระวังและการดูแลกลุ่มเสี่ยงไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยง พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่เป็นภาคีเครือข่ายกลับสู่ภาวะปกติ ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เพราะโปรแกรมการพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง มีประสิทธิภาพ ทำให้ทีมภาคีเครือข่ายนี้สามารถนำองค์ความรู้ไปถ่ายทอดสู่กลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโดยการเยี่ยมบ้านคลายทุกข์และการจัดกิจกรรมในศูนย์เรียนรู้ยา 8 ขนาน ในชุมชน อาจเป็นเพราะว่ากิจกรรมที่จัดขึ้นทำให้กลุ่มเสี่ยงได้รับรู้ถึงความสามารถของตนเอง⁽²⁰⁾ ในการฟื้นฟูสุขภาพตนเองอย่างมีเป้าหมาย ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ แคนเฟอร์⁽¹⁸⁾ ดังเช่นการศึกษาของ ละม่อม กล้าหาญ^(7,8) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลหลักที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการจัดการตนเองและการเยี่ยมบ้านคลายทุกข์ ยอมรับการเจ็บป่วย ไม่มีภาวะซึมเศร้าและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น เช่นเดียวกับกลุ่มเสี่ยงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองได้รับการบำบัดด้วยการเข้าร่วมกิจกรรม ยา 8 ขนาน ในชุมชน ทำให้หายจากภาวะซึมเศร้า⁽¹⁰⁾ ซึ่งประสบความสำเร็จของทีมภาคีเครือข่ายที่ทำงานร่วมกันในครั้งนี้ โดยเกิดการขับเคลื่อนร่วมกันตามระบบและกลไกการดำเนินงานที่ได้พัฒนาขึ้น ภายใต้บทบาทหน้าที่ นโยบาย และองค์กรให้สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์การจัดกิจกรรม เสริมแรงใจให้ผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นการช่วยเหลือทางสังคม⁽¹¹⁾ ที่มีการส่งเสริมกำลังใจซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความมุ่งมั่น ตั้งใจ เป็นไปตามแนวคิดของ Fishbein and Ajzen⁽²¹⁾ ที่ระบุว่าความสำเร็จในการดำเนินงานของบุคคล มาจากความตั้งใจที่จะปฏิบัติ นอกจากนี้การเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม สร้างกฎและมาตรการทางสังคม ยังเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่ง เช่น ศูนย์เรียนรู้ ยา 8 ขนาน ในชุมชน มีการจัดกิจกรรม 12 ขั้นตอน และการเยี่ยมบ้านคลายทุกข์ 6 ขั้นตอน

เป็นข้อปฏิบัติที่ทำให้ง่ายแก่การปฏิบัติ และ มีการตรวจสอบภาพพื้นฐานเพื่อประเมินผลการปฏิบัติ พร้อมบันทึก ใช้ข้อมูลให้แพทย์ปรับลดและเลิกการใช้ยา ที่ทำให้กลุ่มเสี่ยงกลายเป็นกลุ่มปกติ⁽⁹⁾ โดยมีแพทย์และพยาบาลเป็นผู้เกี่ยวข้อง ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงมีความมั่นใจ ตั้งใจ ปฏิบัติ ยอมรับการเจ็บป่วย ปรับแนวคิดเป็นได้หายได้ ปฏิบัติจนเป็นสุขนิสัยทำให้มีสุขภาพดี ภายใต้ชุมชนพึ่งตนเองได้แบบพอเพียง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย: ผู้บริหารด้านสุขภาพทุกระดับ ควรนำข้อค้นพบจากการวิจัย ไปกำหนดเป็นนโยบาย หรือตัวชี้วัด ให้กับหน่วยบริการด้านสุขภาพ มีการจัดกิจกรรมบำบัดให้กับกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ภายใต้การดำเนินงานในรูปแบบของภาคีเครือข่าย ซึ่งกิจกรรมในศูนย์เรียนรู้ ยา 8 ขนาน และการเยี่ยมบ้านคลายทุกข์ นับเป็นทางเลือกหนึ่ง ที่ควรพิจารณานำไปใช้ในจัดกิจกรรมบำบัดให้กับกลุ่มเสี่ยง
2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป: ควรมีการพัฒนาสมรรถนะกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้เชี่ยวชาญในการป้องกันโรคซึมเศร้า และ ควรมีการพัฒนาชุมชนให้เป็นชุมชนต้นแบบในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคซึมเศร้า ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ ไขมันในเลือดสูงอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. องค์การอนามัยโลก. คาดการณ์ว่าในปี 2572 จะมีโรคซึมเศร้าที่เป็นปัญหาสาธารณสุขเป็นอันดับที่ 2 ของโรคอื่นๆ ในระดับโลก [อินเทอร์เน็ต]. 2562 เมษายน 2. เข้าถึงได้จาก: <https://voive.co.th/read/sy9yH32MZ>
2. ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมา. รายงานอัตราการฆ่าตัวตาย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2567 พ.ค. 8]. เข้าถึงได้จาก: <https://suicide.dmh.go.th>
3. ภิญโญ พรพาณิชย์, ชัยพร สุชาติสุนทร, วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย. การปฏิรูประบบด้านสาธารณสุขกับความท้าทายของระบบบริการปฐมภูมิ. วารสารควบคุมโรค. 2565; 48(3): 667-679.
4. ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 3 วัดบูรพ์. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 พ.ค. 6. เข้าถึงได้จาก: Hos-xp PCU.
5. ทองถม ชะลอกุล. คำบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำตำบล อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา. เมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม 2565 ณ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอวังน้ำเขียว.
6. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. หลักสูตรฝึกอบรม ยา 8 ขนาน สंहาร NCDs (สร้างเสริมสมรรถนะการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยหลัก 4 อ.). นครราชสีมา: โคราสมาเก็ดติ้ง; 2563.
7. ละม่อม กล้าหาญ, ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์, พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจัดการตนเองในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. ผลงานดีเด่น R2R ระดับปฐมภูมิ, ระดับประเทศ ประจำปี 2566.
8. ละม่อม กล้าหาญ, ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์, พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์. การพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้านของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (CG: Caregiver) เพื่อให้ผู้ดูแลหลักคลายทุกข์ ในเขตตำบลตะขบ อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสุขศึกษา. 2566; 46(1): 26-37.
9. ชูสง่า สีสัน และ คณะ. การพัฒนาภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารกรมควบคุมโรค. 2567; 50(1): 125-136.
10. ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์ และ คณะ. การถอดบทเรียนจากการดำเนินงานจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในรูปแบบของ Pak Thong Chai Model ปี 2566-2567. เอกสารอัดสำเนา.
11. ศรีญญา ชาญสุข, สุจิตตา ฤทธิมนตรี. ปัจจัยที่มีผลกับโรคซึมเศร้าของวัยทำงานในสถานการณ์แพร่ระบาด Covid-19. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2566; 37(3): 12-24.

12. ฉัตรสุตา มหา และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยทำงาน กรณีศึกษา ชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภองาว จังหวัดลำปาง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2566; 32(3): 187-197.
13. ประภาส อุครานันท์. รายงานวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการให้โปรแกรมและสมาร์ตโฟนแอปพลิเคชัน. สืบค้นเมื่อวันที่ 30 เมษายน 2566 จาก: <https://www.thaidepression.com>
14. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Deakin University Press: Victoria; 1998.
15. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า: เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย. สืบค้นวันที่ 25 มิถุนายน 2566 จาก: <https://www.dmh.go.th/test/whogol>
16. ยาวเรศ แดงจวง. แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์. สืบค้นวันที่ 23 มีนาคม 2564 จาก: <http://www.cmruir.cmru.ac.th/bitstream/123456789/1353/9/Bibliography.pdf>
17. ศิริพร พึ่งเพ็ชร. การพัฒนารูปแบบการสอนภาษาอังกฤษที่สอดคล้องกับลีลาการเรียนรู้ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา. ปริญญานิพนธ์ การศึกษาดุษฎีบัณฑิต, สาขาหลักสูตรและการสอน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล; 2553.
18. Kanfer FH. Self-management methods. In: Kanfer FH, Goldstein AP, editors. Helping people change: A textbook of methods. 2nd ed. New York: Pergamon Press; 1980.
19. Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis: An expanded sourcebook. 2nd ed. London: SAGE Publications; 1994.
20. Bandura A. Gauging the relationship between self-efficacy judgment and action. Cognitive Therapy and Research. 1980; 4: 263-268.
21. Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley; 1975.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดเชียงราย

ปฏิภาณ สมบูรณ์^{1*} มลีนี สมภาพเจริญ² มณีรัตน์ จีระวิวัฒน์³ ขวัญเมือง แก้วดำเกิง⁴

^{1*} นักศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

^{2,3,4} รองศาสตราจารย์ ภาควิชาสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการติตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีในนักเรียนอาชีวศึกษา จำนวน 563 คน จาก 8 สถาบันอาชีวศึกษา จังหวัดเชียงราย เก็บข้อมูลด้วยชุดแบบสอบถาม วิธีการตอบคำถามด้วยตนเอง จำนวนทั้งสิ้น 5 ส่วน โดยเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้น และชาติพันธุ์/ชนเผ่า สถานภาพครอบครัว อาชีพผู้ปกครอง และรายได้ผู้ปกครอง และปัจจัยตามกรอบกำหนด PRECEDE framework อันได้แก่ ปัจจัยนำ คือ ความรู้เกี่ยวกับการติตรา การรับรู้แนวทางปฏิบัติเพื่อลดการติตรา และเจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ปัจจัยเอื้อ คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการติตราและเลือกปฏิบัติฯ ทักษะการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และรูปแบบการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง และปัจจัยเสริม คือ การได้รับแรงสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน และการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ต่อพฤติกรรมการติตรา ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi - Square test) ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนอาชีวศึกษาที่ร่วมการศึกษาในครั้งนี้ เป็นเพศชาย ร้อยละ 41.7 และเพศหญิง ร้อยละ 58.3 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 18.2 ปี (S.D. = 0.46) ด้านปัจจัยคุณลักษณะบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติตราและเลือกปฏิบัติฯ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้น และชาติพันธุ์/ชนเผ่า ด้านปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการติตรา การรับรู้แนวทางปฏิบัติเพื่อลดการติตรา และเจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ด้านปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการติตรา ทักษะการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และรูปแบบการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง ด้านปัจจัยเสริม คือ การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นข้อมูลที่ได้สามารถนำมาใช้ในการวางแผนงานด้านสุขภาพ หลักสูตรการสอน และงานด้านสาธารณสุข เพื่อดำเนินงานด้านเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อไป

คำสำคัญ: การติตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ นักเรียนอาชีวศึกษา/ จังหวัดเชียงราย

Factors Associated with Stigma and Discrimination Behaviors in People Living with HIV among Vocational Students in Chiang Rai Province

Patipan Somboon^{1*} Malinee Somphobcharoen² Manirat Therawiwat³
Kwanmuang Kaeodumkoeng⁴

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

^{2,3,4} Assoc. Prof., Department of Health Education and Behavioral Sciences, Faculty of Public Health, Mahidol University.

Abstract

This cross-sectional analytical research aims to studying the factors associated to toward people living with HIV behavior among vocational school students. The study included 563 students from 8 vocational schools in Chiang Rai province participated in the study. Data were collected through a questionnaire comprising 5 sections. Analysis involved descriptive statistics and correlation analysis between demographic factors (such as, gender, age, educational level, ethnicity/race, family status, parental occupation, and income) and factors based on the PRECEDE framework, including predisposing factors consisting of knowledge about stigma, perception of stigma reduction practices, and attitude towards people living with HIV; enabling factors consisting of receiving information about stigma and discrimination reduction practices, skills in interacting with people living with HIV, and parenting styles; and reinforcing factors consisting of receiving support from peers and family members. Statistical analysis was performed using the Chi-Square test. Results indicated that 41.7% of the students were male, 58.3% were female, with an average age of 18.2 years (S.D. = 0.46). Personal characteristics associated with stigma and discrimination towards people living with HIV included gender, age, gender, age, educational level, and ethnicity/race. Predisposing factors encompassed knowledge about stigma, perception of stigma reduction practices, and attitude towards people living with HIV. Enabling factors comprised receiving information about stigma and discrimination reduction practices, skills in interacting with people living with HIV, and parenting styles. Reinforcing factors included receiving support from family members. These findings can inform the development of health education programs, curriculum design, and public health interventions related to HIV/AIDS and sexually transmitted infections in vocational schools.

Keywords: Stigma and discrimination to people who living with HIV/ Vocational students/
Chiang Rai province

*Corresponding author: Patipan Somboon, email: patipan@shoklo-unit.com, Tel.: 06 1594 6925

Received: May 6, 2024/ Revised: August 16, 2024/ Accepted: September 2, 2024

บทนำ

เอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก โดยสาเหตุเกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ทำให้ผู้ป่วยมีการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง เสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infection: OI) บางชนิด เช่น การติดเชื้อราในอวัยวะสำคัญของร่างกาย การเกิดเนื้องอกบางชนิด จนอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ เรียกว่าสภาวะเอดส์ หรือโรคเอดส์ (AIDS) ซึ่งถือเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาได้ด้วยยาต้านไวรัส⁽¹⁾ จากรายงานสถานการณ์เอชไอวีทั่วโลก ข้อมูลรายงานจากโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ ปี 2562 พบว่า มีผู้ป่วยเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่มีจำนวนทั้งสิ้น 36.75 ล้านคนทั่วโลก โดยจำแนกเป็นกลุ่มของผู้ป่วยที่กำลังรักษาอาการด้วยยาต้านไวรัส จำนวน 17 ล้านคน ซึ่งมีจำนวนเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 1.8 ล้านคน ในจำนวนนี้อาศัยอยู่ในประเทศที่ยากจน และแถบแอฟริกา จำนวน 1.5 ล้านคน⁽²⁾ โดยประเทศไทย มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุดในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก จากข้อมูลรายงานของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ ประเทศไทย พ.ศ. 2562 พบว่ามีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากถึง 480,000 ราย จำแนกเป็นเพศชายจำนวน 270,000 ราย และเพศหญิง จำนวน 210,000 ราย โดยความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในวัยผู้ใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 1.1 ซึ่งกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีทิศทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในปัจจุบัน ที่ได้มุ่งเน้นการปรับระบบบริการสุขภาพและการดำเนินงานตามมาตรการต่างๆ เพื่อให้ประเทศไทยสามารถยุติปัญหาเอดส์ภายในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งเป็นไปตามยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 - 2573⁽³⁾

จังหวัดเชียงราย ถือเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีการระบาดของเอชไอวีสูงของประเทศไทย โดยร้อยละ 60 ของผู้ติดเชื้อรายใหม่เกิดใน 15 จังหวัด กล่าวคือ กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ เชียงราย ขอนแก่น อุดรธานี ชลบุรี สมุทรปราการ นครราชสีมา ปทุมธานี นนทบุรี มหาสารคาม บุรีรัมย์ ลพบุรี นครสวรรค์ และพิษณุโลก ตามลำดับ⁽⁴⁾ จากข้อมูลรายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีของจังหวัดเชียงราย มียอดสะสมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ ณ ปี 2563 จำนวน 15,854 ราย โดยส่วนใหญ่เป็นเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 15 - 24 ปี⁽³⁾ หรือเทียบเท่ากับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ถึงมัธยมศึกษาตอนปลาย ทั้งในสายสามัญศึกษาและอาชีวศึกษา จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 6 (NHES: National Health Examination Survey)⁽³⁾ ดำเนินการโดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โดยความร่วมมือจากเครือข่ายมหาวิทยาลัยในภูมิภาคต่างๆ ได้รับการสนับสนุนจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พบว่า ร้อยละ 78.5 ของชาย - หญิง อายุ 14 - 49 ปี ลังเลการไปตรวจเลือดเพราะกลัวคนรู้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (MICS Survey)⁽³⁾ ในปี 2565 พบว่าประชากรวัยเจริญพันธุ์กว่า ร้อยละ 27.9 มีทัศนคติที่เลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ในการศึกษานี้จึงมุ่งเน้นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเยาวชน โดยศึกษาตามกรอบ PRECEDE Framework ของ Lawrence W. Green และคณะ⁽⁵⁾ ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing) ปัจจัยเอื้อ (Enabling) และปัจจัยเสริม (Reinforcing) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา โดยพบว่า ปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ ทัศนคติ และความเชื่อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี^(6, 7) และในการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความเชื่อที่ว่า “เชื้อเอชไอวีสามารถติดต่อกันได้จากการสัมผัสน้ำลายของผู้ติดเชื้อ” และมีทัศนคติที่เหมารวมต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ว่าส่วนใหญ่จะต้องเป็นกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศ⁽⁷⁾ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ทักษะความรู้ด้านสุขภาพ ด้านทักษะการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และจากการศึกษาของ มิเชล แม็คเคิร์ท (อ้างอิงใน Health Literacy and Perceptions of Stigma, 2019) พบว่าทักษะการสืบค้น/รับรู้ข่าวสาร และทักษะตัดสินใจ มีความสัมพันธ์ต่อการตีตราโรคภัย ไม่เฉพาะเอชไอวี/เอดส์ แต่ยักรวมถึงโรคอื่นๆ อีกด้วย⁽⁸⁾ และปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน พบว่า บุคคลรอบข้าง และกลุ่มเพื่อนเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ เนื่องจากเยาวชนมีการเลือกทำพฤติกรรมให้เป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน การไม่ถูกยอมรับจะทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวและ

เสียความมีตัวตนในที่สุด⁽⁷⁾ ขณะเดียวกันการให้ความรู้ที่ถูกต้องเพื่อป้องกันพฤติกรรม การติตราช ก็จำเป็นต้องทำไปพร้อมกัน เพื่อบรรลุมุทธศาสตร์แห่งชาติ ว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ ในปี พ.ศ. 2573

วัตถุประสงค์การวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การติตราชและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ในนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดเชียงราย

สมมติฐานการวิจัย

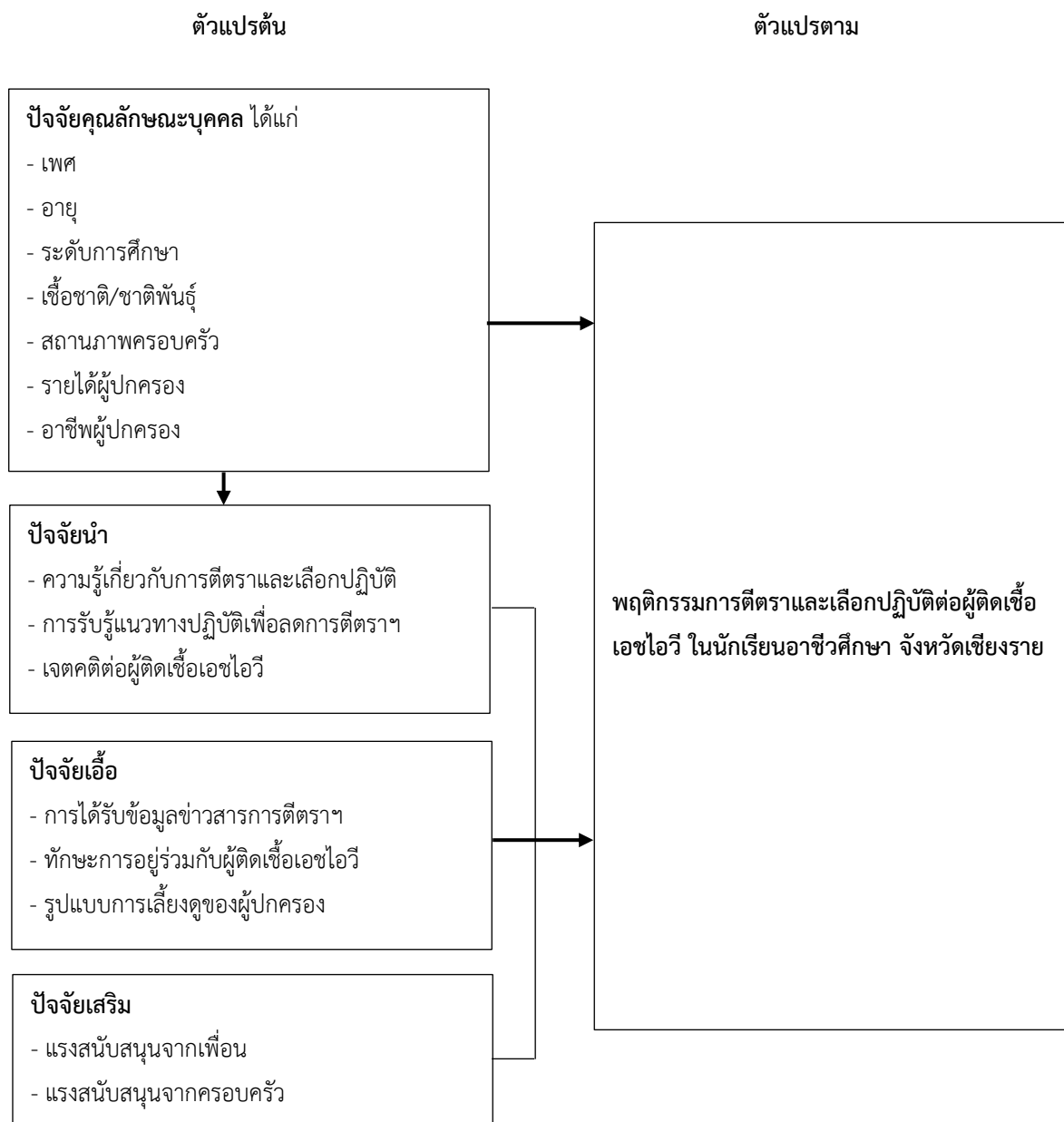
1. ปัจจัยคุณลักษณะบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นที่ศึกษา ชาติพันธุ์/ชนเผ่า สถานภาพครอบครัว รายได้ ผู้ปกครอง และอาชีพผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การติตราช และการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ของนักเรียน อาชีวศึกษา จังหวัดเชียงราย

2. ปัจจัยนำ (ความรู้ การรับรู้ เจตคติ) ปัจจัยเอื้อ (การได้รับข้อมูลข่าวสาร ทักษะการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อฯ รูปแบบ การเลี้ยงดู) และปัจจัยเสริม (แรงสนับสนุนจากเพื่อน แรงสนับสนุนจากครอบครัว) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การติตราช และการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ของนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดเชียงราย

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนอาชีวศึกษา ที่กำลังศึกษา ในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2563 จังหวัดเชียงราย โดยได้ทำการรวบรวมข้อมูลเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การติตราช ของนักเรียนอาชีวศึกษา ใช้วิธีการรวบรวมโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งข้อมูล ที่ได้ถือว่าเป็นข้อมูล ที่น่าเชื่อถือและเป็นจริงมากที่สุด

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional study) คือ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างเพียงครั้งเดียว ณ เวลาที่กำหนด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel Wayne W.⁽⁸⁾ ดังนี้

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

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในสถาบันอาชีวศึกษา ปวช.1 - ปวช.3 สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาเขต 1 เขต 2 และเขต 4 จังหวัดเชียงราย ซึ่งจำนวนประชากรที่นำมาใช้ในการคำนวณตัวอย่างเป็นจำนวนของนักเรียนที่ศึกษาในปีการศึกษา ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 7,776 คน ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา ปี พ.ศ. 2563 โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากประชากรโดยใช้สูตรของ Daniel Wayne W.⁽⁹⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา จำนวน 500 คน และเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 33 เพื่อทดแทนอัตราการตอบกลับแบบสอบถาม⁽¹⁰⁾ ที่ร้อยละ 90 ของแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล⁽¹¹⁾ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ ใช้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งหมด เป็นจำนวน 665 คน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaires) ตามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยแบ่งเป็น 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ชาติพันธุ์/ชนเผ่า อาชีพผู้ปกครอง สถานภาพครอบครัว และรายได้ผู้ปกครอง แบบให้เลือกตอบและเติมคำตอบ จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ แบ่งส่วนย่อย คือ

2.1 ความรู้เกี่ยวกับการติตราและเลือกปฏิบัติ เป็นคำถามแบบมีตัวเลือกให้เลือกตอบ การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน คำถามมีจำนวน 10 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 10 คะแนน และจัดเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม ดังนี้

ระดับความรู้ควรปรับปรุง (น้อยกว่าร้อยละ 59)	คะแนนระหว่าง 0 - 6 คะแนน
ระดับความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79)	คะแนนระหว่าง 7 - 8 คะแนน
ระดับความรู้ดี (ร้อยละ 80 หรือมากกว่า)	คะแนนตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไป

2.2 การรับรู้แนวทางปฏิบัติเพื่อลดการติตรา เป็นคำถามวัดความเห็นให้ผู้ตอบเลือก 3 ระดับ ตอบมาก ได้ 3 คะแนน ปานกลาง ได้ 2 คะแนน และตอบน้อย ได้ 1 คะแนน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 10 ข้อ พิจารณาตามเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

รับรู้ระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 59)	คะแนนระหว่าง 11 - 19 คะแนน
รับรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79)	คะแนนระหว่าง 20 - 26 คะแนน
รับรู้ระดับมาก (ร้อยละ 80 หรือมากกว่า)	คะแนนตั้งแต่ 27 คะแนนขึ้นไป

2.3 เจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและการปฏิบัติตัวต่อผู้ติดเชื้อ เป็นคำถามวัดความเห็นให้ผู้ตอบเลือก 3 ระดับ ตอบเห็นด้วย ได้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ได้ 2 คะแนน และตอบไม่เห็นด้วย ได้ 1 คะแนน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 11 ข้อ พิจารณาตามเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

มีเจตคติเชิงลบ (น้อยกว่าร้อยละ 59)	คะแนนระหว่าง 11 - 19 คะแนน
มีเจตคติเป็นกลาง (ร้อยละ 60 - 79)	คะแนนระหว่าง 20 - 26 คะแนน
มีเจตคติเชิงบวก (ร้อยละ 80 หรือมากกว่า)	คะแนนตั้งแต่ 27 คะแนนขึ้นไป

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ แบ่งส่วนย่อย คือ

3.1 การได้รับข้อมูลข่าวสารการติตราและเลือกปฏิบัติ เป็นคำถามวัดการปฏิบัติให้ผู้ตอบเลือก 4 ระดับ ตอบเป็นประจำ ได้ 4 คะแนน เป็นบางครั้ง ได้ 3 คะแนน นานๆ ครั้งได้ 2 คะแนน และตอบไม่เคยเลย ได้ 1 คะแนน

เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ทำการกลับส่วนข้อคำถามเชิงบวก เชิงลบ จำนวน 5 ข้อ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม⁽¹²⁾ ดังนี้

ได้รับข้อมูลข่าวสาร ระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 59)	คะแนนระหว่าง 5 - 12 คะแนน
ได้รับข้อมูลข่าวสาร ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79)	คะแนนระหว่าง 13 - 16 คะแนน
ได้รับข้อมูลข่าวสาร ระดับมาก (ร้อยละ 80 หรือมากกว่า)	คะแนนตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป

3.2) ทักษะการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นคำถามวัดการปฏิบัติให้ผู้ตอบเลือก 3 ระดับ ตอบยาก ได้ 1 คะแนนง่าย ได้ 2 คะแนน และง่ายมาก ได้ 3 คะแนน จำนวน 5 ข้อ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม ดังนี้

มีทักษะ ระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 59)	คะแนนระหว่าง 5 - 8 คะแนน
มีทักษะ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79)	คะแนนระหว่าง 13 - 16 คะแนน
มีทักษะ ระดับที่ดี (ร้อยละ 80 หรือมากกว่า)	คะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

3.3) รูปแบบการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง เป็นคำถามวัดประสบการณ์ของนักเรียน ให้ผู้ตอบเลือก 3 ระดับ ตอบไม่เคยเลย ได้ 1 คะแนน เป็นบางครั้ง ได้ 2 คะแนน และเป็นประจำ ได้ 3 คะแนน ทำการกลับส่วนข้อคำถามเชิงบวก เชิงลบ จำนวน 5 ข้อ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม⁽¹²⁾ ดังนี้

ปล่อยปะละเลย (น้อยกว่าร้อยละ 59)	คะแนนระหว่าง 5 - 8 คะแนน
ดูแลเอาใจใส่ปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79)	คะแนนระหว่าง 9 - 11 คะแนน
ดูแลเอาใจใส่ดี (ร้อยละ 80 หรือมากกว่า)	คะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม แบ่งส่วนย่อย คือ

4.1) แรงสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน เป็นคำถามวัดประสบการณ์ของนักเรียน ให้ผู้ตอบเลือก 3 ระดับ ตอบมาก ได้ 3 คะแนน ปานกลาง ได้ 2 คะแนน และตอบน้อย ได้ 1 คะแนน ทำการกลับส่วนข้อคำถามเชิงบวก เชิงลบ จำนวน 10 ข้อ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม⁽¹²⁾ ดังนี้

ได้รับแรงสนับสนุน ระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 59)	คะแนนระหว่าง 10 - 17 คะแนน
ได้รับแรงสนับสนุน ปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79)	คะแนนระหว่าง 18 - 23 คะแนน
ได้รับแรงสนับสนุน ในระดับมาก (ร้อยละ 80 หรือมากกว่า)	คะแนนตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไป

4.2) แรงสนับสนุนจากครอบครัว เป็นคำถามวัดประสบการณ์ของนักเรียน ให้ผู้ตอบเลือก 3 ระดับ ตอบมาก ได้ 3 คะแนน ปานกลาง ได้ 2 คะแนน และตอบน้อย ได้ 1 คะแนน ทำการกลับส่วนข้อคำถามเชิงบวก เชิงลบ จำนวน 10 ข้อ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม⁽¹²⁾ ดังนี้

ได้รับแรงสนับสนุน ระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 59)	คะแนนระหว่าง 10 - 17 คะแนน
ได้รับแรงสนับสนุน ปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79)	คะแนนระหว่าง 18 - 23 คะแนน
ได้รับแรงสนับสนุน ในระดับมาก (ร้อยละ 80 หรือมากกว่า)	คะแนนตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไป

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการติตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีการประเมินและวัดพฤติกรรมการปฏิบัติ จำนวน 15 ข้อ เนื้อหาประกอบด้วย พฤติกรรมการติตรา ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และรูปแบบการปฏิบัติตัวเมื่อต้องสัมผัสกับผู้ติดเชื้อ ในสังคม สถานศึกษา และครอบครัว ซึ่งยกสถานการณ์ตัวอย่างที่ชัดเจน และให้นักเรียนเลือกตอบระดับพฤติกรรม ใช้การประเมินแบบอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์เกณฑ์การประเมินผลตามแนวคิดของบลูม⁽¹²⁾ แบ่งการวัดเป็น 4 ระดับ ตอบปฏิบัติเป็นประจำ ได้ 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง ได้ 3 คะแนน ปฏิบัตินานครั้ง ได้ 2 คะแนน และตอบไม่เคยปฏิบัติเลย ได้ 1 คะแนน ทำการกลับส่วนข้อคำถามเชิงบวก เชิงลบ จำนวน 10 ข้อ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม ดังนี้

มีพฤติกรรมการติตรา (น้อยกว่าร้อยละ 25)	คะแนนระหว่าง 10 - 23 คะแนน
มีในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79)	คะแนนระหว่าง 24 - 31 คะแนน

ไม่มีพฤติกรรมติตรา (ร้อยละ 80 หรือมากกว่า)

คะแนนตั้งแต่ 32 คะแนนขึ้นไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือก่อนนำไปใช้ในการวิจัย มีการตรวจสอบคุณภาพ ใน 3 ด้าน คือ ด้านความตรงเชิงโครงสร้างและเนื้อหา (Construct and content validity) ด้านความเป็นปรนัย (Objectivity) และด้านความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และผู้เชี่ยวชาญด้านการติตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเพศภาวะ เพื่อพิจารณาถึงความถูกต้อง ความชัดเจน ความสอดคล้อง และความครอบคลุมของเนื้อหา และดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้เพื่อตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์และริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson; KR-20) เฉพาะในส่วนของการวัดความรู้ และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์ พบว่าเครื่องมือมีคุณภาพตามเกณฑ์ดังนี้ ด้านการวัดความรู้ เท่ากับ 0.66 (KR-20) การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการลดติตรา และเจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.65 และ 0.62 ทักษะการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และรูปแบบการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.60 และ 0.64 แรงสนับสนุนจากเพื่อน และแรงสนับสนุนจากครอบครัว พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.62 และ 0.66 ตามลำดับ

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (เอกสารรับรอง และรหัสโครงการวิจัยเลขที่ MUPH 147/2564) เมื่อวันที่ 12 มกราคม 2565 ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อแจ้งขอและความร่วมมือไปยังผู้อำนวยการสถาบันศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง และเริ่มขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ประสานงานกับโรงเรียนและขอความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการสถาบันศึกษาแต่ละแห่ง อาจารย์ประจำชั้น โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และวิธีการในการเก็บข้อมูลโดยละเอียด ตลอดจนนัดหมายวัน เวลา ที่จะดำเนินการเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยทำการแสดงเอกสารใบรับรองจริยธรรมฯ ต่อหน่วยงานและผู้ที่เกี่ยวข้อง และขอจำนวนนักเรียนที่แสดงเจตนายินยอมร่วมโครงการฯ จากทีมอาจารย์ที่ได้รับการประสาน จากนั้นแจกเอกสารแบบยินยอมเพื่อลงนามและขอเก็บเอกสารคืนสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม และให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลา 30 นาที โดยประมาณ พร้อมใบพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างอ่านโดยละเอียด เพื่อทำความเข้าใจก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการให้ข้อมูลการวิจัย โดยนักเรียนสามารถเลือกตอบจากแบบสอบถาม และในกลุ่มนักเรียนที่มีเครื่องมือสื่อสารพร้อมบริการระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต สามารถกรอกข้อมูลผ่าน Google form ด้วยวิธีการสแกน QR Code

3. เมื่อทำแบบสอบถามเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม เพื่อนำข้อมูลไปประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบของฟิชเชอร์ (The Fisher exact probability test) ในตัวอย่างประชากรจัดกลุ่มต่าง 2 กลุ่ม

ผลการวิจัย

ข้อมูลด้านคุณลักษณะประชากร

เนื่องจากช่วงเวลาการเก็บข้อมูลเป็นช่วงที่สถานศึกษายังคงมีมาตรการการจัดการเรียนการสอนทางไกลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกที่ 3 (3rd Wave) กลุ่มตัวอย่างที่สามารถเข้าร่วมเพื่อตอบแบบสอบถามตามการนัดหมาย และได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์และครบถ้วน มีจำนวน 563 คน โดยมีอัตราตอบกลับที่ขาดหายไป ร้อยละ 15.3 จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ากลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชาย จำนวน 235 คน คิดเป็นร้อยละ 41.7 และเป็นเพศหญิง จำนวน 328 คน คิดเป็นร้อยละ 58.3 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 18.2 ปี ช่วงอายุระหว่าง 18 - 20 ปี มีจำนวนมากที่สุด จำนวน 434 คน คิดเป็นร้อยละ 77.1 รองลงมาคือกลุ่มอายุระหว่าง 15 - 17 ปี จำนวน 129 คน คิดเป็นร้อยละ 22.9 ระดับชั้นศึกษาพบว่า กำลังศึกษาอยู่ในระดับ ปวช.3 จำนวน 295 คน คิดเป็นร้อยละ 52.4 ปวช.2 จำนวน 166 คน คิดเป็นร้อยละ 29.5 และ ปวช. 1 จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 18.1 ปัจจัยด้านชาติพันธุ์/ชนเผ่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นชาติพันธุ์ไทย จำนวน 510 คน คิดเป็นร้อยละ 90.6 และเป็นกลุ่มชาติพันธุ์อื่นๆ จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 9.4 ตัวแปรด้านสถานภาพครอบครัว (บิดา/มารดา) พบกลุ่มตัวอย่างจำนวน 473 คน คิดเป็นร้อยละ 84.0 บิดาและมารดามีสถานะสมรส และอยู่เป็นคู่ และกลุ่มที่บิดามารดา มีสถานะหม้ายและอยู่ร้าง จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 16.0 ตัวแปรด้านอาชีพของผู้ปกครอง พบว่ามีผู้ปกครองที่ประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 165 คน คิดเป็นร้อยละ 29.3 กิจการส่วนตัว/ค้าขาย จำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 27.0 เกษตรกร จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 21.7 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 และเป็นแม่บ้าน/พ่อบ้าน/ว่างงาน จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 5.3 ตัวแปรด้านอาชีพของผู้ปกครอง พบว่าส่วนใหญ่ผู้ปกครองมีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 15,001 - 20,000 บาทขึ้นไป จำนวน 309 คน คิดเป็นร้อยละ 54.9 ผู้ปกครองมีรายได้ 5,001 - 15,000 บาท จำนวน 184 คน คิดเป็นร้อยละ 32.7 และกลุ่มที่ผู้ปกครองมีรายได้ ต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 12.4 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะบุคคล (n = 563)

ตัวแปรคุณลักษณะบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	235	41.7
หญิง	328	58.3
อายุ		
15 - 17 ปี	129	22.9
18 - 20 ปี	434	77.1
$\bar{X}$ = 18.20, S.D. = 0.46		
ระดับชั้น		
ปวช. 1	102	18.1
ปวช. 2	166	29.5
ปวช. 3	295	52.4
ชาติพันธุ์/ชนเผ่า		
ไทย	510	90.6
ชาติพันธุ์	53	9.4
สถานภาพครอบครัว (บิดา/มารดา)		
สมรส/คู่	473	84.0
หม้าย/อยู่ร้าง	90	16.0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปรคุณลักษณะบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพของผู้ปกครอง		
รับจ้าง	165	29.3
กิจการส่วนตัว/ค้าขาย	152	27.0
เกษตรกร	122	21.7
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	94	16.7
แม่บ้าน/พ่อบ้าน/ว่างงาน	30	5.3
รายได้ผู้ปกครอง		
15,001 - 20,000 บาทขึ้นไป	309	54.9
5,001 - 15,000 บาท	184	32.7
ต่ำกว่า 5,000 บาท	70	12.4

ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร กับพฤติกรรมการติตตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ของนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดเชียงราย จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ได้ผลการวิจัย ดังนี้

1. เพศ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติตตรา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยพบว่าในกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ร้อยละ 72.1 มีพฤติกรรมการติตตรา ระดับปานกลาง เป็นเพศชาย ร้อยละ 28.1 และเพศหญิง ร้อยละ 44 รองลงมาคือ กลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมการติตตรา ร้อยละ 26.8 เป็นเพศชายร้อยละ 13.7 และเพศหญิง ร้อยละ 13.1 และกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมการติตตรา พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 1.1

2. อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติตตรา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 57.2 มีอายุในช่วงระหว่าง 18 - 20 ปี มีระดับพฤติกรรมการติตตรา ระดับปานกลาง รองลงมาคือ กลุ่มมีพฤติกรรมการติตตรา ระดับมาก ร้อยละ 25.6 และร้อยละ 0.2 เป็นกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมการติตตรา ในกลุ่มช่วงอายุระหว่าง 15 - 17 ปี พบว่ามีพฤติกรรมการติตตรา ระดับปานกลาง ร้อยละ 65.1 รองลงมาคือ ระดับมาก ร้อยละ 31.0 และไม่มีพฤติกรรมการติตตรา ร้อยละ 3.9

3. ระดับชั้น พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติตตรา ($p < 0.05$) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนักเรียน ระดับชั้น ปวช.3 เป็นกลุ่มที่มีระดับพฤติกรรมการติตตรา ระดับปานกลาง และระดับมาก ร้อยละ 40.7 และ 11.7 ตามลำดับ รองลงมาคือ นักเรียนระดับชั้น ปวช.2 จำแนกเป็นกลุ่มที่มีระดับพฤติกรรมการติตตรา ระดับปานกลาง ระดับมาก และไม่มี พฤติกรรมการติตตรา ร้อยละ 19.9, 8.5 และ 1.1 ตามลำดับ และกลุ่มนักเรียนระดับชั้น ปวช.1 จำแนกเป็นกลุ่มที่มีระดับ พฤติกรรมการติตตรา ระดับปานกลาง และมาก ร้อยละ 11.5 และ 6.6 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษา อยู่ในระดับอาชีวศึกษาที่มีระดับชั้นที่สูงจะมีความรู้และเข้าใจในประเด็นเรื่องการติตตรา มากกว่ากลุ่มที่มีระดับชั้นศึกษาชั้นต่ำกว่า

4. ชาติพันธุ์/ชนเผ่า พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติตตรา ($p < 0.001$) โดยพบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มีความ แตกต่างทางชาติพันธุ์และชนเผ่า ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการจำแนกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ไทย คือ คนไทย หรือพื้นเมือง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดเชียงราย และ กลุ่มชาติพันธุ์อื่นๆ คือ กลุ่มชนเผ่าอาข่า ไทลื้อ ไทใหญ่ ลาหู่ และม้ง ซึ่งมีระดับความรู้ ที่แตกต่างกันหากจำแนกตามอายุ และมีความแตกต่างของชาติพันธุ์และชนเผ่าเข้ามาเกี่ยวข้อง ในจำนวนทั้งหมดของ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มชาติพันธุ์/ชนเผ่า (ร้อยละ 9.4) ที่มีพบว่าร้อยละ 1.6 ยังคงมีพฤติกรรมการติตตรา และอีกร้อยละ 7.82 ไม่มี พฤติกรรมการติตตรา (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะบุคคลกับระดับการติตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี (n = 563)

คุณลักษณะบุคคล	พฤติกรรมการตีตราและเลือกปฏิบัติ ^a						X ²	p-value
	ตีตรามาก		ตีตราปานกลาง		ไม่มีการตีตรา			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ								
ชาย	77	32.8	158	67.2	-	-	10.94	<0.004*
หญิง	74	22.6	248	75.6	6	1.8		
อายุ^a								
15 - 17 ปี	40	31.0	84	65.1	5	3.9	12.02	<0.002*
18 - 20 ปี	111	25.6	322	74.2	1	0.2		
ระดับชั้น								
ปวช. 1	37	36.3	65	63.7	-	-	22.93	<0.001
ปวช. 2	48	28.9	112	67.5	6	3.6		
ปวช. 3	66	22.4	229	77.6	-	-		
ชาติพันธุ์/ชนเผ่า^a								
ไทย	140	27.5	369	72.4	1	0.2	39.29	<0.001
ชาติพันธุ์ อื่นๆ	11	20.8	37	69.8	5	9.4		
สถานภาพครอบครัว								
สมรส/คู่	126	26.9	339	72.4	3	0.6	4.74	0.093
หย่าร้าง	25	26.3	67	70.5	3	3.2		
อาชีพผู้ปกครอง								
รับจ้าง	48	29.1	115	69.7	2	1.2	12.02	0.150
ค้าขาย	44	28.9	108	71.1	-	-		
เกษตรกร	26	21.3	95	77.9	26	4.6		
รัฐ/รัฐวิสาหกิจ	21	22.3	70	74.5	3	3.2		
แม่บ้าน/ว่างงาน	12	40.0	18	60.0	-	-		
รายได้ผู้ปกครอง								
ต่ำกว่า 5,000	17	24.3	52	74.3	1	1.4	5.39	0.249
5,001 - 15,000	44	23.9	136	73.9	4	2.2		
15,001 - ≥20,000	90	29.1	218	70.6	1	0.3		

^a Fisher's exact test

ปัจจัยตามกรอบกำหนด PRECEDE Framework กับพฤติกรรมการติตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี
ของนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดเชียงราย จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ได้ผลการวิจัย ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการติตราและเลือกปฏิบัติ พบว่ามีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการติตราฯ ของนักเรียนอาชีวศึกษา
ในจังหวัดเชียงรายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้เรื่องการติตราฯ ในระดับที่
ควรปรับปรุง จะมีระดับของพฤติกรรมการติตราฯ ในระดับปานกลาง และระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 58.0 ซึ่งถือเป็นจำนวน
มากที่สุดของกลุ่มตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 84.5

2. การรับรู้แนวทางการป้องกันการติตราและเลือกปฏิบัติ พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติตรา ($p < 0.001$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ ในระดับน้อย มีพฤติกรรมติตรา ระดับปานกลาง ร้อยละ 74.0 และระดับมาก ร้อยละ 25.6 ไม่มีพฤติกรรมติตรา ร้อยละ 0.4 รองลงมาคือกลุ่มที่มีระดับการรับรู้ ในระดับปานกลาง พบว่ามีระดับพฤติกรรม การติตรา ระดับปานกลาง ร้อยละ 67.5 ระดับมาก ร้อยละ 27.3 และไม่มีพฤติกรรมการติตรา ร้อยละ 5.2 และในกลุ่มที่มี ระดับการรับรู้ ระดับมาก พบว่ามีระดับพฤติกรรมการติตรา ระดับมาก ร้อยละ 69.2 และระดับปานกลาง ร้อยละ 30.8

3. เจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติตรา ($p < 0.05$) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 93.3 มีระดับเจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระดับที่เป็นกลาง กลุ่มที่มีพฤติกรรมติตรา ระดับปานกลาง ร้อยละ 72.1 มีพฤติกรรมติตรา ระดับมาก ร้อยละ 25.6 และไม่มีพฤติกรรมติตรา ร้อยละ 0.7 รองลงมาคือกลุ่มที่มีระดับเจตคติเชิงบวกต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำแนกเป็น กลุ่มที่มีพฤติกรรมติตรา ระดับปานกลาง ร้อยละ 4.6 มีพฤติกรรมติตรา ระดับมาก ร้อยละ 0.7 และไม่มี พฤติกรรมติตรา ร้อยละ 0.4 และในกลุ่มที่มีเจตคติเชิงลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำแนกเป็น กลุ่มที่มีพฤติกรรมติตรา ระดับ ปานกลาง ร้อยละ 0.5 มีพฤติกรรมติตรา ระดับมาก ร้อยละ 0.5

4. การได้รับข้อมูลข่าวสารการติตราและเลือกปฏิบัติ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติตรา ($p < 0.05$) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.4 เป็นกลุ่มที่มีระดับของการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการติตรา ในระดับปานกลาง จำแนกเป็นกลุ่ม ที่มีพฤติกรรมการติตรา ระดับปานกลาง ร้อยละ 57.0 กลุ่มที่มีการติตรา ระดับมาก ร้อยละ 20.1 และกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรม การติตรา ร้อยละ 0.4 รองลงมา เป็นกลุ่มที่มีระดับการรับข้อมูล ในระดับน้อย จำแนกเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการติตรา ระดับปานกลาง ร้อยละ 13.1 กลุ่มที่มีการติตรา ระดับมาก ร้อยละ 6.6 และกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมการติตรา ร้อยละ 0.7 และกลุ่มที่มีระดับการรับข้อมูล ในระดับมาก พบมีจำนวนที่มีพฤติกรรมติตรา ระดับปานกลาง ร้อยละ 2.0 และระดับมาก ร้อยละ 0.2

5. ทักษะการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติตรา ($p < 0.001$) กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 79.0 ที่มีทักษะ ในระดับปานกลาง จำแนกเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการติตรา ระดับปานกลาง ร้อยละ 57.9 กลุ่มที่มี การติตรา ระดับมาก ร้อยละ 20.6 และกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมการติตรา ร้อยละ 0.5 รองลงมา เป็นกลุ่มที่มีระดับทักษะ ในระดับที่ดี จำแนกเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการติตรา ระดับปานกลาง ร้อยละ 8.7 กลุ่มที่มีการติตรา ระดับมาก ร้อยละ 5.0 และกลุ่มที่มีพฤติกรรมการติตรา ระดับน้อย จำแนกเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการติตรา ระดับปานกลาง ร้อยละ 5.5 กลุ่มที่มี การติตรา ระดับมาก ร้อยละ 1.2 และกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมการติตรา ร้อยละ 0.5

6. รูปแบบการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติตรา ($p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 75.8 อาศัยอยู่ในครอบครัวที่ผู้ปกครองมีรูปแบบการเลี้ยงดูเอาใจใส่ระดับปานกลาง โดยจำแนกเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรม การติตรา ระดับปานกลาง ร้อยละ 55.6 ระดับมาก ร้อยละ 20.1 และกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมการติตรา ร้อยละ 0.2 รองลงมา เป็นกลุ่มที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่ผู้ปกครองเลี้ยงดูในระดับที่ปล่อยปละละเลย ร้อยละ 14.4 จำแนกเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรม การติตรา ระดับปานกลาง ร้อยละ 11.5 ระดับมาก ร้อยละ 2.7 และไม่มีพฤติกรรมการติตรา ร้อยละ 0.2 และกลุ่มที่อาศัย อยู่ในครอบครัวที่ผู้ปกครองมีรูปแบบการเลี้ยงดูเอาใจใส่ระดับที่ดี ร้อยละ 9.8 เป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการติตรา ระดับปานกลาง ร้อยละ 5.0 ระดับมาก ร้อยละ 4.1 และกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมการติตรา ร้อยละ 0.7

7. การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติตรา ($p < 0.001$) กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 85.1 ได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวในระดับปานกลาง จำแนกเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรม การติตรา ระดับปานกลาง ร้อยละ 61.8 กลุ่มที่มีการติตรา ระดับมาก ร้อยละ 22.4 และกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมการติตรา ร้อยละ 0.9 รองลงมา เป็นกลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุน ระดับมาก เป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการติตรา ระดับปานกลาง ร้อยละ 10.1 กลุ่มที่มีการติตรา ระดับมาก ร้อยละ 2.5 ไม่มีพฤติกรรมการติตรา ร้อยละ 0.2 และกลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุน ในระดับน้อย จำแนกเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการติตรา ระดับมาก ร้อยละ 2.0 และกลุ่มที่มีการติตรา ระดับปานกลาง ร้อยละ 0.2 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยตามกรอบ PRECEDE Framework กับพฤติกรรม การติตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ เอชไอวี (n = 563)

ปัจจัยตามกรอบ PRECEDE Framework	พฤติกรรมกรรมการติตราและเลือกปฏิบัติ						X ²	p-value
	ติตรามาก		ติตราปานกลาง		ไม่มีการติตรา			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน		
ความรู้เกี่ยวกับการติตรา (ปัจจัยนำ)								
ระดับดี	5	26.3	10	52.6	4	21.1	75.75	<0.001
ระดับปานกลาง	21	31.8	45	68.2	-	-		
ระดับควรปรับปรุง	125	26.2	351	73.4	2	0.4		
การรับรู้แนวทางปฏิบัติเพื่อลดการติตรา (ปัจจัยนำ)								
ระดับมาก	9	69.2	4	30.8	-	-	26.82	<0.001
ระดับปานกลาง	21	27.3	52	67.5	4	5.2		
ระดับน้อย	121	25.6	350	74.0	2	0.4		
เจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ปัจจัยนำ)								
เจตคติเชิงบวก	4	12.5	26	81.3	2	6.3	13.09	<0.011*
เป็นกลาง	144	27.5	377	72.1	4	0.8		
เจตคติเชิงลบ	3	50	3	50	-	-		
การได้รับข้อมูลข่าวสารการติตรา (ปัจจัยเอื้อ)								
ระดับมาก	1	8.3	11	91.7	-	-	12.54	<0.014*
ระดับปานกลาง	113	25.9	321	73.6	2	0.5		
ระดับน้อย	37	32.2	74	64.3	4	3.5		
ทักษะการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ปัจจัยเอื้อ)								
ระดับดี	28	36.4	49	63.6	-	-	21.57	<0.001
ระดับปานกลาง	116	26.1	326	73.3	3	0.7		
ระดับน้อย	7	17.1	31	75.6	3	7.3		
รูปแบบการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง (ปัจจัยเอื้อ)								
ดูแลเอาใจใส่ดี	23	41.8	28	50.9	4	7.3	33.64	<0.001
ใส่ใจระดับปานกลาง	113	26.5	313	73.3	1	0.2		
ปล่อยปละละเลย	15	18.5	65	80.2	1	1.2		
การได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อน (ปัจจัยเสริม)								
ระดับมาก	76	26.8	208	73.2	-	-	7.95	0.093
ระดับปานกลาง	75	27.3	194	70.5	6	2.2		
ระดับน้อย	-	-	4	100.0	-	-		
การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว (ปัจจัยเสริม)								
ระดับมาก	14	19.4	57	79.2	1	1.4	27.80	<0.001
ระดับปานกลาง	126	26.3	348	72.7	5	1.0		
ระดับน้อย	11	91.7	1	8.3	-	-		

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยเพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติตราบา ($p < 0.05$) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 1.1 ไม่มีพฤติกรรมการติตราบา เลย สอดคล้องการข้อมูลการสำรวจขององค์การอนามัยโลก⁽¹³⁾ ที่พบว่าเพศมีความสำคัญ และเป็นปัจจัยที่สำคัญในการแสดงออกพฤติกรรมที่แตกต่างระหว่างเพศชาย และเพศหญิง เช่น พฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และประเด็นเรื่องเอชไอวี ทั้งนี้อาจส่งผลมาจากการที่เพศหญิงมีความตระหนัก เรื่องการการดำเนินชีวิตวัยรุนมากกว่าเพศชาย ทั้งในด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ และ รวมถึงพฤติกรรมการติตราบา อีกด้วย

ปัจจัยอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติตราบา ($p < 0.05$) กลุ่มตัวอย่างช่วงอายุระหว่าง 18 - 20 ปี ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการติตราบา กว่าร้อยละ 57.2 ต่างกับกลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 15 - 17 ปี ที่พบว่า มีจำนวนนักเรียนที่มีพฤติกรรมติตราบา ระดับปานกลาง ร้อยละ 14.9 หากเทียบเป็นสัดส่วนภายในกลุ่มอายุเดียวกัน ถือว่าเป็นสัดส่วนที่มาก ทั้งนี้เป็นผลมาจากอายุและประสบการณ์จากการที่นักเรียนได้รับข่าวสารในยุคปัจจุบัน และมีโอกาส ได้เข้าถึงการรณรงค์จากภาคหน่วยงานสุขภาพที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ รวมถึงสื่อโซเชียลมีเดีย สอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ บุญเชียง และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่ทำการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และเจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศของ วัยรุนตอนต้น ที่มีอายุระหว่าง 10 - 14 ปี โดยนักเรียนช่วงอายุดังกล่าวยังมีความรู้เกี่ยวกับช่องทางการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อาการของโรคเอดส์ ความเสี่ยงในการติดเชื้อ การป้องกันการติดเชื้อ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ในระดับที่ต่ำ อันเนื่องมาจากอายุที่น้อย และไม่ค่อยมีประสบการณ์การเข้าถึงสื่อความรู้ดังกล่าวและส่งผลถึงพฤติกรรมปฏิบัติตัว และในการศึกษาของ วิโรจน์ อารีกุล⁽¹⁵⁾ ยังพบว่าวัยรุนที่มีอายุระหว่าง 15 - 20 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยรุนตอนต้นและมีการพัฒนาการ ทางด้านเพศของวัยรุน โดยในกลุ่มดังกล่าวจะมีการเรียนรู้เรื่องเพศ โดยแสดงออกมาในลักษณะของการพูดคุยกับเพื่อนฝูง โทรศัพท์ เล่าเรื่องตลก ซึ่งจะมีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องเพศ ซึ่งจะนำไปสู่การมีพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลและสนทนา ตลอดจน การค้นคว้าเสาะหาข้อมูลและแบ่งปันข้อมูลภายในวงสนทนาและกลุ่มเพื่อน โดยสรุปได้ว่าอายุที่มากกว่าบวกกับประสบการณ์ ความรู้ที่ได้รับมากกว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อลดและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการติตราบา ในนักเรียนอาชีวศึกษา

ปัจจัยระดับชั้น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติตราบา ($p < 0.05$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้น อาชีวศึกษาที่มีระดับชั้นที่สูงกว่าจะมีความรู้และเข้าใจในประเด็นเรื่องการติตราบา มากกว่ากลุ่มที่กำลังศึกษาในระดับชั้นที่ ต่ำกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Kefale Bearket⁽¹⁶⁾ ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายระดับความรู้เรื่องเอชไอวีและเอดส์ของ ประชาชนทั่วไปที่มีอายุระหว่าง 15 - 49 ปี ในประเทศเอธิโอเปีย พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เรื่อง เอชไอวีและเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยในการศึกษาดังกล่าวได้ทำการศึกษาในกลุ่มนักเรียนที่มีอายุ เทียบเคียงและเท่ากับกลุ่มประชากรเป้าหมายของการศึกษารั้งนี้ ซึ่งพบว่านักเรียนที่มีระดับการศึกษาที่สูงจะมีความรู้เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มนักเรียนที่อยู่ในระดับชั้นที่ต่ำกว่า และในขณะเดียวกัน หากนักเรียนมี องค์ความรู้เรื่องเอชไอวี/เอดส์ ก็จะสามารถทำความเข้าใจ เปิดรับข้อมูลการรณรงค์ การประชาสัมพันธ์เนื้อหาที่เกี่ยวข้อง กับ การติตราบา ได้เป็นอย่างดีและนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อลดพฤติกรรมการติตราบาและเลือกปฏิบัติ

ปัจจัยชาติพันธุ์/ชนเผ่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการติตราบา ($p < 0.001$) โดยในกลุ่มชาติพันธุ์ไทย จำแนกเป็น กลุ่มที่มีพฤติกรรมการติตราบา ระดับปานกลาง ร้อยละ 72.4 ระดับมาก ร้อยละ 27.5 และไม่มีพฤติกรรมติตราบา ร้อยละ 0.2 โดยกลุ่มตัวอย่างกลุ่มชาติพันธุ์/ชนเผ่า จำแนกเป็นมีพฤติกรรมการติตราบา ระดับปานกลาง ร้อยละ 69.8 ระดับมาก ร้อยละ 20.8 และไม่มีพฤติกรรมติตราบา ร้อยละ 9.4 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Robert Garofalo และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความแตกต่างในแต่ละเชื้อชาติ/ชาติพันธุ์ ที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เรื่องเอชไอวีเอดส์ และการป้องกัน รวมถึงความตระหนักในการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในมลรัฐแห่งหนึ่งของประเทศสหรัฐอเมริกา

โดยพบว่าในกลุ่มชายผิวสีซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนน้อยกว่ากลุ่มคนผิวขาว จะมีความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในระดับคะแนนที่ต่ำกว่าหากเทียบกับกลุ่มชายผิวขาว ซึ่งถือเป็นปัจจัยความแตกต่างด้านเชื้อชาติและชาติพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยตามกรอบกำหนด PRECEDE Framework กับพฤติกรรม การติตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดเชียงราย สามารถอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการติตราและเลือกปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การติตรา ($p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้เรื่องการติตรา ในระดับที่ควรปรับปรุง จะมีระดับของพฤติกรรม การติตรา ในระดับมาก และระดับปานกลาง ร้อยละ 73.4 และ 62.3 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Yang H, Li X. และคณะ⁽¹⁸⁾ ที่พบว่าหากวัยรุ่นมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคและพยาธิสภาพของโรคแล้วนั้นก็จะมีแนวโน้มการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ถูกต้อง สาเหตุเป็นเพราะความรู้เรื่องเอชไอวีพื้นฐานนั้น สามารถใช้ในการตัดสินใจในการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงและลดพฤติกรรม การติตรา ได้ตรงกันข้ามกับการศึกษาของ อภิญา เปี่ยมวัฒนาทรัพย์ และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่ศึกษาระดับพฤติกรรม การติตรา ในบุคลากรด้านการแพทย์ พบว่าองค์ความรู้ด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีผลกับพฤติกรรม การติตรา ของบุคลากรด้านการแพทย์ ในสถานบริการพยาบาลโดยพฤติกรรม การติตรา มิได้ขึ้นอยู่กับองค์ความรู้ทางวิชาชีพที่มี เพราะการศึกษายังคงพบว่าในบุคลากร บางกลุ่มยังคงมีความกังวล และกลัวผู้ติดเชื้อ จนในบางครั้งอาจจะแสดงออกเป็นรูปแบบของพฤติกรรม การติตรา อย่างไม่ได้ตั้งใจ รวมทั้งในการศึกษาของ เพ็ญพิศ อุทิศ และคณะ⁽²⁰⁾ ที่ศึกษาเรื่อง การติตราตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยพบว่า ในบุคลากรด้านสุขภาพ ที่มีองค์ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี ช่องทางการติดเชื้อ และการป้องกันในระดับที่ดีเพียงใด แต่เมื่อเทียบกับพฤติกรรม การติตรา แล้วยังคงปรากฏพฤติกรรมดังกล่าว โดยพบว่าต่อให้บุคลากรจะมีความรู้ด้านเอชไอวี โดยเฉพาะในหลักการ QQR; (Quantity, Quality, Route of Transmission) มากเพียงใด แต่ยังคงมีความกังวลและหวาดกลัวเอชไอวีอยู่ ซึ่งด้วยเหตุที่กล่าวมานี้ อาจส่งผลถึงผู้ติดเชื้อ ให้เกิดความรู้สึก การติตราตนเองได้เช่นกัน

ปัจจัยการรับรู้แนวทางการป้องกันการติตราและเลือกปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การติตรา ($p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ ในระดับน้อย จะมีพฤติกรรม การติตรา ในระดับปานกลาง และในกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการรับรู้ระดับปานกลาง มีระดับพฤติกรรม การติตรา ระดับปานกลาง และระดับมาก ร้อยละ 67.5 และ 27.3 ตามลำดับ อธิบายได้ว่าหากนักเรียนอาชีวศึกษามีการรับรู้ โดยการรับรู้เกิดจากการรับข้อมูลข่าวสารจากบุคคล การประชาสัมพันธ์ หรือสื่อสังคมออนไลน์ และอื่นๆ ก็จะสามารถเตือนตนเองหรือรู้การปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรม ที่อาจจะส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ โดยอาจเป็นการลดผลกระทบทางด้านจิตใจ และความรู้สึก ซึ่งถือเป็นความสำเร็จของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานภาคประชาสังคมทั้งในประเทศและต่างประเทศ ที่ต่างผลิตสื่อรณรงค์เพื่อให้ทุกคนเข้าใจความหมายและวัตถุประสงค์หลักของการดำเนินงานเพื่อลดการติตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อีกทั้งยังทำให้นักเรียน กลุ่มเยาวชน และรวมถึงประชาชนทั่วไปรับรู้การขับเคลื่อนในประเด็นดังกล่าว ในสังคม และตระหนักถึงความสำคัญของประเด็นดังกล่าว

ปัจจัยด้านเจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การติตรา ($p < 0.05$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับเจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระดับที่เป็นกลาง จะมีระดับพฤติกรรม การติตรา ระดับปานกลาง และระดับมาก เมื่ออ้างอิงจากแบบวัดระดับเจตคติพบว่าส่วนใหญ่เลือกตอบระดับเจตคติของตนเองในระดับที่เป็นกลางหรือไม่แน่ใจ ดังตัวอย่างข้อคำถาม “เอชไอวี มีความรุนแรงเทียบเท่ากับกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือมะเร็ง” พบว่ามากกว่าร้อยละ 86.7 เลือกตอบระดับเจตคติในระดับไม่แน่ใจ และในข้อคำถาม “ติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ไม่ควรทำหน้าที่แม่ครัวหรือคนปรุงอาหารหรือทำข้าวแกงขาย” ร้อยละ 78.0 เลือกตอบ “ไม่เห็นด้วย” ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี และระดับเจตคติ และในการศึกษาของ เกรียงไกร ศรีธวัช⁽⁶⁾ ที่ทำการสำรวจระดับการติตรา ในกลุ่มประชาชนทั่วไป พบว่าการติตราและเลือกปฏิบัติ เป็นผลมาจากเจตคติ โดยพบว่าประชาชนมากกว่าร้อยละ 52.1 รู้สึกรังเกียจที่จะซื้ออาหารสดหรือ

อาหารพร้อมปรุงจากผู้ขายหรือผู้ประกอบการอาหารที่เป็นผู้ติดเชื้อ อีกทั้งการศึกษาของ ญัฐวัฒน์ ตั้งปฐมวงศ์⁽²¹⁾ ก็พบว่าการถูกตีตราและเลือกปฏิบัติในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี มาจากทัศนคติของผู้คนรอบข้าง ในสังคมที่ดำเนินชีวิตอยู่โดยที่ทัศนคติที่บุคคลมีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี มักจะแสดงออกผ่านรูปแบบการสื่อสาร ซึ่งในบางการสื่อสารอาจส่งต่อและถ่ายทอดพฤติกรรม การตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยที่ผู้ติดเชื้อ สามารถสัมผัสได้

ปัจจัยการได้รับข้อมูลข่าวสารการตีตราและเลือกปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตีตรา ($p < 0.05$) โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 73.6 เป็นกลุ่มที่มีระดับของการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการตีตรา ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาจากข้อคำถาม “นักเรียนได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการรณรงค์เรื่องการตีตรา จากหน่วยงานของภาครัฐ ในรูปแบบสื่อ สิ่งพิมพ์ โทรทัศน์” พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 84.5 ไม่เคยได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารดังกล่าว รวมถึงประเด็นการเคลื่อนไหวในสังคม จึงทำให้ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีระดับของการได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับกลาง แต่ก็ยังคงมีพฤติกรรมการตีตรา ระดับปานกลางมากถึงร้อยละ 57.0 ซึ่งถือเป็นจำนวนที่เกินครึ่ง และเป็นหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่ต้องเพิ่มการรณรงค์เพื่อให้ทุกคนเข้าใจความหมายและวัตถุประสงค์หลักของการดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อีกทั้งทำให้นักเรียน กลุ่มเยาวชน และรวมถึงประชาชนทั่วไปรับรู้การขับเคลื่อนในประเด็นดังกล่าว ในสังคมและตระหนักถึงความสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย ศรีทองธรรม⁽²²⁾ โดยพบว่า การสื่อสารและให้ข้อมูลข่าวสารเรื่องเอชไอวี ไม่ว่าจะ เป็นในระดับระหว่างบุคคล (Inter personal level) ระดับองค์กร/สถาบัน (Organizational/Institutional level) และระดับชุมชน (Community level) ซึ่งการรณรงค์ให้เกิดความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ และประเด็นเรื่องการตีตราและเลือกปฏิบัติ ให้กับประชาชน และสมาชิกขององค์กร/ชุมชน ผ่านช่องทางที่หลากหลาย ได้แก่ วิทยุโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต จะทำให้คนที่อยู่ในชุมชน มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมากขึ้น และจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อ สามารถอยู่ร่วมกับคนในชุมชนได้ดีกว่าในอดีต ช่วยลดความรู้สึกกลัวต่อการถูกเปิดเผยการติดเชื้อ ของตนต่อบุคคลอื่นได้เป็นอย่างดี

ปัจจัยทักษะการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตีตรา ($p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีทักษะ ระดับปานกลาง ร้อยละ 73.3 ยังมีพฤติกรรมการตีตรา ในระดับปานกลาง และระดับมาก ร้อยละ 57.9 และ 20.6 ตามลำดับ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ยังคงมีพฤติกรรมการตีตรา ในระดับปานกลางนั้น มีผลมาจากการขาดทักษะการจัดการพฤติกรรมแสดงออกของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ นาวา ผานะวงศ์⁽²³⁾ ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ให้บริการในโรงพยาบาล เกี่ยวกับระดับทักษะการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อ ต่อพฤติกรรมการตีตรา ซึ่งในการศึกษาดังกล่าว พบว่าระดับการตีตรา และการป้องกันการติดเชื้อ มีความสัมพันธ์กับทักษะของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในคลินิกบริการผู้ป่วยเอชไอวีซึ่งเป็นกลุ่มบุคลากรที่มีระดับทักษะและความรู้ในระดับที่สูงอยู่แล้ว แต่ยังพบพฤติกรรมการตีตรา และเลือกปฏิบัติที่แสดงออกมาทั้งแบบตั้งใจและไม่ตั้งใจผ่านรูปแบบพฤติกรรมที่แสดงออก ซึ่งจะมากหรือน้อยถือเป็นทักษะในการจัดการตนเอง ทั้งในด้านมุมมองความคิดและการปฏิบัติตัวให้สามารถอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ โดยสามารถสนับสนุนและอธิบายพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างได้ว่า ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีระดับทักษะการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่เมื่อทำการวัดระดับพฤติกรรมการตีตรา ก็ยังคงพบว่ามีพฤติกรรมการตีตรา ในระดับปานกลาง ซึ่งจากการประเมินจากรายข้อคำถามการวัดทักษะการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเลือกประเมินและตอบในเชิงบวก และสามารถปฏิบัติตนในเชิงบวก เพื่อลดและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการตีตรา แต่ในส่วนของการวัดระดับพฤติกรรมการตีตรา นั้น ส่งผลมาจากความยากในการตัดสินใจว่าจะต้องปฏิบัติตนอย่างไรเมื่อต้องอยู่ในสถานการณ์จริง

ปัจจัยรูปแบบการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตีตรา ($p < 0.001$) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 79.0 อาศัยอยู่ในครอบครัวที่ผู้ปกครองมีรูปแบบการเลี้ยงดูใส่ใจระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการตีตรา ระดับปานกลางและระดับมาก ร้อยละ 73.3 และ 26.5 ตามลำดับ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการอบรม และเข้มงวดจากผู้ปกครองในเรื่องเพศ การคบเพื่อน การป้องกันการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และรวมถึงการตกเทือนเกี่ยวกับความอันตรายของเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ จึงเป็นสาเหตุทำให้นักเรียนมีประสบการณ์การถูกเลี้ยงดูจาก

ผู้ปกครองในระดับที่ดีและมีความรู้ ทั้งนี้ รวมถึงกลุ่มที่ผู้ปกครองให้การดูแลเอาใจใส่ในระดับปานกลางด้วย โดยเมื่อทำการวัดพฤติกรรมการตีตราฯ จึงทำให้ยังคงปรากฏพฤติกรรมการตีตราฯ แต่ไม่ได้เป็นการตีตราฯ แบบตรงไปตรงมา แต่เป็นความตระหนักต่อพฤติกรรมใดๆ ที่อาจจะส่งผลให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับการศึกษาของ ลัษณา ฉายศรี⁽²⁴⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่ารูปแบบการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง และสัมพันธภาพของวัยรุ่นกับครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตีตราฯ ($p < 0.001$) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวในระดับที่ดี จะมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการตีตราฯ กลุ่มนักเรียนที่ได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.7 จะมีพฤติกรรมการตีตราฯ ระดับปานกลาง ในขณะที่เดียวกัน กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ผู้ปกครองปล่อยปละละเลย จะมีพฤติกรรมการตีตราฯ ระดับมาก ร้อยละ 91.7 โดยในกลุ่มตัวอย่างที่ผู้ปกครองให้การสนับสนุนและคำปรึกษาในระดับดี มีระดับพฤติกรรมตีตราฯ ระดับต่ำ เป็นผลมาจากการที่คนในครอบครัวให้ความรัก ความอบอุ่น ให้คำปรึกษา และความช่วยเหลือเป็นอย่างดี กลุ่มนักเรียนที่เป็นวัยรุ่นก็จะมีการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ ลัษณา ฉายศรี⁽²⁴⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่าสัมพันธภาพของวัยรุ่นกับบุคคลในครอบครัว การที่วัยรุ่นมีระดับสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัว มีเวลาสนทนาและแบ่งปันประสบการณ์ และการปรึกษาปัญหาต่างๆ นั้น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่ทำการศึกษาทั้งหมด สามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นที่ศึกษา ชาติพันธุ์/ชนเผ่า และปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้แนวทางป้องกัน เจตคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ปัจจัยเอื้อด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร ทักษะการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี รูปแบบการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง รวมถึงปัจจัยเสริมด้านการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ล้วนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตีตราฯ และเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งสิ้น ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาส่งเสริมความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องต่อเอชไอวี และแนวทางการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการตีตราฯ ตลอดจนส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี การพัฒนาปัจจัยด้านนโยบายและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมภายในสถานศึกษา อีกทั้งการส่งเสริมให้นักเรียน และกลุ่มวัยรุ่นเข้าถึงการตรวจคัดกรองในสถานพยาบาล และคลินิกชุมชน เพื่อรู้สถานะผลเลือดของตนเอง และนำไปสู่การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ หากมีสถานะการติดเชื้อ หรือมีผลเลือดบวก และรับบริการทางการรักษาโดยปราศจากการตีตราฯ

ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาแบบกึ่งทดลอง โดยการจัดโปรแกรมสุขศึกษาให้หลากหลายโปรแกรม เพื่อเปรียบเทียบผลของการลดพฤติกรรมการตีตราฯ และเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของนักเรียนอาชีวศึกษา และพัฒนาแบบสอบถามเพื่อเป็นการต่อยอดในแต่ละตัวแปรปัจจัยที่ต้องการศึกษาเพิ่มเติมอย่างละเอียด

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. รายงานผลการดำเนินงานสำนักโรคเอดส์วันโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี 2560. [อินเทอร์เน็ต] 2560 [เข้าถึงเมื่อ 17 มีนาคม 2020]. เข้าถึงได้จาก <https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/11454>.
2. UNAIDS. UNAIDS data 2019. Geneva, Switzerland: UNAIDS; [Internet]. 2019 [cited 2020 April 13]. Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf

3. ศูนย์รวบรวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย. (2563). ข้อมูลสถานการณ์เอชไอวีเอดส์ประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 22 ต.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://hivhub.ddc.moph.go.th>.
4. National AIDS Program. Thailand National Strategy to End AIDS 2017–2030 [internet]. [cited 2023 August 22]; Available from: www.namc.ddc.moph.go.th.
5. Green IW, Kreuter MW. Health program planning: An educational and ecological approach. 4th ed. New York: Emily Barrosse; 1998.
6. เกรียงไกร ศรีธนาวิบูลย์. การสำรวจการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี ในสถานบริการ “ในกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ พิมพ์ครั้งที่ 1/2558. นนทบุรี: บริษัท หกหนึ่งเจ็ด จำกัด: 2558. หน้า 16-18).
7. เกรียงไกร ศรีธนาวิบูลย์, สุวัฒน์ ชัยเลิศศักดิ์, จิราลักษณ์ นนทรักษ์, สาวิตรี อัมมวงค์กรชัย, ปัทพงษ์ เกษสมบูรณ์, และคณะ (รายงานการสำรวจ Stigmatizing attitudes towards people living with HIV among general adult Thai population, 2573) (2560)
8. สาวิตรี อ่อนจันทร์, ยุติ ลีลัคณาวิระ, และพรนภา หอมสินธุ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันเอดส์ของเยาวชนหญิงในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดชลบุรี. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2563; 40(1): 45-57
9. Daniel WW. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. 9th ed. Hoboken, N.J.: John Wiley; 2010.
10. Lindeman N. What's The Average Survey Response Rate? [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 27]. Available from: <https://surveyanyplace.com/blog/average-survey-response-rate>.
11. Somwang P. Techniques of Educational Research Questionnaire. Journal of Education Research News. [cited 2014 Apr.].
12. Bloom BS. What We Are Learning about Teaching and Learning: A Summary of Recent Research. Principal. 1986; 66:6–10.
13. WHO. Alcohol use and sexual risk behaviour: a cross-cultural study in eight countries. [Internet]. 2019 [cited 2021 Oct 12]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/alcohol-use-and-sexual-risk-behaviour-a-cross-cultural-study-in-eight-countries>.
14. วราภรณ์ บุญเชียง, วิลาวัลย์ เตือนราษฎร์, วารุณี พองแก้ว, และ พิมพ์ภรณ์ กลั่นกลิ่น. ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และเจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศ. วารสารสภาการพยาบาล. 2556; 28(1):124–137.
15. วิโรจน์ อารีย์กุล. การดูแลสุขภาพและการให้คำแนะนำวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: กองทุนกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า; 2553.
16. Kefale B, Damtie Y, Yalew M, Adane B, Arefaynie M. Predictors of comprehensive knowledge of HIV/AIDS among people aged 15–49 years in Ethiopia: a multilevel analysis. HIV/AIDS (Auckland, N.Z.). 2020; 12:449–456.
17. Garofalo R, Gayles T, Bottone PD, Ryan D, Kuhns LM, Mustanski B. Racial/ethnic differences in HIV-related knowledge among young men who have sex with men and their association with condom errors. Health Education Journal. 2015;74(5):518-530.
18. Yang H, Li X, Stanton B, Fang X, Lin D, Naar-King S. HIV-related knowledge, stigma, and willingness to disclose: A mediation analysis. AIDS Care. 2006;18(7):717-724.
19. อภิญา เปี่ยมวัฒนาทรัพย์, ยศภัทร เสาวภาคภูมิกุล, ประไพพิศ วิวัฒนาวิช, คณะ Matrix SAIL. สถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติประเด็นเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ในสถานบริการสุขภาพ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1 ปีงบประมาณ 2558. [อินเทอร์เน็ต]. ชลบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี; 2558. [เข้าถึงเมื่อ 3 ต.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://223.27.246.196/aca/attachments/article/58/stigmatize.pdf>.
20. แพทย์พัทธ์ อุทิศ, และณิชากุล ชันบุตรศรี. คู่มือการดูแลตนเอง เรื่อง เสริมสร้างคุณค่า ลดการตีตราตนเอง. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.

21. ณัฐวัฒน์ ตั้งปฐมวงศ์. การสื่อสารที่ส่งผลต่อการตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์: ภาพตัวแทน และความหมายต่อคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อฯ วารสารโรคเอดส์, 2562: 31(3): 103-115
22. อรทัย ศรีทองธรรม กระบวนการทุนทางสังคม: นวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชน Social Capital Process: The Innovation for Care of People Living with HIV/AIDS in Community. วารสารพัฒนบริหารศาสตร์ 2553: 50, (1)
23. นาวา ผานะวงศ์. ผลการใช้โปรแกรมลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร วารสารโรคเอดส์ 2562: 31(3): 125-141.
24. ลัชนา ฉายศรี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล, 2553.

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

วิจิตราภรณ์ ธรรมาไพศาล^{1*} ปภาวรินทร์ พินศิริ² สอนกีฬา มวยคล่อง³ สุดารัตน์ แท้มสีคราม⁴

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

^{2,3,4}นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

บทคัดย่อ

ปัจจุบันผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า (Depression) ทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบว่าประมาณ 280 ล้านคนทั่วโลกที่ป่วยเป็นภาวะซึมเศร้า หรือประมาณร้อยละ 3.8 ของประชากรทั่วโลกที่ป่วยเป็นภาวะซึมเศร้า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในหมู่นักศึกษาระดับมหาวิทยาลัยทั่วโลกค่อยๆ เพิ่มขึ้นในช่วงไม่กี่ปีมานี้ ซึ่งยังไม่เคยมีการศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ชั้นปีที่ 1 - 4 ที่ลงทะเบียนเรียนภาคปกติ ปีการศึกษา 2566 จำนวน 245 คน รูปแบบของการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical survey) วิธีการสุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามปัจจัยเสี่ยง และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ฉบับภาษาไทย การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.14 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 19.88 ± 1.26 ปี โดยพบว่ามีผู้ที่เสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 26.94 และ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การมีเหตุการณ์รุนแรงที่ผ่านมาในรอบหนึ่งเดือน (AOR = 4.60, 95% CI; 2.38 - 8.86, $p < 0.001$) ความไม่เพียงพอของรายได้ต่อเดือน (AOR = 2.63, 95% CI; 1.37 - 4.98, $p = 0.003$) และ เกรดเฉลี่ย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นมหาวิทยาลัยควรมีแนวทางคัดกรองหากกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า/ นักศึกษา/ ปัจจัย

Prevalence of depression and associated risk factors in students of Nakhonratchasima Rajabhat University

Vijitrathon Thammapaian^{1*} Phapawarin Phinsiri² Sonkila Muaikhleng³ Sudarat Taemseekram⁴

^{1*}Asst. Prof., Faculty of Public Health, Nakhonratchasima Rajabhat University

^{2,3,4}Bachelor of Public Health Program, Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

Abstract

Currently, the prevalence of patients with depression around the world is increasing. It is estimated that approximately 280 million people worldwide suffer from depression, or approximately 3.8 percent of the global population. The prevalence of depression among university students worldwide has been gradually increasing in recent years. There has never been a study on the prevalence and factors associated with depression among students in the Faculty of Public Health at Nakhon Ratchasima Rajabhat University. This is a study on the prevalence and risk factors associated with depression among 1st-4th year students in the Faculty of Public Health at Nakhon Ratchasima Rajabhat University. Participants included students who registered for regular courses in the academic year 2023, totaling 245 people. The research design was a cross-sectional analytical survey. Data collection used convenience sampling. The research instruments consisted of three questionnaires: personal data questionnaire, risk factors questionnaire, and Thai version of Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) for adolescent depression screening. Data analysis using multiple logistic regression statistics to find factors related to depression.

The results found that most study participants were female (97.14 percent). The average age of the sample was 19.88 ± 1.26 years. It was found that 26.94 percent were at risk of depression. Factors that were statistically significant associated with depression were the presence of a previous violent event in the past month (AOR = 4.60, 95% CI; 2.38 - 8.86, $p < 0.001$), insufficient monthly income (AOR = 2.63, 95% CI; 1.37 - 4.98, $p = 0.003$), and grade point average ($p < 0.05$). Therefore, university should have screening guidelines for those at risk of depression and provide continuous care.

Keywords: Depression/ Students/ Factors

*Corresponding author: Vijitrathon Thammapaian, email: parimoke.k@gmail.com, Tel.: 08 0139 8321

Received: August 14, 2024/ Revised: October 30, 2024/ Accepted: December 10, 2024

บทนำ

ปัจจุบันผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า (Depression) ทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบว่าประมาณ 280 ล้านคนทั่วโลกที่ป่วยเป็นภาวะซึมเศร้า หรือประมาณร้อยละ 3.8 ของประชากรทั่วโลกที่ป่วยเป็นภาวะซึมเศร้า โดยพบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 5 ในวัยผู้ใหญ่ ในเพศชาย ร้อยละ 4 ในเพศหญิง ร้อยละ 6 และในผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 5.7 โดยพบในหญิงตั้งครรภ์ และเพิ่งคลอดบุตรมากกว่า ร้อยละ 10 ทุกๆ ปีมีผู้ป่วยซึมเศร้าจำนวนมากกว่า 700,000 คน เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ซึ่งการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 4 ของผู้ที่อายุระหว่าง 15 - 29 ปี⁽¹⁾ จากข้อมูลในปี ค.ศ. 2021 ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ที่อายุ 18 ปีขึ้นไป ประมาณ 21 ล้านคน (ร้อยละ 8.3) มีอาการของภาวะซึมเศร้าอย่างน้อย 1 ครั้ง พบในเพศหญิงร้อยละ 10.3 พบในเพศชาย ร้อยละ 6.2 โดยในผู้ที่อายุ 18-25 ปี พบร้อยละ 18.6⁽²⁾ ข้อมูลของศูนย์ภาวะซึมเศร้าไทย กรมสุขภาพจิต ระบุว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นภาวะซึมเศร้าถึง 1.5 ล้านคน พบว่าเพศหญิงมีอัตราการป่วยเป็นภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย แต่ทว่าอัตราการฆ่าตัวตายในเพศชายมีจำนวนมากกว่า ซึ่งเมื่อผู้ชายเกิดอาการเครียดหรือซึมเศร้าขั้นรุนแรง พวกเขาจะมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหัวใจมากกว่าผู้หญิงอีกด้วย ในปี พ.ศ. 2564 พบว่าคนไทยพยายามฆ่าตัวตายชั่วโมงละ 6 คน หรือทั้งปีมากกว่า 53,000 คน และเสียชีวิตราว 4,000 คน ซึ่งถือเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของประเทศไทย โดยผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าจำนวน 100 คน เข้าถึงการรักษาเพียง 28 คน เท่านั้น และทำให้คนไทยกว่าร้อยละ 70 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร⁽³⁾

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในหมู่นักศึกษาระดับมหาวิทยาลัยทั่วโลกค่อยๆ เพิ่มขึ้นในช่วงไม่กี่ปีมานี้ ในประเทศจีนพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับอุดมศึกษา ร้อยละ 20 - 40 ค่ามัธยฐานของความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา ใน 6 ประเทศกลุ่มอาเซียน (กัมพูชา ลาว มาเลเซีย เมียนมา ไทย และเวียดนาม) อยู่ที่ร้อยละ 29.4⁽⁴⁾ จากข้อมูลของประเทศสหรัฐอเมริกา การสำรวจในนักศึกษาระหว่างปี ค.ศ. 2021 - 2022 พบนักศึกษาที่เป็นซึมเศร้าถึงร้อยละ 44⁽⁵⁾ สำหรับข้อมูลการศึกษาในประเทศไทย จากการศึกษาในนักศึกษาระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 - 4 อายุ 18 - 22 ปี ของสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงราย จำนวนนักศึกษาทั้งหมด 763 คน พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 31.9 คณะที่มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุดคือ คณะพยาบาลศาสตร์ ร้อยละ 36.1⁽⁶⁾ จากการศึกษาของ กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ และคณะ⁽⁷⁾ พบว่านักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 2 ถึง 6 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 19.6 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ปัญหากับแฟน ($p = 0.013$) ปัญหาครอบครัว ($p = 0.011$) และปัญหาการนอนหลับไม่เพียงพอ ($p = 0.003$) จากการศึกษาของ ฐาปนกรณ์ เรือนใจ และคณะ⁽⁸⁾ ในนักศึกษาสารณสุขศาสตร์ ชั้นปีที่ 1-4 สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 31.0 โดยแบ่งเป็นภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ปานกลาง และรุนแรง ร้อยละ 23.6, 5.3 และ 2.1 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ศาสนา ชั้นปีการศึกษา โรคประจำตัว และภูมิลำเนา จากการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาสาขาทางวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาหนึ่งของประเทศไทยจำนวน 172 คน มีภาวะซึมเศร้า 78 คน (ร้อยละ 45.3) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอื่นๆ ได้แก่ มีปัญหาแฟน ($OR_{adj} = 3.74$, 95% CI = 1.30 - 10.78) มีปัญหาการนอนหลับ ($OR_{adj} = 3.97$, 95% CI = 2.00 - 7.89) และมีปัญหาครอบครัว ($OR_{adj} = 3.8$, 95% CI = 1.56 - 9.25)⁽⁹⁾

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขระบุว่าในปี 2565 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาสุขภาพจิตแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 22,481 คน ส่วนใหญ่จากอาการโรคจิต ซึมเศร้าและวิตกกังวล สถานการณ์การเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตของคนไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ แต่ปัจจุบันจำนวนจิตแพทย์ไม่เพียงพอต่อความต้องการ โดยสัดส่วนของจิตแพทย์ไทยปี 2566 อยู่ที่ 1.25 คน ต่อประชากร 100,000 คน ต่ำกว่ามาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนด คือ ควรมีจิตแพทย์ 1.7 คน ต่อประชากร 100,000 คนเป็นอย่างต่ำ⁽¹⁰⁾ ดังนั้นการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับอุดมศึกษามีความสำคัญเนื่องจากมีผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า

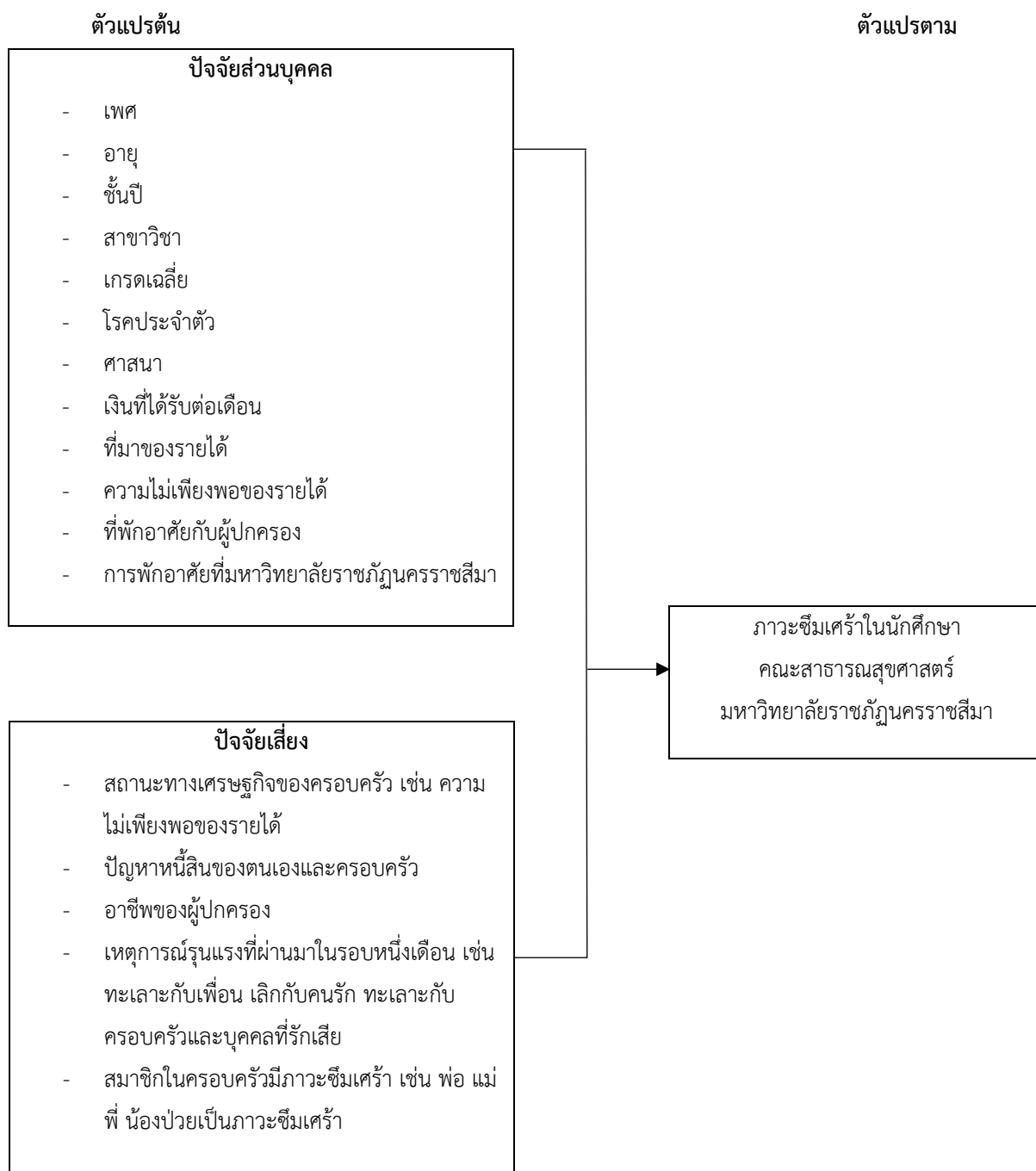
ในสถาบันอุดมศึกษาเพิ่มขึ้นดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น และการทำการรักษาตั้งแต่ต้นอาจเป็นการง่ายกว่าการทำการรักษาเมื่อโรคลุกลามไปแล้ว ซึ่งต้องอาศัยการรักษาโดยจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางมากขึ้น⁽¹⁰⁾

ทั้งนี้พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาอยู่ในระดับสูงโดยเฉพาะนักศึกษาสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมาได้มีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาที่รายงานตัวเพื่อเข้าศึกษาในชั้นปีที่ 1 เท่านั้น แต่ไม่ได้มีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาชั้นปีอื่นๆ ซึ่งสามารถพบผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าได้เช่นเดียวกัน โดยนักศึกษาภาวะซึมเศร้าของมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมาส่วนหนึ่งรับการรักษาที่ศูนย์แพทย์ชุมชนมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ชั้นปีที่ 1 - 4 ที่ลงทะเบียนเรียนภาคปกติ ปีการศึกษา 2566 ซึ่งผลจากการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการเฝ้าระวัง ดูแล คัดกรองภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายของนักศึกษาต่อไป และเพื่อจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ รวมไปถึงการเลือกกลยุทธ์ในการดำเนินการเพื่อส่งเสริมและป้องกันภาวะซึมเศร้าให้ชัดเจนเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบของการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) ทำการศึกษาในนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ชั้นปี 1-4 ภาคปกติ ซึ่งได้ลงทะเบียนในปีการศึกษา 2566 จำนวน 507 คน⁽¹¹⁾ เก็บข้อมูลเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566 โดยมีขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณสูตรของ Yamane⁽¹²⁾ ดังนี้

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

โดย n = จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ ; N = จำนวนประชากรทั้งหมดเท่ากับ 507 คน; $Z_{\alpha/2} = 1.96$; e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05; P = สัดส่วนของประชากรที่สนใจ การศึกษานี้ใช้ค่าสัดส่วน 0.294 อ้างอิงจากการศึกษาของ Liu และคณะ⁽⁴⁾ ซึ่งพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาอยู่ที่ร้อยละ 29.4 เมื่อแทนค่าต่างๆ ในสมการจะได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 196 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 25 สำหรับการมีข้อมูลสูญหายได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 245 คน

การสุ่มตัวอย่างผู้วิจัยเลือกการสุ่มตัวอย่างแบบการแบ่งชั้น (Stratified random sampling) โดยการสุ่มตัวอย่างประชากร จำแนกตามหลักสูตรปริญญาตรี ของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา จำนวน 3 หลักสูตร ได้แก่ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย และ สาขาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มแล้ว จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างในแต่ละสาขาโดยวิธีการสุ่มตามสะดวก (Convenience sampling) ให้ได้ตามขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษา (Inclusion criteria) ได้แก่ นักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ภาคปกติชั้นปีที่ 1 - 4 ปีการศึกษา 2566 ที่ยินยอมให้ความร่วมมือเข้าร่วมโครงการ ส่วนเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) พิกัดทางการสื่อสาร 2) มีภาวะทางจิตเวชหรือความผิดปกติทางสมองที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ 3) นักศึกษาที่มีประวัติหรือกำลังได้รับการรักษาเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชที่ซับซ้อนซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประเมินความรู้สึกซึมเศร้า เช่น โรคไบโพลาร์หรือโรคจิตเภท และ 4) มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมากหรือมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งอาจต้องได้รับการดูแลจากแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญอย่างใกล้ชิด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปี สาขาวิชา เกรดเฉลี่ย โรคประจำตัว ศาสนา เงินที่ได้รับต่อเดือน ที่มาของรายได้ ความไม่เพียงพอของรายได้ต่อเดือน ที่พักอาศัยกับผู้ปกครอง และ การพักอาศัยที่มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยเสี่ยง จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ปัญหาหนี้สินของตนเอง และครอบครัว อาชีพของผู้ปกครอง เหตุการณ์รุนแรงที่ผ่านมาในรอบหนึ่งเดือน เช่น ทะเลาะกับเพื่อน เลิกกับคนรัก ทะเลาะกับครอบครัวและบุคคลที่รักเสีย และสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะซึมเศร้า เช่น พ่อ แม่ พี่ น้องป่วยเป็นภาวะซึมเศร้า โดยเป็นคำถามแบบปลายปิดแบบมีตัวเลือกให้เลือกตอบ

ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น จำนวน 20 ข้อ โดยแบบคัดกรองมีชื่อว่า Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ฉบับภาษาไทย⁽¹³⁾

การให้คะแนนจะให้ตามความรุนแรง หรือความถี่ของอาการซึมเศร้า มี 4 ระดับ คือ

ไม่เลย (< 1 วัน)	ให้ 0 คะแนน
นานๆ ครั้ง (1 - 2 วัน)	ให้ 1 คะแนน
บ่อยๆ (3 - 4 วัน)	ให้ 2 คะแนน
ตลอดเวลา (5 - 7 วัน)	ให้ 3 คะแนน

โดยคะแนนรวมตั้งแต่ 22 คะแนน ถือว่าอยู่ในข่ายภาวะซึมเศร้า สมควรได้รับการตรวจวินิจฉัย เพื่อช่วยเหลือต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คำนวณค่าความตรงของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence; IOC) ปรับปรุงเนื้อหาตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิ และจะคัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่า IOC มากกว่า 0.5 ขึ้นไป แล้วจึงนำแบบสอบถามที่ปรับแก้ไขไปทดสอบความเที่ยง (Reliability) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยทดสอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.847 จากการศึกษาของ อุมพร ตรังคสมบัติ และคณะ⁽¹²⁾ ผู้พัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.86 มีความไวร้อยละ 72 ความจำเพาะร้อยละ 85 และความแม่นยำร้อยละ 82

การเก็บรวบรวมข้อมูลในกระบวนการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับหลักจริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย เลขที่ HE-118-2566 เมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม 2566 จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามความสมัครใจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการศึกษา ผู้วิจัยนำเสนอเป็นภาพรวมในเชิงวิชาการเท่านั้น โดยข้อมูลส่วนบุคคลถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนาสำหรับวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความถี่ (Frequency), ค่าร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
2. การทดสอบการแจกแจงของข้อมูลแบบปกติ (Normal distribution) ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov
3. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้สำหรับวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการเป็นภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติ Univariate และ Multiple logistic regression

ผลการวิจัย

การศึกษานี้ ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 245 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.14 เพศชาย ร้อยละ 2.86 อายุเฉลี่ยของผู้ตอบแบบสอบถามเท่ากับ 19.88 ± 1.26 ปี ผลการสำรวจความเสี่ยงต่อการเป็นภาวะซึมเศร้า พบว่ามีผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นภาวะซึมเศร้า (คะแนนจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น CES-D ตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไป) จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 26.94 และมีผู้ที่ไม่เสี่ยงต่อการเป็นภาวะซึมเศร้า (คะแนนจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น CES-D น้อยกว่า 22 คะแนน) จำนวน 179 คน คิดเป็นร้อยละ 73.06

เมื่อวิเคราะห์ด้วย Univariate logistic regression ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และ ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ากับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา และนำตัวแปรที่มีค่า $p\text{-value} < 0.25$ ได้แก่ เกรดเฉลี่ย ความไม่เพียงพอของรายได้ต่อเดือน ความไม่เพียงพอของรายได้ของครอบครัว และ เหตุการณ์รุนแรงที่ผ่านมาในรอบ 1 เดือน ดังแสดงข้อมูลในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา โดยการวิเคราะห์ทีละคู่ (Univariate/Bivariate/Crude analysis) (n=245)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า	Odds Ratio (OR)	95%CI of OR	p-value
เพศ					0.921
ชาย	7	0.80	1		
หญิง	238	26.1	0.92	0.17 - 4.85	
อายุ					0.751
18 - 19 ปี	98	9.8	1		
20 - 21 ปี	121	13.9	1.20	0.65 - 2.21	
≥ 22 ปี ขึ้นไป	26	3.3	1.37	0.52 - 3.54	
ชั้นปี					0.627
ปี 1	71	7.8	1		
ปี 2	54	4.5	0.70	0.30 - 1.63	
ปี 3	86	10.6	1.18	0.59 - 2.38	
ปี 4	34	4.1	1.14	0.46 - 2.82	
สาขาวิชา					0.556
สาธารณสุขชุมชน	129	12.7	1		
อาชีวอนามัยและ ความปลอดภัย	69	8.6	1.38	0.72 - 2.65	
สาขาวิชาอนามัย สิ่งแวดล้อม	47	5.7	1.34	0.63 - 2.82	
เกรดเฉลี่ย					0.015
< 2.50	15	3.3	1		
2.50 - 2.99	78	7.3	0.26	0.08 - 0.82	
3.00 - 3.49	107	13.9	0.40	0.13 - 1.21	
≥ 3.50	45	2.4	0.13	0.036 - 0.50	
โรคประจำตัว					0.474
ไม่มี	234	25.3	1		
มี	11	1.6	1.58	0.44 - 5.60	
เงินที่ได้รับต่อเดือน (บาท)					0.832
1,000 - 3,000	122	13.9	1		
3,001 - 6,000	100	11.0	0.95	0.52 - 1.73	
6,001 บาทขึ้นไป	23	2.0	0.71	0.24 - 2.09	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า	Odds Ratio (OR)	95%CI of OR	p-value
ที่มาของรายได้					0.904
พ่อแม่/ผู้ปกครอง	203	22.4	1		
ทำงานพิเศษและ กยศ./กรอ.	42	4.5	0.95	0.44 - 2.03	
ความไม่เพียงพอของรายได้ต่อเดือน					<0.001
พอ	155	11.4	1		
ไม่พอ	90	15.5	3.31	1.84 - 5.95	
ที่พักอาศัยกับผู้ปกครอง					0.476
อาศัยอยู่กับพ่อแม่	214	22.	1		
อาศัยอยู่บ้านกับญาติ พี่น้อง	31	4.1	1.34	0.59 - 3.02	
การพักอาศัยที่มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา					0.991
อาศัยอยู่กับพ่อแม่และ ญาติพี่น้อง	29	3.3	1		
อาศัยอยู่กับคนรัก, อยู่กับเพื่อน	72	7.8	0.94	0.35 - 2.47	
อาศัยอยู่คนเดียว	144	15.9	0.97	0.39 - 2.38	
ความไม่เพียงพอของรายได้ของครอบครัว					0.076
พอ	190	18.8	1		
ไม่พอ	55	8.2	1.78	0.94 - 3.39	
ปัญหาหนี้สินของตนเอง					0.552
ไม่มี	174	18.4	1		
มี	71	8.6	1.20	0.65 - 2.22	
ปัญหาหนี้สินของครอบครัว					0.949
ไม่มี	75	8.2	1		
มี	170	18.8	1.02	0.55 - 1.88	
อาชีพของผู้ปกครอง					0.773
เกษตรกร	112	11.8	1		
ค้าขาย	35	4.9	1.49	0.66 - 3.37	
รับจ้างทั่วไป	74	7.8	0.98	0.50 - 1.93	
อื่นๆ เช่น ข้าราชการ ว่างงาน	24	2.4	0.95	0.34 - 2.63	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า	Odds Ratio (OR)	95%CI of OR	p-value
เหตุการณ์รุนแรงที่ผ่านมาในรอบหนึ่งเดือน					<0.001
ไม่มี	174	12.2	1		
มีเหตุการณ์รุนแรง	71	14.7	4.93	2.68 - 9.08	
สมาชิกในครอบครัวมีภาวะซึมเศร้า					0.498
ไม่มี	237	25.7	1		
มีสมาชิกในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่ น้อง	8	1.2	1.65	0.38 - 7.13	

ค่ามัธยฐานของคะแนนจากแบบคัดกรองซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีค่า 22 คะแนน (คะแนนต่ำสุด - คะแนนสูงสุด = 0 - 46) ค่ามัธยฐานของคะแนนจากแบบคัดกรองซึมเศร้าของกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นภาวะซึมเศร้า มีค่า 26 คะแนน (คะแนนต่ำสุด - คะแนนสูงสุด = 22 - 46 คะแนน) และค่ามัธยฐานของคะแนนจากแบบคัดกรองซึมเศร้าของกลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อการเป็นภาวะซึมเศร้า มีค่า 10 คะแนน (คะแนนต่ำสุด-คะแนนสูงสุด = 0 - 21 คะแนน) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.001$

เมื่อวิเคราะห์ด้วย Multiple logistic regression พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เหตุการณ์รุนแรงที่ผ่านมาในรอบหนึ่งเดือน ความไม่เพียงพอของรายได้ต่อเดือน และเกรดเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยการมีเหตุการณ์รุนแรงที่ผ่านมาในรอบหนึ่งเดือนมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่เกิดเหตุการณ์ 4.602 เท่า (AOR = 4.60, 95% CI; 2.38 - 8.86, $p < 0.001$) ผู้ที่มีรายได้ต่อเดือนไม่เพียงพอมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่อเดือนเพียงพอ 2.63 เท่า (AOR = 2.63, 95% CI; 1.37 - 4.98, $p = 0.003$) ผู้ที่มีเกรดเฉลี่ย 2.50 - 2.99 เมื่อเทียบกับผู้ที่มีเกรดเฉลี่ยน้อยกว่า 2.50 พบว่าผู้ที่มีเกรดเฉลี่ย 2.50 - 2.99 มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าลดลงร้อยละ 82.2 (AOR = 0.18, 95% CI; 0.05 - 0.61, $p = 0.006$) ผู้ที่มีเกรดเฉลี่ยตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไปเมื่อเทียบกับผู้ที่มีเกรดเฉลี่ยน้อยกว่า 2.50 พบว่าผู้ที่มีเกรดเฉลี่ยตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไปมีโอกาสดังกล่าวลดลงร้อยละ 89.2 (AOR = 0.11, 95% CI; 0.02 - 0.45, $p = 0.002$) ดังแสดงในตารางที่ 2 โดยตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันหรือไม่เกิดปัญหา multicollinearity และทำการทดสอบแบบจำลอง Logistic ด้วย Hosmer and Lemeshow Test พบว่าผลการทดสอบสถิติ Chi-Square ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงว่าแบบจำลอง Logistic ที่ได้นั้นยอมรับได้

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา โดยการวิเคราะห์หลายตัวแปร (Multiple analysis) (n = 245)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละของผู้ ที่มีภาวะ ซึมเศร้า	Odds Ratio (OR)	Adjusted OR (AOR)	95%CI of AOR	p-value
เหตุการณ์รุนแรงที่ผ่านมาในรอบหนึ่งเดือน						<0.001
ไม่มี	174	12.2	1	1		
มีเหตุการณ์ รุนแรง	71	14.7	4.937	4.60	2.38 - 8.86	
ความไม่เพียงพอของรายได้ต่อเดือน						0.003
พอ	155	11.4	1	1		
ไม่พอ	90	15.5	3.315	2.63	1.37 - 4.98	
เกรดเฉลี่ย						0.008
< 2.50	15	3.3	1	1		
2.50 - 2.99	78	7.3	0.263	0.17	0.05 - 0.61	
3.00 - 3.49	107	13.9	0.408	0.33	0.10 - 1.06	
≥ 3.50	45	2.4	0.135	0.11	0.02 - 0.45	

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาในนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ ที่ลงทะเบียนปีการศึกษา 2566 มีผู้เข้าร่วมการศึกษา 245 คน มีครบทุกชั้นปี พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าเท่ากับร้อยละ 26.94 ซึ่งจะเห็นได้ว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ค่อนข้างสูง แต่ปัจจุบันยังไม่มีมีการดำเนินการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาของคณะอย่างเป็นระบบ ที่ต่อเนื่อง อาจทำให้นักศึกษาที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ซึ่งอาจมีผลกับคุณภาพชีวิตของ นักศึกษาและส่งผลต่อการสำเร็จการศึกษาและการมีงานทำในอนาคต โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ของการศึกษานี้ ได้แก่ เหตุการณ์รุนแรงที่ผ่านมาในรอบหนึ่งเดือน ความไม่เพียงพอของ รายได้ต่อเดือน และเกรดเฉลี่ย ดังนั้นการคัดกรองด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและสอบถามปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า อาจช่วยให้ทราบสาเหตุที่ทำให้ นักศึกษามีภาวะดังกล่าว ซึ่งช่วยให้สามารถหาแนวทางในการให้คำแนะนำปรึกษาแก่นักศึกษา กลุ่มเสี่ยงได้ทันท่วงที

ซึ่งผลการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าใกล้เคียงกับการศึกษาของ ฐาปกรณ์ เรือนใจ และคณะ⁽⁸⁾ ในนักศึกษา สาธารณสุขศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 - 4 สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 31.0 จากการศึกษาของ กรรณิการ์ กาญจนสุวรรณ และคณะ⁽⁹⁾ ทำการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาสาขาทางวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาหนึ่งของประเทศไทยในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 172 คน มีภาวะซึมเศร้า 78 คน (ร้อยละ 45.3) โดยสาขาวิชาที่กลุ่มตัวอย่างศึกษา ได้แก่ เอกคู่ อนามัยสิ่งแวดล้อม-อาชีวอนามัยและความปลอดภัย จำนวน 48 คน (ร้อยละ 27.9) อาชีวอนามัยและความปลอดภัย จำนวน 92 คน (ร้อยละ 53.5) และวิทยาศาสตร์อนามัย สิ่งแวดล้อม จำนวน 32 คน (ร้อยละ 18.6) จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เหตุการณ์ รุนแรงที่ผ่านมาในรอบหนึ่งเดือน ($p < 0.001$) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และคณะ⁽¹⁴⁾ ซึ่งพบว่า เหตุการณ์เชิงลบในชีวิตมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ($p < 0.001$) จากผลการศึกษา พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความไม่เพียงพอของรายได้ต่อเดือน ($p = 0.003$) ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของ วิลาสินี สุรวรรณ⁽¹⁵⁾ ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 41.74 (149 คน) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ รายได้ครอบครัวไม่เพียงพอ (adjusted OR = 2.15, 95% CI = 1.18 - 3.92) และจากการศึกษาของ อิศริย์ ศิริวรรณกุลธร และคณะ⁽¹⁶⁾ ทำการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 196 คน พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 13.3 โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การรับรู้ความเพียงพอของรายได้ และรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท และจากการศึกษาของ กรวิญญ์ พยัคฆวรรณ⁽¹⁷⁾ พบว่าความเหลื่อมล้ำด้านรายได้ส่งผลต่อสุขภาพจิตทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยในภาพรวมความเหลื่อมล้ำด้านรายได้ส่งผลให้ปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.2 และจากบทความของ คันธรส สุขกุล และ ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์⁽¹⁸⁾ กล่าวว่า ภาวะเศรษฐกิจ คือ รายได้ต่อเดือน และความเพียงพอของรายได้ พบว่า กลุ่มที่มีรายได้ไม่พอใช้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า 15 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีรายได้พอใช้และมีเงินเหลือเก็บ และจากการศึกษาของ สามารถ สุวรรณภักดี และ อารมณ สุขน้อย⁽¹⁹⁾ พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าจากปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 72.0 และพบว่าเกรดเฉลี่ยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ ณิชภัทร รุจิรดาพร และ อุมพร ตรังสมบัติ⁽²⁰⁾ ที่ทำการศึกษความชุกและปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,700 คน พบว่า ผลการเรียนรู้ต่ำกว่า 2.00 มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ซึ่งการศึกษานี้มีข้อจำกัดในเรื่องการสุ่มตัวอย่างเป็นการสุ่มตามความสะดวก ซึ่งเป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นไปตามโอกาสทางสถิติ (Non-Probability sampling) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลอาจไม่ได้เป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมด

สรุป

นักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา มีความชุกของภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูง โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ของการศึกษานี้ ได้แก่ เหตุการณ์รุนแรงที่ผ่านมาในรอบหนึ่งเดือน ความไม่เพียงพอของรายได้ต่อเดือน และเกรดเฉลี่ย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมเพื่อลดปัญหาดังกล่าว ตลอดจนมีมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกันและให้การรักษาต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยทำให้ทราบว่านักศึกษาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยนักศึกษาที่มีปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าจะมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่า ดังนั้นการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็นประจำทุกปีการศึกษา โดยมหาวิทยาลัยหรือคณะสาธารณสุขศาสตร์อาจมีความจำเป็น เพื่อช่วยให้มีการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าได้เร็วขึ้น เพื่อช่วยเหลือ นักศึกษากลุ่มดังกล่าว เพิ่มอัตราการได้รับการรักษาโดยแพทย์ ซึ่งอาจช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต การจบการศึกษาและการมีงานทำในอนาคตในนักศึกษากลุ่มดังกล่าวต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

อาจนำนักศึกษากลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจำนวน 66 คน เข้ารับการรักษาโดยแพทย์ที่ศูนย์แพทย์ชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา และทำการวิจัยเพื่อศึกษาผลการให้การรักษานักศึกษากลุ่มดังกล่าว โดยอาจประเมินผลเป็นค่าคะแนนจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น CES-D ที่ลดลงหรือค่าคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ดีขึ้นหลังได้รับการรักษาโดยแพทย์

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ รูปแบบการศึกษาเป็นแบบภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถอธิบายในเชิงเหตุผลได้อย่างชัดเจนว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา ซึ่งหากมีการศึกษาครั้งต่อไปควรใช้การติดตามไปข้างหน้า (cohort study) จึงจะสามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุผลได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า ซึ่งคณาจารย์หรือผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถทราบถึงขนาดของปัญหาของภาวะซึมเศร้า และสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตระดับคณะหรือมหาวิทยาลัยต่อไปได้ โดยอาจทำการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาของคณะทุกชั้นปี ปีละ 1 ครั้ง โดยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นแบบสอบถามทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการคัดกรองน้อย และสอบถามปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าเพื่อให้การแก้ไขปัญหาได้ถูกต้องตรงประเด็น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Depressive disorder (depression) [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 22]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. National Institute of Mental Health. Major depression [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 22]. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression>
3. กรมสุขภาพจิต. เปิดสถิติโรคซึมเศร้ากับสังคมไทย ภัยเงียบทางอารมณ์ของคนยุคใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้น วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31459>
4. Liu XQ, Guo YX, Zhang WJ, Gao WJ. Influencing factors, prediction and prevention of depression in college students: A literature review. World Journal of Psychiatry [Internet]. 2022(cited 2024 July 21); 12(7):860-873. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9331452/pdf/WJP-12-860.pdf>.
5. Mayo Clinic Health System. College students and depression: A guide for parents [Internet]. 2023. [cited 2024 July 25]. Available from: <https://www.mayoclinichealthsystem.org/hometown-health/speaking-of-health/college-students-and-depression>
6. พัชราวรรณ แก้วกันทะ, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงราย. วารสารพยาบาลสาร 2558: 42(4): 48-64.
7. กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, ณสมพล หาญดี, สุดสบาย จุลทัพพะ. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 2 ถึง 6 ของคณะแพทย์แห่งหนึ่งในประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2557: 59(1): 29-40.
8. ฐาปนรณ์ เรือนใจ, ณัฐวรินทร์ กฤติยาภิชาติกุล, พิลาสินี วงษ์นุช, วิวัฒน์ แก้วดวงเล็ก. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง. วารสารลำปางเวชสาร 2559: 37(1): 9-15.
9. กรรณิการ์ กาญจนสุวรรณ, ชนัญญา จิระพรกุล, เนาวรัตน์ มณีนิล. ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาสาขาทางวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาหนึ่งของประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2563: 65(4): 343-354.
10. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิตเผยไทยป่วยซึมเศร้าเพิ่ม 2 เท่า เน้นสร้างความเข้าใจปรึกษาจิตแพทย์ป้องกันก่อนเจ็บป่วย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้น วันที่ 25 ตุลาคม 2567]. แหล่งข้อมูล : <https://www.thaihealth.or.th/348453-2/>
11. สำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. ข้อมูลจำนวนนักศึกษา. นครราชสีมา 2566.
12. Yamane T. Statistics, an Introductory Analysis, 2nd. New York: Harper and Row; 1967.
13. อุมารพร ตรังคสมบัติ และคณะ. การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2540: 42(1): 2-13.
14. ดวงใจ วัฒนสินธุ์, ภรภัทร เสงอุตมทรัพย์, ศิริวัตร วัฒนสินธุ์, ธนวรรณ อาชารัฐ, สิริพิมพ์ ชูปาน, พรพรรณ ศรีโสภ. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2558: 23(4): 1-20.

15. วิลาสินี สุรารวรรณ. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2564: 66(4): 403-416.
16. อีสริย์ ศิริวรรณกุลธร, วิชุดา จิรพรเจริญ, กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์, ชัยสิริ อังกระวราพันธ์, อัศวิน โรจนสุมาพงศ์, ชลอวัฒน์ อินปา และคณะ. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุคลินิกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2564: 29(1): 1-11.
17. กรวิชัย พยัคฆวรรณ. ความเหลื่อมล้ำด้านรายได้และสุขภาพจิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต (เศรษฐศาสตร์) สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2565.
18. คันธรส สุขกุล, ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. ภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงาน: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและแนวทางการดูแล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี 2562: 30(2): 230-238.
19. สามารถ สุวรรณภักดี, อารมณ สุขน้อย. การจัดการปัจจัยเสี่ยงภาวะซึมเศร้าด้วยกระบวนการเรียนรู้สาเหตุ กรณีศึกษา อำเภอน้ำพอง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2557: 23(3): 403-411.
20. ณิชภัทร รุจิรดาพรและอุมพร ตรังสมบัติ. ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2552: 54(4): 337-346.

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะก่อนเบาหวานในการคัดกรองสุขภาพประจำปี อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา

ชาคริต เขตกระโทก*

*นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลครบุรี จังหวัดนครราชสีมา

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและเป็นปัญหาของสาธารณสุขไทย ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ และเสียชีวิตได้ การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะก่อนเบาหวาน เพื่อป้องกันและชะลอการเกิดโรคเบาหวานในอนาคต การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยเก็บข้อมูลกับผู้ที่อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองระดับน้ำตาลเมื่ออดอาหาร (Fasting Plasma Glucose; FPG) เขตอำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา ประจำปี พ.ศ. 2566 ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน 400 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามด้านพฤติกรรมสุขภาพ 3) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและแบบประเมินความเครียด 4) ระดับน้ำตาลอดอาหารจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์โรงพยาบาลครบุรี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย Logistic regression

ผลการวิจัยพบว่า ความชุกของภาวะก่อนเบาหวาน ในการคัดกรองสุขภาพประจำปี อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา ประจำปี พ.ศ. 2566 มีอัตราร้อยละ 21.00 (95% CI: 16.99 - 25.01) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะก่อนเบาหวาน ได้แก่ ดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 กก./ม.² ขึ้นไป (AOR = 12.44, 95% CI: 3.78 - 40.91) มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน (AOR = 1.89, 95% CI: 1.08 - 3.29) และการมีโรคประจำตัว (AOR = 1.90, 95% CI: 1.09 - 3.29) เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ เกาต์ ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน และการมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ เกาต์ มีความสัมพันธ์กับภาวะก่อนเบาหวาน ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมสุขภาพโดยการจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน เช่น การออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ รวมไปถึงการคัดกรองสุขภาพประจำปีของผู้ที่มีความเสี่ยง

คำสำคัญ: ความชุกของภาวะก่อนเบาหวาน/ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะก่อนเบาหวาน/ ภาวะก่อนเบาหวาน

Prevalence and Associated Factors of Prediabetes among Health checkup at Khonburi District, Nakhon Ratchasima Province

Charkrit Ketkratok*

*M.D., Dip. in Family Medicine, Khonburi Hospital, Nakhon Ratchasima Province

Abstract

Diabetes mellitus is a prevalent chronic disease and a significant public health concern in Thailand, leading to disability and mortality. This research aimed to investigate the prevalence and factors associated with prediabetes to prevent and delay the onset of diabetes in the future. This cross-sectional study collected data from 400 volunteers aged 35 years and above who underwent fasting plasma glucose (FPG) screening in Khon Buri District, Nakhon Ratchasima Province, during the 2023 fiscal year (October 1, 2022 - September 30, 2023). The research instruments comprised: 1) a personal demographic questionnaire, 2) a health behavior questionnaire, 3) a diabetes knowledge questionnaire and stress assessment form, and 4) FPG levels from the Khon Buri Hospital electronic database. Data analysis employed descriptive statistics and inferential statistics using Binary Logistic Regression for relationship analysis.

The research findings revealed that prevalence of prediabetes in the annual health screening in Khon Buri District, Nakhon Ratchasima Province, In the year 2023 was 21.00% (95% CI: 16.99 - 25.01). Factors associated with prediabetes included: body mass index ≥ 23 kg/m² (aOR = 12.44, 95% CI: 3.78 - 40.91), family history of diabetes (aOR = 1.89, 95% CI: 1.08 - 3.29), and presence of comorbidities (aOR = 1.90, 95% CI: 1.09 - 3.29) such as hypertension, dyslipidemia, and gout. This study found that overweight and obesity, family history of diabetes, and presence of comorbidities such as hypertension, dyslipidemia, and gout were associated with prediabetes. Therefore, health promotion activities should be implemented, including educational programs on diabetes and preventive measures, such as exercise for weight reduction to normal levels. Additionally, annual health screenings should be conducted for high-risk individuals.

Keywords: Prevalence of prediabetes/ Factors associated with prediabetes/ Prediabetes

*Corresponding author: Charkrit Ketkratok, email: charkritmed5@gmail.com, Tel.: 08 5102 5058

Received: September 6, 2024/ Revised: October 15, 2024/ Accepted: October 23, 2024

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes) เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาระบบสาธารณสุขของประเทศไทยและทั่วโลก เป็นโรคเรื้อรัง ที่เกิดจากตับอ่อนผลิตอินซูลิน (Insulin) ไม่เพียงพอ หรือร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินที่ผลิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอินซูลินเป็นฮอร์โมนที่ทำหน้าที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เมื่อเกิดความผิดปกติของกระบวนการควบคุมระดับน้ำตาลนี้ จึงทำให้มีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงตลอดเวลา⁽¹⁾ นำไปสู่ความเสียหายต่ออวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ทั้งเส้นเลือดขนาดใหญ่ (Macrovascular complication) และเส้นเลือดขนาดเล็ก (Microvascular complication)⁽²⁾ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO)⁽¹⁾ กล่าวว่าในปี พ.ศ. 2523 ถึง 2557 มีจำนวนผู้ที่เป็นโรคเบาหวานทั่วโลกจาก 108 ล้านคน เพิ่มขึ้นสูงถึง 422 ล้านคน โรคเบาหวานเป็นสาเหตุหลักของการมองไม่เห็น ไตวายเรื้อรัง โรคเส้นเลือดสมองและหัวใจ รวมถึงการเกิดแผลเรื้อรัง ซึ่งในปี พ.ศ. 2562 มีผู้เสียชีวิตจากโรคไตวายเรื้อรังที่เกิดจากโรคเบาหวานประมาณ 2 ล้านคน⁽¹⁾ จากรายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง ในปี พ.ศ. 2557-2561 อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานเท่ากับ 17.5, 19.4, 22.3, 22.0 และ 21.9 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁽³⁾ ซึ่งพบว่ามีความเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การคัดกรองสุขภาพที่เหมาะสม หมายถึงการตรวจสุขภาพอย่างเหมาะสมตามหลักวิชาโดยแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งมีการสัมภาษณ์ประวัติ ปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่ พร้อมกับการตรวจร่างกาย ในส่วนของการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการนั้นจะทำเฉพาะรายการที่มีประโยชน์กับผู้คัดกรองในแต่ละช่วงอายุ เพื่อค้นหาโรคและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค และนำไปสู่การป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพที่ดี และบำบัดรักษาโรคได้อย่างเหมาะสมและถูกต้อง⁽⁴⁻⁵⁾ ฉะนั้นการคัดกรองสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ไม่ควรมองข้าม สำหรับการคัดกรองโรคเบาหวานในประเทศไทย⁽⁶⁾ โดยปกติแล้วผู้ที่อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป จะได้รับการคัดกรองด้วยการเจาะวัดระดับน้ำตาลอดอาหารในเลือดทุก 3 ปี แต่สำหรับกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงของโรคเบาหวานจะมีการใช้แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานใน 10 ปีข้างหน้า (Diabetes risk score) เพื่อเป็นแนวทางในการวัดระดับความเสี่ยง

ภาวะก่อนเบาหวาน หมายถึง ผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดไม่ถึงเกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน แต่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวาน (Impaired fasting glucose; IFG) จะได้รับการวินิจฉัยจากการตรวจเลือดจากการอดอาหาร จะมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 100 - 125 มก./ดล. และ/หรือจากการตรวจความทนทานต่อน้ำตาลบกพร่อง (Impaired glucose tolerance; IGT) โดยการดื่มสารละลายกลูโคส 75 กรัม และวัดระดับน้ำตาลในเลือดที่ 2 ชม. มีค่าระหว่าง 140 - 199 มก.ดล. และ/หรือวัดระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (Hemoglobin A1c; HbA1c) มีค่าระหว่าง 5.7 - 6.4 %⁽⁶⁾ จากสถานการณ์ภาวะก่อนเบาหวานของทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2564 พบร้อยละ 5.8 ของประชากร 298 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.5 ของประชากร 414 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2588 ความชุกของผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานในปี พ.ศ. 2564 มักพบในกลุ่มประเทศที่มีรายได้สูง และเป็นไปได้ว่าในปี พ.ศ. 2588 อาจพบในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำ⁽⁷⁾ ผลการสำรวจสุขภาพประชากรไทยครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563⁽⁸⁾ พบว่าความชุกของผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานร้อยละ 10.7 ภาคกลาง พบความชุกของภาวะก่อนเบาหวานมากที่สุด โดยจังหวัดกรุงเทพมหานคร พบว่ามีความชุกมากถึงร้อยละ 13.2 รองลงมาคือภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากรายงานของจังหวัดนครราชสีมาปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ในประชากรที่อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองระดับน้ำตาลอดอาหารจำนวน 852,072 คน และเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ร้อยละ 8.16 คิดเป็น 69,495 คน ปี พ.ศ. 2565 ในประชากรที่อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองระดับน้ำตาลอดอาหารจำนวน 838,251 คน และเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ร้อยละ 8.57 คิดเป็น 71,847 คน⁽⁹⁾ จะเห็นได้ว่าในแต่ละปีจะมีผู้เสี่ยงต่อโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเกิดจากปัจจัยต่างๆ ถ้าหากไม่ได้รับการแก้ไขก็มีโอกาสที่จะเกิดเป็นโรคเบาหวานในอีก 3 - 5 ปี เฉลี่ยร้อยละ 25⁽¹⁰⁾ เป้าหมายในการจัดการภาวะก่อนเบาหวาน คือการลดระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม⁽⁶⁾ และได้รับการคัดกรองสุขภาพเป็นประจำทุกปี

จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะก่อนเบาหวานมีหลายปัจจัย สามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม

- 1) ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ⁽¹¹⁻¹²⁾ อายุ^(13-15,17-20) ดัชนีมวลกาย^(11,13,16-21) ระดับการศึกษา^(11,19,22) อาชีพ⁽²³⁾ รายได้ต่อเดือน^(7,10) ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน^(11,14,16,20-21) สถานภาพสมรส^(13,19) การมีโรคประจำตัวเรื้อรังอื่นๆ (โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคเกาต์)^(13,17-22,24)
- 2) ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ^(10,13) การขาดกิจกรรมทางกาย^(3,13-14) มีพฤติกรรมสูบบุหรี่⁽¹³⁾ การดื่มแอลกอฮอล์ที่เกินขนาด⁽¹³⁻¹⁴⁾
- 3) ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน^(3,10) รวมไปถึงความเครียด⁽²³⁾ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวได้มีการศึกษาไว้เป็นจำนวนมาก แต่ยังคงขาดข้อมูลในบริบทชุมชนชนบทของประเทศไทย ซึ่งมีความแตกต่างทางภูมิศาสตร์และวัฒนธรรม เพื่อลดความชุกในการเกิดภาวะก่อนเบาหวานในอำเภอครบุรี ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะก่อนเบาหวานในอำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา เพื่อให้ทราบขนาดและรายละเอียดของปัญหาที่สามารถนำมาใช้ในการวางแผนและพัฒนาการให้ความรู้ คำแนะนำ รวมถึงการจัดทำโครงการต่างๆ เพื่อป้องกันและชะลอการดำเนินไปของผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวาน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

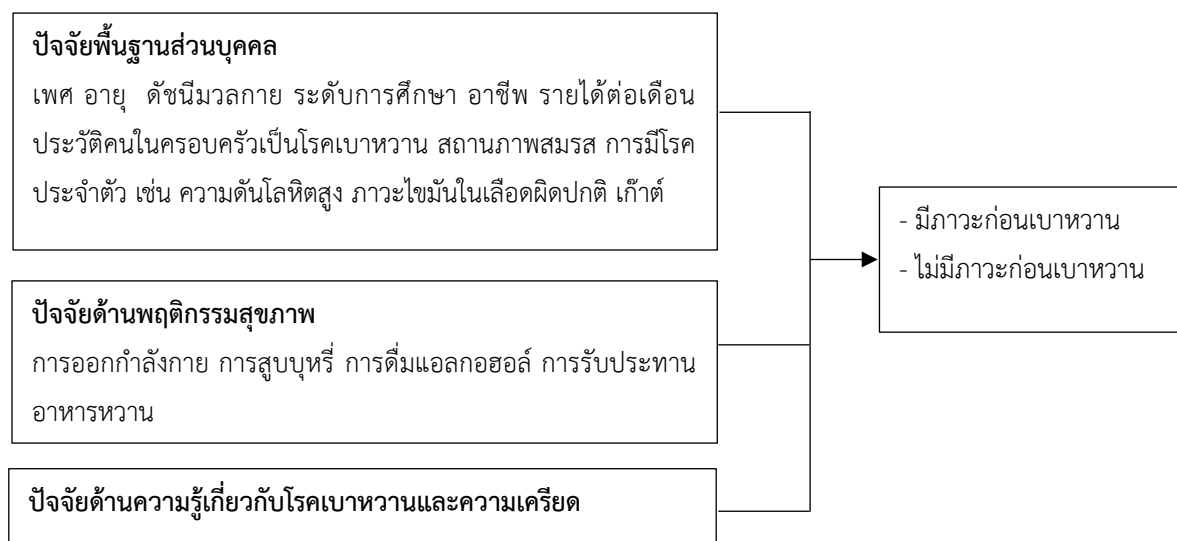
1. เพื่อศึกษาความชุกของผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวาน ที่ได้รับคัดกรองสุขภาพประจำปี อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีภาวะก่อนเบาหวาน อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความเครียด

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ได้กำหนดขอบเขตของการวิจัยไว้ดังนี้

1. ขอบเขตของเนื้อหา ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะก่อนเบาหวาน ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2566⁽³⁵⁾
2. ขอบเขตด้านตัวแปรที่ศึกษา
 - 2.1 ตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความเครียด
 - 2.2 ตัวแปรตาม คือ ภาวะก่อนเบาหวาน (FPG 100 - 125 มก./ดล.)
3. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ในอำเภอครบุรี จำนวน 400 คน
4. ขอบเขตด้านระยะเวลา ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2567 ถึง 30 พฤษภาคม 2567
5. ขอบเขตด้านพื้นที่ อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา หมายเลข NRPH 030 ซึ่งรับรองไว้วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในอำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา และได้รับการคัดกรองสุขภาพประจำปี พ.ศ. 2566 จำนวนทั้งสิ้น 30,771 คน⁽⁹⁾ ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie และ Morgan⁽²⁵⁾ ถูกใช้เพื่อคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมจากประชากรที่กำหนด โดยการคำนวณนี้จะพิจารณาความเชื่อมั่น (Confidence level) และค่าความคลาดเคลื่อน (Margin of error) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 380 คน ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยแบ่งกลุ่มออกเป็น 12 ชั้นภูมิ ตามจำนวนตำบลในอำเภอครบุรี จากนั้นคำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบลตามจำนวนประชากรที่มารับการคัดกรองสุขภาพ และทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ในแต่ละตำบลเพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนด วิธีการนี้ช่วยให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรในแต่ละพื้นที่อย่างเหมาะสม และลดความลำเอียงในการเลือกตัวอย่าง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ตำบล	จำนวนประชากรที่มาคัดกรองสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2566 (ราย)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (ราย)
1. ตำบลแซะ	3,550	46
2. ตำบลเจดีย์	3,016	39
3. ตำบลครบุรี	3,114	40
4. ตำบลโคกกระชาย	3,726	48
5. ตำบลจระเข้มิน	3,087	40
6. ตำบลมาบตะโกเอน	1,428	18
7. ตำบลอรพิมพ์	2,131	28
8. ตำบลบ้านใหม่	2,914	49
9. ตำบลลำเพียก	2,014	26
10. ตำบลครบุรีใต้	2,474	32
11. ตำบลตะแบกบาน	1,491	20
12. ตำบลสระว่านพระยา	1,826	24
รวม	30,771	400

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมวิจัยมุ่งเน้นประชากรไทยอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในอำเภอกาบเชิง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปี พ.ศ. 2566 และมีผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose; FPG) อาสาสมัครต้องสามารถสื่อสารภาษาไทยได้และไม่มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน ทั้งนี้ อาสาสมัครทุกคนได้รับการขอความยินยอมโดยลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร (Written informed consent) ก่อนเข้าร่วมการวิจัย เพื่อให้มั่นใจว่าการเข้าร่วมเป็นไปด้วยความสมัครใจและเข้าใจวัตถุประสงค์ของการศึกษาอย่างชัดเจน

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมวิจัยได้รับการกำหนดขึ้นเพื่อรักษาความถูกต้องของข้อมูลและสิทธิของผู้เข้าร่วม โดยอาสาสมัครจะยุติการเข้าร่วมหากพบว่ามีโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยระหว่างการศึกษานี้ ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนตามแบบสอบถาม หรือแสดงความประสงค์ถอนตัวจากการวิจัยในระหว่างดำเนินการ ทั้งนี้ เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพของการวิจัยและเคารพการตัดสินใจของผู้เข้าร่วมอย่างเต็มที่

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน สถานภาพสมรส และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ จำนวน 4 ข้อ เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการรับประทานอาหารหวาน⁽²⁶⁾ (5 ข้อย่อย)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความเครียด แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประกอบด้วยคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ โดยมีตัวเลือก “ใช่” และ “ไม่ใช่” ใช้เกณฑ์การแปลผล ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน แบ่งระดับความรู้เป็น 2 ระดับ น้อย (0 - 7 คะแนน) และมาก (8 - 10 คะแนน) ส่วนที่ 2 ความเครียด ใช้แบบประเมินความเครียด (2Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁽²⁷⁾ จำนวน 2 ข้อ โดยมีตัวเลือก “ใช่” และ “ไม่ใช่” เกณฑ์การแปลผล ไม่มีความเครียด (น้อยกว่า 2 คะแนน) มีความเครียด (2 คะแนน)

แบบสอบถามทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence; IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และทดสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.98, 0.95 และ 0.942 แสดงว่าแบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือและเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ในการเก็บข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยเริ่มต้นด้วยการขอรับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล เมื่อได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากอาสาสมัครที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า โดยใช้แบบสอบถาม นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้ใช้ข้อมูลจากระบบบันทึกข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลนครบุรี (Hos-XP) คือค่าระดับน้ำตาลอดอาหาร (FPG) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและมีความถูกต้องสูงสุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ทำการคำนวณข้อมูลเชิงปริมาณ และนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของตารางแจกแจงความถี่ (Frequencies) ร้อยละ (Percentage)
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ประกอบด้วยปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล (เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ เก๊าต์) ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ (การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารหวาน) ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความเครียด โดยใช้สถิติอนุมาน ได้แก่ Pearson's Chi Square นำเสนอค่า p-value, Simple logistic regression นำเสนอค่า Odd ratio (OR) และ Binary logistic regression โดยใช้วิธี Backward method (Likelihood ratio) นำเสนอค่า Adjusted odds ratio (aOR) และ 95% confidence interval (95% CI)

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ NRPH 030 ซึ่งรับรองไว้วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2567 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับการชี้แจงและขอความยินยอมโดยลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร (Written informed consent) ก่อนเข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในอำเภอครบุรี มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป และได้รับการคัดกรองสุขภาพประจำปี พ.ศ. 2566 จำนวน 400 คน พบว่าความชุกของภาวะก่อนเบาหวานเท่ากับร้อยละ 21.00 (95% CI: 16.99 - 25.01) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 347 ราย (ร้อยละ 86.75) อายุวัยทำงาน (อายุ 35 - 59 ปี) 343 ราย (ร้อยละ 85.75) ดัชนีมวลกายภูวณ้ำหนักเกินและอ้วน

283 ราย (ร้อยละ 70.75) ระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน 384 ราย (ร้อยละ 96.00) ประกอบอาชีพอิสระ 388 ราย (ร้อยละ 97.00) รายได้น้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน 337 ราย (ร้อยละ 84.25) ไม่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน 211 ราย (ร้อยละ 52.75) สถานภาพสมรส 283 ราย (ร้อยละ 70.75) ไม่มีโรคประจำตัว 252 ราย (ร้อยละ 63.00) ออกกำลังกาย 295 ราย (ร้อยละ 73.75) ไม่สูบบุหรี่ 372 ราย (ร้อยละ 93.00) ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ 246 ราย (ร้อยละ 61.50) ไม่รับประทานอาหารหวาน 243 ราย (ร้อยละ 60.75) มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานน้อย 235 ราย (ร้อยละ 58.75) และไม่มีความเครียด 377 ราย (ร้อยละ 94.25) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	53	13.25
หญิง	347	86.75
อายุ		
วัยทำงาน (อายุ 35 - 59 ปี)	343	85.75
วัยสูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป)	57	14.25
ดัชนีมวลกาย (BMI)		
ภาวะน้ำหนักปกติ (น้อยกว่า 23 กก./ม. ²)	117	29.25
ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (ตั้งแต่ 23 กก./ม. ² ขึ้นไป)	283	70.75
ระดับการศึกษา		
ระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน	384	96.00
ระดับอุดมศึกษา	16	4.00
การประกอบอาชีพ		
อาชีพพนักงานประจำ	12	3.00
อาชีพอิสระ	388	97.00
รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน	337	84.25
ตั้งแต่ 15,000 บาท/เดือน ขึ้นไป	63	15.75
ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน		
ไม่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน	211	52.75
มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน	189	47.25
สถานภาพ		
โสด (โสด หย่าร้าง หม้าย)	117	29.25
สมรส	283	70.75
โรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ เก๊าต์	148	37.00
ไม่มีโรคประจำตัว	252	63.00

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
การออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกาย	105	26.25
ออกกำลังกาย	295	73.75
การดื่มแอลกอฮอล์		
ดื่มแอลกอฮอล์	154	38.50
ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	246	61.50
การสูบบุหรี่		
สูบบุหรี่	28	7.00
ไม่สูบบุหรี่	372	93.00
การรับประทานอาหารหวาน		
รับประทานอาหารหวาน	157	39.25
ไม่รับประทานอาหารหวาน	243	60.75
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (แบบทดสอบ 10 ข้อ)		
มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานน้อย (ต่ำกว่า 8 ข้อ)	235	58.75
มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมาก (8 ข้อขึ้นไป)	165	41.25
ความเครียด (แบบประเมิน 2Q)		
มีความเครียด (2 คะแนน)	23	5.75
ไม่มีความเครียด (น้อยกว่า 2 คะแนน)	377	94.25

ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Logistic regression พบว่า ดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 กก./ม.² ($p < 0.001$, OR = 15.24, 95% CI: 4.71 - 49.34) มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน ($p < 0.001$, OR = 2.58, 95% CI: 1.56 - 4.26) การมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ เก๊าต์ ($p < 0.001$, OR = 2.54, 95% CI: 1.56 - 4.15) และ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ($p < 0.038$, OR = 1.67, 95% CI: 1.03 - 2.71) เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะก่อนเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในขณะที่ปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ต่อเดือน สถานภาพ การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารหวาน และความเครียด ไม่พบความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความสัมพันธ์ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะก่อนเบาหวาน

ปัจจัย	ไม่มีภาวะ ก่อนเบาหวาน (ร้อยละ)	มีภาวะ ก่อนเบาหวาน (ร้อยละ)	OR (95% CI)	p-value
เพศ				
หญิง	271 (78.09)	76 (21.91)	0.63 (0.28 - 1.40)	0.260
ชาย	45 (84.90)	8 (15.10)	1.00	
อายุ				
วัยสูงอายุ (≥ 60 ปี)	45 (67.16)	12 (32.84)	1.00 (0.51 - 1.99)	0.992
วัยกลางคน (35 - 59 ปี)	271 (79.01)	72 (20.99)	1.00	
ดัชนีมวลกาย (BMI)				
≥ 23 กก./ม. ²	202 (71.38)	81 (28.62)	15.24 (4.71 - 49.34)	<0.001*
< 23 กก./ม. ²	114 (97.43)	3 (2.57)	1.00	
ระดับการศึกษา				
ระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน	301 (78.39)	83 (21.61)	4.14 (0.54 - 31.77)	0.172
ระดับอุดมศึกษา	15 (93.75)	1 (6.25)	1.00	
การประกอบอาชีพ				
อาชีพอิสระ	305 (78.61)	83 (21.39)	2.99 (0.38 - 23.52)	0.297
อาชีพพนักงานประจำ	11 (91.67)	1 (8.33)	1.00	
รายได้ต่อเดือน				
น้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน	265 (78.64)	72 (21.36)	0.87 (0.44 - 1.71)	0.679
ตั้งแต่ 15,000 บาท/เดือน ขึ้นไป	51 (80.95)	12 (19.05)	1.00	
ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน				
มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน	134 (70.89)	55 (29.11)	2.58 (1.56 - 4.26)	<0.001*
ไม่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน	182 (86.26)	29 (13.74)	1.00	
สถานภาพ				
สมรส	226 (79.86)	57 (20.14)	0.84 (0.50 - 1.41)	0.512
โสด (โสด หย่า หม้าย)	90 (76.92)	27 (23.08)	1.00	
โรคประจำตัว				
มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมัน	102 (68.92)	46 (31.08)	2.54 (1.56 - 4.15)	<0.001*
ในเลือดผิดปกติ เก้าต์				
ไม่มีโรคประจำตัว	214 (84.92)	38 (15.08)	1.00	
การออกกำลังกาย				
ไม่ออกกำลังกาย	230 (77.97)	65 (22.03)	1.28 (0.73 - 2.26)	0.396
ออกกำลังกาย	86 (81.90)	19 (18.10)	1.00	

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ปัจจัย	ไม่มีภาวะ ก่อนเบาหวาน (ร้อยละ)	มีภาวะ ก่อนเบาหวาน (ร้อยละ)	OR (95% CI)	p-value
การสูบบุหรี่				
สูบบุหรี่	25 (89.29)	3 (10.71)	0.43 (0.13 - 1.46)	0.177
ไม่สูบบุหรี่	291 (78.26)	81 (21.74)	1.00	
การดื่มแอลกอฮอล์				
ดื่มแอลกอฮอล์	126 (81.82)	28 (18.18)	0.75 (0.45 - 1.25)	0.274
ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	190 (77.24)	56 (22.76)	1.00	
การรับประทานอาหารหวาน				
รับประทานอาหารหวาน	126 (80.25)	31 (19.75)	0.88 (0.54 - 1.45)	0.621
ไม่รับประทานอาหารหวาน	190 (78.19)	53 (21.81)	1.00	
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน				
มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานน้อย	194 (82.55)	41 (17.45)	1.67 (1.03 - 2.71)	0.038*
มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมาก	122 (73.94)	43 (26.06)	1.00	
ความเครียด				
มีความเครียด	17 (73.91)	6 (26.09)	1.35 (0.52 - 3.55)	0.539
ไม่มีความเครียด	299 (79.31)	78 (20.69)	1.00	

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีภาวะก่อนเบาหวาน

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะก่อนเบาหวาน หลังจากที่ได้ปรับค่าผลกระทบจากตัวแปรอิสระอื่นๆ พบว่าปัจจัยด้านดัชนีมวลกาย ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ เก๊าต์ และความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับภาวะก่อนเบาหวาน หลังจากนั้นนำปัจจัยดังกล่าวมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Binary logistic regression โดยใช้วิธี Backward method (Likelihood ratio) ผลพบว่า ดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 กก./ม.² ขึ้นไป (AOR = 12.44, 95% CI: 3.78 - 40.91) มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน (AOR = 1.89, 95% CI: 1.08 - 3.29) และการมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ เก๊าต์ (AOR = 1.90, 95% CI: 1.09 - 3.29) เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีภาวะก่อนเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในขณะที่ปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ต่อเดือน สถานภาพ การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารหวาน ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และความเครียด ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความสัมพันธ์ 0.05 หรืออธิบายได้ว่าปัจจัยดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะก่อนเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีภาวะก่อนเบาหวานของการคัดกรองสุขภาพ

ปัจจัย	Adjusted OR	95%CI for OR		p-value
		Lower	Upper	
เพศหญิง	1.02	0.35	2.99	0.957
วัยสูงอายุ (≥ 60 ปี)	0.81	0.36	1.79	0.594
ดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 กก./ม. ² ขึ้นไป	12.44	3.78	40.91	<0.001*
ระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน	1.65	0.15	17.77	0.681
อาชีพอิสระ	3.32	0.29	3791.	0.335
รายได้น้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน	1.07	0.49	2.35	0.859
มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน	1.89	1.08	3.29	0.026*
โรคเบาหวาน				
โรค	0.86	0.49	1.53	0.614
มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง	1.90	1.09	3.29	0.022*
ไขมันในเลือดผิดปกติ เก้าต์				
ไม่ออกกำลังกาย	1.08	0.57	2.05	0.806
สูบบุหรี่	0.64	0.13	3.25	0.591
ดื่มแอลกอฮอล์	0.83	0.47	1.47	0.532
รับประทานอาหารหวาน	0.75	0.44	1.29	0.305
มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานน้อย	0.61	0.36	1.03	0.064
มีความเครียด	1.25	0.43	3.66	0.680

*p-value < 0.05

อภิปรายผล

ความชุกของผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวาน

จากการศึกษาพบความชุกของภาวะก่อนเบาหวานในกลุ่มตัวอย่างอำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา อยู่ที่ร้อยละ 21.00 (95% CI: 16.99 - 25.01) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นพชัย ขบวนแก้ว⁽²⁸⁾ ที่พบความชุกเท่ากับร้อยละ 24.63 ซึ่งมีความชุกที่ใกล้เคียงกันนี้ อาจเป็นเพราะเป็นการทำวิจัยในผู้ใหญ่ และมีขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกัน และอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเช่นเดียวกัน ซึ่งอาจมีบริบทวิถีชีวิตที่คล้ายกัน การศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Zhao et al.⁽¹³⁾ Martins, Folasire และ Irabor⁽¹⁴⁾ ที่พบความชุกร้อยละ 28.52 และ 22.3 แต่ยังไม่พบว่ามีค่าความชุกที่สูงกว่าการศึกษาของ Rooney et al.⁽⁷⁾ ที่พบความชุกร้อยละ 5.8 ซึ่งอาจแตกต่างในด้านเชื้อชาติของประชากรที่ศึกษา โดย Vicks et al.⁽²⁹⁾ ได้รายงานว่าการศึกษานี้ในเอเชียใต้มีแนวโน้มที่จะมีความชุกของภาวะก่อนเบาหวานสูงกว่าประชากรผิวขาว ซึ่งเกิดจากการทำงานที่ลดลงของ β -cell ในตับอ่อน ซึ่งพบในประชากรชาวเอเชียใต้อย่างชัดเจนกว่าประชากรผิวขาว⁽³⁰⁾ และยังพบความชุกสูงกว่าการศึกษาของ Apidechkul et al.⁽³¹⁾ ธีรชัย ธารณชัยเตชาวุฒิ และ สุทธิพร ภัทรชยากุล⁽¹²⁾ ที่พบความชุกร้อยละ 11.2 และ 7.03 ความแตกต่างของความชุกนี้ อาจอธิบายได้จากพื้นที่ของการศึกษาที่แตกต่างกัน และปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม (Socioeconomic factors) มีบทบาทสำคัญในการกำหนดความชุกของภาวะก่อนเบาหวาน ตามที่ Rooney et al.⁽⁷⁾ ได้ชี้ให้เห็นความแตกต่างในด้านรายได้ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และวิถีชีวิตอาจส่งผลต่อความชุกที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่

ระดับการศึกษาและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในแต่ละบริบทก็มีผลต่อความชุกของภาวะก่อนเบาหวานเช่นเดียวกันตามที่ Ahmed et al.⁽³²⁾ ได้เสนอไว้ ซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการตระหนักรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของโรค ดังนั้น ความชุกของภาวะก่อนเบาหวานที่พบในการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ศึกษา และยังอยู่ในช่วงที่สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ในภูมิภาคเอเชีย ความแตกต่างของความชุกระหว่างการศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพิจารณาปัจจัยทางเชื้อชาติ เศรษฐกิจสังคม และการศึกษา ในการวางแผนมาตรการป้องกันและควบคุมภาวะก่อนเบาหวานในแต่ละพื้นที่

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะก่อนเบาหวาน

การศึกษานี้พบว่า เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การทดสอบทางสถิติ Binary logistic regression พบว่า ดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 กก./ม.² ขึ้นไป หรือภาวะน้ำหนักเกินไปจนถึงอ้วน (Overweight and obesity) มีความสัมพันธ์กับภาวะก่อนเบาหวาน โดยดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 กก./ม.² ขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อภาวะก่อนเบาหวานมากกว่าดัชนีมวลกายที่ปกติถึง 12.44 เท่า (aOR = 12.44, 95% CI: 3.78 - 40.91) (p-value < 0.001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศฝรั่งเศส⁽¹¹⁾ ศึกษาเรื่องความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะก่อนเบาหวาน พบว่าภาวะอ้วนมีความเสี่ยงต่อภาวะก่อนเบาหวาน 9.31 เท่า (OR = 9.31, 95% CI: 6.52 - 13.30) เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศเม็กซิโก⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนสัมพันธ์กับภาวะก่อนเบาหวาน (RR = 1.573 95% CI: 1.358 - 1.822), (RR = 2.228 95% CI: 1.934 - 2.567) ตามลำดับ การศึกษาของ Asmelash et al.⁽¹⁷⁾ พบว่าการมีดัชนีมวลกายที่สูงพบว่าสัมพันธ์กับภาวะก่อนเบาหวานเช่นกัน (OR = 1.70, 95 % CI: 1.09 - 2.65) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีน⁽¹³⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะก่อนเบาหวาน ในชนบท Ningbo ที่พบว่าภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเสี่ยงต่อการเกิดภาวะก่อนเบาหวาน (aOR = 1.281, 95% CI = 1.040 - 1.577), (aOR = 1.747, 95% CI = 1.224 - 2.495) ตามลำดับ ซึ่งจากพยาธิสภาพของการเกิดภาวะก่อนเบาหวานนั้น เริ่มจากการมีภาวะน้ำหนักตัวที่เกินเกณฑ์และอ้วน จนเกิดการสะสมของไขมัน (Fat deposition) ในอวัยวะช่องท้องเช่น ตับ ตามกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ รวมถึงหน้าท้อง ทำให้เม็ดเลือดขาว (Macrophage) หลั่ง C-reactive protein (CRP) และ Interleukin-6 (IL-6) จนเกิดการอักเสบทั่วร่างกาย (Systemic inflammation) จนเกิดภาวะดื้อต่อฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin resistance) และเกิดภาวะก่อนเบาหวานตามมา^(30,33)

การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะก่อนเบาหวาน โดยหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่พบคือ ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการมีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวานเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะก่อนเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติดังกล่าวถึง 1.89 เท่า (aOR = 1.89, 95% CI: 1.08 - 3.29, p = 0.026) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยจากหลายประเทศทั่วโลก โดย Fermín-Martínez et al.⁽¹⁶⁾ พบว่าในประเทศเม็กซิโก ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวานเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะก่อนเบาหวาน (RR = 1.169, 95% CI: 1.063 - 1.286) ในขณะที่การศึกษาในประเทศไนจีเรียโดย Alomari และ Al Hisnah⁽²⁰⁾ กล่าวว่าประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวานกับภาวะก่อนเบาหวานมีความสัมพันธ์กัน (p < 0.05) นอกจากนี้ ในประเทศสเปน Falguera et al.⁽²⁹⁾ พบว่าประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวานเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะก่อนเบาหวาน (OR = 1.543, 95% CI: 1.025 - 2.323) เช่นเดียวกับการศึกษาของ วีรชัย ศรีวนิชชากร และ เพชร รอดอารีย์⁽¹⁵⁾ ที่กล่าวว่าปัจจัยด้านพันธุกรรมเบาหวานในครอบครัวสามารถพัฒนาเป็นภาวะก่อนเบาหวานหรือโรคเบาหวานได้ ความสอดคล้องของผลการศึกษาจากหลากหลายประเทศทั่วโลกนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของประวัติครอบครัวในฐานะปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะก่อนเบาหวาน บุคคลที่มีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวานอาจมีความเสี่ยงทางพันธุกรรมที่สูงขึ้น ซึ่งครอบครัวมักจะมีพฤติกรรมบริโภคและวิถีชีวิตที่คล้ายคลึงกัน อาจส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะก่อนเบาหวานได้

ทั้งนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านการมีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia) และโรคเกาต์ (Gout) ยังสัมพันธ์กับการเกิดภาวะก่อนเบาหวานได้ 1.90 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มี

โรคประจำตัว (aOR = 1.90, 95% CI: 1.09 - 3.29) ($p = 0.022$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Asmelash et al.⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะก่อนเบาหวาน (OR = 2.43, 95% CI: 1.02 - 5.79) เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศอินโดนีเซีย⁽¹⁸⁾ ที่พบว่าโรคความดันโลหิตสูงและโรคเกาต์เสี่ยงที่จะเกิดภาวะก่อนเบาหวาน 3.096 เท่า (OR = 3.096, 95% CI: 1.542 - 6.218; $p = 0.001$) และ 2.419 เท่า (OR = 2.419, 95% CI: 1.148 - 5.099; $p = 0.018$) ตามลำดับ โรคเกาต์ คือการสะสมของกรดยูริก (Uric acid) ในกระแสเลือดสูง ทำให้เกิดความเสียหายต่อ β -cell ในตับอ่อนเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินตามมา⁽³⁴⁾ การศึกษาในประเทศจีน⁽¹³⁾ พบว่า โรคความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดผิดปกติชนิด Triglyceride เสี่ยงต่อการเกิดภาวะก่อนเบาหวาน (aOR = 1.286, 95% CI: 1.036 - 1.597), (aOR = 1.116, 95% CI: 1.025 - 1.215) ตามลำดับ ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมักจะพบภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนร่วมด้วย⁽³⁵⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศบราซิล⁽²¹⁾ ที่พบว่าการมีไขมัน Triglyceride ในเลือดสูง จะพบภาวะก่อนเบาหวาน 4.45 เท่า (adjusted PR = 4.45, 95% CI: 1.58 - 12.54, $p = 0.006$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของ นลัท พรชัยวรรณชาติ⁽³⁾ ที่พบว่าการมีโรคความดันโลหิตสูง สัมพันธ์กับการเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (OR adj = 4.15, 95% CI: 1.53 - 11.25) ซึ่งอธิบายได้จากเมื่อมีโรคความดันโลหิตสูงเกิดขึ้น จะเกิดกลไกที่ทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังของร่างกาย และทำให้เกิดการสะสมของสารต้านอนุมูลอิสระ (Oxidative stress) ซึ่งไปกระตุ้นโปรตีน เช่น c-Jun N-terminal kinase (JNK) ที่ไปยับยั้งการทำงานของ Insulin pathway ทำให้เซลล์ไม่สามารถตอบสนองต่ออินซูลินอย่างเหมาะสม จนทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินตามมาภายหลัง (Insulin resistance)^(31,36)

ทั้งหมดที่กล่าวข้างต้นเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะก่อนเบาหวานในการศึกษารั้งนี้ และยังมีปัจจัยอื่นๆ เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สถานภาพ การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารหวาน ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และความเครียด ที่ไม่สัมพันธ์กับภาวะก่อนเบาหวาน อาจเนื่องจากเชื้อชาติ⁽²⁹⁻³⁰⁾ บริบทของแต่ละพื้นที่ที่แตกต่างกัน^(7,16) รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกัน จึงทำให้ผลการวิจัยไม่สอดคล้องกัน

สรุป

การศึกษานี้วิเคราะห์ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะก่อนเบาหวานในอำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยพบความชุกอยู่ที่ร้อยละ 21.00 (95% CI: 16.99 - 25.01) สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ในภูมิภาคเอเชีย การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะก่อนเบาหวานโดยใช้การทดสอบทางสถิติ Binary logistic regression พบว่ามีปัจจัยสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 กก./ม.² ขึ้นไป หรือภาวะน้ำหนักเกินไปจนถึงอ้วน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะก่อนเบาหวาน โดยมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายปกติถึง 12.44 เท่า (95% CI: 3.78 - 40.91, $p < 0.001$) 2) การมีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวานเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะก่อนเบาหวาน 1.89 เท่า (95% CI: 1.08 - 3.29, $p = 0.026$) และ 3) การมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ และโรคเกาต์ เพิ่มความเสี่ยง 1.90 เท่า (95% CI: 1.09 - 3.29, $p = 0.022$) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยในหลายประเทศทั่วโลก โดยความแตกต่างของค่า Adjusted odds ratio ระหว่างการศึกษาต่างๆ อาจเกิดจากความแตกต่างของประชากรที่ศึกษา วิธีการวิจัย และปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ในแต่ละประเทศ งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการควบคุมน้ำหนัก การคัดกรองในกลุ่มที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน และการจัดการโรคร่วมอย่างเหมาะสม จะช่วยลดการเกิดภาวะก่อนเบาหวาน และชะลอการเกิดโรคเบาหวานในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้

เนื่องจากงานวิจัยครั้งนี้พบผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานสูงถึงร้อยละ 21.00 ข้อเสนอแนะที่ได้คือ ควรสนับสนุน และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสม เพิ่มกิจกรรมทางกาย รวมถึงมีความรู้ในการป้องกันโรคเบาหวาน และมีการคัดกรองสุขภาพเพื่อหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ในกลุ่มเสี่ยง เช่น ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน กลุ่มที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดผิดปกติ โรคเกาต์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งถัดไป

ควรศึกษาและพัฒนาการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) เพื่อให้ได้ผลการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพของภาวะก่อนเบาหวาน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมวิจัย อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และโรงพยาบาลครบุรี ที่อนุญาตให้เข้าถึงแบบบันทึกข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ฐานข้อมูลโรงพยาบาลครบุรีเป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Diabetes [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 3]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
2. Papatheodorou K, Banach M, Bekiari E, Rizzo M, Edmonds M. Complications of Diabetes 2017. J Diabetes Res. 2018;2018:3086167. doi: 10.1155/2018/3086167.
3. นลัท พรชัยวรรณชาติ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์แพทย์ชุมชน. PCFM. 2563;3(3): ต.ค.-ธ.ค.
4. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. Cochrane Database Syst Rev. 2019;2019(1):CD009009. doi: 10.1002/14651858.CD009009.pub3.
5. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน ฉบับปรับปรุง 2565. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
6. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพฯ: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2566.
7. Rooney MR, Fang M, Ogurtsova K, Ozkan B, Echouffo-Tcheugui JB, Boyko EJ, Magliano DJ, Selvin E. Global Prevalence of Prediabetes. Diabetes Care. 2023;46(7):1388-1394. doi: 10.2337/dc22-2376.
8. มหาวิทยาลัยมหิดล, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. วิจัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
9. กลุ่มรายงานมาตรฐาน. HDC [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [ค้นเมื่อ 3 มี.ค. 2567]. ใช้ได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&iid=323a75335033c5976566d99f5ad53b33

10. Hostalek U. Global epidemiology of prediabetes - present and future perspectives. *Clin Diabetes Endocrinol.* 2019;5(1). doi: 10.1186/s40842-019-0080-0.
11. Lailler G, Fuentes S, Kab S, Piffaretti C, Guion M, Czernichow S, Cosson E, Fosse-Edorh S. Prevalence and risk factors associated with prediabetes and undiagnosed diabetes in France: The national CONSTANCES cohort. *Diabetes Epidemiol Manag.* 2023;10:100121. doi: 10.1016/j.deman.2022.100121.
12. ธีรชัย ธารณชัยเตชาวุฒิ, สุทธิพร ภัทรชยากุล. ความชุกของภาวะก่อนเบาหวานในผู้ที่มาตรวจสุขภาพในโรงพยาบาลสุโขทัย-ลก และความรู้ที่เกี่ยวข้องในผู้ที่มีภาวะดังกล่าว. *วารสารเภสัชกรรมไทย.* 2565;14(1): 3-15.
13. Zhao M, Lin H, Yuan Y, Wang F, Xi Y, Wen L, Shen P, Bu S. Prevalence of pre-diabetes and its associated risk factors in rural areas of Ningbo, China. *Int J Environ Res Public Health.* 2016;13(8):808. doi: 10.3390/ijerph13080808.
14. Martins SO, Folasire OF, Irabor AE. Prevalence and predictors of prediabetes among administrative staff of a tertiary health centre, Southwestern Nigeria. *Ann Ib Postgrad Med.* 2017;15(2):114-123. PMID: 29556166; PMCID: PMC5846173.
15. วีรชัย ศรีวนิชชากร, เพชร รอดอารีย์. การป้องกันโรคเบาหวานในสภาพการณ์ของประเทศไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข.* 2565;31(2):363-367.
16. Fermín-Martínez CA, Paz-Cabrera CD, Basile-Alvarez MR, Castro PS, Núñez-Luna A, Perezalonso-Espinosa J, Ramírez-García D, Antonio-Villa NE, Vargas-Vázquez A, Fernández-Chirino L, Carrillo-Herrera KB, Cabrera-Quintana LA, Rojas-Martínez R, Seiglie JA, Bello-Chavolla OY. Prevalence of prediabetes in Mexico: a retrospective analysis of nationally representative surveys spanning 2016–2022. *Lancet Reg Health Am.* 2023;28:100640. doi: 10.1016/j.lana.2023.100640.
17. Asmelash D, Mesfin Bambo G, Sahile S, Asmelash Y. Prevalence and associated factors of prediabetes in adult East African population: A systematic review and meta-analysis. *Heliyon.* 2023;9(11):e21286. doi: 10.1016/j.heliyon.2023.e21286.
18. Budiastutik I, Kartasurya MI, Subagio HW, Widjanarko B. High Prevalence of Prediabetes and Associated Risk Factors in Urban Areas of Pontianak, Indonesia: A Cross-Sectional Study. *J Obes.* 2022;2022:4851044. doi: 10.1155/2022/4851044.
19. Endris T, Worede A, Asmelash D. Prevalence of diabetes mellitus, prediabetes and its associated factors in Dessie town, northeast Ethiopia: A community-based study. *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2019;12:2799-2809. doi: 10.2147/DMSO.S225854.
20. Alomari A, Al Hisnah S. Prevalence of Prediabetes and Associated Risk Factor Assessment Among Adults Attending Primary Healthcare Centers in Al Bahah, Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. *Cureus.* 2022;14(9):e29465. doi: 10.7759/cureus.29465.
21. Falguera M, Vilanova MB, Alcubierre N, Granado-Casas M, Marsal JR, Miró N, et al. Prevalence of pre-diabetes and undiagnosed diabetes in the Mollerussa prospective observational cohort study in a semi-rural area of Catalonia. *BMJ Open.* 2020;10(1):e033332. doi: 10.1136/bmjopen-2019-033332.

22. Lima CHR, Da Paz SMRS, De Carvalho Lavôr LC, Gonçalves Frota KDM, De Azevedo Paiva A. Prevalence of prediabetes in adults and its association with sociodemographic, nutritional, metabolic and mental disorders factors: Home Health Survey, Piauí, Brazil. *Rev Nutr.* 2022;35. doi: 10.1590/1678-9865202235E220046.
23. Yun B, Sim J, Lee S, Cho A, Oh J, Kim S, Yoon JH. The relationship between occupational dust exposure and incidence of diabetes in male workers: a retrospective cohort study. *Diabet Med.* 2022 Jun;39(6). doi: 10.1111/dme.14837. Epub 2022 Apr 14. PMID: 35352388
24. Hauguel-Moreau M, Hergault H, Cazabat L, Pépin M, Beauchet A, Aïdan V, Ouadahi M, Josseran L, Hage M, Rodon C, Dubourg O, Massy Z, Mansencal N. Prevalence of prediabetes and undiagnosed diabetes in a large urban middle-aged population: the CARVAR 92 cohort. *Cardiovasc Diabetol.* 2023;22(1):17. doi: 10.1186/s12933-023-01761-3.
25. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. *Educ Psychol Meas.* 1970;30(3):607-10. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
26. โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์. แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 5 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.siphospital.com/th/news/article/share/eat-test>
27. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบคัดกรอง/ประเมินโรคซึมเศร้า และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (2Q 9Q 8Q) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 5 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/Download/>
28. นพชัย ขบวนแก้ว. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะก่อนเบาหวานของประชากรวัยทำงานที่มีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวาน อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.* 2566;16(3):106-117.
29. Vicks WS, Lo JC, Guo L, Rana JS, Zhang S, Ramalingam ND, et al. Prevalence of prediabetes and diabetes vary by ethnicity among U.S. Asian adults at healthy weight, overweight, and obesity ranges: an electronic health record study. *BMC Public Health.* 2022;22(1):1475. doi: 10.1186/s12889-022-14475-6.
30. Narayan V, Kondal D, Daya N, Gujral U, Mohan D, Patel S, et al. Incidence and pathophysiology of diabetes in South Asian adults living in India and Pakistan compared with US blacks and whites. *BMJ Open Diabetes Res Care.* 2021;9. <https://doi.org/10.1136/bmjdr-2020-001927>.
31. Apidechkul T, Chomchiei C, Upala P, Tamornpark R. Epidemiology of prediabetes mellitus among hill tribe adults in Thailand. *PLoS One.* 2022;17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271900>.
32. Ahmed B, Sultana R, Greene MW. Adipose tissue and insulin resistance in obese. *Biomed Pharmacother.* 2021;137:111312. doi: 10.1016/j.biopha.2021.111312.
33. Phosat C, Panprathip P, Chumpathat N, Prangthip P, Chantratita N, Soonthornworasiri N, et al. Elevated C-reactive protein, interleukin 6, tumor necrosis factor alpha and glycemic load associated with type 2 diabetes mellitus in rural Thais: A cross-sectional study. *BMC Endocr Disord.* 2017 Jul 17;17(1).
34. Sakalli AA, Küçükerdem HS, Aygün O. What is the relationship between serum uric acid level and insulin resistance?: A case-control study. *Medicine (Baltimore).* 2023;102(52):E36732. doi: 10.1097/MD.00000000000036732.

35. Bjornstad P, Eckel RH. Pathogenesis of Lipid Disorders in Insulin Resistance: a Brief Review. *Curr Diab Rep.* 2018;18(12):127. doi: 10.1007/s11892-018-1102-1.
36. Yu T, Jia W, Zhen M, Zhou Y, Li J, Wang C. Amino acid modified gadofullerene protects against insulin resistance induced by oxidative stress in 3T3-L1 adipocytes. *J Mater Chem B.* 2020. <https://doi.org/10.1039/d0tb01296c>.

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ของผู้สูงอายุ อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา

พนิดา พูนกลาง¹ ชญาณี บุญรอด² สุกฤตา ภูเดช³ นพเก้า บัวงาม^{4*}

^{1,2,3}นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

⁴อาจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ของผู้สูงอายุ อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกพระ ตำบลหนองพลวง อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 223 คน สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบตามสัดส่วนของครัวเรือนทั้งหมด จำนวน 5 หมู่บ้าน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression analysis)

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 76.2 มีทัศนคติการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม อยู่ในระดับดี ร้อยละ 87.0 และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.7 หากพิจารณาพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามความเสี่ยง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงสูงในแง่ของพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน ร้อยละ 87.0 มีความเสี่ยงสูงในแง่ของพฤติกรรมการบริโภคอาหารมัน ร้อยละ 79.4 และมีความเสี่ยงสูงในแง่ของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม ร้อยละ 78.5 ตามลำดับ ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ รายได้ ($\beta = -1.27$) โรคประจำตัว ($\beta = 0.46$) และทัศนคติการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ($\beta = 0.15$) โดยสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ของผู้สูงอายุ อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา ได้ร้อยละ 19.1 สมการพยากรณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ของผู้สูงอายุ คือ $Y = 26.87 + (-1.27) \text{ รายได้} + (0.46) \text{ โรคประจำตัว} + (0.15) \text{ ทัศนคติการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม}$

ดังนั้นควรมีการวางแผนและออกแบบกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม โดยคำนึงถึงโรคประจำตัว และรายได้ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและลดการเกิดโรคแทรกซ้อนในผู้ที่มีโรคประจำตัว

คำสำคัญ: อาหารหวาน มัน เค็ม/ ความรู้การบริโภคอาหาร/ ทัศนคติการบริโภคอาหาร/ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร /ผู้สูงอายุ

*ผู้รับผิดชอบบทความ: นพเก้า บัวงาม, อีเมล: noppakao.b@nrnu.ac.th, โทร.: 09 0265 5857

Received: 15 ตุลาคม 2567/ Revised: 18 พฤศจิกายน 2567/ Accepted: 3 ธันวาคม 2567

Factors Predicting Sweet, Fatty, and Salty Food Consumption Behaviors among Elderly People in Chakkarat District, Nakhon Ratchasima Province

Phanida Punklang¹ Chayanee Boonrod² Sukitta Pudate³ Noppakao Buangam^{4*}

^{1,2,3} Bachelor of Public Health Program, Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

^{4*}Lecturer of Bachelor of Public Health Program, Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

Abstract

This study aimed to assess the levels of knowledge, attitudes, and behaviors regarding the consumption of sweet, fatty, and salty foods, as well as the factors that can predict the consumptions behaviors of sweet, fatty, and salty foods among elderly people in Chakkarat District, Nakhon Ratchasima Province. A cross-sectional descriptive research design was conducted. The sample consisted of elderly individuals residing in the service area of Khok Phra Health Promotion Hospital, Nong Phluang Subdistrict, Chakkarat District, Nakhon Ratchasima Province, with a total of 223 participants. A systematic sampling method was used, based on the proportion of households, from 5 villages. Data were collected from February to March 2024 using a structured questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics and Stepwise Multiple Linear Regression Analysis.

The study found that the majority of the sample group had a high level of knowledge on consuming sweet, fatty, and salty foods (76.2%), had a good attitude towards consuming sweet, fatty, and salty foods (87.0%), and had a moderate level of consuming sweet, fatty, and salty foods (67.7%). Considering the eating behavior according to the risk, it was found that the sample group had a high risk in terms of consuming sweet foods (87.0%), a high risk in terms of consuming fatty foods (79.4%), and a high risk in terms of consuming salty foods (78.5%), respectively. The factors that could predict the behavior of consuming sweet, fatty, and salty foods with statistical significance at the 0.05 level were income ($\beta = -1.27$), underlying diseases ($\beta = 0.46$), and attitudes towards consuming sweet, fatty, and salty foods ($\beta = 0.15$). They could predict the behavior of consuming sweet, fatty, and salty foods of the elderly in Chakkarat District, Nakhon Ratchasima Province by 19.1%. The equation for predicting the behavior of consuming sweet, fatty, and salty foods of the elderly was $Y = 26.87 + (-1.27) \text{ income} + (0.46) \text{ underlying diseases} + (0.15) \text{ Attitudes towards consuming sweet, fatty, and salty foods}$.

Therefore, there should be a plan and design of activities that help strengthen attitudes towards consuming sweet, fatty, and salty foods, taking into account underlying diseases and income, in order to lead to correct practices, resulting in appropriate changes in food consumption behavior, in order to prevent the occurrence of non-communicable chronic diseases and reduce the occurrence of complications in people with underlying diseases.

Keywords: Sweet, fatty, salty food/ Food consumption knowledge/ Food consumption attitudes/
Food consumption behavior/ Elderly

*Corresponding author: Noppakao Buangam, email: noppakao.b@nrru.ac.th, Tel.: 09 0265 5857

Received: October 15, 2024/ Revised: November 18, 2024/ Accepted: December 3, 2024

บทนำ

การมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ตามหลัก 3อ. 2ส. (ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ สบพู่หรี และ สุรา) ทำให้คนไทยต้องเผชิญกับภัยคุกคามจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ดังนั้น ในปี พ.ศ. 2557 กระทรวงสาธารณสุขจึงมีเป้าประสงค์ให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพดี มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และได้รับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ⁽¹⁾ การศึกษาของ จิราพร ฉันทโรจน์ และ วรินทร์า รัตนพานิช พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ใหญ่ในประเทศไทย มีการเปลี่ยนแปลงในสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มที่อาศัยในเมือง ซึ่งมีการบริโภคอาหารที่มีปริมาณไขมัน น้ำตาล และโซเดียมสูงมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าความรู้ด้านโภชนาการและการส่งเสริมสุขภาพมีผลต่อการเลือกอาหารที่มีประโยชน์มากขึ้นในบางกลุ่ม แต่ยังคงมีการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมในกลุ่มอื่นๆ⁽²⁾ และการศึกษาของ ณฐกร นิลเนตร พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารหวาน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ และทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ⁽³⁾ จากรายงานสุขภาพคนไทย พ.ศ. 2565 พบว่า NCDs (Non-communicable diseases) หรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ-หลอดเลือด มะเร็ง เบาหวาน เป็นสาเหตุอันดับ 1 ที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตและคนไทยมากกว่า 14 ล้านคน กำลังเผชิญกับโรค NCDs มากกว่า 4.8 ล้านคน เป็นโรคเบาหวาน และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเป็น 5.3 ล้านคน ใน พ.ศ. 2583 พฤติกรรมหลักที่ทำให้เสี่ยงเป็นโรค NCDs คือ “พฤติกรรมการบริโภคอาหาร” โดยเฉพาะของหวาน มัน เค็ม ซึ่งปัจจุบันมีมาในรูปแบบอาหารแปรรูป ส่งผลทำให้เกิดปัญหาสุขภาพและกลายเป็นโรค NCDs ในที่สุด⁽⁴⁾ จากผลสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2565 พบว่า คนไทยมีพฤติกรรมการดื่ม “น้ำขง” มากถึงร้อยละ 26.3 “เครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์บรรจุขวด” ร้อยละ 18.9 “เนื้อสัตว์แปรรูป” ร้อยละ 16.9 “อาหารไขมันสูง” ร้อยละ 16.1 และ “อาหารกึ่งสำเร็จรูป” ร้อยละ 1.4 ซึ่งอาหารเหล่านี้มักจะมีรสชาติหวานและเค็ม และเสี่ยงต่อการเป็นโรคกลุ่ม NCDs⁽⁵⁾ จากรายงานสถานการณ์สุขภาพจากคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Centre (HDC) พ.ศ. 2566 ตัวชี้วัด การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญพบอัตราป่วยรายใหม่ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 22.9 อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 15.67 อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 7.70 ตามลำดับ⁽⁶⁾

จากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรวัยผู้สูงอายุมีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้นทุกๆ ปี โดยประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2565 นั้น มีมากถึง 12,116,199 คน คิดเป็นร้อยละ 18.3 ของประชากรทั้งหมด เพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2564 ร้อยละ 0.5 แบ่งเป็น ผู้สูงอายุวัยต้น ช่วงอายุ 60 - 69 ปี จำนวน 6,843,300 คน คิดเป็นร้อยละ 56.5 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ผู้สูงอายุวัยกลาง ช่วงอายุ 70 - 79 ปี มีจำนวน 3,522,778 คน คิดเป็นร้อยละ 29.1 และผู้สูงอายุวัยปลาย อายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 1,750,121 คน คิดเป็นร้อยละ 14.4⁽⁶⁾ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเสื่อมถอยของระบบต่างๆ ในร่างกาย เป็นช่วงชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงของสภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาหลายประการ ซึ่งด้านโภชนาการก็เป็นปัญหาหนึ่งที่มีความสำคัญส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น การรับรู้รสชาติของอาหารอาจลดลง การสูญเสียความสามารถในการรับรู้รสชาติหวานหรือเค็มทำให้ผู้สูงอายุบางคนบริโภคอาหารเหล่านี้ในปริมาณที่มากขึ้น เพื่อชดเชยความไม่รู้สึกถึงรสชาติที่เข้มข้น⁽⁷⁾ ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มกินหวานมากขึ้น ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ทั้งการบริโภคหวาน มัน เค็มที่มากเกินไปความต้องการของร่างกาย และการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพต่างๆ ตามมา ได้แก่ โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคไตเรื้อรัง เป็นต้น

ข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2565 พบว่า จังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นอันดับ 2 ของประเทศ มีผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำนวน 476,041 คน คิดเป็นร้อยละ 18.08 ของประชากรทั้งหมด ในจังหวัด

นครราชสีมา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 263,122 คน คิดเป็นร้อยละ 55.27 และเพศชาย 212,919 คน คิดเป็นร้อยละ 44.73 โดยมีประชากรผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับ 1 โดยมีผู้ป่วย 208,668 คน คิดเป็นร้อยละ 46.88 ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 97,604 คน คิดเป็นร้อยละ 21.93 ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 21,834 คน คิดเป็นร้อยละ 4.90 ป่วยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 14,874 คน คิดเป็นร้อยละ 3.34 ตามลำดับ⁽⁵⁾ จากรายงานสถานการณ์สุขภาพคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Centre (HDC) จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2566 ตัวชี้วัด การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ พบอัตราป่วยรายใหม่ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 25.71 อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 17.36 อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 8.62 ใน พ.ศ. 2567 (ข้อมูล ณ วันที่ 17 พฤศจิกายน 2567) พบอัตราป่วยรายใหม่ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 27.05 อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 17.99 และอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 8.93 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง พ.ศ.2565 - 2566 จะเห็นว่าแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกๆ ปี เมื่อพิจารณาการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ พ.ศ. 2566 ในอำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา พบอัตราป่วยรายใหม่ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 23.78 อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 15.43 อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 8.04 ตามลำดับ⁽⁶⁾

จากข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกพระ ตำบลหนองพลวง อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2566 มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 576 คน ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 326 คน คิดเป็นร้อยละ 56.59 ของผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 225 คน คิดเป็นร้อยละ 39.06 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 12.67 และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 4.86⁽⁸⁾ ซึ่งโรคดังกล่าวนี้ส่วนหนึ่งมีสาเหตุจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารนำไปสู่ความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อยและมีรายได้ต่ำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็มที่สูงเกินไป ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคเบาหวาน การให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการและการเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุ ดังนั้นการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกพระ จึงมีความสำคัญในการนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนให้เหมาะสมเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และลดการเกิดโรคแทรกซ้อนในผู้ที่มีโรคประจำตัวต่อไป

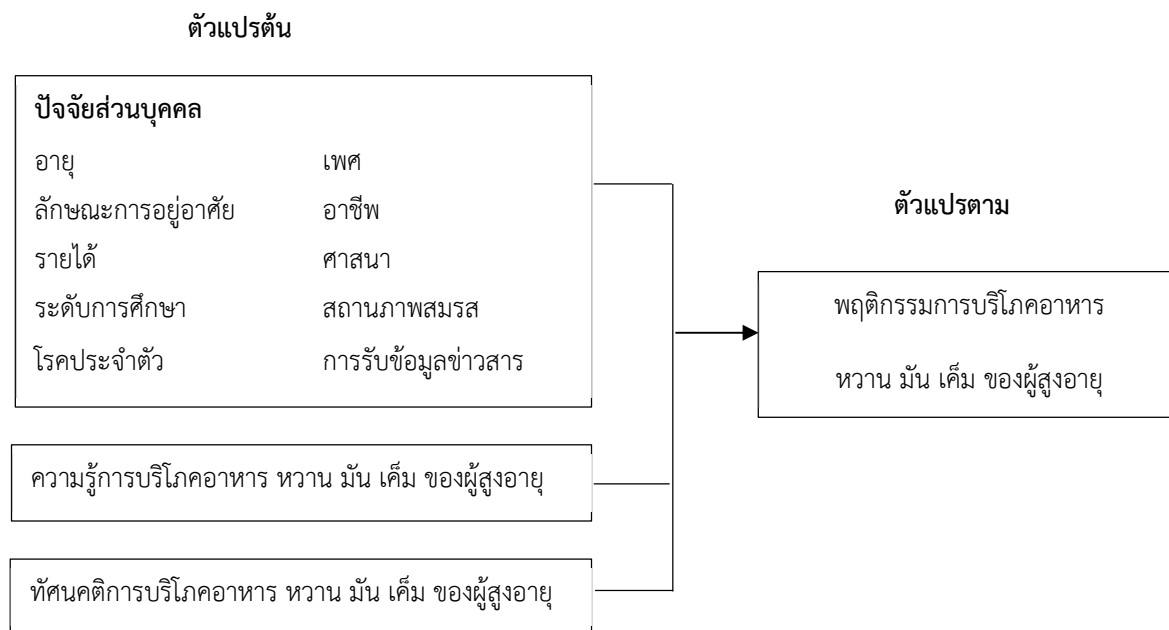
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ของผู้สูงอายุ อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ของผู้สูงอายุ อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งศึกษาความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ของผู้สูงอายุ อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกพระ ตำบลหนองพลวง อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา ไม่น้อยกว่า 6 เดือน ทั้งหมด 5 หมู่บ้าน จำนวน 223 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2567

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยทำการศึกษาโดยใช้วิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 โดยใช้เครื่องมือวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ประชากร คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกพระ ทั้งหมด 5 หมู่บ้าน อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา ไม่น้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 576 คน⁽⁷⁾

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกพระ ตำบลหนองพลวง อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร กรณีทราบจำนวนประชากร⁽⁹⁾ จำนวน 223 คน เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ และมีเกณฑ์การคัดออก คือ ขอยุติการให้ข้อมูลในระหว่างที่ยังกรอกข้อมูลไม่สมบูรณ์

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง คือ การสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic sampling) ตามสัดส่วนของครัวเรือนทั้งหมดจำนวน 5 หมู่บ้าน จากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนที่จากทะเบียนรายชื่อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกพระ หากผู้สูงอายุไม่อยู่หรือไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้าผู้วิจัยจะจับฉลากขึ้นมาใหม่จนครบตามสัดส่วนที่กำหนดไว้ ให้ได้จำนวนเท่ากับจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ในแต่ละหมู่บ้าน โดยแบ่งตามสัดส่วนที่เท่ากัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม⁽¹⁰⁾ ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ลักษณะการอยู่อาศัย อาชีพ รายได้ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว และการรับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ จำนวน 10 ข้อ โดยเป็นคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้การบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปิด มี 3 ตัวเลือก ให้คะแนน ถูก = 1 ไม่แน่ใจ = 0 และผิด = 0 โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียง 1 ตัวเลือก การแบ่งระดับคะแนนภาพรวมตามเกณฑ์ของ Bloom⁽¹¹⁾ ดังนี้

มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (12 คะแนนขึ้นไป) หมายถึง ความรู้การบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม มาก ร้อยละ 60 - 79 (9 - 11 คะแนน) หมายถึง ความรู้การบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม ปานกลาง

น้อยกว่าร้อยละ < 60 (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน) หมายถึง ความรู้การบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม น้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม จำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (Rating scale) ให้คะแนน ดี = 3 ปานกลาง = 2 และไม่ดี = 1 โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียง 1 ตัวเลือก การแบ่งระดับคะแนนภาพรวมตามเกณฑ์ของ Best⁽¹²⁾ ดังนี้

2.34 - 3.00 หมายถึง ทัศนคติการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ดี

1.67 - 2.33 หมายถึง ทัศนคติการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ปานกลาง

1.00 - 1.66 หมายถึง ทัศนคติการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ไม่ดี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม จำนวน 15 ข้อ โดยใช้แบบคัดกรองพฤติกรรม การบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม⁽¹⁰⁾ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (Rating scale) ไม่เคย = 1 บางครั้ง = 2 เป็นประจำ = 3 การแบ่งระดับคะแนนภาพรวมตามเกณฑ์ของ Best⁽¹²⁾ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.00 หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม เหมาะสม

ค่าเฉลี่ย 1.67 - 2.33 หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.66 หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ไม่เหมาะสม

การแบ่งระดับคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามประเภท หวาน มัน เค็ม ใช้เกณฑ์การให้คะแนนตามแบบ คัดกรองพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (หวาน มัน เค็ม)⁽¹⁰⁾ เพื่อประเมินพฤติกรรมในการบริโภคอาหารตามความเสี่ยง ดังนี้

14 - 15 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยงสูงมาก

10 - 13 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยงสูง

6 - 9 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยงปานกลาง

น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสม

คุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ทุกข้อคำถาม มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.6 - 1 แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน และนำแบบทดสอบ ความรู้การบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม มาทดสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีของ Kuder Richardson (KR-20) ได้ ค่าเท่ากับ 0.76 และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามส่วนที่ 3 และ 4 ได้ค่า 0.76 และ 0.81 ตามลำดับ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากหน่วยจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา เลขที่ HE-120-2566 เมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 โดยผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักจริยธรรมอย่างเคร่งครัดและ เคารพสิทธิมนุษยชน กลุ่มตัวอย่างได้รับการแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา พร้อมลงนามยินยอมในการ

ให้ข้อมูล ทั้งนี้ ข้อมูลของผู้เข้าร่วมถูกเก็บรักษาเป็นความลับ นำไปวิเคราะห์ และนำเสนอในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และใช้สถิติวิเคราะห์ (Analytical statistics) วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression analysis) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองในระดับที่สูงมาก (ไม่เกิด Multicollinearity) ทำการตรวจสอบ Multicollinearity ด้วยค่า Variance inflation factor (VIF) และค่า $1/VIF$

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นอายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 64.6 (มีอายุเฉลี่ย 68 ปี) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.2 เพศชาย ร้อยละ 31.8 ลักษณะการอยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 69.5 รายได้ไม่เกิน 5,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 74.0 สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 78.9 สถานภาพสมรส ร้อยละ 72.6 มีโรคประจำตัว คือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 96 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 53.4 และได้รับข่าวสารที่เป็นประโยชน์ 3 - 4 สื่อ ร้อยละ 66.8

ความรู้การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม

เมื่อพิจารณาภาพรวม พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 68.2 รองลงมา มีความรู้การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 31.8 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.22 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม (n = 223)

ความรู้การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรู้การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ระดับมาก (12 คะแนนขึ้นไป)	170	76.2
ความรู้การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ระดับปานกลาง (9 - 11 คะแนน)	41	18.4
ความรู้การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ระดับน้อย (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน)	12	5.4
$\bar{X}$ = 13.00, S.D. = 2.22		

ทัศนคติการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม

เมื่อพิจารณาภาพรวม พบว่า ผู้สูงอายุมีทัศนคติการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม อยู่ในระดับดี ร้อยละ 87.0 รองลงมา มีทัศนคติการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม อยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 13.0 มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.86 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.33 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับทัศนคติการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม (n = 223)

ทัศนคติการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ทัศนคติการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ระดับดี (ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.00)	194	87.0
ทัศนคติการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.67 - 2.33)	29	13.0
ทัศนคติการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ระดับไม่ดี (ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.66)	0	0
$\bar{X} = 2.86, S.D. = 0.33$		

พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามความเสี่ยง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงสูงในแง่ของพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มีคะแนนอยู่ระหว่าง 10 - 13 คะแนน ร้อยละ 87.0 รองลงมา มีความเสี่ยงสูงในแง่ของพฤติกรรมการบริโภคอาหารมัน มีคะแนนอยู่ระหว่าง 10 - 13 คะแนน ร้อยละ 79.4 และมีความเสี่ยงสูงในแง่ของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม มีคะแนนอยู่ระหว่าง 10 - 13 คะแนน ร้อยละ 78.5 และเสี่ยงสูงมาก มีคะแนนอยู่ระหว่าง 14 - 15 คะแนน ร้อยละ 20.6 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารแต่ละประเภทตามความเสี่ยง (n = 223)

ประเภทอาหาร	ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (ร้อยละ)			
	เหมาะสม	เสี่ยงปานกลาง	เสี่ยงสูง	เสี่ยงสูงมาก
พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน	0	29 (13.0)	194 (87.0)	0
พฤติกรรมการบริโภคอาหารมัน	0	46 (20.6)	177 (79.4)	0
พฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม	0	2 (0.9)	147 (78.5)	46 (20.6)

เมื่อพิจารณาภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.7 รองลงมา มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม อยู่ในระดับดี ร้อยละ 32.3 มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.32 ส่วนเบี่ยงมาตรฐานเท่ากับ 0.46 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม (n = 223)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ระดับดี (2.34 - 3.00)	72	32.3
พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.67 - 2.33)	151	67.7
พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ระดับไม่ดี (ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.66)	0	0
$\bar{X} = 2.32, S.D. = 0.46$		

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม

จากการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างสมการทำนายเพื่อดูว่าตัวแปรต้นร่วมกันทำนายตัวแปรตามดีที่สุด โดยใช้สถิติพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression analysis) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติของการทดสอบที่ระดับ 0.05 โดยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองในระดับที่สูงมาก (ไม่เกิด Multicollinearity) จากผลการวิเคราะห์พบว่า ค่า VIF สูงสุดที่ได้มีค่าเท่ากับ

1.94 ซึ่งไม่เกิน 10 และค่า $1/VIF$ ที่มีค่าน้อยที่สุดเท่ากับ 0.51 ซึ่งไม่ต่ำกว่า 0.2 แสดงว่า ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันระดับสูงหรือไม่เกิด Multicollinearity

นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ได้แก่ รายได้ (X_6) โรคประจำตัว (X_8) และทัศนคติการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม (X_{11}) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเป็น 0.191 และสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 19.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$

สมการพยากรณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ของผู้สูงอายุ Y (พฤติกรรมการบริโภคอาหาร) = $26.87 + (-1.27) \text{ รายได้} + (0.46) \text{ โรคประจำตัว} + (0.15) \text{ ทัศนคติการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม}$ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ($n = 223$)

ปัจจัย	β	t	95% CI for B	P-value	Collinearity	
					Statistics	
					VIF	1/VIF
ค่าคงที่	26.87	12.13	22.50 - 31.23	<0.001	-	-
รายได้ (X_6)	-1.27	-4.75	-1.80 - 0.74	<0.001	1.27	0.78
โรคประจำตัว (X_8)	0.46	2.23	0.05 - 0.87	0.027	1.06	0.94
ทัศนคติการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม (X_{11})	0.15	2.25	0.01 - 0.29	0.026	1.94	0.51

$R^2 = 0.191$, Adjust R square = 0.177, $F = 12.94$ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกพระ ตำบลหนองพลวง อำเภोजักราช จังหวัดนครราชสีมา มีความรู้การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม อยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุดารินทร์ ชูพันธ์⁽¹³⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดีมาก อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น มีอายุในช่วง 60 - 69 ปี ซึ่งยังเป็นช่วงอายุที่ร่างกายยังแข็งแรง สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้เทียบเท่ากับอายุวัยทำงาน และจากผลการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมัน จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุพรรณิ พฤกษา⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารในภาพรวมอยู่ในระดับดี มีโอกาสในการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารระดับไม่ดี 2.00 เท่า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการมีความรู้ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดีต่อสิ่งที่ได้รับรู้และส่งผลต่อการปฏิบัติเป็นลำดับถัดมา นั่นคือ ผู้สูงอายุที่มีความรู้เกี่ยวกับโภชนาการและผลกระทบจากการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินได้ดีกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุบางคนยังขาดการรับรู้เรื่องโภชนาการและไม่เข้าใจถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการบริโภคอาหารที่มีปริมาณน้ำตาล โซเดียม และไขมันสูง สะท้อนให้เห็นว่ากรมมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีผลต่อการเลือกอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูง หรืออาหารที่มีแคลอรีต่ำ เช่น การเลือกอาหารที่มีไฟเบอร์สูงหรือไขมันต่ำ ในขณะที่ผู้ที่มีความรู้น้อยมักเลือกอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ เช่น อาหารแปรรูปที่มีไขมัน น้ำตาล และเกลือสูง

ทัศนคติการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม อยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพรรณิ พุกษา⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารระดับดี มีโอกาสในการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับดีมากว่าผู้สูงอายุที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารระดับไม่ดี 1.82 เท่า ซึ่งจากการศึกษารังนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60 - 69 ปี มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาสามารถอ่านออกเขียนได้ และส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจาก 3 - 4 สื่อ (สื่อโทรทัศน์ วิทยุ หอกระจายข่าว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ซึ่งสามารถรับรู้และเข้าใจเรื่องการบริโภคอาหารที่เหมาะสมได้ดี เช่นเดียวกับการศึกษาของ นารณฤดี จันทปสาร และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า ทัศนคติการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี เนื่องจากจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60 - 69 ปี มีความรู้ความเข้าใจการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็มในระดับดีมาก ทำให้มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ดีต่อการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็มได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tandon et al.⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า ทัศนคติที่เข้าใจถึงผลเสียของการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็มในระยะยาวช่วยลดการบริโภคอาหารเหล่านี้ในกลุ่มผู้ใหญ่ สะท้อนให้เห็นว่าทัศนคติต่อการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม มีผลสำคัญต่อพฤติกรรมการเลือกอาหารโดยทัศนคติที่ดีต่ออาหารเหล่านี้อาจทำให้บริโภคอาหารที่มีน้ำตาล ไขมัน และเกลือสูงบ่งชี้ขึ้น ในขณะที่ทัศนคติในเชิงลบอาจช่วยลดการบริโภคอาหารเหล่านี้ แต่ยังมีปัจจัยอื่นๆ เช่น ความรู้เรื่องสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบด้านสุขภาพ และปัจจัยทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการบริโภคอาหาร

พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพรรณิ พุกษา⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุเลือกบริโภคอาหารตามความชอบของตนเองที่ติดนิสัยมาตั้งแต่เด็กหรือประเพณีการทานอาหารในครอบครัว เช่นเดียวกับการศึกษาของ Wongsirichat et al.⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุในประเทศไทยมักมีพฤติกรรมการทานอาหารหวาน มัน เค็มในปริมาณมาก เพราะมักจะเลือกทานอาหารที่คุ้นเคยและสะดวก แม้ว่าจะมีการรับรู้ถึงผลกระทบต่อสุขภาพ และผู้สูงอายุบางคนอาจมีข้อจำกัดในการทำอาหาร เช่น ความสามารถในการขยับร่างกายลดลง หรือมีปัญหาทางการเห็น ซึ่งทำให้พวกเขามักเลือกทานอาหารสำเร็จรูปหรืออาหารที่มีรสหวาน มัน เค็มสูง เพราะสะดวกและง่ายในการเตรียม สอดคล้องกับการศึกษาของ Jirawuth et al.⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่บริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ในปริมาณมากมักมีปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานและโรคหัวใจ

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการบริโภคอาหารแต่ละประเภทตามความเสี่ยง โดยใช้เกณฑ์คะแนนประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ตามแบบคัดกรองพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (หวาน มัน เค็ม)⁽¹⁰⁾ ได้แก่ 1) พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน พบว่า ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงในแง่ของพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาล มีคะแนนอยู่ระหว่าง 10 - 13 คะแนน ร้อยละ 87.0 อาจบอกได้ว่าว่า ผู้สูงอายุได้รับน้ำตาลสูงเกือบทุกวัน และเกินปริมาณที่แนะนำของกรมอนามัย กล่าวคือคนไทยไม่ควรได้รับน้ำตาลเกิน วันละ 6 ช้อนชา/วัน หากได้รับเกินจากนี้จะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกินและเป็นต้นเหตุของการเกิดโรคเบาหวานได้⁽¹¹⁾ ผู้สูงอายุในประเทศไทยยังคงมีการบริโภคอาหารหวานในระดับสูง โดยเฉพาะในรูปแบบของขนมหวานไทย เช่น ขนมหวานจากกะทิ ขนมไทยและเครื่องดื่มหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของ กรมอนามัย⁽²⁰⁾ ที่พบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 40% ของผู้สูงอายุในเขตเมืองและ 30% ในเขตชนบทมีการบริโภคอาหารหวานเกินปริมาณที่แนะนำ โดยเฉพาะจากน้ำตาลในเครื่องดื่ม และขนมขบเคี้ยว 2) พฤติกรรมการบริโภคอาหารมัน พบว่า ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงในแง่ของพฤติกรรมการบริโภคอาหารมัน มีคะแนนอยู่ระหว่าง 10 - 13 คะแนน ร้อยละ 79.4 อาจบอกได้ว่าว่า ผู้สูงอายุบริโภคไขมันเกินเกือบทุกวัน หากอ้างอิงจากคนที่ต้องการพลังงานวันละ 1,600 kcal/วัน คนเหล่านี้ไม่ควรรับไขมันเกิน 3 ช้อนโต๊ะ/วัน หากได้รับเกินจากนี้จะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจขาดเลือด ภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Stroke)⁽¹⁰⁾ การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอด เนื้อสัตว์ติดมัน และขนมขบเคี้ยวในผู้สูงอายุ เป็นการบริโภคที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในเรื่องของการเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคอ้วนและโรคเบาหวาน ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล⁽²¹⁾ พบว่า 50% ของผู้สูงอายุที่มีปัญหาน้ำหนักเกินและโรคอ้วนบริโภคอาหารที่มีไขมัน

สูงในปริมาณที่มากเกินไป และ 3) พฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม พบว่า ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงในแง่ของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม มีคะแนนอยู่ระหว่าง 10 - 13 คะแนน ร้อยละ 78.5 อาจบอกได้คร่าวๆ ว่าผู้สูงอายุได้รับโซเดียมในปริมาณสูงเกือบทุกวัน ต้องสร้างความตระหนักถึงพฤติกรรมการบริโภค ไม่เช่นนั้นในอนาคตอาจเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคไตร่วมด้วย แสดงให้เห็นว่า ประชาชนจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริม/ให้ความรู้โดยอาศัยความรู้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง⁽¹⁰⁾ การบริโภคเกลือและโซเดียมเกินปริมาณที่แนะนำยังคงเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง การบริโภคอาหารแปรรูปที่มีโซเดียมสูง เช่น อาหารกระป๋อง ซอส หรือเบะหมี่สำเร็จรูปยังคงพบได้บ่อยในกลุ่มนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศูนย์วิจัยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลศิริราช⁽²²⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่บริโภคเกลือเกินมาตรฐานมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจในอัตราที่สูง นั่นคือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็มในผู้สูงอายุประกอบไปด้วยหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยทางกายภาพ เช่น สุขภาพและการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ปัจจัยทางจิตใจ เช่น ความเคยชินและความพึงพอใจทางอารมณ์ ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ รวมถึงการตระหนักรู้เกี่ยวกับโภชนาการที่อาจช่วยลดการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องโภชนาการและการสนับสนุนจากครอบครัวจะเป็นปัจจัยสำคัญในการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมต่อสุขภาพ

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ได้แก่ รายได้ โรคประจำตัว และทัศนคติการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเป็น 0.191 และสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 19.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$

สมการพยากรณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ของผู้สูงอายุ Y (พฤติกรรมการบริโภคอาหาร) = $26.87 + (-1.27) \text{ รายได้} + (0.46) \text{ โรคประจำตัว} + (0.15) \text{ ทัศนคติการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม}$

รายได้เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพรรณิ พกษา⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า รายได้และความพอเพียงของรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tandon et al.⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า รายได้ มีอิทธิพลต่อการเลือกอาหารในผู้สูงอายุ โดยรายได้ที่สูงจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพได้มากขึ้น ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำจะพึงพาอาหารที่ราคาถูกและอาจมีโภชนาการต่ำซึ่งมีส่วนผสมของน้ำตาลและเกลือสูง เพราะอาหารเหล่านี้มีราคาถูกและหาซื้อง่าย นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำอาจขาดการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโภชนาการหรือการเลือกทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Wongsirichat et al.⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า ปัจจัยทางเศรษฐกิจ เช่น รายได้ มีผลต่อการเลือกทานอาหารหวาน มัน เค็ม โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำมักเลือกทานอาหารสำเร็จรูปหรืออาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพมากขึ้น เพราะสามารถหาซื้อได้ง่ายและสะดวก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาหารแปรรูปที่มีปริมาณน้ำตาลและเกลือสูง โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว ทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการพัฒนาของโรคเรื้อรัง และการศึกษาของ Smith et al.⁽²³⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำมักเลือกทานอาหารสำเร็จรูปที่มีสารอาหารไม่สมดุล และมักมีการบริโภคน้ำตาลและเกลือสูงมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง ซึ่งส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Hada et al.⁽²⁴⁾ ในประเทศญี่ปุ่นพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง มักจะทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการมากกว่า และสามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์ที่ดีต่อสุขภาพ เช่น ผลิตภัณฑ์ลดน้ำตาลหรืออาหารที่มีปริมาณเกลือต่ำ

โรคประจำตัวเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wongsirichat et al.⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีการบริโภคอาหารหวานและน้ำตาลมากขึ้น เนื่องจากบางคนมีการบริโภคขนมหวานเพื่อลดอาการหิวหรือตอบสนองต่ออารมณ์ ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ถึงผลกระทบจากโรคเบาหวานจะ

พยายามลดการบริโภคอาหารหวานตามคำแนะนำของแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pillay et al.⁽²⁵⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มที่จะเลือกหลีกเลี่ยงการทานอาหารเค็ม เพราะรู้ว่าการบริโภคเกลือมากเกินไปสามารถทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ แต่ผู้สูงอายุบางคนที่ไม่ได้รับการศึกษาด้านโภชนาการอย่างเพียงพออาจไม่ให้ความสำคัญกับปริมาณเกลือในอาหาร เช่นเดียวกับการศึกษาของ Liamputtong et al.⁽²⁶⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคหัวใจหรือโรคหลอดเลือดสมองมีการควบคุมอาหารที่มีไขมันสูง โดยพยายามลดการทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูงและอาหารที่มีเกลือมาก ในบางกรณีผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนมีไขมันสูงหรือความเครียดอาจยังคงเลือกทานอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็มเพื่อบรรเทาความเครียดทางอารมณ์

ทัศนคติเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพรรณิ พุกษา⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า ทัศนคติการบริโภคอาหารมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยผู้สูงอายุที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารระดับดี มีโอกาสในการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับดีมากว่าผู้สูงอายุที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารระดับไม่ดี 1.82 เท่า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการมีความรู้ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดีต่อสิ่งที่ได้รับรู้และส่งผลต่อการปฏิบัติเป็นลำดับถัดมา นั่นคือ การมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางการบริโภคคุณค่าทางโภชนาการของอาหาร จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง อีกทั้งส่งผลให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการบริโภคอาหาร ซึ่งผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวก็จะมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเอง และเกิดความตระหนักในการเลือกรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของ Wongsirichat et al.⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพมักจะหลีกเลี่ยงการทานอาหารหวาน มัน เค็มมากขึ้น โดยมีความรู้ว่าการควบคุมอาหารจะช่วยป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีทัศนคติที่ไม่คำนึงถึงผลกระทบทางสุขภาพจะมีการทานอาหารเหล่านี้มากขึ้น แม้จะได้รับคำแนะนำจากแพทย์ก็ตาม เช่นเดียวกับการศึกษาของ Liamputtong et al.⁽²⁶⁾ ที่พบว่า ทัศนคติของผู้สูงอายุเกี่ยวกับอาหารจะได้รับอิทธิพลจากประเพณีและค่านิยมทางสังคม เช่น การรับประทานอาหารที่หวาน มัน เค็มในงานสังสรรค์หรืองานเลี้ยง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมในหลายๆ ชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุที่มีทัศนคติที่ยึดมั่นในประเพณีเหล่านี้อาจเลือกทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพแม้จะมีความรู้ด้านโภชนาการ และสอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภรณ์ รัตนศิริ และ สุชาติ ศรีวัฒนานนท์⁽²⁷⁾ ที่พบว่า ทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับความสะดวกสบายและความสุข มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาล ไขมัน และเกลือสูง เช่น การทานขนมหวานหรืออาหารที่มีรสชาติดหวาน มัน เค็ม เพื่อความสุขหรือความสบายใจ ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า รายได้ โรคประจำตัว และทัศนคติการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็มในผู้สูงอายุ การเข้าใจปัจจัยเหล่านี้สามารถช่วยให้มีการพัฒนาแนวทางหรือกลยุทธ์ในการส่งเสริมพฤติกรรมการทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

เนื่องจากผลการศึกษา พบว่า รายได้ โรคประจำตัว และทัศนคติการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกพระ จังหวัดนครราชสีมา จึงควรให้ความสำคัญกับประเด็นเหล่านี้ จัดกิจกรรมการสร้างเสริมความรู้ความเข้าใจและการใช้กลยุทธ์การสื่อสารความเสี่ยง เพื่อให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญของการเลือกทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ เช่น การใช้ตัวอย่างกรณีศึกษาหรือการแชร์ประสบการณ์จากผู้สูงอายุที่มีการปรับพฤติกรรมการทานอาหาร เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการตัดสินใจ ของบุคคล กลุ่มบุคคล ให้ห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาขยายขอบเขตของกลุ่มตัวอย่างไปยังผู้สูงอายุในภูมิภาคต่างๆ หรือกลุ่มที่มีคุณสมบัติทางสังคม เศรษฐกิจแตกต่างกัน เช่น ผู้สูงอายุในชนบทและในเมือง หรือผู้ที่มีรายได้ต่ำและสูง เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภค

อาหารหวาน มัน เค็มในกลุ่มต่างๆ เนื่องจากผู้สูงอายุในพื้นที่ต่างๆ อาจมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่แตกต่างกัน การเข้าถึงข้อมูลและทรัพยากรที่แตกต่างกัน อาจเป็นการวิจัยผสม (Mixed-methods) ซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมทั้งในแง่ของข้อมูลเชิงลึก (สัมภาษณ์, การสนทนากลุ่ม) และข้อมูลเชิงสถิติ (การสอบถามและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ)

เอกสารอ้างอิง

1. กองสุศึกษา [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 10 มี.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hed.go.th/linkHed/403>
2. จิราพร ฉันทโรจน์ และวรินทรา รัตนพานิช. การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ใหญ่ในประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2567]; 58(1): 21-35. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tpha.or.th/journal>
3. ณัฐกร นิลเนตร สุขศิริ ประสมสุข และพิญวิภา นิลเนตร. การศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตพื้นที่จังหวัดเพชรบุรี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 [อินเทอร์เน็ต]. ม.ค.-เม.ย. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2567]; 18(1): 1-12. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/download/264061/181068/1060818>
4. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: รายงานสุขภาพคนไทย ปี 2565; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealth.or.th>
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. รายงานสถิติสุขภาพประชากรไทย ปี 2565; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nso.go.th>
6. กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC); 2566 [เข้าถึงเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
7. ศูนย์วิจัยโรคหัวใจและหลอดเลือด [อินเทอร์เน็ต]. รายงานการวิจัยเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.heartandvascular.or.th>
8. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกพระ อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา [เข้าถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2566].
9. อรุณ จิรวัฒน์กุล. ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
10. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. แบบคัดกรองพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (หวาน มัน เค็ม); 2567 [เข้าถึงเมื่อ 14 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://dol.thaihealth.or.th/Media/Index/3a123c3a-39b0-ee11-8100-00155d1aab77>
11. Bloom, B. Mastery learning. New York: Holt, Rinehart & Winston; 1971.
12. Best, J. W. Research in education. New Jersey: Prentice Hall; 1977.
13. สุดารัตน์ ชูพันธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาหมู่ 9 บ้านผือฮี ตำบลบ้านยาง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทเทิร์น [อินเทอร์เน็ต]. มค.-มีค. ปี 2565 [เข้าถึงเมื่อ 13 ตุลาคม 2567]; 3(1): 81-93. เข้าถึงได้จาก: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/scintc/article/view/1101>
14. สุพรรณิ พุกษา. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. รายงานผลการวิจัย. ทนุสนับสนุนจากแผนงานวิจัยนโยบายอาหารและโภชนาการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ. เลย : มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย; 2559.
15. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย [อินเทอร์เน็ต]. ความรู้เรื่องโภชนาการและผลกระทบจากการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็มในผู้สูงอายุ; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.md.chula.ac.th>

16. นารฤติ จันทปสาร ศิริรัตน์หาบุตร และพีระพล พลค์อักษร. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุช่วงอายุระหว่าง 60 - 70 ปี ตำบลห้วยขา อำเภอบุณฑริกจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา [อินเทอร์เน็ต]. กค.ชค. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 14 ตุลาคม 2567];7(2): 137-148. เข้าถึงได้ จาก: https://cnu.ac.th/journal/JournalPDF/7_2_11.pdf
17. Tandon, P. S., Saelens, B. E., & Christakis, D. A. Associations between positive attitudes toward food and children's food intake behaviors: A cross-sectional study. *J Am Diet Assoc.* 2017; 117(2): 252-258.
18. Wongsirichat, J., et al. Effectiveness of dietary interventions on reducing salt and sugar consumption among elderly people in Thailand. *Journal of Nutrition Education and Behavior.* 2020; 52(5): 453-460.
19. Jirawuth, K. Knowledge, Attitudes, and Practices regarding healthy eating among elderly in urban Thailand. *Journal of Public Health Research.* 2019; 8(4): 234-239.
20. กรมอนามัย [อินเทอร์เน็ต]. ผลการศึกษาการบริโภคอาหารหวานในผู้สูงอายุ;2566 [เข้าถึงเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.anamai.moph.go.th>
21. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล [อินเทอร์เน็ต]. การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงในผู้สูงอายุและผลกระทบต่อสุขภาพ;2565 [เข้าถึงเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2567].เข้าถึงได้จาก: <https://www.psri.mahidol.ac.th>
22. ศูนย์วิจัยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลศิริราช [อินเทอร์เน็ต]. การบริโภคเกลือและโซเดียมเกินปริมาณที่แนะนำในผู้สูงอายุและผลกระทบต่อสุขภาพ;2566 [เข้าถึงเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2567].เข้าถึงได้จาก: <https://www.sirirajhospital.com>
23. Smith, L. M., et al. The relationship between income and food choices in older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences.* 2017; 72(5): 722-730.
24. Hada, M., et al. Impact of income on elderly nutrition in Japan. *J Aging Health.* 2019; 31(4): 583-599.
25. Pillay, N., et al. Factors influencing food choices among elderly people in a South African population. *Journal of Nutrition Education and Behavior.* 2016; 48(3): 173-180.
26. Liamputtong, P., et al. Social factors influencing food consumption among older adults: a qualitative study in Thailand. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2016; 25(4): 772-778.
27. จิราภรณ์ รัตนศิริ และสุชาดา ศรีวัฒนานนท์. ทักษะและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารการแพทย์สังคม [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 17 ตุลาคม 2567];39(1): 45-56.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ โรคโควิด-19 (COVID-19) ในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี

กิตติมา เรตจะโป๊ะ¹ ธนียา เจริญนุกุล² เอมอัชมา วัฒนบุรณนที³ ดนัย บวรเกียรติกุล^{4*}

¹นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สังกัดเทศบาลตำบลเกาะจันทร์ อำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาชีววิทยา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

³ศาสตราจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

⁴รองศาสตราจารย์ สาขาวิชานามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาค้นคว้าวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 239 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามความรู้ ทักษะเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการป้องกันตนเองโรคโควิด-19 มีความเชื่อมั่น 0.870, 0.912 และ 0.808 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบไค-สแควร์ และสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.010$) ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.120$, $p\text{-value} = 0.036$) ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.220$, $p\text{-value} = 0.001$) และทักษะเกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.257$, $p\text{-value} < 0.001$) จากผลการศึกษาพบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีช่องทางรับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์/อินเทอร์เน็ต จึงแนะนำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องพัฒนาการสื่อสารระหว่างบุคคลในแต่ละพื้นที่ ส่งเสริมการปฏิบัติงานด้วยเทคโนโลยีผ่านสื่อสังคมออนไลน์/ อินเทอร์เน็ต เพื่อให้เกิดความรวดเร็วและถูกต้องที่สุด เพื่อเกิดการรับรู้ที่ทันต่อเหตุการณ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินได้

คำสำคัญ: ความรู้/ ทักษะ/ พฤติกรรม/ โรคโควิด-19/ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

Knowledge Attitude and Prevention Behavior on Infection COVID-19 of Village Health Volunteers During Working at Kohchan District, Chonburi Province

Kittima Resjapo¹ Thaneeya Chetianukornkul² Aimutcha Wattanaburanon³

Danai Bawornkiattikul^{4*}

¹Public Health Technical Officer, Ko Chan Subdistrict Municipality

²Asst. Prof., Department of Biology, Faculty of Science, Chiang Mai University

³Prof., Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Burapha University

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

Abstract

This cross-sectional survey study was aimed to determine relationships between general information, knowledge and attitude with the prevention behavior of Infection COVID-19 of village health volunteers (VHV) Kochan District Chonburi. The samples were 239 VHV. The instruments were questionnaires that had the Cronbach's alpha reliability coefficient values of knowledge about COVID-19, attitude about COVID-19, and the prevention behavior of COVID-19 were 0.870 (KR-20), 0.912 and 0.808, respectively. Descriptive statistics, Chi-square test and Pearson's correlation were used for data analysis.

Research result found that the education level related with the prevention behavior of village health volunteers (VHV) at significant at p-value < 0.05 (p-value = 0.010). Work experience had positive correlation in very low level with the prevention behavior of VHV at significant at p-value < 0.05 (r = 0.120, p-value = 0.036). Knowledge about COVID-19 and attitude about COVID-19 had positive correlation in low level with the prevention behavior of VHV at significant at p-value < 0.05 (r = 0.220, p-value = 0.001), (r = 0.257, p-value < 0.001), respectively. This study finding the most of samples had information channel about COVID-19 such as social media, internet therefore suggest relevant agencies developed communication between people in each area, promoted work practices with technology through social media/internet to achieve the fastest and most accurate results in order to have timely awareness of events in emergency situations.

Keywords: Knowledge/ Attitude/ Behavior/ COVID-19/ Village Health Volunteer (VHV)

*Corresponding author: Danai Bawornkiattikul, email: danai@go.buu.ac.th, Tel.: 09 7294 1256

Received: December 1, 2023/ Revised: November 26, 2024/ Accepted: December 12, 2024

บทนำ

นับตั้งแต่เกิดการระบาด (Outbreak) ของโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่เมื่อธันวาคม 2562 ที่เมืองอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน ทำให้มีผู้ติดเชื้อจำนวนมากทั้งในประเทศจีนและหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย จึงทำให้ การระบาดของโรคโควิด-19 กลายเป็นโรคระบาดอย่างเต็มรูปแบบ วันที่ 11 มีนาคม 2563 องค์การอนามัยโลกได้ออกประกาศ อย่างเป็นทางการถึงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่เป็นการระบาดใหญ่ (Pandemic) จากสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรคในประเทศไทยตั้งแต่ 1 มกราคม - 16 สิงหาคม 2565 พบผู้ติดเชื้อรายใหม่ 1,508 ราย มีผู้ป่วยสะสม 2,400,161 ราย เสียชีวิต 10,189 ราย⁽¹⁾ ช่วงการระบาดของโรค กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้สถานพยาบาลระดับจังหวัด อำเภอและตำบล เฝ้าระวัง คัดกรอง ส่งต่อและรักษา ระดับหมู่บ้านมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นทีม เฝ้าระวังระดับชุมชน ป้องกันการระบาดโดยการให้ความรู้ประชาชน ค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่เข้ามาในหมู่บ้าน ให้คำแนะนำ ติดตามและเฝ้าสังเกตอาการกลุ่มเสี่ยง ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ นอกจากนี้ร่วมกับองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นสร้างมาตรการเฝ้าระวังทางสังคมในชุมชนและร่วมทีมปฏิบัติงานที่ด้านคัดกรองชุมชน⁽²⁾

จากการปฏิบัติงานเหล่านี้เป็นสาเหตุของการติดเชื้อของ อสม. ซึ่งมาจากขาดความตระหนักถึงอาการของ โรคโควิด-19 การขาดประสบการณ์ในการรับมือกับโรค การสัมผัสผู้ป่วยจำนวนมากเป็นระยะเวลานาน รวมถึงขาดอุปกรณ์ ป้องกันและการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล⁽³⁾ นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. ในเขต เทศบาลนครสงขลา ซึ่งพบประเด็นของพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ที่กลุ่มตัวอย่างตอบได้คะแนนต่ำสุด ได้แก่ การตรวจวัด อุณหภูมิและตรวจหาเชื้อโควิด-19 เมื่อมีอาการเข้าข่าย (Mean = 3.35) หลีกเลี่ยงการออกจากบ้านไปในที่สาธารณะ (Mean = 3.80) และการปิดปากและจมูกเวลาไอหรือจาม (Mean = 3.80) พฤติกรรมเหล่านี้อาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคโควิด-19⁽⁴⁾

อำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี เป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เนื่องจากเป็นชุมชน ชนบท เป็นการระบาดในวงครอบครัวที่ผู้ติดเชื้อเดินทางกลับมาจากพื้นที่เสี่ยงเป็นส่วนใหญ่ มีการพบปะสังสรรค์และ การรับประทานอาหารร่วมกันในหมู่ญาติ ประกอบกับมีการเคลื่อนย้ายของกลุ่มประชากรที่หลากหลาย เช่น กลุ่มแรงงานต่างด้าว แรงงานต่างประเทศ รวมถึงการเคลื่อนย้ายของกำลังพลในพื้นที่ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการระบาดในพื้นที่อย่างมาก สำหรับ สถานการณ์การระบาดของโรคอำเภอเกาะจันทร์ พบผู้ติดเชื้อสะสม จำนวน 6,272 ราย เสียชีวิตสะสม 1 ราย และสถานการณ์ การระบาดของโรคในจังหวัดชลบุรี พบผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ติดเชื้อมากเป็นอันดับสอง เป็นผู้ติดเชื้อยืนยัน RT-PCR จำนวน 74 ราย ATK อีกจำนวน 1,925 ราย รวมผู้ป่วย RT-PCR สะสม 117,822 ราย ATK อีกจำนวน 503,592 ราย และ เสียชีวิตสะสม 417 ราย⁽⁵⁾ จังหวัดชลบุรีดำเนินกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคสอดคล้องกับนโยบายและมาตรการ ของประเทศ โดยให้ความรู้แก่ประชาชนในหมู่บ้าน การตรวจวัดอุณหภูมิผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่มาชุมนุมกันเป็นจำนวนมาก เพื่อค้นหาผู้ป่วย เฝ้าระวังและบันทึกข้อมูลกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางเข้าออกหมู่บ้าน 56,745 คน เคาะประตูบ้านเยี่ยมบ้านผู้ที่ เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง ผู้ถูกกักกัน 17,527 หลังคาเรือน และรณรงค์ทำกิจกรรม big cleaning week จัดอาสาสู้โรคโควิด-19 จำนวน 5,521 หลังคาเรือน และรายงานข้อมูล อสม. เคาะประตูบ้านบอกต่อวัคซีนโควิด-19 จำนวน 60,084 หลังคาเรือน⁽⁶⁾ จากการดำเนินการดังกล่าวเป็นผลให้จำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในอำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรีมีจำนวนลดลง

จะเห็นว่าจากเหตุผลข้างต้น ประกอบกับการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) ที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนที่เป็นผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงจำนวนมาก ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 จากการปฏิบัติงานสูง ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงต้องมีความรู้และเข้าใจของโรคโควิด-19 เป็นอย่างดี โดยเฉพาะการรู้จักวิธีการป้องกันโรค ได้แก่ สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งที่ปฏิบัติงาน หมั่นล้างมือบ่อยๆ เมื่อสัมผัส หรือจับสิ่งของต่างๆ ควรรักษาระยะห่างกับผู้อื่นอย่างน้อย 2 เมตร และพร้อมที่จะเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสาธารณสุข ที่สำคัญ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรู้และทัศนคติ กับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในการปฏิบัติงานของ

อสม. อำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี ทั้งนี้ผลจากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานภาครัฐไปกำหนดนโยบายในการเสริมสร้างความรู้และหาแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 (COVID-19) ในการปฏิบัติงานของ อสม.

วัตถุประสงค์การวิจัย

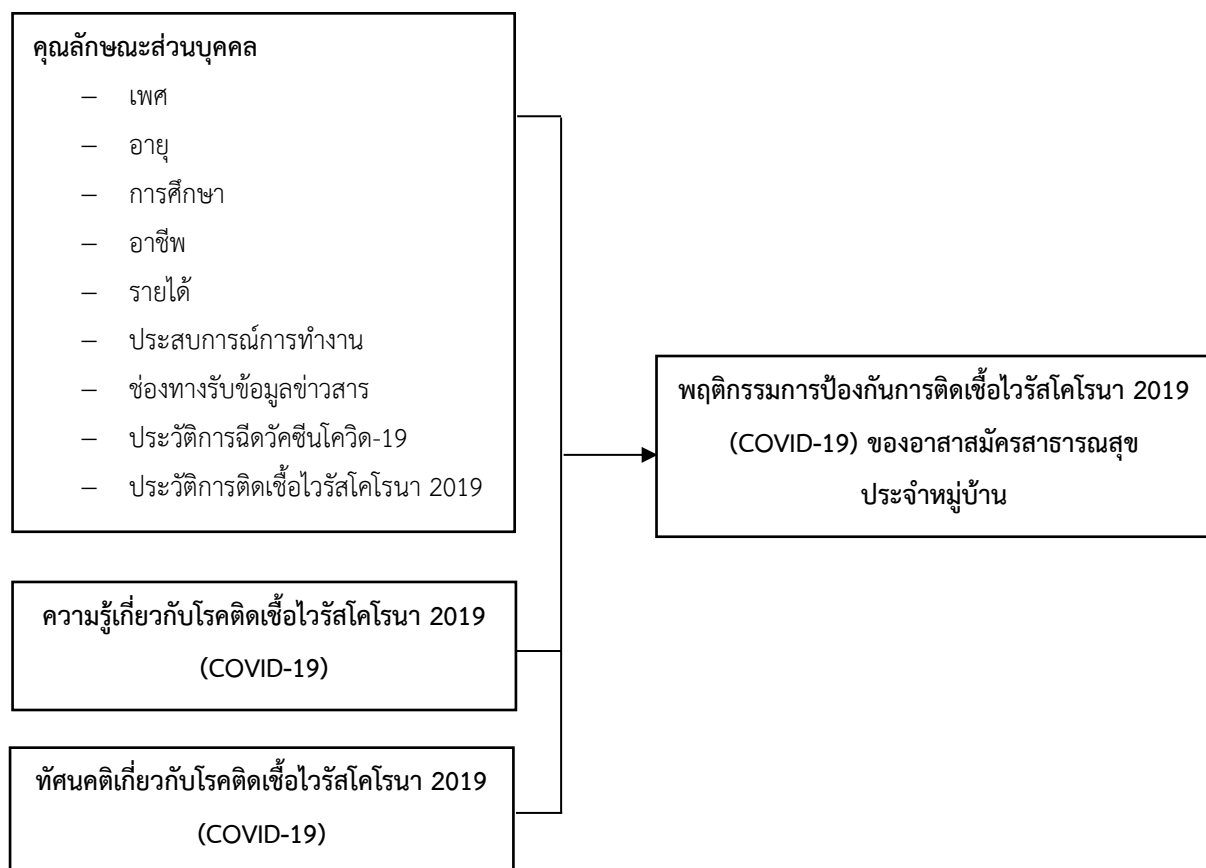
เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทักษะ ทักษะการป้องกันโรคโควิด-19 (COVID-19) ในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในเขตพื้นที่อำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี และดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างจาก อสม. ที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในอำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดของบลูม⁽¹⁴⁾ มาประยุกต์ใช้ในการศึกษา โดยแนวคิดของบลูม ได้กล่าวไว้ว่า ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงอย่างเป็นขั้นตอนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการ ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้ (Knowledge) เป็นกระบวนการทางสมองที่มีขั้นตอนในการพัฒนาสติปัญญา และเกี่ยวข้องกับการรับรู้การจำข้อมูลต่างๆ เพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจ 2) ทักษะ (Attitude) เป็นกระบวนการทางด้านจิตใจ อารมณ์ความรู้สึก ความชอบ ค่านิยม ความเชื่อ การให้คุณค่า และการแสดงออกถึงคุณลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ ซึ่งจะบอกแนวโน้มของการกระทำ และพฤติกรรมของตัวบุคคล และ 3) การปฏิบัติ (Practice) เป็นการแสดงออกทางร่างกาย ซึ่งต้องอาศัยความรู้และทัศนคติที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติตามการรับรู้ ซึ่งเป็นขั้นสุดท้ายที่ต้องใช้ระยะเวลาและการตัดสินใจ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาเป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลจาก อสม. ในอำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในวันประชุมประจำเดือนของ อสม. แต่ละพื้นที่ งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รับรองเมื่อวันที่ 25 เมษายน 2566 ตามหนังสือเลขที่ IRB3-036/2566 รหัสโครงการวิจัย G-HS 014/2566 ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ในอำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี จำนวน 239 คน ในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนสิงหาคม 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามปลายเปิดและปลายปิด มีจำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 4 ตัวเลือก แปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของบลูม⁽¹⁴⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

มีความรู้ระดับสูง	หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป
มีความรู้ระดับปานกลาง	หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 - 79
มีความรู้ระดับต่ำ	หมายถึง ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

2.2 ทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีจำนวน 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ Likert Scale แปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของบลูม⁽¹⁴⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

มีทัศนคติระดับสูง	หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป
มีทัศนคติระดับปานกลาง	หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 - 79
มีทัศนคติระดับต่ำ	หมายถึง ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

2.3 พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 มีจำนวน 23 ข้อลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ Likert Scale แปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของเบสท์⁽¹⁵⁾ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

มีพฤติกรรมระดับดี	หมายถึง ได้คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 3.01 - 4.00
มีพฤติกรรมระดับปานกลาง	หมายถึง ได้คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 2.01 - 3.00
มีพฤติกรรมระดับไม่ดี	หมายถึง ได้คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 - 2.00

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) ในกลุ่มอื่น 30 คน ที่คุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ด้วยสูตร KR-20 ตามวิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.870 และหาค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.912 และ 0.808 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 (COVID-19) ในการปฏิบัติงานของ อสม. ในอำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี ด้วยการหาความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 (COVID-19) ในการปฏิบัติงานของ อสม. ในอำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี โดยใช้สถิติทดสอบไค-สแควร์ (Chi-square test) และสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficients) โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.53 อายุ 39 - 59 ปี ร้อยละ 57.32 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,000 - 5,000 บาท ร้อยละ 46.86 จบประถมศึกษา ร้อยละ 54.81 ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 31.80 มีประสบการณ์การปฏิบัติงานต่ำกว่า 13 ปี ร้อยละ 72.80 ใช้สื่อออนไลน์/อินเทอร์เน็ตเป็นช่องทางรับข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 40.17 เคยฉีดวัคซีนโควิด-19 ร้อยละ 95.82 และไม่เคยติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 50.63 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 239)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	80	33.47
หญิง	159	66.53
อายุ		
18 - 38 ปี	3	1.26
39 - 59 ปี	137	57.32
60 ปี ขึ้นไป	88	36.82
Min = 26, Max = 82, $\bar{X}$ = 55.14, S.D. = 10.52		
ระดับการศึกษา		
ระดับประถมศึกษา	131	54.81
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	32	13.39
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	41	17.15
ระดับอนุปริญญา/ปวส.	16	6.70
ระดับปริญญาตรี	16	6.70
ระดับสูงกว่าปริญญาตรี	3	1.26
อาชีพ		
รับจ้าง	66	27.62
เกษตรกร/กรรมกร	41	17.15
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	76	31.80
แม่บ้าน/พ่อบ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	47	19.67
พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ	4	1.67
นักการเมืองท้องถิ่น	5	2.09
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
1,000 - 5,000 บาท	112	46.86
5,001 - 10,000 บาท	60	25.10
10,001 - 15,000 บาท	48	20.08
15,001 - 20,000 บาท	14	5.86
20,001 บาท ขึ้นไป	5	2.10
Min = 3,000, Max = 25,000, $\bar{X}$ = 10,500, S.D. = 9,790.25		
ประสบการณ์การปฏิบัติงานในตำแหน่ง อสม.		
ต่ำกว่า 10 ปี	174	72.80
ตั้งแต่ 10 - 25 ปี	59	24.69
มากกว่า 25 ปี ขึ้นไป	6	2.51
Min = 1, Max = 40, $\bar{X}$ = 10.73, S.D. = 8.90		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ช่องทางรับข้อมูลข่าวสาร		
หนังสือพิมพ์	7	2.93
วิทยุ	12	5.02
โทรทัศน์	65	27.20
สื่อออนไลน์/อินเทอร์เน็ต	96	40.17
บุคลากรทางการแพทย์	59	24.69
ประวัติการฉีดวัคซีนโควิด-19		
ไม่เคยฉีดวัคซีน	10	4.18
เคยฉีดวัคซีน	229	95.82
จำนวน 1 เข็ม	3	1.26
จำนวน 2 เข็ม	31	12.97
จำนวน 3 เข็ม	136	56.90
จำนวน 4 เข็ม	47	19.67
จำนวน 5 เข็ม	12	5.02
ประวัติการติดเชื้อโควิด-19		
ไม่เคยติดเชื้อ	121	50.63
เคยติดเชื้อ	118	49.37
จำนวน 1 ครั้ง	102	42.68
จำนวน 2 ครั้ง	16	6.70

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 57.32 ระดับปานกลาง ร้อยละ 29.29 และระดับต่ำ ร้อยละ 13.39 ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย ร้อยละ 74) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 (n = 239)

ระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	137	57.32
ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 - 79)	70	29.29
ระดับต่ำ (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60)	32	13.39
Min = 0.00, Max = 1.00, $\bar{X}$ = 0.74, S.D. = 0.17		

ส่วนที่ 3 ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคโควิด-19

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะคิดเกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.52 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 15.06 และระดับต่ำ ร้อยละ 0.42 ภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย ร้อยละ 88) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 (n = 239)

ระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	(คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	202	84.52
ระดับปานกลาง	(คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 - 79)	36	15.06
ระดับต่ำ	(คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60)	1	0.42
Min = 0.37, Max = 1.00, $\bar{X}$ = 0.88, S.D. = 0.49			

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 92.89 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 7.11 ภาพรวมอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.51) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 (n = 239)

ระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี	(คะแนนเฉลี่ย 3.01 - 4.00)	222	92.89
ระดับปานกลาง	(คะแนนเฉลี่ย 2.01 - 3.00)	17	7.11
ระดับไม่ดี	(คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.00)	0	0.00
Min = 2.43, Max = 4.00, $\bar{X}$ = 3.51, S.D. = 0.30			

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทัศนคติ กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19

ผลการวิจัย พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ($p = 0.010$) ประสบการณ์การปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ($r = 0.120$, $p\text{-value} = 0.036$) ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ($r = 0.220$, $p\text{-value} = 0.001$) และทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ($r = 0.257$, $p\text{-value} < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 5 และ 6

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 (n = 239)

ข้อมูลทั่วไป	พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโควิด-19		χ^2	p-value
	ระดับปานกลาง	ระดับดี		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ			0.027	0.869
ชาย	6 (7.50)	74 (92.50)		
หญิง	11 (6.90)	148 (93.10)		

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	พฤติกรรมป้องกันตนเองจากโควิด-19		χ^2	p-value
	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับดี จำนวน (ร้อยละ)		
ระดับการศึกษา			15.194	0.010
ประถมศึกษา	4 (3.10)	127 (96.90)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	7 (17.10)	34 (82.90)		
อนุปริญญา/ปวส.	0 (0.00)	16 (100.00)		
ปริญญาตรี	1 (6.30)	15 (93.80)		
สูงกว่าปริญญาตรี	1 (33.30)	2 (66.70)		
อาชีพ			3.357	0.645
รับจ้าง	6 (9.10)	60 (90.90)		
เกษตรกรรม/เกษตรกร	3 (7.30)	38 (92.70)		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	7 (9.20)	69 (90.80)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1 (2.10)	46 (97.90)		
พนักงานรัฐ/รัฐวิสาหกิจ	0 (0.00)	4 (100.00)		
นักรการเมืองท้องถิ่น	0 (0.00)	5 (100.00)		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			5.068	0.280
1,000 - 5,000 บาท	5 (4.50)	107 (95.50)		
5,001 - 10,000 บาท	6 (10.00)	54 (90.00)		
10,001 - 15,000 บาท	5 (10.40)	43 (89.60)		
15,001 - 20,000 บาท	0 (0.00)	14 (100.00)		
20,001 บาท ขึ้นไป	1 (20.00)	4 (80.00)		
ช่องทางรับข้อมูลข่าวสาร			0.870	0.929
หนังสือพิมพ์	0 (0.00)	7 (100.00)		
วิทยุ	1 (8.30)	11 (91.70)		
โทรทัศน์	5 (7.70)	60 (92.30)		
สื่อออนไลน์/อินเทอร์เน็ต	6 (6.30)	90 (93.80)		
บุคลากรทางการแพทย์	5 (8.50)	54 (91.50)		
ประวัติการฉีดวัคซีนโควิด-19			2.623	0.105
ไม่เคยฉีดวัคซีน	2 (20.00)	8 (80.00)		
เคยฉีดวัคซีน	15 (6.60)	214 (93.40)		
ประวัติการติดเชื้อโควิด-19			0.492	0.483
ไม่เคยติดเชื้อ	10 (8.30)	111 (91.70)		
เคยติดเชื้อ	7 (5.90)	111 (94.10)		

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์อายุ ประสบการณ์การปฏิบัติงาน ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และ ทักษะเกี่ยวกับโรคโควิด-19 กับ พฤติกรรมป้องกันตนเองจากโควิด-19

ปัจจัย	r	p-value
อายุ	0.005	0.938
ประสบการณ์การปฏิบัติงาน	0.120	0.036
ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19	0.220	0.001
ทักษะเกี่ยวกับโรคโควิด-19	0.257	<0.001

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ด้านความรู้ จากผลการวิจัยที่พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ปัญญาธร และคณะ⁽⁷⁾ ได้ทำการศึกษาความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่า ในช่วงสถานการณ์โรคโควิด-19 อสม. เป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญในด้านสาธารณสุขที่มีส่วนในการดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-19 ในชุมชน ให้การช่วยเหลือดูแลประชาชนในพื้นที่ มีกิจกรรมให้ความรู้ วิธีการป้องกันโรคตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป สังเกตอาการ ณ ที่พักอาศัยของกลุ่มเสี่ยงของผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง เข้าสู่หมู่บ้าน/ชุมชน การประสานงานต่อเจ้าหน้าที่ และกิจกรรมการรณรงค์การฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อสม. จึงเป็น เจ้าหน้าที่กลุ่มแรกๆ ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการถ่ายทอดความรู้เรื่องโรคโควิด-19 ประกอบกับมีประสบการณ์ในการรับมือ กับโควิด-19 ตั้งแต่ช่วงแรกจนมาถึงปัจจุบัน ทำให้ อสม. มีประสบการณ์และมีความรู้เพิ่มขึ้นด้วย จึงทำให้มีความรู้ เพียงพอที่จะรับมือกับโรคโควิด-19 ได้ และสอดคล้องกับงานวิจัยดังกล่าวที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับ โรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง

2. ด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ปัญญาธร และคณะ⁽⁷⁾ ที่ศึกษาเรื่อง ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าการรับรู้ระดับมากเรียงตามลำดับคือ รับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้เป็นการ พิจารณาว่า อสม. มีการเห็นด้วยกับข้อรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับใด และสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐวรรณ คำแสน⁽⁸⁾ ที่ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ของประชาชน เขตอำเภออุทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งนี้เนื่องจาก ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) ได้ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนครอบคลุม ทุกด้านทุกวัน และเน้นย้ำให้เชื่อมั่นต่อการทำงานของรัฐบาลที่พยายามควบคุมโควิด-19 ทำให้ประชาชน รวมถึง อสม. มีทัศนคติที่ดีด้วย

3. ด้านพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจวรรณ ถนอมชยรัช และคณะ⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันตัวเองและสังคมจากโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันตัวเองและสังคมจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการปฏิบัติหน้าที่อยู่ในระดับมาก อาจเนื่องจาก อสม. ได้รับข่าวสารและรับรู้การระบาดของโรคโควิด-19 ว่าเป็นโรคติดต่ออันตรายที่แพร่กระจายอย่างรวดเร็ว ทั้งภายในประเทศและต่างประเทศทั่วโลก การได้รับข่าวสารและการรับรู้ดังกล่าวช่วยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกัน

โรคต่อตนเองและชุมชน ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุขได้ให้แนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แก่ อสม.

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ดังนี้

4.1 ระดับการศึกษา จากการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาและทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจวรรณ ธนอมชยธวัช และคณะ⁽¹⁰⁾ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองและสังคมจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองและสังคมจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และระดับการศึกษา ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Zhong et al.⁽¹⁶⁾ พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19

4.2 ประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่พบว่าประสิทธิผลการปฏิบัติงาน ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แต่ที่ไม่สอดคล้องคือระดับของความสัมพันธ์ ในหลายงานวิจัยนั้นจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกันในระดับสูง แต่งานวิจัยนี้มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับต่ำมาก ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสิทธิภาพการปฏิบัติงานต่ำกว่า 13 ปี อาจมีความยึดหยุ่นในการปฏิบัติงาน รวมถึงความเชี่ยวชาญหรือชำนาญ การสั่งสมความรู้ยังน้อย ส่งผลให้ความรู้ที่ได้รับมานั้นยังไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน เกิดทัศนคติในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับต่ำตามไปด้วย

4.3 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 สอดคล้องกับการศึกษาของ คณยศ ชัยอาจ และจุลจิลา หินจำปา⁽¹⁸⁾ ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดขอนแก่น พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง เพศและความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แต่ อสม. บางส่วนยังมีพฤติกรรมควรปรับปรุงและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นจึงควรนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาต่อยอด เช่น การจัดทำหลักสูตรพัฒนาศักยภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ และการจัดทำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ อสม. เพื่อให้มีความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในชุมชน รวมถึงการถ่ายทอดความรู้ให้แก่ประชาชนเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งและความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพต่อไป อธิบายได้ว่า การที่ อสม. มีความรู้ในเรื่องสาเหตุ การติดต่อหรือแพร่กระจายของโรค อาการแสดงและผลต่อสุขภาพจากโรคโควิด-19 เป็นอย่างดี ทั้งข้อมูลความรู้จากการประชาสัมพันธ์หรือจากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานจริง ย่อมส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 มากขึ้นตามไปด้วย

4.4 ทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองและสังคมจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อธิบายได้ว่าการรับรู้ก็คือทัศนคติที่ได้มาจากความรู้ความเข้าใจในเรื่องของโรคโควิด-19 ซึ่งถ้ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้หรือมีทัศนคติที่ดีและถ้ายังได้ข้อมูลที่มีประโยชน์และถูกต้องมากเท่าไร กลุ่มตัวอย่างก็ย่อมมีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ดีมากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ญัฐวรรณ คำแสน⁽¹⁷⁾ ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุทุมพร

จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ทศนคตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.16$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการสรุปผลการวิจัย

1. จากผลการศึกษาพบว่าในภาพรวม อสม. มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ในระดับดีและมีความรู้เรื่องระยะเวลาการฟักตัวของโรคโควิด-19 ในระดับต่ำ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเร่งรัดในการให้ความรู้เพิ่มเติมให้แก่ อสม. เพื่อที่จะนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเองและครอบครัว และถ่ายทอดความรู้ให้แก่ประชาชนในชุมชนได้อย่างถูกต้อง

2. จากผลการศึกษาพบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีช่องทางรับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อออนไลน์/สื่ออินเทอร์เน็ต ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ พัฒนาด้านการสื่อสารระหว่างบุคคลในแต่ละพื้นที่ ส่งเสริมการปฏิบัติงานด้วยเทคโนโลยีผ่านสื่อออนไลน์/สื่ออินเทอร์เน็ต ป้อนข้อมูลต่างๆ ด้วยความรวดเร็ว ละเอียด และถูกต้องที่สุด เพื่อเกิดการรับรู้ที่ทันต่อโลกและทันต่อเหตุการณ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. สำหรับการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง จึงควรมีการศึกษาเพื่อการต่อยอดพัฒนาความรู้และทัศนคติเพื่อพัฒนาสมรรถนะ อสม. ในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการหรือปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นต้น โดยทำการศึกษาในรูปแบบของการระดมสมอง (Brain storming) เช่น การวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง (SWOT analysis) หรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) เป็นต้น

2. สำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะในกลุ่ม อสม. ในอำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ เช่น เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแกนนำด้านสุขภาพ เพื่อให้ทราบว่าปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ซึ่งจะทำให้ทราบปัจจัยที่แตกต่างกันไปในกลุ่มตัวอย่างที่ต่างกัน และทราบในบริบทภาพรวมของประเทศ และทำให้ทราบถึงสถานการณ์ปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมหรือการดำเนินงานป้องกันโควิด-19 เพื่อนำไปพัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ต่อไปได้

3. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรเป็นการต่อยอดเพื่อพัฒนาความรู้และทัศนคติเป็นรูปแบบการวิจัยเชิงทดลอง/กึ่งทดลอง หรือการพัฒนาโมเดลเพื่อพัฒนาสมรรถนะ อสม. โดยอาจใช้รูปแบบโมเดลสมการเชิงโครงสร้าง (Structural equation model: SEM) ในการวิจัยและเพิ่มปัจจัยกับตัวแปรอื่นๆ ที่สำคัญในเชิงวิชาการต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคโควิด-19 (COVID-19). [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 30 ธันวาคม 2564] เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>.
2. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ความรู้โรคโควิด-19 (COVID-19) สำหรับเจ้าหน้าที่ และ อสม. (นักรบเสื้อเทา ออกเคาะประตูบ้าน ทุกหลังคาเรือน). นนทบุรี : ม.ป.ท.; 2563.
3. องค์การอนามัยโลก. What is need now to protect health workers. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 30 ธันวาคม 2564] เข้าถึงได้จาก <https://weforum.org/agenda/2020/04/10-april-who-briefing-healthworkers-covid-19-ppe-training/>
4. สาริยะห์ เลาะแมง, คันธมาทน์ กาญจนภูมิ, และสมเกียรติยศ วรเดช. พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตเทศบาลนครสงขลา. วารสารออนไลน์มหาวิทยาลัยทักษิณ, 2565; 6(8), 1-8.

5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี สสจ.ชลบุรี. รายงานผู้ติดเชื้อโควิด-19 เบื้องต้น ระลอกเดือนมกราคม 2565 จังหวัดชลบุรี. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 30 ธันวาคม 2564] เข้าถึงได้จาก <https://web.facebook.com/photo.php?fbid=444113207757023&set=pb.100064750416916.-2207520000..&type=3>
6. ระบบสารสนเทศสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. รายงานข้อมูลบทบาท อสม.ฯ วัคซีนโควิด 19). [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 18 มิถุนายน 2565] เข้าถึงได้จาก https://www.thaiphc.net/new2020/vaccine_p2/ampur?province=20
7. กาญจนา ปัญญาธร, กฤษณา ทรัพย์ศิริโสภา, วิไลภา ศรีบุญพิมพ์สวย, กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง และพรพิมล ศรีสุวรรณ. ความรู้ ความเชื่อ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 2565; 30(1), 1-11.
8. ญัฐวรรณ คำแสน. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 2564; 4(1), 33-48.
9. เยาวลักษณ์ ชาวบ้านโพธิ์. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, 2564; 4(1), 44-58.
10. เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช, รัชยานภิกษ รัชตะวรรณ และบุญประจักษ์ จันทรวิน. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันตัวเอง และสังคมจากโรคโควิด-19 ในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสาร สังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ, 2564; 6(12), 360-375.
11. นฤเนตร ลินลา และสุพจน์ คำสะอาด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาไวรัส 2019 ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 2564; 8(3), 8-24.
12. อัสชา ทวยจิต, เอมอัชมา วัฒนบุรานนท์, สาวิตรี วิชญโยธิน และเสาวนีย์ ทองนพคุณ. ความรู้ เจตคติ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดจันทบุรี. วารสาร สาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 2565; 17(2), 42-55.
13. สุภาภรณ์ วงธิ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย (สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). คณะสาธารณสุขศาสตร์: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
14. Bloom, B. S., Madaus, G. F., Hastings, J. T., & Baldwin, T. S. (1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill, 1971.
15. Best, J. W. Research in education (3rd ed.). New Jersey: Prentice Hall, 1977.
16. Zhong, B. L. et al. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID - 19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID - 19 outbreak: A quick online cross - sectional survey. International Journal of Biological Sciences, 2020;16(10), 1745-1752.
17. ญัฐวรรณ คำแสน. ความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 2563;4(1), 33-48.
18. คณยศ ชัยอาจ และจุลจิลา หินจำปา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดขอนแก่น. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7, 2565.

ความน่าเชื่อถือของการตรวจฟันด้วยกล้องภายในช่องปาก เทียบกับการตรวจฟันปกติตามมาตรฐาน ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 อำเภอกะสัง จังหวัดบุรีรัมย์

จิรศักดิ์ ทิพย์สุนทรชัย*

*ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

บทคัดย่อ

ความน่าเชื่อถือของกล้องภายในช่องปาก (Intraoral camera) ถือว่ามีความสำคัญต่อการวินิจฉัยโรคและวางแผนการรักษาของทันตบุคลากรในงานทันตกรรมทางไกล (Teledentistry) การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง วัตถุประสงค์เพื่อหาระดับความน่าเชื่อถือ ความไว (Sensitivity) และความจำเพาะ (Specificity) ของกล้องภายในช่องปากเมื่อทำการตรวจโดยทันตแพทย์ที่มีและไม่มีประสบการณ์ในการใช้งานกล้องภายในช่องปากเปรียบเทียบกับ การตรวจฟันทางคลินิกปกติ ในการตรวจฟันนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 อำเภอกะสัง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยนักเรียนทั้งหมด ได้รับการแบ่งกลุ่ม ออกเป็น 2 กลุ่ม นักเรียนทุกคนได้รับการตรวจจากทันตแพทย์ประจำกลุ่มครั้งที่ 1 โดยทำการตรวจฟันด้วย กล้องภายในช่องปาก หลังจากการตรวจครั้งที่ 1 เป็นเวลา 1 สัปดาห์ นักเรียนทั้งหมดจะได้รับการตรวจทางคลินิกอีกครั้ง โดยทันตแพทย์ท่านเดิมด้วยวิธีการตรวจทางคลินิกปกติ นำผลการตรวจทั้ง 2 ครั้ง มาเปรียบเทียบเพื่อหาค่า Sensitivity, Specificity, Positive predictive value (PPV), Negative predictive value (NPV) เปรียบเทียบระหว่างการตรวจด้วย กล้องภายในช่องปากเทียบกับการตรวจฟันทางคลินิกด้วยเครื่องมือตามปกติซึ่งถือเป็นมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่ากล้องภายในช่องปากมีความไวเมื่อตรวจโดยทันตแพทย์ที่มีประสบการณ์เท่ากับ 69.0% - 90.1% มีความจำเพาะเมื่อตรวจโดยทันตแพทย์ที่มีประสบการณ์เท่ากับ 90.5% - 100% มีความไวเมื่อตรวจ โดยทันตแพทย์ที่ไม่มีประสบการณ์เท่ากับ 57.1% - 92.5% มีความจำเพาะเมื่อตรวจโดยทันตแพทย์ที่ไม่มีประสบการณ์ เท่ากับ 90.5% - 99.8% เมื่อเทียบกับการตรวจฟันทางคลินิกปกติ มีความไวเมื่อวางแผนการรักษาโดยทันตแพทย์ที่มี ประสบการณ์เท่ากับ 21.2% - 89.9% มีความจำเพาะเมื่อวางแผนการรักษาโดยทันตแพทย์ที่มีประสบการณ์เท่ากับ 90.5% - 99.7% มีความไวเมื่อวางแผนการรักษาโดยทันตแพทย์ที่ไม่มีประสบการณ์เท่ากับ 26.5% - 92.1% มีความจำเพาะเมื่อวางแผนการรักษาโดยทันตแพทย์ที่ไม่มีประสบการณ์เท่ากับ 89.6% - 99.5% เมื่อเทียบกับการวางแผน การรักษาทางคลินิกปกติ

คำสำคัญ: กล้องภายในช่องปาก/ ความไว/ ความจำเพาะ

Reliability of Dental Examination Using an Intraoral Camera Compared to Normal Dental Examination in Grade 12 Students at Krasang District, Buriram Province

Jeerasak Thipsoonthornchai*

*Dentist, Expert Level, Dental public health section Buriram provincial public health office

Abstract

The reliability of intraoral cameras is considered important for the diagnosis and treatment planning of dental personnel in teledentistry. This study is a cross-sectional descriptive study. The objective of this study was to determine the level of reliability, sensitivity and specificity of the intraoral camera when examined by a dentist with and without experience in using the intraoral camera compared to a normal clinical dental examination. In examining the teeth of grade 12 students in Krasang District, Buriram Province. All students were divided into 2 groups and received examination from the dentist by examining their teeth using an intraoral camera. One week after the first examination, all students had clinical examination again by the same dentist using the clinical examination method. The results of both examinations were compared to determine sensitivity, specificity, positive predictive value (ppv), negative predictive value (npv). Comparison intraoral camera examination with clinical dental examination which considered gold standard.

The results of the study show that the intraoral camera had a sensitivity ranged from 69.0% - 90.1% when examined by an experienced dentist, a specificity ranged from 90.5% - 100% when examined by an experienced dentist, and a sensitivity ranged from 57.1% - 92.5% when examined by inexperienced dentist. A specificity ranged from 90.5% - 99.8% when examined by an inexperienced dentist, when compared to a normal clinical dental examination. The sensitivity ranged from 21.2% - 89.9% when planning treatment by an experienced dentist. The specificity ranged from 90.5% - 99.7% when planning treatment by experienced dentists. The sensitivity ranged from 26.5% - 92.1% when planning treatment by inexperienced dentist. The specificity ranged from 89.6% - 99.5% when planning treatment by inexperienced dentist, when compared to normal clinical treatment planning.

Keywords: Intraoral camera/ Sensitivity/ Specificity

*Corresponding author: Jeerasak Thipsoonthornchai, email: teedent@hotmail.com, Tel.: 08 6996 8442

Received: October 18, 2024/ Revised: December 23, 2024/ Accepted: December 24, 2024

บทนำ

ปัญหาสุขภาพช่องปากถือเป็นหนึ่งในปัญหาทางด้านสุขภาพของประชาชนไทย โดยเฉพาะเยาวชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 9 พ.ศ. 2566 พบว่าร้อยละของเด็กอายุ 15 ปี ในเขตสุขภาพที่ 9 ที่ปราศจากโรคฟันผุเท่ากับ 35.2 ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศที่ 38.8 และมีค่าเฉลี่ยฟันดีไม่มีผุที่ 49.3 ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศที่ 55.2 และมีค่าเฉลี่ยประสบการณ์โรคฟันผุ (ฟันผุ/ถอน/อุด) ที่ 64.8 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศที่ 61.2⁽¹⁾ จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทยปี พ.ศ. 2558 พบว่าการไปพบทันตแพทย์เพื่อรับบริการตรวจสุขภาพและรักษาโรคในช่องปากที่โรงพยาบาลทำให้สูญเสียเวลาและรายได้ รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการโดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล⁽²⁾ กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ จึงมีนโยบายสนับสนุนให้เกิดบริการทันตกรรมทางไกล (Teledentistry) ขึ้น เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

การตรวจช่องปากด้วยทันตกรรมทางไกล (Teledentistry) ได้รับการยอมรับให้เป็นทางเลือกหนึ่งที่มีประสิทธิภาพสามารถใช้ในกลุ่มเด็กปฐมวัยเพื่อการศึกษาและวางแผนรักษาด้านทันตกรรมเมื่อเปรียบเทียบกับ การตรวจฟันในคลินิกตามปกติ⁽³⁾ การใช้ทันตกรรมทางไกลช่วยลดความเหลื่อมล้ำด้านทันตสุขภาพ ด้วยการเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพในสถานการณ์ต่างๆ เช่น ในช่วงที่มีการระบาดของโรค Covid-19 ในพื้นที่ห่างไกลหรือในพื้นที่หวงห้าม เช่น เรือจำ⁽⁴⁾ กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ มีนโยบายให้บริการทันตกรรมทางไกลผ่านระบบหมอฟรอมแบบ Real time (Synchronous) คือการโต้ตอบสองทางระหว่างบุคคลมีการพูดคุย ประเมิน ให้คำแนะนำผ่านภาพเคลื่อนไหวและเสียงในเวลาเดียวกัน

เครื่องมือที่มีความสำคัญในการดำเนินกิจกรรมทันตกรรมทางไกล คือ กล้องภายในช่องปาก (Intra oral camera) ซึ่งถูกใช้ในการตรวจสภาพภายในช่องปากผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล และส่งภาพเคลื่อนไหวไปยังทันตแพทย์ในโรงพยาบาล ความน่าเชื่อถือของกล้องภายในช่องปาก โดยเฉพาะความไว (Sensitivity) ความจำเพาะ (Specificity) ในการตรวจสุขภาพช่องปากถือว่ามีค่าสำคัญต่อการวินิจฉัยโรคและวางแผนการรักษาของทันตบุคลากร

Sean W McLaren และคณะ ในปี ค.ศ. 2017 ได้ทำการเปรียบเทียบแผนการรักษาทางทันตกรรมของผู้ป่วยเด็กจำนวน 251 ราย ซึ่งได้รับการรักษาผ่านระบบทันตกรรมทางไกล พบว่า ทันตกรรมทางไกลมีประสิทธิภาพในการทำนายและวางแผนการรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยเด็กที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล⁽⁵⁾ ขณะที่ Machuca Vargas และคณะ ในปี ค.ศ. 2023 ได้ทำการศึกษาความแม่นยำของการวินิจฉัยรอยโรคฟันผุด้วยภาพถ่ายจากกล้องภายในช่องปากในนักเรียนระดับประถมศึกษาจำนวน 56 ราย (547 ภาพ) อายุเฉลี่ย 5.7 ปี พบว่าเครื่องมือดังกล่าวมีความแม่นยำ (ความไวร้อยละ 91.7 และความจำเพาะร้อยละ 59.1) ในการตรวจหารอยโรคฟันผุและสามารถใช้เป็นทางเลือกในการตรวจคัดกรองรอยโรคฟันผุในโรงเรียน⁽⁶⁾ Nora AA Alzayyat และคณะ ในปี ค.ศ. 2021 ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบความแม่นยำของกล้องภายในช่องปากเทียบกับการตรวจทางคลินิกด้วยตาและเครื่องมือในอาสาสมัคร 52 ราย จำนวนฟันตัวอย่างทั้งสิ้น 260 ซี่ พบว่าเครื่องมือดังกล่าวมีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ (ความไว ร้อยละ 94.2 และ ความจำเพาะ ร้อยละ 84.2) ในการประเมินรอยโรคฟันผุด้านบดเคี้ยว (Occlusal caries)⁽⁷⁾ สอดคล้องกับ Bharathi M Purohit และคณะ ในปี ค.ศ. 2017 ได้ทำการคัดกรองรอยโรคฟันผุในเด็กนักเรียนอายุ 12 ปี 139 โรงเรียน พื้นที่ชนบทของอินเดีย เปรียบเทียบกับการตรวจทางคลินิกพบว่าทันตกรรมทางไกลสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองและประเมินรอยโรคฟันผุ (ความไว ร้อยละ 86 และ ความจำเพาะ ร้อยละ 58)⁽³⁾

Kalyana Chakravarthy Pentapati และคณะ ในปี ค.ศ. 2017 ได้ทำการศึกษาความน่าเชื่อถือของกล้องภายในช่องปากเทียบกับการตรวจทางคลินิกในการตรวจคัดกรองรอยโรคในช่องปากเยาวชนอายุ 7 - 16 ปี พบว่าค่าเฉลี่ยฟันผุ (DT) และฟันผุ ถอน อุด (DMFT) ของการตรวจด้วยกล้องภายในช่องปากมีค่าสูงกว่าการตรวจทางคลินิกตามปกติ อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างค่าเฉลี่ยฟันผุถอน (MT) และฟันอุด (FT)⁽⁸⁾ ขณะที่ Pathik Mehta และ

คณะ ในปี ค.ศ. 2017 ได้ประเมินการใช้งานกล้องภายในช่องปากสำหรับการศึกษาวิจัยระดับวิทยาของโรคฟันผุ เปรียบเทียบกับการตรวจทางคลินิกพบว่าผลการตรวจด้วยกล้องภายในช่องปากให้ผลใกล้เคียงกับการตรวจมาตรฐาน ผลการศึกษาสรุปถึงความเป็นไปได้ในการใช้กล้องภายในช่องปากสำหรับเป็นเครื่องมือสำหรับการศึกษาโรคฟันผุต่อไปในอนาคต⁽⁹⁾ มีความพยายามใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟนเพื่อทดแทนกล้องภายในช่องปากโดย Nourhan M และคณะ ในปี ค.ศ. 2024 ได้เปรียบเทียบการตรวจหารอยโรคฟันผุในวัยเด็ก ระหว่างการใช้กล้องภายในช่องปากและการใช้โทรศัพท์มือถือ พบว่ากล้องภายในช่องปากให้ความถูกต้องที่มากกว่าโทรศัพท์มือถือในการตรวจหารอยโรคฟันผุขึ้นเคลือบฟัน อย่างไรก็ตามโทรศัพท์มือถือยังเป็นตัวเลือกสำหรับสถานการณ์ที่ไม่มีกล้องภายในช่องปาก⁽¹⁰⁾

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความน่าเชื่อถือ ความไว (Sensitivity) และ ความจำเพาะ (Specificity) ของกล้องภายในช่องปาก โดยทันตแพทย์ที่มีและไม่มีประสบการณ์ในการใช้งานกล้องภายในช่องปากเทียบกับการตรวจฟันปกติ ในการตรวจฟันนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์

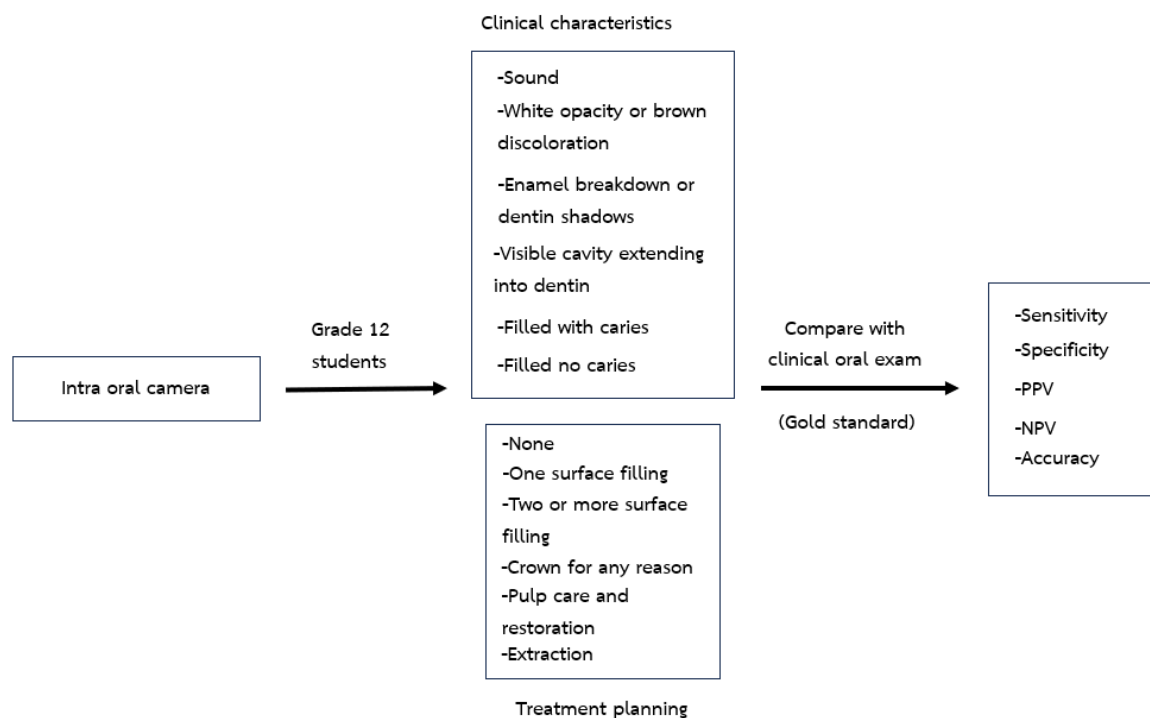
ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา โดยทำการศึกษาระดับความน่าเชื่อถือ ความไว (Sensitivity) และความจำเพาะ (Specificity) ของกล้องภายในช่องปากในการตรวจฟันเทียบกับการตรวจฟันปกติ

ขอบเขตด้านประชากร ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนลำดวนพิทยาคม อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อหาระดับความน่าเชื่อถือ ความไว (Sensitivity) และความจำเพาะ (Specificity) ของกล้องภายในช่องปากเทียบกับการตรวจฟันปกติ ในการตรวจฟันนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ซึ่งมีรายละเอียดวิธีการศึกษาดังนี้

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนลำดวนพิทยาคม อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 40 คน ได้รับการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive sampling) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ตามแผนการเรียนของนักเรียน กลุ่มที่ 1 มีนักเรียนจำนวน 17 คน และกลุ่มที่ 2 มีจำนวนนักเรียน 23 คน นักเรียนทุกคนได้รับการตรวจจากทันตแพทย์ประจำกลุ่ม ใช้ทันตแพทย์ในการตรวจกลุ่มละ 1 ท่าน ทันตแพทย์ทั้ง 2 ท่าน มีประสบการณ์ในการใช้กล้องภายในช่องปากแตกต่างกัน โดยกลุ่มที่ 1 ได้รับการตรวจโดยทันตแพทย์ที่ไม่มีประสบการณ์การใช้กล้องภายในช่องปากมาก่อน และกลุ่มที่ 2 ได้รับการตรวจโดยทันตแพทย์ที่มีประสบการณ์การใช้กล้องภายในช่องปากมาแล้ว 3 ปี ทันตแพทย์ท่านที่ 1 และ 2 มีผลการปรับมาตรฐานโดยผู้ตรวจคนเดียว (Intra-examiner calibration) เท่ากับ 0.84 และ 0.87 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 17 - 18 ปี พิจารณาตรวจฟันแท้ทั้ง 28 ซี่ โดยไม่ตรวจฟันกรามแท้ซี่ที่ 3 (จำนวนซี่ฟันทั้งสิ้น 1,120 ซี่) ที่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาและเข้าเกณฑ์การคัดเข้าดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์
2. นักเรียนที่ยินดีเข้ารับการตรวจสุขภาพช่องปาก

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

นักเรียนที่อยู่ระหว่างรับการรักษาที่เป็นอุปสรรคต่อการตรวจฟัน เช่น ทันตกรรมจัดฟัน

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย

นักเรียนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากไม่ครบทั้ง 2 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบตรวจสอบภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย (ORAL HEALTH SURVEY FORM The 9th National Oral Health Survey, Thailand 2022 - 2023) สำหรับกลุ่มอายุ 15 ปี

2. กล้องภายในช่องปาก (Intraoral camera) จำนวน 2 เครื่อง (ภาพที่ 2) โดยมีรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะของ Waterproof HD Video USB Stomatoscope Mouth Mirror China ความละเอียด 2 ล้านพิกเซล แหล่งกำเนิดแสง 6 จุด emitting diode ระยะโฟกัส 2 - 4 เซนติเมตร เชื่อมต่อกับคอมพิวเตอร์ด้วยพอร์ต USB 2.0 หรือ micro C แสดงผลด้วยความละเอียด 1,600 x 1,200 และ 1,280 x 720 พิกเซล กล้องภายในช่องปากสามารถเชื่อมต่อกับเครื่องคอมพิวเตอร์ผ่านโปรแกรม VideoLAN Client (VLC) media player ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ไม่มีค่าใช้จ่ายในการใช้งาน

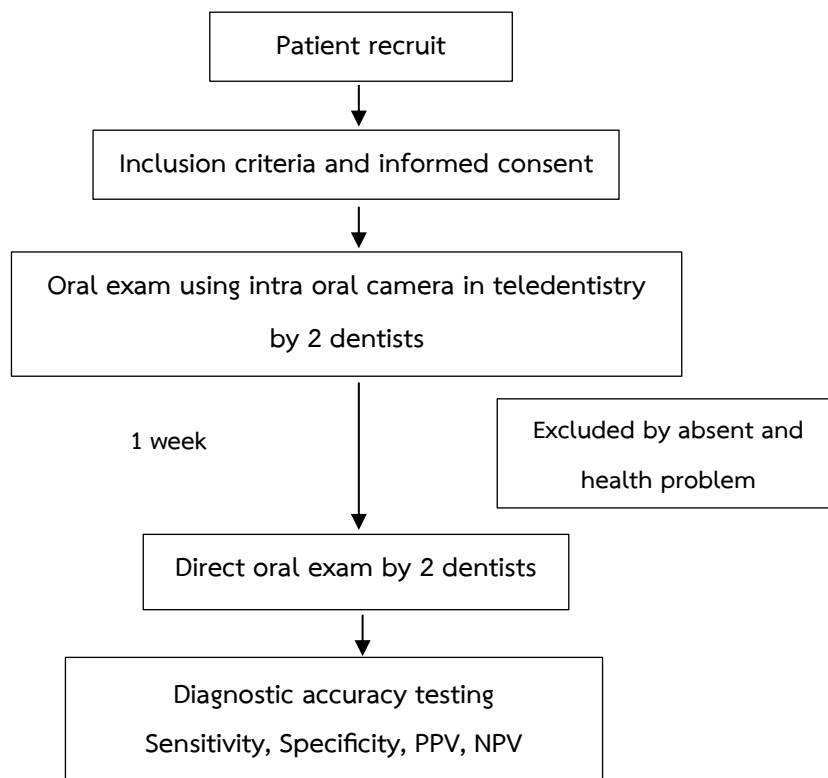


ภาพที่ 2 กล้องภายในช่องปาก (Intraoral camera)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำการตรวจฟันด้วยกล้องภายในช่องปาก (Waterproof HD Video USB Stomatoscope Mouth Mirror China) ทีละคนและบันทึกผลการตรวจฟันลงในแบบตรวจสอบภาวะสุขภาพช่องปาก นักเรียนแต่ละกลุ่มได้รับการตรวจฟันจากทันตแพทย์ประจำกลุ่ม 2 รอบ (ภาพที่ 3) นักเรียนไม่ทราบว่าตนได้รับการตรวจโดยทันตแพทย์ท่านใด และใช้เลขรหัสทั้งหมดแทน ชื่อ-นามสกุลนักเรียน (Double blind) นักเรียนได้รับการตรวจฟันรอบที่ 1 โดยกล้องภายในช่องปาก ภายหลัง 1 สัปดาห์ นักเรียนจะได้รับการตรวจฟันรอบที่ 2 โดยการตรวจฟันตามปกติด้วยทันตแพทย์ประจำกลุ่มท่านเดิม โดยใช้อุปกรณ์การตรวจคือกระจกส่องปาก (Mouth mirror) และเครื่องมือสำหรับตรวจฟัน (Explorer) ทำการบันทึกผลการตรวจทั้งหมดอีกครั้งลงในแบบตรวจสอบภาวะสุขภาพช่องปาก นำผลการตรวจทั้ง 2 ครั้ง มาเปรียบเทียบเพื่อหาค่าความไว (Sensitivity) ความจำเพาะ (Specificity) ค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลบวก (Positive predictive value) ค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลลบ (Negative predictive value) ของการตรวจด้วยกล้องภายในช่องปากเทียบกับการตรวจฟันทางคลินิกด้วยเครื่องมือตามปกติซึ่งถือเป็นมาตรฐาน (Gold standard)

บันทึกระยะเวลาที่ทันตแพทย์แต่ละท่านใช้ในการตรวจฟันเพื่อหาค่าเฉลี่ยเวลาในการตรวจต่อราย ระหว่างทันตแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการใช้กล้องภายในช่องปากเป็นเวลา 3 ปี (ทันตแพทย์ท่านที่ 1) และทันตแพทย์ที่ไม่มีประสบการณ์การใช้งานกล้องภายในช่องปากมาก่อน (ทันตแพทย์ท่านที่ 2) ทั้งการตรวจด้วยกล้องภายในช่องปากและการตรวจฟันทางคลินิกด้วยเครื่องมือตามปกติ



ภาพที่ 3 แผนภาพแสดงวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้พิจารณาความน่าเชื่อถือของกล้องภายในช่องปากในการตรวจลักษณะของฟันทั้ง 6 ลักษณะ (ภาพที่ 4) ได้แก่ ฟันปกติ (Sound) รอยขาวทึบหรือสีน้ำตาล (White opacity or brown discoloration) รอยแตกสลายของชั้นเคลือบฟัน (Enamel breakdown or dentin shadows) รอยฟันผุซึ่งขยายถึงชั้นเนื้อฟัน (Visible cavity extending into dentin) รอยอุดที่มีผุเพิ่ม (Filled with caries) รอยอุดปราศจากรอยผุ (Filled no caries) และ แผนการรักษาทั้ง 6 แบบ ได้แก่ ไม่ต้องรับการรักษา (None) ต้องรักษาด้วยการอุดฟัน 1 ด้าน (One surface filling) ต้องรักษาด้วยการอุดฟัน 2 ด้านขึ้นไป (Two or more surface filling) ต้องรักษาด้วยการทำครอบฟัน (Crown for any reason) ต้องรักษาเนื้อเยื่อในฟันและบูรณะ (Pulp care and restoration) ต้องรักษาด้วยการถอนฟัน (Extraction) ตามแบบตรวจสอบภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย (ORAL HEALTH SURVEY FORM The 9th National Oral Health Survey, Thailand 2022 - 2023) สำหรับกลุ่มอายุ 15 ปี



ภาพที่ 4 ภาพแสดง Sound, White opacity or brown discoloration, Enamel breakdown or dentin shadows, Visible cavity extending into dentin, Filled with caries, Filled no caries

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

1. การศึกษาได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารรับรองเลขที่ BRO 2024-128 รหัสโครงการ 184/2024 รับรองเมื่อวันที่ 25 กันยายน 2567
2. ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของนักเรียน โดยไม่เปิดเผยข้อมูลและใช้เลขรหัสทั้งหมดแทนชื่อสกุลนักเรียน นักเรียนที่ได้รับการตรวจฟันและพบว่ามีปัญหาสุขภาพช่องปากทั้งหมด ได้รับการนัดหมายเพื่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านและที่โรงพยาบาลกระสัง

ผลการศึกษา

จากการบันทึกผลการตรวจฟันนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนลำดวนพิทยาคม อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ ทั้ง 2 รอบ จำนวนทั้งสิ้น 38 คน คือ กลุ่มที่ 1 จำนวน 15 คน (กลุ่มที่ 1 ยุติการเข้าร่วมวิจัยเนื่องจากไม่ได้กลับมารับการตรวจฟันซ้ำ 2 คน) และกลุ่มที่ 2 จำนวน 23 คน โดยใช้แบบตรวจสอบภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย (ORAL HEALTH SURVEY FORM The 9th National Oral Health Survey, Thailand 2022 - 2023) บันทึกผลการตรวจและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมเพื่อหาระดับความน่าเชื่อถือ ความไว (Sensitivity) และความจำเพาะ (Specificity) ของกล้องภายในช่องปากได้ผลการวิเคราะห์ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ได้รับการตรวจฟันด้วยกล้องภายในช่องปาก โดยทันตแพทย์ที่ไม่เคยมีประสบการณ์การใช้งานกล้องภายในช่องปากมาก่อน มีอาสาสมัครนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนลำดวนพิทยาคม อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 15 คน และฟันจำนวน 420 ซี่ ประกอบด้วยฟันปกติ (Sound) 294 ซี่ รอยขาวทึบหรือสีน้ำตาล (White opacity or brown discoloration) จำนวน 42 ซี่ รอยแตกสลายของชั้นเคลือบฟัน (Enamel breakdown or dentin shadows) จำนวน 29 ซี่ รอยฟันผุซึ่งขยายถึงชั้นเนื้อฟัน (Visible cavity extending into dentin) จำนวน 40 ซี่ รอยอุดที่มีผุเพิ่ม (Filled with caries) จำนวน 5 ซี่ และรอยอุดปราศจากรอยผุ (Filled no caries) จำนวน 10 ซี่ (ตารางที่ 1)

กลุ่มที่ 2 ได้รับการตรวจฟันด้วยกล้องภายในช่องปาก โดยทันตแพทย์ที่มีประสบการณ์ใช้งานกล้องภายในช่องปากมาแล้ว 3 ปี มีอาสาสมัครนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนลำตวนพิทยาคม อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์จำนวน 23 คน และฟันจำนวน 644 ซี่ ประกอบด้วยฟันปกติ (Sound) 475 ซี่ รอยขาวทึบหรือสีน้ำตาล (White opacity or brown discoloration) จำนวน 42 ซี่ รอยแตกสลายของชั้นเคลือบฟัน (Enamel breakdown or dentin shadows) จำนวน 59 ซี่ รอยฟันผุซึ่งขยายถึงชั้นเนื้อฟัน (Visible cavity extending into dentin) จำนวน 36 ซี่ รอยอุดที่มีผุเพิ่ม (Filled with caries) จำนวน 13 ซี่ และรอยอุดปราศจากรอยผุ (Filled no caries) จำนวน 16 ซี่ ตรวจไม่พบในช่องปาก (Missing) จำนวน 3 ซี่ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลจำนวนนักเรียนและฟันที่เข้าร่วมการวิจัย

Item	1 st Group (n = 15, 420 teeth)	2 nd Group (n = 23, 644 teeth)
Sound	294	475
White opacity or brown discoloration	42	42
Enamel breakdown or dentin shadows	29	59
Visible cavity extending into dentin	40	36
Filled with caries	5	13
Filled no caries	10	16
Missing (any other reason)	0	3

ผลการศึกษานักเรียนในกลุ่มที่ 1 จำนวน 15 คน (ฟัน 420 ซี่) ซึ่งได้รับการตรวจฟันโดยทันตแพทย์ที่ไม่เคยมีประสบการณ์การใช้งานกล้องภายในช่องปากมาก่อน มีค่าความไว (Sensitivity) ความจำเพาะ (Specificity) ค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลบวก (PPV) ค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลลบ (NPV) และความแม่นยำ (Accuracy) เมื่อตรวจโดยทันตแพทย์ที่ไม่มีประสบการณ์ สำหรับฟันปกติ (Sound) คำนวนค่าต่างๆ ได้อยู่ระหว่าง 69.9% - 95.3% โดยค่าต่ำสุดเป็นค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลลบ (NPV) และค่าสูงสุดเป็นค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลบวก (PPV) รอยขาวทึบหรือสีน้ำตาล (White opacity or brown discoloration) คำนวนค่าต่างๆ ได้อยู่ระหว่าง 42.8% - 95.0% โดยค่าต่ำสุดเป็นค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลบวก (PPV) และค่าสูงสุดเป็นค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลลบ (NPV) รอยแตกสลายของชั้นเคลือบฟัน (Enamel breakdown or dentin shadows) คำนวนค่าต่างๆ ได้อยู่ระหว่าง 48.7% - 97.3% โดยค่าต่ำสุดเป็นค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลบวก (PPV) และค่าสูงสุดเป็นค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลลบ (NPV) รอยฟันผุซึ่งขยายถึงชั้นเนื้อฟัน (Visible cavity extending into dentin) คำนวนค่าต่างๆ ได้อยู่ระหว่าง 82.0% - 99.7% โดยค่าต่ำสุดเป็นค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลบวก (PPV) และค่าสูงสุดเป็นค่าความแม่นยำ (Accuracy) รอยอุดที่มีผุเพิ่ม (Filled with caries) คำนวนค่าต่างๆ ได้อยู่ระหว่าง 50.0% - 99.7% โดยค่าต่ำสุดเป็นค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลบวก (PPV) และค่าสูงสุดเป็นค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลลบ (NPV) และรอยอุดปราศจากรอยผุ (Filled no caries) คำนวนค่าต่างๆ ได้อยู่ระหว่าง 70.0% - 99.8 % โดยค่าต่ำสุดเป็นค่าความไว (Sensitivity) และค่าสูงสุดเป็นค่าความจำเพาะ (Specificity) เมื่อเทียบกับการตรวจฟันทางคลินิก ค่าเฉลี่ยเวลาที่ใช้ในการตรวจฟันด้วยกล้องภายในช่องปากต่อเคสเท่ากับ 6.4 นาทีต่อเคส และค่าเฉลี่ยที่ใช้ในการตรวจทางคลินิกตามปกติ เท่ากับ 2.8 นาทีต่อเคส (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงค่า Sensitivity, Specificity, PPV, NPV และ Accuracy สำหรับการตรวจฟันของนักเรียนกลุ่มที่ 1

1 st Group (n = 15, 420 teeth)	Sensitivity	Specificity	PPV	NPV	Accuracy
Sound	83.3	90.5	95.3	69.9	85.4
White opacity or brown discoloration	57.1	91.5	42.8	95.0	88.1
Enamel breakdown or dentin shadows	65.5	94.9	48.7	97.3	92.9
Visible cavity extending into dentin	92.5	97.9	82.0	99.2	99.7
Filled with caries	80.0	99.0	50.0	99.7	98.8
Filled no caries	70.0	99.8	87.5	99.2	99.0

ผลการศึกษานักเรียนในกลุ่มที่ 2 จำนวน 23 คน (ฟัน 644 ซี่) ซึ่งได้รับการตรวจฟันโดยทันตแพทย์ที่มีประสบการณ์การใช้งานกล้องภายในช่องปากมาแล้ว 3 ปี มีค่าความไว (Sensitivity) ความจำเพาะ (Specificity) ค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลบวก (PPV) ค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลลบ (NPV) และความแม่นยำ (Accuracy) เมื่อตรวจโดยทันตแพทย์ที่มีประสบการณ์สำหรับฟันปกติ (Sound) คำนวณค่าต่างๆ ได้อยู่ระหว่าง 76.5% - 96.3% โดยค่าต่ำสุดเป็นค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลลบ (NPV) และค่าสูงสุดเป็นค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลบวก (PPV) รอยขาวทึบหรือสีน้ำตาล (White opacity or brown discoloration) คำนวณค่าต่างๆ ได้อยู่ระหว่าง 69.0% - 100.0% โดยค่าต่ำสุดเป็นค่าความไว (Sensitivity) และค่าสูงสุดเป็นค่าความจำเพาะ (Specificity) รอยแตกสลายของชั้นเคลือบฟัน (Enamel breakdown or dentin shadows) คำนวณค่าต่างๆ ได้อยู่ระหว่าง 54.7% - 97.6% โดยค่าต่ำสุดเป็นค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลบวก (PPV) และค่าสูงสุดเป็นค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลลบ (NPV) รอยฟันผุซึ่งขยายถึงชั้นเนื้อฟัน (Visible cavity extending into dentin) คำนวณค่าต่างๆ ได้อยู่ระหว่าง 86.1% - 99.8% โดยค่าต่ำสุดเป็นค่าความไว (Sensitivity) และค่าสูงสุดเป็นค่าความจำเพาะ (Specificity) รอยอุดที่มีผุเพิ่ม (Filled with caries) คำนวณค่าต่างๆ ได้อยู่ระหว่าง 60.0% - 99.4% โดยค่าต่ำสุดเป็นค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลบวก (PPV) และค่าสูงสุดเป็นค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลลบ (NPV) รอยอุดปราศจากรอยผุ (Filled no caries) คำนวณค่าต่างๆ ได้อยู่ระหว่าง 87.5% - 99.8% โดยค่าต่ำสุดเป็นค่าความไว (Sensitivity) และค่าสูงสุดเป็นค่าความจำเพาะ (Specificity) เมื่อเทียบกับการตรวจฟันทางคลินิก ค่าเฉลี่ยเวลาที่ใช้ในการตรวจฟันด้วยกล้องภายในช่องปากต่อเคสเท่ากับ 3.9 นาที และค่าเฉลี่ยที่ใช้ในการตรวจทางคลินิกตามปกติ เท่ากับ 2.8 นาทีต่อเคส (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงค่า Sensitivity, Specificity, PPV, NPV และ Accuracy สำหรับการตรวจฟันของนักเรียนกลุ่มที่ 2

2 nd Group (n = 23, 644 teeth)	Sensitivity	Specificity	PPV	NPV	Accuracy
Sound	90.1	90.5	96.3	76.5	90.2
White opacity or brown discoloration	69.0	100	100	97.8	97.9
Enamel breakdown or dentin shadows	78.0	93.5	54.7	97.6	92.0
Visible cavity extending into dentin	86.1	99.8	96.8	99.2	99.0
Filled with caries	69.2	99.0	60.0	99.4	98.4
Filled no caries	87.5	99.8	93.3	99.7	99.5

ผลการศึกษาแผนการรักษาของนักเรียนในกลุ่มที่ 1 ซึ่งได้รับการตรวจฟันโดยทันตแพทย์ที่ไม่เคยมีประสบการณ์การใช้งานกล้องภายในช่องปากมาก่อน มีค่าความไว (Sensitivity) ความจำเพาะ (Specificity) ค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลบวก (PPV) ค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลลบ (NPV) และความแม่นยำ (Accuracy) สำหรับแผนการรักษา ไม่ต้องรับการรักษา (None) คำนวณค่าต่างๆ ได้อยู่ระหว่าง 67.4% - 95.3% โดยค่าต่ำสุดเป็นค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลลบ (NPV) และค่าสูงสุดเป็นค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลบวก (PPV) ต้องรักษาด้วยการอุดฟัน 1 ด้าน (One surface filling) คำนวณค่าต่างๆ ได้อยู่ระหว่าง 35.1% - 95.8% โดยค่าต่ำสุดเป็นค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลบวก (PPV) และค่าสูงสุดเป็นค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลลบ (NPV) ต้องรักษาด้วยการอุดฟัน 2 ด้านขึ้นไป (Two or more surface filling) คำนวณค่าต่างๆ ได้อยู่ระหว่าง 18.3% - 93.2% โดยค่าต่ำสุดเป็นค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลบวก (PPV) และค่าสูงสุดเป็นค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลลบ (NPV) ต้องรักษาด้วยการทำครอบฟัน (Crown for any reason) คำนวณค่าต่างๆ ได้อยู่ระหว่าง 33.3% - 99.5% โดยค่าต่ำสุดเป็นค่าความไว (Sensitivity) และค่าสูงสุดเป็นค่าความจำเพาะ (Specificity) ต้องรักษาเนื้อเยื่อในฟันและบูรณะ (Pulp care and restoration) คำนวณค่าต่างๆ ได้อยู่ระหว่าง 28.5% - 99.5% โดยค่าต่ำสุดเป็นค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลบวก (PPV) และค่าสูงสุดเป็นค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลลบ (NPV) และต้องรักษาด้วยการถอนฟัน (Extraction) คำนวณค่าต่างๆ ได้อยู่ระหว่าง 74.4% - 99.1% โดยค่าต่ำสุดเป็นค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลบวก (PPV) และค่าสูงสุดเป็นค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลลบ (NPV) เมื่อเทียบกับการตรวจฟันทางคลินิก (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงค่า Sensitivity, Specificity, PPV, NPV และ Accuracy สำหรับวางแผนการรักษาของนักเรียนกลุ่มที่ 1

1 st Group (n = 15, 420 teeth)	Sensitivity	Specificity	PPV	NPV	Accuracy
None	82.2	90.2	95.3	67.4	84.5
One surface filling	44.8	93.9	35.1	95.8	90.4
Two or more surface fillings	26.5	89.6	18.3	93.2	84.5
Crown for any reason	33.3	99.5	60.0	98.5	98.0
Pulp care and restoration	50	98.8	28.5	99.5	97.8
Extraction	92.1	96.9	74.4	99.1	96.4

ผลการศึกษาแผนการรักษาของนักเรียนในกลุ่มที่ 2 ซึ่งได้รับการตรวจฟันโดยทันตแพทย์ที่มีประสบการณ์การใช้งานกล้องภายในช่องปากมาแล้ว 3 ปี มีค่าความไว (Sensitivity) ความจำเพาะ (Specificity) ค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลบวก (PPV) ค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลลบ (NPV) และความแม่นยำ (Accuracy) สำหรับแผนการรักษา ไม่ต้องรับการรักษา (None) คำนวณค่าต่างๆ ได้อยู่ระหว่าง 76.0% - 96.3% โดยค่าต่ำสุดเป็นค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลลบ (NPV) และค่าสูงสุดเป็นค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลบวก (PPV) ต้องรักษาด้วยการอุดฟัน 1 ด้าน (One surface filling) คำนวณค่าต่างๆ ได้อยู่ระหว่าง 34.0% - 98.3% โดยค่าต่ำสุดเป็นค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลบวก (PPV) และค่าสูงสุดเป็นค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลลบ (NPV) ต้องรักษาด้วยการอุดฟัน 2 ด้านขึ้นไป (Two or more surface filling) คำนวณค่าต่างๆ ได้อยู่ระหว่าง 42.9% - 99.7% โดยค่าต่ำสุดเป็นค่าความไว (Sensitivity) และค่าสูงสุดเป็นค่าความจำเพาะ (Specificity) ต้องรักษาด้วยการทำครอบฟัน (Crown for any reason) คำนวณค่าต่างๆ ได้อยู่ระหว่าง 21.2% - 97.6% โดยค่าต่ำสุดเป็นค่าความไว (Sensitivity) และค่าสูงสุดเป็นค่าความจำเพาะ (Specificity) ต้องรักษาเนื้อเยื่อในฟันและบูรณะ (Pulp care and restoration) คำนวณค่าต่างๆ ได้อยู่ระหว่าง 23.0% - 98.8% โดยค่าต่ำสุดเป็นค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลบวก (PPV) และค่าสูงสุดเป็นค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลลบ (NPV) และต้องรักษาด้วยการถอนฟัน (Extraction) คำนวณค่าต่างๆ ได้อยู่ระหว่าง 76.4% - 99.5% โดยค่าต่ำสุดเป็นค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลบวก (PPV) และค่าสูงสุดเป็นค่าพยากรณ์ความถูกต้องของผลลบ (NPV) เมื่อเทียบกับการตรวจฟันทางคลินิก (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 แสดงค่า Sensitivity, Specificity, PPV, NPV และ Accuracy สำหรับวางแผนการรักษาของนักเรียนกลุ่มที่ 2

2 nd Group (n = 23, 644 teeth)	Sensitivity	Specificity	PPV	NPV	Accuracy
None	89.9	90.5	96.3	76.0	90.6
One surface filling	76.9	90.4	34.0	98.3	89.5
Two or more surface fillings	42.9	99.7	88.2	96.8	96.5
Crown for any reason	21.2	97.6	44.0	93.3	91.4
Pulp care and restoration	30.0	98.4	23.0	98.8	97.3
Extraction	81.3	99.4	76.4	99.5	98.9

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาระดับความน่าเชื่อถือ ความไว (Sensitivity) และความจำเพาะ (Specificity) ของกล้องภายในช่องปาก ในการตรวจฟันนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนลำดวนพิทยาคม อำเภอกะสัง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยทันตแพทย์ที่มีประสบการณ์การใช้งานกล้องภายในช่องปากและทันตแพทย์ที่ไม่มีประสบการณ์ พบว่า ทันตแพทย์ที่ไม่มีเคยมีประสบการณ์การใช้งานกล้องภายในช่องปากมีค่าความไวในการตรวจ ฟันปกติ (Sound) รอยฟันผุซึ่งขยายถึงชั้นเนื้อฟัน (Visible cavity extending into dentin) รอยอุดที่มีผุเพิ่ม (Filled with caries) และรอยอุดปราศจากรอยผุ (Filled no caries) อยู่ในระดับ 80.0% - 92.5% ในขณะที่ทันตแพทย์ที่มีประสบการณ์การใช้งานกล้องในช่องปากมีค่าความไวในการตรวจฟันปกติ (Sound) รอยฟันผุซึ่งขยายถึงชั้นเนื้อฟัน (Visible cavity extending into dentin) รอยอุดปราศจากรอยผุ (Filled no caries) อยู่ในระดับ 86.1% - 90.1% พบว่าการตรวจฟันด้วยกล้องภายในช่องปากทันตแพทย์ทั้ง 2 คน มีค่าความไวลดลงในฟันที่มีรอยขาวทึบหรือสีน้ำตาล (White opacity or brown discoloration) และฟันที่มีรอยแตกสลายของชั้นเคลือบฟัน (Enamel breakdown or dentin shadows) อาจเกิดจากข้อจำกัดของการถ่ายทอดสีของกล้องภายในช่องปากซึ่งมีความแตกต่างจากการตรวจฟันด้วยตาของทันตแพทย์ตามปกติ (Gold standard) ทำให้ความสามารถในการตรวจพบฟันที่มีรอยขาวทึบหรือสีน้ำตาล (White opacity or brown discoloration) และฟันที่มีรอยแตกสลายของชั้นเคลือบฟัน (Enamel breakdown or dentin shadows) ลดลง อย่างไรก็ตามพบว่าค่าความไวของกล้องภายในช่องปากยังคงอยู่ในระดับสูง และความจำเพาะของการใช้กล้องภายในช่องปากในการตรวจฟันของทันตแพทย์ที่มีและไม่มีประสบการณ์การใช้งานกล้องภายในช่องปากมีค่า 90.5% - 99.8% ซึ่งแสดงให้เห็นว่าหากฟันที่ได้รับการตรวจโดยกล้องภายในช่องปากว่ามีลักษณะทางคลินิกลักษณะใดลักษณะหนึ่งใน 6 ประการของการศึกษานี้ ก็มีโอกาสสูงมากที่จะพบลักษณะทางคลินิกดังกล่าว จริงๆ ในทางคลินิกผลจากการตรวจด้วยกล้องภายในช่องปากจากอาสาสมัครทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าให้ค่าความแม่นยำ (Accuracy) ในระดับ 85.4% - 99.5% แสดงให้เห็นว่ากล้องภายในช่องปากสามารถแสดงผลให้เห็นลักษณะของฟันเหมือนกับที่ทันตแพทย์ตรวจได้ทางคลินิก (Gold standard) ทั้งกรณีที่ฟันมีและไม่มีลักษณะทั้ง 6 ประการ ดังกล่าว

ผลการศึกษาระดับความน่าเชื่อถือ ความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) ของแผนการรักษา ไม่ต้องการรักษา (None) ต้องรักษาด้วยการอุดฟัน 1 ด้าน (One surface filling) ต้องรักษาด้วยการอุดฟัน 2 ด้านขึ้นไป (Two

or more surface filling) ต้องรักษาด้วยการทำครอบฟัน (Crown for any reason) ต้องรักษาเนื้อเยื่อในฟันและบุรณะ (Pulp care and restoration) ต้องรักษาด้วยการถอนฟัน (Extraction) พบว่าแผนการรักษา ไม่ต้องรับการรักษ (None) มีค่าความไวและความจำเพาะเท่ากับ 82.2%, 90.2% ในนักเรียนกลุ่มที่ 1 และมีค่าความไวและความจำเพาะเท่ากับ 89.9%, 90.5% ในนักเรียนกลุ่มที่ 2 และแผนต้องรักษาด้วยการถอนฟัน (Extraction) มีค่าความไวและความจำเพาะเท่ากับ 92.1%, 96.9% ในนักเรียนกลุ่มที่ 1 และมีค่าความไวและความจำเพาะเท่ากับ 81.3%, 99.4% ในนักเรียนกลุ่มที่ 2 ซึ่งถือได้ว่ามีความไวและความจำเพาะอยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตามพบว่า ความไวและความจำเพาะของการใช้กล้องภายในช่องปากวางแผนรักษามีระดับลดลงในส่วนของแผนต้องรักษาด้วยการอุดฟัน 2 ด้านขึ้นไป (Two or more surface filling) ซึ่งมีสาเหตุมาจากการแสดงผลของกล้องภายในช่องปากต่อฟันผุบริเวณด้านประชิด (Proximal area) ซึ่งถือเป็นเกณฑ์ตัดสินว่าฟันซี่ดังกล่าว จะได้รับการบุรณะกี่ด้าน สำหรับแผนการรักษาต้องรักษาด้วยการทำครอบฟัน (Crown for any reason) และต้องรักษาเนื้อเยื่อในฟันและบุรณะ (Pulp care and restoration) พบค่าความไวลดลงเนื่องจากการพิจารณาแผนการรักษาทั้งในส่วนของการทำครอบฟัน และการรักษารากจำเป็นต้องมีการตรวจทางคลินิกอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น การตรวจด้วยการเคาะและการเป่าลมร่วมด้วย นอกเหนือจากการมองด้วยสายตาแต่เพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตามความแม่นยำการตรวจเพื่อวางแผนการรักษาด้วยกล้องภายในช่องปากอยู่ในระดับสูงสอดคล้องกับการศึกษาในอดีตที่ผ่านมา⁽⁵⁾

ระยะเวลาเฉลี่ยที่ทันตแพทย์ใช้ในการตรวจฟันอาสาสมัคร 1 คน เท่ากับ 6.4 นาที สำหรับทันตแพทย์ที่ไม่เคยมีประสบการณ์การใช้งานกล้องภายในช่องปาก และเท่ากับ 3.9 นาที สำหรับทันตแพทย์ที่มีประสบการณ์การใช้งานกล้องภายในช่องปาก ขณะที่ทันตแพทย์ทั้ง 2 คน ใช้เวลาเฉลี่ยในการตรวจฟันทางคลินิกตามปกติเท่ากับ 2.8 นาที และ 2.5 นาที ตามลำดับ จะพบว่าทันตแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการใช้งานกล้องในช่องปากใช้เวลาเฉลี่ยในการตรวจด้วยกล้องน้อยกว่าทันตแพทย์ที่ไม่มีประสบการณ์ถึง 40% ถึงแม้ภาพจากกล้องภายในช่องปากในปัจจุบันจะให้คุณภาพของภาพในระดับความละเอียดสูง (High definition) มีแหล่งกำเนิดแสงในตนเองและมีระยะโฟกัสที่เหมาะสมกับการใช้งานในช่องปาก แต่ยังคงมีความสั่นไหวของภาพขณะใช้งานสูง ขึ้นกับความชำนาญของผู้ถือกล้องและประสบการณ์ของทันตแพทย์ที่รับชมภาพที่ถ่ายทอดจากกล้อง ซึ่งเกี่ยวข้องกับประสบการณ์การใช้กล้องภายในช่องปากของทันตแพทย์

จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การตรวจฟันนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนลำดวนพิทยาคมด้วยกล้องภายในช่องปากโดยทันตแพทย์ที่มีและไม่มีประสบการณ์การใช้งานกล้องภายในช่องปาก มีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบกับ การตรวจทางคลินิกปกติ สอดคล้องกับการศึกษาในอดีต^(3,6-7)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ผลการศึกษาของงานวิจัยนี้เป็นการศึกษารอยโรคฟันผุและการวางแผนการรักษาด้วยกล้องภายในช่องปาก ในนักเรียนจำนวนทั้งสิ้น 38 คน สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปต่อยอดเพื่อหาประสิทธิภาพของกล้องภายในช่องปาก ในการตรวจลักษณะภายในช่องปากอื่นๆ เช่น สภาวะเหงือกอักเสบ รอยโรคในช่องปากต่างๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความน่าเชื่อถือของการใช้กล้องภายในช่องปากในการตรวจฟันเมื่อเทียบกับการตรวจฟันปกติ อันจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการตรวจฟันด้วยกล้องภายในช่องปากเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจฟัน สำหรับประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล กลุ่มผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ต้องขังและผู้ด้อยโอกาสต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักทันตสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2567.
2. วริศา พานิชเกรียงไกร, อังคณา สมน์สทวิชัย, กัญจนา ดิษยาธิคม, สุพล ลิ้มวัฒนานนท์และจุฬารักษ์ ลิ้มวัฒนานนท์. การใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทย: ผลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2560; 11(2): 170-81.
3. Bharathi M Purohit , Abhinav Singh , Ashish Dwivedi. Utilization of teledentistry as a tool to screen for dental caries among 12-year-old school children in a rural region of India. J Public Health Dent. 2017; 77(2): 174-180.
4. Giraudeau N, Inquimbert C, Delafoy R, Tramini P, Valcarcel J, Meroueh F. Teledentistry, new oral care tool for prisoners. Int J Prison Health. 2017; 13(2): 124-34.
5. Sean W McLaren, Dorota T Kopycka-Kedzierawski, Jed Nordfelt. Accuracy of teledentistry examinations at predicting actual treatment modality in a pediatric dentistry clinic J Telemed Telecare. 2017; 23(8): 710-715.
6. Machuca Vargas CA. Diagnostic accuracy for caries detection of digital images using an intraoral camera in a primary school setting: a pilot study. 2023. Abstract from 27th EADPH 2023 Congress-European Association of Dental Public Health, Riga, Latvia.
7. Alzayyat NA, Hafez RM, Yassen AA, Ibrahim SH. Accuracy of the Light-induced Fluorescent Intraoral Camera in Occlusal Caries Detection. J Contemp Dent Pract. 2021 Apr 1;22(4):365-372. PMID: 34267005.
8. Kalyana Chakravarthy Pentapati, Preetinanda Mishra, Mehrshad Damania, Siddharth Narayanan, Garima Sachdeva, and Geetanshu Bhalla. Reliability of intra-oral camera using teledentistry in screening of oral diseases – Pilot study. Saudi Dent J. 2017; 29(2): 74–77.
9. Pathik Mehta, Roy Byun, Anthony Blinkhorn. Assessment of the use of an intra-oral camera for epidemiological caries research. J Dent Health Oral Disord Ther. 2017; 8(6): 614-618.
10. Nourhan M. Aly, Mona K. El Kashlan, Nicolas Giraudeau, Maha El Tantawi. Comparison of Intraoral Cameras and Smartphones in Early Childhood Caries Detection: A Diagnostic Accuracy Study. Journal of Evidence Based Dental Practice. DOI:10.1016/j.jebdp.2024.102041

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

340 ถนนสุรนารายณ์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา 30000

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