



สารธารณสุขล้านนา

LANNA PUBLIC HEALTH JOURNAL

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

- ▶ ปัจจัยทำนายนายการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีพหุพลังของเกษตรกรก่อนวัยสูงอายุ อำเภอลำปาง
- ▶ ประสิทธิผลของการใช้ชุดการสื่อสารเรื่องโรคไข้มาลาเรียและภาวะพร่องเอนไซม์จีซิกพีดี สำหรับนักเรียนระดับประถมศึกษาในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน จังหวัดแม่ฮ่องสอน
- ▶ ข้อเสนอเชิงนโยบายการพัฒนากระบวนการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับเคลื่อนสู่การลดภาระ
- ▶ เพื่อความปลอดภัยทางท้องถนนของประเทศไทย
- ▶ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลหวานของเด็กรุ่นเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในอำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี
- ▶ ประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อการปฏิบัติการจัดการโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจของครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
- ▶ ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคปอดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพะเยา
- ▶ ประสิทธิผลของโปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลงเจน อำเภอกุกามยาว จังหวัดพะเยา
- ▶ ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปายาง จังหวัดนครศรีธรรมราช
- ▶ อัตราการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่
- ▶ การศึกษาเปรียบเทียบผลของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการในคลินิกหมอครอบครัวสันป้อ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอแม่เมาะ จังหวัดเชียงใหม่
- ▶ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนที่มารับบริการโรงพยาบาลคลองอำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต
- ▶ ความรอบรู้ด้านโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และดัชนีมวลกายของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
- ▶ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ : ผลลัพธ์ของความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง.

วารสารสาธารณสุขล้านนา

คณะที่ปรึกษา

นพ.ศุภชัย	ฤกษ์งาม	ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค	
นพ.อรรถพล	ชีพสัตยากร	สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ	กรมควบคุมโรค
นพ.วิวัฒน์	โรจนพิทยากร	นักวิชาการอิสระ	
รศ.ดร.นิมิตร	มรกต	คณะแพทยศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พญ.เสาวนีย์	วิบูลสันติ	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1	จังหวัดเชียงใหม่

บรรณาธิการ

นายแพทย์สุรเชษฐ์	อรุณทอง	รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่
------------------	---------	---

รองบรรณาธิการ

ดร.นารณดา	ขันธิกุล	รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่
-----------	----------	---

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.ปิยะรัตน์	บุตราภรณ์	คณะเวชศาสตร์เขตร้อน	มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.จรรณิต	แก้วกังวาล	คณะเวชศาสตร์เขตร้อน	มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.พญ.สารนาถ	ลือพลศรี นิยม	คณะเวชศาสตร์เขตร้อน	มหาวิทยาลัยมหิดล
ศ.ดร.ธีรภาพ	เจริญวิริยะภาพ	คณะเกษตร	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ศ.ดร.สมเดช	ศรีชัยรัตน์กุล	คณะแพทยศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.ดร.ปรัชญา	สมบุญ	คณะแพทยศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.ดร.เพ็ญประภา	ศิริโรจน์	คณะแพทยศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.นพ.เกรียงไกร	ศรีธนวิบูลย์ชัย	คณะแพทยศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.ดร.อดิพร	แซ่ฮ้าง	คณะแพทยศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ.ดร.นพ.ชัยสิริ	อังกรวราภรณ์	คณะแพทยศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ศ.ดร.สาคร	พรประเสริฐ	คณะเทคนิคการแพทย์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ.ดร.รังสิยา	นารินทร์	คณะพยาบาลศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.ดร.วรภรณ์	บุญเชียง	คณะสาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.ดร.จักรกฤษณ์	วังราษฎร์	คณะสาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ.ดร.สินีนาน	ชาวตระการ	คณะสาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ.ดร.ทนพ.ยุทธนา	หมั่นดี	คณะเทคนิคการแพทย์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
นางศุภธินี	วัฒนกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่	
นพ.ปณิธิ	ธัมมวิริยะ	สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ	กรมควบคุมโรค
นพ.เจริญ	ชูโชติถาวร	สถาบันโรคทรวงอก	กรมการแพทย์
ดร.ประยุทธ์	สุดาทิพย์	กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง	กรมควบคุมโรค
พญ.ศณิษา	ต้นประเสริฐ	โรงพยาบาลลำปาง	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
นพ.นัฐพงษ์	เอกรักษ์รุ่งเรือง	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่	
นพ.วาทิ	สิทธิ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่	
พญ.มนัสวินี	ภูมิวัฒน์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่	
ดร.อังคณา	แซ่เจ็ง	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่	
นพ.ชูสกุล	พิริยะ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่	
ผู้จัดการ	นางสาวเรณูภา	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่	
	นางสาวอรรณ	นามวงศ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่

คณะตรวจสอบเนื้อหาและพิสูจน์อักษร

นางสาวธัญญาพรรณ	เรือนทิพย์	นายอิสระพงศ์	เฟลิทเพลิน	นายกิตติกานต์	แก้วเรือน
นางนภัสสรณ์	บงจกร	นางสาวปริญญาภรณ์	โรจนเศรษฐากุล		
นางสาวกุลวดี	จันทร์ศร	นางสาววรัญญา	นาแหลม		

เจ้าของ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ (กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย)
 เลขที่ 143 ถนนศรีดอนไชย ตำบลช้างคลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50100
 โทรศัพท์ 053-140774 - 6 ต่อ 202 หรือ 206 โทรสาร 053-140773, 053-271789
 E-mail: lannadpc10@gmail.com

Website: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/index>

กำหนดออก ปีละ 2 ครั้ง หรือ ราย 6 เดือน (มกราคม - มิถุนายน, กรกฎาคม - ธันวาคม)



วารสารสาธารณสุขล้านนา

LANNA PUBLIC HEALTH JOURNAL

E-ISSN 2672-930X

ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2567

Volume 20 No. 2 July – December 2024

สารบัญ	หน้า PAGE	CONTENTS
นิพนธ์ต้นฉบับ		Original Article
ปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุ ที่มีพหุพลังของเกษตรกรก่อนวัยสูงอายุ อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง <i>จุฑามาศ สิงห์แก้ว และคณะ</i>	1	Predictive Factors of Preparedness for Being an Active Ageing among Pre-Aging Agriculturist in Thoen District, Lampang Province <i>Chuthamat Singkaew, et al.</i>
ประสิทธิผลของการใช้ชุดการสื่อสารเรื่องโรคไข้มาลาเรีย และภาวะพร่องเอนไซม์จี 6 พี ดี สำหรับนักเรียน ระดับประถมศึกษาในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน จังหวัดแม่ฮ่องสอน <i>ธัญญาพรรณ เรือนทิพย์ และคณะ</i>	14	Effectiveness of a Communication Package regarding Malaria and G6PD Deficiency among Primary School Students in Border Patrol Police Schools, Mae Hong Son Province <i>Thunyapan Ruanthip, et al.</i>
ข้อเสนอเชิงนโยบายการพัฒนากระบวนการประเมิน ความพร้อมทางการแพทย์ในการขับเคลื่อนสู่มาตรฐาน เพื่อความปลอดภัยทางท้องถนนของประเทศไทย <i>ภคินี สิริบุษกะ และคณะ</i>	26	Policy Proposals for Development of Assessing Medical Fitness to Drive System for Road Safety in Thailand <i>Puckanee Siripuchaka, et al.</i>
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มี น้ำตาลรสหวานของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน ในอำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี <i>อดิศักดิ์ อินคำ และคณะ</i>	39	Effect of the Family Participation Enhancing Program on Family Practices in Sugar-Sweetened Beverages Management among School-Age Children with Overweight in Mueang District, Pathum Thani <i>Adisak Inkham, et al.</i>
ประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ต่อการปฏิบัติคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดิน หายใจของครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก <i>สุประวีณ์ วิภูศิริ และคณะ</i>	51	Effectiveness of an Experiential Learning Program on Respiratory Tract Infection Screening Practice of Teachers in Child Development Centers <i>Suprawee Viphusiri, et al.</i>

สารบัญ (ต่อ)	หน้า PAGE	CONTENTS
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรคปอดของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพะเยา <i>จิราวรรณ ศรีทองพิมพ์ และคณะ</i>	62	Effects of Health Literacy Promotion Program on Health Literacy related Pulmonary Tuberculosis Prevention among Village Health Volunteers, Phayao Province <i>Jirawan Sritongpim, et al.</i>
ประสิทธิผลของโปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ ในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและ ค่าความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลดงเจน อำเภอกงเมย จังหวัดพะเยา <i>ธัญญ์ณภัสร์ ไชยมงคล และคณะ</i>	74	Effectiveness of Applying the Protection Motivation Theory to Self-care Behavior and Blood Pressure Levels of High Blood Pressure Risk Group in Dongjen Sub District, Phukamyao District, Phayao Province <i>Thanannaphat Chaimongkhon, et al.</i>
ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้าน สุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่ายาง จังหวัดนครศรีธรรมราช <i>สิตา ฤทธิธรรม และคณะ</i>	88	Effectiveness of Health Literacy Program on Self-care Behavior and Glycemic Control in Diabetic Patients of Ban Pa Yang Health Promoting Hospital in Nakhon Si Thammarat Province <i>Sita Riththatham, et al.</i>
อัตราการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำในคลินิกโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ <i>พนนารา อธิเชียว และคณะ</i>	102	Rates of Recurrent Syphilis Infection in Sexually Transmitted Diseases Clinic, Office of Disease Prevention and Control Region 1, Chiang Mai <i>Phonnara Tikiaw, et al.</i>
การศึกษาเปรียบเทียบผลของการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ที่รับบริการในคลินิกหมอครอบครัวสันป้อ และ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอแม่เมาะ จังหวัด เชียงใหม่ <i>พรทิพย์พา ถวี</i>	113	Comparative Studies of Treatment Outcomes for Diabetic Patients between Primary Care Cluster (PCC) San Po and Primary Care Service Network, Mae-Ai District, Chiang Mai Province <i>Pornthippa Tawee</i>

สารบัญ (ต่อ)	หน้า PAGE	CONTENTS
ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ ของประชาชนที่มารับบริการโรงพยาบาลคลอง อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต <i>อับเซาะ นวลน้อย และอารยา ข้อยคำ</i>	125	Health Beliefs and Antibiotic Use Behaviors among People attending Chalong Hospital, Mueang District, Phuket Province <i>Abzoh Nualnoi and Araya Khoka</i>
ความรู้ด้านโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และดัชนีมวลกายของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏ บ้านสมเด็จเจ้าพระยา <i>อลงกต ประสานศรี และคณะ</i>	139	Nutrition Literacy, Food Consumption Behaviors and Body Mass Index of Students in Bansomdejchaopraya Rajabhat University <i>Alongkot Prasansri, et al.</i>
การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: ผลลัพธ์ของ ความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง <i>บุษกร แก้วเขียว และคณะ</i>	152	A Systematic Review Literature: Result of Health literacy in Hypertensive Patients <i>Budsakorn Kaewkhieo, et al.</i>

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสาธารณสุขล้านนา ยินดีรับบทความวิชาการและผลงานวิชาการที่เกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม และภัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยเน้นเรื่องการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้แก่หน่วยงานด้านการแพทย์ สาธารณสุข และผู้สนใจ โดยเรื่องที่จะรับตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์มาก่อน ทั้งนี้กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขต้นฉบับ และพิจารณาตามลำดับก่อน หลัง และตามหลักเกณฑ์คำแนะนำดังต่อไปนี้

หลักเกณฑ์การส่งเรื่องเพื่อตีพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า หรือวิจัย การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน บทคัดย่อ คำสำคัญ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์

บทความวิชาการทั่วไป (General article) ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ โดยเรียบเรียงจากวารสาร หรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน บทคัดย่อ คำสำคัญ บทนำ ความรู้โรคที่นำมาเขียน อภิปรายผล กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) และเอกสารอ้างอิง ความยาวไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์

รายงานผู้ป่วย (Case report) เป็นรายงานผู้ป่วยที่ไม่ค่อยพบได้บ่อย หรือไม่เคยพบมาก่อนประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน บทคัดย่อ คำสำคัญ บทนำ รายงานผู้ป่วย อภิปรายผล กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) และเอกสารอ้างอิง ความยาวไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์

การสอบสวนโรค (Outbreak investigation) เป็นรายงานการสอบสวนทางระบาดวิทยานำเสนอข้อคิดเห็นแก่ผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นองค์ความรู้และแนวทางในการสอบสวนโรคประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน บทคัดย่อ คำสำคัญ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) และเอกสารอ้างอิง ความยาวไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์

2. การเตรียมต้นฉบับเพื่อลงตีพิมพ์

2.1 ขนาดของต้นฉบับ พิมพ์หน้าเดียวโดยเว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านละ 1 นิ้ว ระยะบรรทัด 1 บรรทัด เพื่อสะดวกในการอ่านและปรับตรวจแก้ไขภาพประกอบ เป็นภาพสี หรือขาวดำ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหากใต้ภาพ ความยาวไม่เกิน 15 หน้า

2.2 ต้นฉบับเป็นภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษ ความยาวเรื่องไม่เกิน 15 หน้า ประกอบด้วยหัวข้อและเรียงลำดับให้ถูกต้อง ดังนี้ บทคัดย่อ (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) บทนำ วิธีการศึกษา (สำหรับงานวิจัยที่ทำในมนุษย์ให้แจ้งหมายเลขการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้วย) ผลการศึกษา อภิปรายผล เอกสารอ้างอิง รวมทั้งตารางและรูป

2.3 ต้นฉบับ จะต้องประกอบด้วยหัวข้อ ดังต่อไปนี้

ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อหา ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้ใช้คำเต็ม มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ปริญญา หรือคุณวุฒิใช้ตัวย่อที่เป็นสากลทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อหน่วยงาน ให้ใช้คำเต็ม มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทคัดย่อ คือ การย่อเนื้อหาสำคัญ เฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ให้พิมพ์ใน 1 ย่อหน้า ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด หรือไม่เกิน 300 คำ ประกอบด้วย บทนำ (ความสำคัญและความเป็นมา) วัตถุประสงค์ วัสดุ (กลุ่มตัวอย่าง) วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และบทสรุป หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีโครงสร้างกำกับ ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ หรือ คำหลัก (Key words) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject index)

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วิธีการศึกษา อธิบายถึงวัสดุและวิธีการดำเนินการวิจัย รูปแบบ สถานที่ ระยะเวลาที่ศึกษา วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย มาตรฐาน หรือวิธีการที่ใช้ ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผลการศึกษา อธิบายจากสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์ แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมุติฐานที่วางไว้ อ่านทำความเข้าใจง่าย ผลต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา บรรยายเป็นร้อยแก้ว ถ้ามีตัวเลขมาก ตัวแปรมากให้ใช้ตาราง และแปลความหมายของผลที่พบ หรือวิเคราะห์จากตาราง แสดงเฉพาะที่สำคัญๆ ตารางพิมพ์แยกต่างหาก เรียงลำดับก่อน-หลัง ตามที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง และมีคำอธิบายเพิ่มเติมในตารางภาพประกอบ

อภิปรายผล ควรเขียนการอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมุติฐาน/วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ เพียงใด เหมือนหรือแตกต่างจากผู้อื่นหรือไม่ เหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น เน้นเฉพาะสำคัญและใหม่ๆ ไม่ควรนำเนื้อหาในบทนำ หรือผลการศึกษา มากล่าวซ้ำในบทวิจารณ์ ควรแสดงข้อเด่น ข้อบกพร่องของการศึกษารวมทั้งข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคต และควรอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย สรุปให้ตรงกับผลที่ต้องการจากวัตถุประสงค์

ข้อเสนอแนะ ควรเขียนข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ที่สอดคล้องกับผลการศึกษา หรือข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษากครั้งต่อไป ควรสั้นกระชับรัด

กิตติกรรมประกาศ เขียนขอบคุณสั้นๆ ต่อผู้ร่วมวิจัยและขอบคุณหน่วยงาน หรือบุคคลที่สนับสนุนวิจัยทั้งด้านวิชาการและทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง

สำหรับบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขสุพรรณบุรี กองบรรณาธิการกำหนดให้ผู้เขียนรวบรวมเอกสารอ้างอิงเฉพาะรายการเอกสารที่ถูกรวบรวมไว้ในส่วนเนื้อเรื่องเท่านั้น ภายใต้หัวข้อ "เอกสารอ้างอิง" สำหรับบทความภาษาไทย และ "References" สำหรับบทความภาษาอังกฤษ หลักเกณฑ์การเขียนเอกสารอ้างอิงกำหนดให้ผู้เขียนใช้แบบ APA citation style (American Psychological Association Citation Style) และผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง

1. การเขียนเอกสารอ้างอิงในเอกสารหลัก หรือการอ้างอิงในเนื้อหาบทความ (citations in text) ใช้ระบบนาม-ปี ดังนี้ ให้วงเล็บชื่อผู้แต่ง ใส่เครื่องหมายจุลภาค (,) ตามด้วยปี พ.ศ. ที่เผยแพร่ เช่น ภาษาไทย (ธีระ รามสูต และคณะ, 2526) ภาษาอังกฤษ (Ramasoota *et al.*, 1983)

2. การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ ใช้ระบบอ้างอิง APA ผู้เขียนภาษาไทยให้เรียงชื่อนามสกุล ถ้าเป็นภาษาอังกฤษให้เรียงนามสกุล ชื่อ หากเป็นภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อวารสารเต็มตามหนังสือ Index Medicus โดยเรียงลำดับการอ้างอิงตามลำดับตัวอักษร และให้การอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยขึ้นก่อน รายละเอียดดังรูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

3. การเตรียมต้นฉบับเพื่อการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

3.1 รูปแบบและขนาดอักษรที่ใช้ในรื่องกำหนดไว้ดังนี้

ต้นฉบับภาษาไทย – Font: Cordia UPC ระยะห่าง 1 บรรทัด

ชื่อเรื่องพิมพ์ตัวหนา ขนาด 18

ชื่อผู้แต่ง หน่วยงานที่สังกัด และหัวข้อเรื่องพิมพ์ตัวหนา ขนาด 16

และเนื้อเรื่องพิมพ์ตัวปกติ ขนาด 16

ต้นฉบับภาษาอังกฤษ – Font: Cordia UPC ระยะห่าง 1 บรรทัด

ชื่อเรื่องพิมพ์ตัวหนา ขนาด 18

ชื่อผู้แต่ง หน่วยงานที่สังกัด และหัวข้อเรื่องพิมพ์ตัวหนา ขนาด 16

และเนื้อเรื่องพิมพ์ตัวปกติ ขนาด 16

3.2 ตารางและรูปเขียนเป็นภาษาไทย หรืออังกฤษ เรียงลำดับตามเนื้อหา โดยจำนวนตารางและรูปภาพรวมกันไม่เกิน 5

3.3 การอ้างอิงเอกสารในเนื้อหา ใช้ระบบนาม-ปี ผู้นิพนธ์ต้องรับผิดชอบต่อความถูกต้องของเอกสารอ้างอิงทุกเรื่องจากตัวจริง หรือสำเนาตัวจริง ไม่ควรอ้างอิงเอกสารที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์ อ้างอิงตามรูปแบบ APA หากเป็นเรื่องที่มีผู้นิพนธ์มากกว่า 6 คนขึ้นไป ให้ใส่เฉพาะชื่อแรกและตามด้วย "และคณะ" ใช้ชื่อของวารสารตามที่กำหนดใน List of Journals Indexed in Index Medicus (ดูตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิงในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง)

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 การส่งเรื่องตีพิมพ์ ส่งทางเว็บไซต์ เท่านั้น*** <https://www.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/>

4.2 กรณีต้องการติดต่อกองบรรณาธิการ สามารถติดต่อได้หลายช่องทาง ดังนี้

4.2.1 ติดต่อด้วยเอกสารส่งทางไปรษณีย์ ถึง

กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขสุลลันนา

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ (กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย)

เลขที่ 143 ถนนศรีดอนไชย ตำบลช้างคลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50100

โทรศัพท์ 0 5314 0774 - 6 ต่อ 202, 206 โทรสาร 0 5314 0773, 0 5327 1789

4.2.2 ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ E-mail address: lannadpc10@gmail.com

4.3 ผู้นิพนธ์จะต้องส่ง File ผลงานวิชาการเข้าไปในเว็บไซต์เพื่อการลงทะเบียนบทความเพื่อขอรับการตีพิมพ์ และส่งไฟล์ที่แก้ไขตามคำแนะนำของ Peer review พร้อมทั้ง Highlight ในส่วนที่ได้แก้ไขตามคำแนะนำ และตอบคำถามของ Peer review โดยแยกออกจากไฟล์ฉบับแก้ไขใหม่ บันทึกด้วยโปรแกรม Microsoft Word ให้กองบรรณาธิการ ภายในวันที่กำหนด ผ่านทางเว็บไซต์ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/> เท่านั้น

4.4 การพิจารณาตีพิมพ์ ผลงานจะได้รับการตีพิมพ์เมื่อผู้เชี่ยวชาญพิจารณาบทความมีความเห็นให้ตีพิมพ์ได้ อย่างน้อย 2 ใน 3 โดยไม่เก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ และจะส่งให้ Peer review ไม่น้อยกว่า 3 ท่าน ร่วมพิจารณา โดยไม่เปิดเผยชื่อผู้นิพนธ์ และ Peer review (Double-blind Peer Review)

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ ผู้เขียนสามารถ Download เอกสาร ได้ที่เว็บไซต์

<https://www.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/>

ความรับผิดชอบ

1. วารสารสาธารณสุขสุลลันนาได้จัดทำเป็นแบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ กรณีที่ผู้นิพนธ์ต้องการเล่มวารสาร ผู้นิพนธ์สามารถจัดทำสำเนาได้ด้วยตนเอง

2. บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขสุลลันนา ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการ หรือการวิจัย ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจำเป็นต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน และปฏิบัติตามจริยธรรมในการตีพิมพ์ของวารสารสาธารณสุขสุลลันนา

การเขียนเอกสารอ้างอิง

ให้อ้างอิงเอกสารภาษาไทยก่อนภาษาต่างประเทศเรียงลำดับตามตัวอักษร

3.1 การอ้างอิงในเนื้อหาวารสาร โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอน

ผู้แต่ง	การอ้างอิง นอกวงเล็บครั้งแรก	การอ้างอิง นอกวงเล็บครั้งที่สอง เป็นต้นไป	การอ้างอิง ในวงเล็บครั้งแรก	การอ้างอิง ในวงเล็บครั้งที่สอง เป็นต้นไป
1 คน	Vardy (2015)	Vardy (2015)	(Vardy, 2015)	(Vardy, 2015)
2 คน	Vardy and Stone (2014)	Vardy and Stone (2014)	(Vardy & Stone, 2014)	(Vardy & Stone, 2014)
3 คนขึ้นไป	Vardy <i>et al.</i> (2014)	Vardy <i>et al.</i> (2014)	(Vardy <i>et al.</i> , 2014)	(Vardy <i>et al.</i> , 2014)
องค์กร/ หน่วยงาน	World Health Organization (WHO, 2015)	WHO (2015)	(World Health Organization [WHO], 2015)	(WHO, 2015)
พจนานุกรม	ราชบัณฑิตยสถาน (2538)		(ราชบัณฑิตยสถาน, 2538)	
ราชกิจจานุเบกษา	พระราชบัญญัติมาตรการของฝ่ายบริหารในการป้องกัน และปราบปรามการทุจริต (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. 2559 (2559)		(พระราชบัญญัติมาตรการของฝ่ายบริหารในการป้องกัน และปราบปรามการทุจริต (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. 2559, 2559)	

- การอ้างอิงเอกสารมากกว่าหนึ่งเรื่องของผู้แต่งต่างกัน

เรียงลำดับตามอักษรชื่อผู้แต่งคั่นด้วยเครื่องหมายอัฒภาค (;) กรณีที่เอกสารทั้งภาษาไทยและภาษาต่างประเทศถูกอ้างพร้อมกัน ให้เริ่มทำงานเขียนภาษาไทยก่อน และตามด้วยภาษาอังกฤษ

ตัวอย่างเช่น

(Miller, 1999; Shafranske & Mahoney, 1998)

(กัลยา วานิชย์บัญชา, 2562; สังวรณ จิตกระโทก, 2557)

(อนุชาติ บุณนาค, 2549; Campbell, 2006)

- การอ้างอิงเอกสารมากกว่าหนึ่งเรื่องที่มีผู้แต่งซ้ำกัน ปีพิมพ์ต่างกัน

ให้ระบุชื่อผู้แต่งในการอ้างครั้งแรก หลังจากนั้นลงเฉพาะปีพิมพ์โดยเรียงลำดับเอกสารตามปีพิมพ์คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค ตัวอย่างเช่น

(Gogel, 1996, 2006)

(Edeline & Weinberger, 1991, 1993)

(บุญยงค์ เกศเทศ, 2516, 2520, 2523)

3.2 การเขียนเอกสารอ้างอิง

- การอ้างอิงจากวารสาร

ชื่อผู้แต่ง (ใช้ชื่อสกุลเต็ม ตามด้วยอักษรย่อของชื่อ). (ปี พ.ศ. สำหรับเอกสารภาษาไทย หรือ ค.ศ. สำหรับเอกสารภาษาอังกฤษ). ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร, ปีที่พิมพ์ (ฉบับที่พิมพ์), หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

McCombie, S. C. (1996). Treatment seeking for malaria: a review of recent research. *Social Science & Medicine*, 43(6), 933-945.

นารลดา ชันธิกุล, อังคณา แซ่เจ็ง, ประยุทธ์ สุดาทิพย์ และสุรเชษฐ์ อรุโณทอง. (2561). การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุในการรับสถานการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากภัยพิบัติทางธรรมชาติในภาคเหนือประเทศไทย. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 14(2), 1-12.

ในกรณีที่บทความวิชาการที่เข้าถึงโดยระบบ Online (Journal article on the Internet)

ตัวอย่าง

นารลดา ชันธิกุล, ประยุทธ์ สุดาทิพย์, อังคณา แซ่เจ็ง, รุ่งระวี ทัพย์มนตรี และวรรณภา สุวรรณเกิด. (2556). ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออกในภาคเหนือตอนบนประเทศไทย. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 9(1), 21-34. [สืบค้นเมื่อ 5 พฤษภาคม 2556];
แหล่งข้อมูล: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/article/view/190223>

Khantikul, N., Sudathip, P., Saejeng, A., Tipmontree, R., & Suwonkerd, W. (2013). Social and Environmental Factors Affect Dengue Hemorrhagic Fever Epidemics in Upper Northern Thailand. *Lanna Public Health Journal*, 9(1), 21-34. [cited 2013 May 5]; Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/article/view/190223>

ในกรณีที่ผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่รายชื่อผู้แต่งทุกคนขึ้นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แต่ถ้าเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อ 3 คนแรก แล้วเติม *et al.* ถ้าเป็นภาษาไทย เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อ 3 คนแรก แล้วเติม และคณะ

● การอ้างอิงหนังสือ ตำรา หรือรายงานการวิจัย

ชื่อผู้แต่ง ชื่อสกุล (อักษรย่อของชื่อหน่วยงาน). (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ. (พิมพ์ครั้งที่). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences*. (6th ed.). New York: John Wiley & Sons.

พินิจ ทัพย์มณี. (2553). การวิเคราะห์ปัญหาทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการตายของประเทศไทย (รายงานการวิจัย). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.

หมายเหตุ: (พิมพ์ครั้งที่) ให้ระบุตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป

● การอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา:

ชื่อผู้เขียน ชื่อสกุล. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. ใน: (ชื่อบรรณาธิการ), บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. (พิมพ์ครั้งที่). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

ณัฐฉัตร พันธ์มั่ง, ศิริลักษณ์ จิตต์ระเปียบ, เมตตา คำพิบูลย์ และคณะ. (2556). โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.

ใน: ณัฐฉัตร พันธ์มั่ง, นิตยา พันธุ์เวทย์ และวิภาวดี คำภา, บรรณาธิการ. คู่มือการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.). (พิมพ์ครั้งที่ 3).

กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 13-56.

หมายเหตุ: (พิมพ์ครั้งที่) ให้ระบุตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป

- การอ้างอิงรายงานการประชุม/สัมมนา (Conference proceedings)

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม.เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

วรวัฒน์ ชุมสาย ณ อยุธยา, สุพจน์ วุฒิการณ์, ธนู พลอยล้อมแสง, สมัคร อนุตระกูลชัย และสุริธร สุนทรพันธ์. (2530). แนวโน้มของอุบัติการณ์ของโรคนี้ในทางเดินปัสสาวะ ในช่วง 3 ทศวรรษ ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. การสัมมนาแห่งชาติเรื่องนีวทางเดินปัสสาวะและ renal tubular acidosis ครั้งที่ 1; วันที่ 14-15 ธันวาคม 2530; ขอนแก่นไฮเต็ล จังหวัดขอนแก่น. กรุงเทพมหานคร: เมติคัลมีเดีย.

- การอ้างอิงวิทยานิพนธ์

ชื่อผู้เขียน. (ปีที่รับปริญญา). ชื่อเรื่อง. ชื่อปริญญา. ภาควิชา คณะ. เมือง: มหาวิทยาลัย.

ตัวอย่าง

กรกช วิจิตรจรัสแสง. (2557). สถานการณ์และปัจจัยสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการระบาดของโรคไข้เลือดออก จังหวัดลำปาง ระหว่างปี 2546 – 2555. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. คณะสาธารณสุขศาสตร์. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- บทความอิเล็กทรอนิกส์ทั่วไป

ชื่อผู้เขียน. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ [ประเภทสื่อ]. [สืบค้นเมื่อ/cited ปีเดือน วันที่]; แหล่งข้อมูล/Available from: <http://.....>

ตัวอย่าง

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). สถิติสาธารณสุข 2553 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 18 กุมภาพันธ์ 2563]; แหล่งข้อมูล:

https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic53.pdf

Capinera, J. L. (2005). Abbott's Formula. Encyclopedia of entomology [online]. [cited 2020 May 15]; Available from:

https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007%2F0-306-%0948380-7_4

- การอ้างอิงอื่นๆ

ราชบัณฑิตสถาน. (2538). พจนานุกรมราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2525. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์, 545.

พระราชบัญญัติมาตรการของฝ่ายบริหารในการป้องกัน และปราบปรามการทุจริต (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. 2559. (2559, 29 เมษายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 133 ตอนที่ 38 ก. หน้า 39-48.

ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่องหลักเกณฑ์การกำหนดชื่อปริญญา พ.ศ. 2549. (2549, 1 มิถุนายน).

ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 123 ตอนที่ 54 ง. หน้า 89-109.

สำนักงานสถิติจังหวัดลำปาง. (2562). จำนวนประชากรจากการทะเบียน จำแนกตามเพศ และหมวดอายุ เป็นรายอำเภอ พ.ศ.2562. (เอกสารอัดสำเนา).

ปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ของเกษตรกรก่อนวัยสูงอายุ อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง

Predictive Factors of Preparedness for Being an Active Ageing Among Pre-Aging Agriculturist in Thoen District, Lampang Province

จุฑามาศ สิงห์แก้ว* ส.ม. (สาธารณสุขและการพัฒนา
อย่างยั่งยืน)

Chuthamat Singkaew* M.P.H. (Public Health and
Sustainable Development)

สุรางค์รัตน์ พ้องพาน** *** วท.ด. (ระบาดวิทยาคลินิก)

Surangrat Pongpan** *** Ph.D. (Clinical
Epidemiology)

สยามภู ไสทา** ป.ด. (อายุรศาสตร์เขตร้อน)

Sayambhu Saita** Ph.D. (Tropical Medicine)

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง

Master of Public Health student, Faculty of Public Health, Thammasat University, Lampang Campus

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง

Faculty of Public Health, Thammasat University, Lampang Campus

*** หน่วยวิจัยด้านสิ่งแวดล้อม สุขภาพและระบาดวิทยาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Thammasat University Research Unit in Environment, Health and Epidemiology

Received: May 7, 2024

Revised: Jul 27, 2024

Accepted: Nov 29, 2024

บทคัดย่อ

ประชากรสูงอายุไม่เพียงแต่เผชิญกับการเตรียมความพร้อมรับภาวะฉุกเฉินแต่ยังต้องเผชิญกับการตามให้ทันเทคโนโลยีใหม่ การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม สังคม และปัจจัยด้านพฤติกรรมที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพกายและจิตใจ การศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อม และปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพของเกษตรกรก่อนวัยสูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือเกษตรกร อายุ 50-59 ปี คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนจากฐานข้อมูลของเกษตรกรที่ขึ้นทะเบียนปี 2565 จำนวน 316 คน อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อม เพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพด้วยสถิติ Multivariable ordinal logistic regression ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.96 มีทัศนคติต่อการสูงวัยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.82 การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 51.58 และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 86.39 ปัจจัยที่สามารถทำนายการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ได้แก่ การศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป (AOR=3.97, 95% CI=1.04-15.21, $p<0.05$) อายุ 50-54 ปี (AOR=1.82, 95% CI=1.05-3.17, $p<0.05$) การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุระดับสูง (AOR=21.73, 95% CI=2.69-175.26, $p<0.05$) และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง (OR=22.97, 95% CI=6.311-83.65, $p<0.05$) ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ควรมีการส่งเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุโดยเฉพาะผู้ที่มีอายุระหว่าง 50-54 ปี โดยเน้นเรื่องการรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: การเตรียมความพร้อม, พหุคูณ, เกษตรกรก่อนวัยสูงอายุ

ABSTRACT

Aging people have been not merely facing with emergency preparedness, but new technology, environmental, social and behavioral determinants influence on their physical and mental health. An analytical cross-sectional study aimed to assess the level of preparedness for active aging and identify the predictive factors among these foreseen empowered pre-aging agriculturists. A total of 316 agriculturists aged 50 to 59 years were selected using multi-stage sampling from the 2022 database of registered farmers in Thoen District, Lampang Province. Collection of data was subject to depend on our validated questionnaire, which was tried out with Cronbach's alpha coefficient valued 0.96. Data analyses processed with descriptive statistics to summarize the farmers' characteristics, while the other process systematically applied from multivariable ordinal logistic regression to evaluate the predictive factors for active aging preparedness. The results indicated that most participants exhibited high levels of preparedness for active aging (56.96%), moderate score of attitude levels toward aging (47.35%), high self-efficacy (51.58%), and high social support (86.39%). The predictive factors for preparedness for active aging were secondary education and above (AOR=3.97, 95% CI=1.04-15.21, $p<0.05$), aged 50-54 years (AOR=1.82, 95% CI=1.05-3.17, $p<0.05$), high self-efficacy (AOR=21.73, 95% CI=2.69-175.26, $p<0.05$) and high social support (OR= 22.97, 95% CI=6.31-83.65, $p<0.05$). Stakeholders should advocate for and implement preparedness programs to promote empowerment to the agriculturists aged 50 to 54 years. These programs should prioritize enhancing self-efficacy and social support, which are critical for fostering the active aging and ensuring a high quality of life

Key words: Preparedness, Active aging, Pre-aging agriculturist

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) โดยมีผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 19.6 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2565) สำหรับอำเภอเถิน จังหวัดลำปาง มีสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 32.58 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์และมีประชากรวัยกลางคนอายุ 40-59 ปี ร้อยละ 32.01 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2564) ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก และมีการเปลี่ยนจากชุมชนชนบทเป็นชุมชนกึ่งเมืองมากขึ้นส่งผลให้

ประชากรกลุ่มเกษตรกรมีวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป จากการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพประชากรวัยทำงานและวัยสูงอายุของอำเภอเถิน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง และมีพฤติกรรมเสี่ยงดื่มสุราและสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2565b) หากไม่มีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอาจส่งผลให้เกิดปัญหาต่อการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ในอนาคต และอาจกลายเป็นประชากรสูงอายุที่เป็นภาระพึ่งพิงของสังคมโดยเฉพาะผู้ใหญ่อ่อนเพลียที่มีอายุ 50-59 ปี ถือว่าเป็นช่วงปลายของวัยทำงานก่อนที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรม

พบว่าปัจจัยที่ทำนายการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีพละพล้ง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว (ภาณุวัฒน์ มีชนะ และคณะ, 2560) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตน และการมีทัศนคติในทางบวกต่อการสูงวัยของตนเองสามารถร่วมกันทำนายพละพล้งได้ (วิไลพร วงศ์คินี และคณะ, 2556)

จากสถานการณ์และการทบทวนวรรณกรรมชี้ให้เห็นว่าเกษตรกรก่อนวัยสูงอายุในอำเภอเถินมีความจำเป็นในการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีพละพล้ง เพื่อเตรียมความพร้อมและวางแผนการก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี การมีส่วนร่วมของสังคม และการมีหลักประกันที่มั่นคง เสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (World Health Organization, 2002) ซึ่งการจะเป็นผู้สูงอายุที่มีพละพล้งนั้น ควรมีการวางแผนเตรียมการไว้ล่วงหน้าตั้งแต่ช่วงก่อนสูงวัย (Pre-aging) หมายถึง ประชากรที่มีอายุ 50-59 ปี (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2563) ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลายก่อนที่จะเข้าสู่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้มีเวลาในการปรับตัว ทำให้เกิดการเรียนรู้ การเตรียมตัวและการเปลี่ยนถ่ายจากช่วงก่อนวัยสูงอายุสู่วัยสูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุและปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีพละพล้งของเกษตรกรก่อนวัยสูงอายุ อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้กำหนดนโยบายและแผนในการปฏิบัติงานที่เหมาะสมตามบริบทพื้นที่ ในการบริหารจัดการสังคมสูงวัยอย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับความต้องการของเกษตรกรอย่างแท้จริง ตลอดจนส่งเสริมหรือพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพละพล้งและการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุให้กับกลุ่มเกษตรกรได้ก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีพละพล้งจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตให้กับกลุ่มเกษตรกรได้

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Analytical cross-sectional study) เก็บรวบรวมข้อมูลจากเกษตรกรก่อนวัยสูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอเถิน จังหวัดลำปาง ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง สิงหาคม 2566

ประชากร คือ ผู้มีอายุ 50-59 ปี ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นอาชีพหลักและได้ขึ้นทะเบียนเกษตรกรปี 2565 ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง จำนวน 3,835 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2565a)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power โดยอ้างอิงค่าสหสัมพันธ์ ($r=0.190$, $p<0.01$) จากการศึกษาของดลนภา ไชยสมบัติ และบัวบาน ยะนา (2562) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.90 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 287 คน เพื่อป้องกันการสูญหายและไม่ครบถ้วนของข้อมูลจึงทำการเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้นจึงมีจำนวนตัวอย่าง 316 คน จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มเลือกตำบล จากแต่ละกลุ่มเขตภูมิศาสตร์ ได้มา 4 ตำบลจากทั้งหมด 8 ตำบล

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มเลือกหมู่บ้านจากทั้ง 4 ตำบล ตำบลละ 3 หมู่บ้าน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ได้ 12 หมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านโดยการสุ่มแบบเป็นระบบจากบัญชีรายชื่อประชาชนที่ขึ้นทะเบียนเกษตรกร ปี 2565 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ ผู้ที่มีอายุ 50-59 ปี อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นอาชีพหลักขึ้นทะเบียนเกษตรกรปี 2565 สามารถสื่อสารรู้เรื่องและช่วยเหลือตนเองได้ดี โดยมีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในภาวะไม่สามารถให้ข้อมูลได้ เช่น เจ็บป่วยเฉียบพลันรุนแรงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ หมดสติ ไม่รู้สึกตัว หรือซึมเศร้า พุดจา สับสน เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากการ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ลักษณะคำถามแบบ เลือตอบและเติมคำลงในช่องว่าง จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานะภาพ สมรส รายได้ ภาระหนี้สินของครอบครัว การมีเงิน ออม มีสมาชิกผู้สูงอายุในครอบครัว ด้านที่อยู่อาศัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติต่อการสูงวัย โดย ประยุกต์ข้อคำถามจากการศึกษาของวิไลพร วงศ์คณี และคณะ (2556) เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกที่ บุคคลมีต่อการสูงวัยของตนเอง จำนวน 13 ข้อ เป็นแบบวัดประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย โดยมีระดับคะแนนเป็น 3, 2, 1 ตามลำดับ การแปลคะแนนทัศนคติต่อการสูง วัยแบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) คือ มีทัศนคติฯ อยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 คะแนน) มีทัศนคติฯ อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 คะแนน) และมีทัศนคติฯ อยู่ในระดับไม่ดี (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของ ตนต่อการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ ข้อคำถามจากการศึกษาของอนงค์นาฏ ผ่านสสิน (2556) เป็นคำถามเกี่ยวกับการประเมิน ความสามารถของตนเองในการเตรียมความพร้อม เพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบวัด ประมาณค่า 3 ระดับ คือ จริงที่สุด จริงปานกลาง และไม่จริงที่สุด โดยมีระดับคะแนนเป็น 3, 2, 1 ตามลำดับ การแปลคะแนนการรับรู้ความสามารถ ของตนต่อการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) คือ มีการรับรู้ฯ อยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 คะแนน) มีการรับรู้ฯ อยู่ใน

ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 คะแนน) และมีการรับรู้ฯ อยู่ในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุน ทางสังคม โดยประยุกต์ข้อคำถามจากการศึกษาของ จันทร์จิรา อยู่วัฒนา (2560) เป็นคำถามเกี่ยวกับ ความรู้สึกของบุคคลถึงการได้รับความช่วยเหลือ สนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่น จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบวัดประมาณค่า 3 ระดับ คือ ได้รับมาก ได้รับน้อย และไม่ได้รับ โดยมีระดับคะแนน เป็น 3, 2, 1 ตามลำดับ การแปลคะแนนการได้รับ การสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) คือ ได้รับการสนับสนุนทางสังคม อยู่ใน ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 คะแนน) ได้รับการ สนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 คะแนน) และได้รับการ สนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการเตรียมความพร้อมเป็น ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ โดยประยุกต์ข้อคำถามจาก การศึกษาของนันต์ธิญา ภูคุ้ม (2564) เป็นคำถาม เกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับการ เตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ 3 ด้าน คือ ด้านการมีสุขภาพกายและจิตที่ดี ด้านการมีส่วนร่วม ในครอบครัวและสังคม และด้านการมีหลักประกัน หรือความมั่นคง จำนวน 18 ข้อ เป็นแบบวัดประมาณ ค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย โดยมีระดับคะแนนเป็น 3, 2, 1 ตามลำดับ การแปลคะแนนการเตรียมความพร้อม เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) คือ เตรียมความพร้อมฯ อยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 คะแนน) เตรียมความพร้อมฯ อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 คะแนน) และเตรียมความพร้อมฯ อยู่ในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.91 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษที่อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง จำนวน 50 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคภาพรวมของแบบสอบถามเท่ากับ 0.96 โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทัศนคติต่อการสูงวัย การรับรู้ความสามารถของตนต่อการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุ การได้รับสนับสนุนทางสังคม และการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพเท่ากับ 0.75, 0.92, 0.89 และ 0.91 ตามลำดับ

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ติดต่อประสานงานและขออนุญาตหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเถิน ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของพื้นที่ตัวอย่างทั้ง 4 ตำบล ในเขตอำเภอเถิน จังหวัดลำปาง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่

2. คัดเลือกผู้ช่วยวิจัยที่มีคุณสมบัติดังนี้
1) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือสูงกว่า
2) สามารถใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์พื้นฐานได้
3) มีความสามารถในการเขียนอ่านภาษาไทยได้ดี
ตำบลละ 1 คน เพื่ออบรมทำความเข้าใจเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการใช้แบบสอบถามขั้นตอนการเก็บข้อมูล และนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในวันประชุมประจำเดือนเกษตรกรตามตารางนัดหมายของแต่ละตำบล โดยใช้สถานที่ของวัดในแต่ละ

หมู่บ้าน เพื่อแนะนำตัว อธิบายรายละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และขอความยินยอมก่อนเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 316 คน จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม และตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ด้วยการวิเคราะห์ Multivariable Ordinal Logistic Regression ด้วยวิธี Backward Elimination โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ เลขที่ COA 051/2566 ลงวันที่ 21 มิถุนายน 2566

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 55.06 อายุระหว่าง 55-59 ปี ร้อยละ 56.01 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.67 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 82.59 รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 71.84 มีรายได้จากการประกอบอาชีพ ร้อยละ 70.57 มีภาระหนี้สิน ร้อยละ 72.58 มีเงินออม ร้อยละ 75.95 กลุ่มตัวอย่างไม่มีสมาชิกผู้สูงอายุในครอบครัว ร้อยละ 56.01 และส่วนใหญ่เป็นเจ้าของบ้าน ร้อยละ 87.66 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=316 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	142	44.94
หญิง	174	55.06
อายุ (ปี)		
50-54	139	43.99
55-59	177	56.01
Mean=54.91, S.D.=2.76, Min=50, Max=59		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	15	4.75
ประถมศึกษา	217	68.67
มัธยมศึกษา/สูงกว่ามัธยมศึกษา	84	26.58
สถานภาพสมรส		
โสด	21	6.65
สมรส/คู่	261	82.59
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	34	10.76
รายได้ (บาทต่อเดือน)		
ต่ำกว่า 5,000	227	71.84
มากกว่าหรือเท่ากับ 5,000	89	28.16
ที่มาของรายได้		
ได้จากการประกอบอาชีพ	223	70.57
ได้จากบุตร/หลาน/ญาติให้	164	51.90
บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ	113	35.76
อื่นๆ เช่น ค่าตอบแทน อสม. เป็นต้น	30	9.49
ภาระหนี้สินของครอบครัว		
มีหนี้สิน	230	72.78
ไม่มีหนี้สิน	86	27.22
การมีเงินออม		
มีเงินออม	240	75.95
ไม่มีเงินออม	76	24.05
สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้สูงอายุ		
มี	139	43.99
ไม่มี	177	56.01
ลักษณะที่อยู่อาศัย		
เจ้าของบ้าน	277	87.66
เช่าอยู่	5	1.58
อาศัยอยู่กับผู้อื่น	34	10.76

ระดับทัศนคติต่อการสูงวัย การรับรู้ความสามารถของตน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพของเกษตรกรก่อนวัยสูงอายุ อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง

ระดับทัศนคติต่อการสูงวัยของเกษตรกรโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.82 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.26 คะแนน (S.D.=0.27) ระดับการรับรู้ความสามารถของตนต่อการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุของเกษตรกรโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 51.58 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.37 คะแนน (S.D.=0.35) ระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

ของเกษตรกรโดยรวม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 86.39 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.71 คะแนน (S.D.=0.29) ระดับการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพของเกษตรกรโดยรวม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.96 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.42 คะแนน (S.D.=0.32) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในครอบครัวและสังคม ด้านการมีสุขภาพกายและจิตที่ดี และด้านการมีหลักประกันหรือความมั่นคง มีการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 64.24, 59.49 และ 48.73 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับทัศนคติต่อการสูงวัย การรับรู้ความสามารถของตน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ (n=316 คน)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
ระดับทัศนคติต่อการสูงวัย			2.26	2.27	ปานกลาง
ดี (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00 คะแนน)	108	34.18			
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33 คะแนน)	208	65.82			
ระดับการรับรู้ความสามารถของตน			2.37	0.35	สูง
สูง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00 คะแนน)	163	51.58			
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33 คะแนน)	146	46.20			
ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66 คะแนน)	7	2.22			
ระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม			2.71	0.29	สูง
สูง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00 คะแนน)	273	86.39			
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33 คะแนน)	43	13.61			
ระดับการเตรียมความพร้อมภาพรวม			2.42	0.32	สูง
สูง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00 คะแนน)	180	56.96			
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33 คะแนน)	131	41.46			
ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66 คะแนน)	5	1.58			
ระดับการเตรียมความพร้อมด้านการมีสุขภาพกายและจิตที่ดี			2.42	0.34	สูง
สูง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00 คะแนน)	188	59.49			
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33 คะแนน)	119	37.66			
ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66 คะแนน)	9	2.58			

ตารางที่ 2 ระดับทัศนคติต่อการสูงวัย การรับรู้ความสามารถของตน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ (n=316 คน) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
ระดับการเตรียมความพร้อมด้านการมีส่วนร่วมในครอบครัวและสังคม			2.57	0.40	สูง
สูง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00 คะแนน)	203	64.24			
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33 คะแนน)	109	34.49			
ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66 คะแนน)	4	1.27			
ระดับการเตรียมความพร้อมด้านการมีหลักประกันหรือความมั่นคง			2.25	0.46	สูง
สูง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00 คะแนน)	154	48.73			
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33 คะแนน)	127	40.19			
ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66 คะแนน)	35	11.08			

ปัจจัยที่สามารถทำนายการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพของเกษตรกรก่อนวัยสูงอายุ อำเภอลำปาง

จากการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกเชิงอันดับพบว่า การศึกษาในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป อายุ 50-54 ปี การมีเงินออม ทัศนคติต่อการสูงวัยระดับดี การได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง การรับรู้ความสามารถของตนต่อการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุระดับปานกลางและระดับสูง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยคัดเลือกเข้าตัวแปรสู่สมการ พบว่ามี

4 ตัวแปรที่สามารถทำนายการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป ทำนายการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพได้ 3.97 เท่า (95% CI=1.04-15.21) อายุ 50-54 ปี ทำนายการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพได้ 1.82 เท่า (95% CI=1.05-3.17) การรับรู้ความสามารถของตนต่อการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุระดับสูงทำนายการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพได้ 21.73 เท่า (95% CI=2.69-175.26) และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูงทำนายการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพได้ 22.97 เท่า (95% CI=6.31-83.65) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพของเกษตรกรก่อนวัยสูงอายุ อำเภอลำปาง

ปัจจัย	Adjusted OR	95%CI	p-value
ระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรือสูงกว่า	3.97	1.04-15.21	0.044*
อายุ 50-54 ปี	1.82	1.05-3.17	0.033*
การรับรู้ความสามารถของตนต่อการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุระดับสูง	21.73	2.69-175.26	0.004*
การได้รับสนับสนุนทางสังคมระดับสูง	22.97	6.31-83.65	0.001*

*p-value<0.05

อภิปรายผล

การเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มี พหุพลังภาพรวมอยู่ในระดับสูง แสดงว่ากลุ่ม ตัวอย่างมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่ถูกต้องอันจะ นำไปสู่วัยสูงอายุที่มีพหุพลังในอนาคตด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิไลพร วงศ์สินี และ คณะ (2556) ที่พบว่าระดับพหุพลังของประชากร จังหวัดเชียงใหม่โดยรวมอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่ม ตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการเตรียมการ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุทั้งด้าน สุขภาพ การมีส่วนร่วมในสังคม และความมั่นคงอยู่ใน ระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการมี สุขภาพกายและจิตที่ดี มีคะแนนอยู่ในระดับสูง โดยมีการปฏิบัติเป็นประจำ คือ การตรวจคัดกรองสุขภาพ ประจำปี การพักผ่อนนอนหลับที่เพียงพอ และเลือก รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นอาชีพ ที่ใช้แรงงานจึงให้ความสำคัญการดูแลสุขภาพให้ แข็งแรงเพื่อสามารถทำงานหาเลี้ยงชีพ และ การดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับ การศึกษาของพิพัฒน์ รัชกิจรุ่งฤกษ์ และคณะ (2558) ที่พบว่าเกษตรกรที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีนำไปสู่ สุขภาพกายและจิตใจที่ดีซึ่งเป็นผลมาจากการดำเนิน วิถีชีวิตสุขภาพที่ถูกต้อง

ด้านการมีส่วนร่วมในครอบครัวและสังคม มีคะแนนอยู่ในระดับสูง โดยกลุ่มตัวอย่างมีการเข้า ร่วมกิจกรรมกับคนในครอบครัวและชุมชนสม่ำเสมอ ถือเป็นการสร้างคุณค่าให้ตนเองและคลายเหงาได้ เป็นอย่างดี และเป็นชุมชนชนบทที่เมืองที่มีลักษณะ ของสัมพันธ์ภาพแบบเครือญาติ มีการช่วยเหลือพึ่งพา กันในครอบครัวและชุมชน สอดคล้องกับการศึกษา ของภาณุวัฒน์ มีชนะ และคณะ (2560) พบว่าพื้นที่ ชุมชนที่เป็นเขตชานเมืองที่ ประกอบอาชีพ เกษตรกรรมเป็นอาชีพหลัก ร้อยละ 72.80 มีการเข้า ร่วมกิจกรรมของชุมชนทำให้มีความพร้อมด้านการมี ส่วนร่วมในสังคมมีระดับคะแนนสูงสุด และ กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติน้อยที่สุด คือ การปรับตัว และฝึกเรียนรู้การใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร อาจมี ความสัมพันธ์กับการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและการประกอบ

อาชีพเกษตรกรรมที่ให้ความสำคัญกับการใช้แรงงาน และหารายได้เพื่อหาเลี้ยงชีพ จึงอาจไม่ค่อยให้ ความสำคัญเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร

ด้านการมีหลักประกันและความมั่นคง มีคะแนน อยู่ในระดับสูง กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในเรื่อง การเตรียมปรับเปลี่ยนที่พอกอาศัยให้เหมาะสม การมี เงินออมและหาทางจัดการหนี้สินให้หมดก่อนเข้าสู่ วัยสูงอายุอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีที่อยู่ อาศัยเป็นของตนเองจะช่วยส่งเสริมทำให้เกิดความ มั่นคงด้านที่อยู่อาศัยที่มีความปลอดภัยและมีการแบ่ง เงินเก็บออมไว้ใช้ในอนาคตซึ่งสอดคล้องกับสาวิณี สำเภา และคณะ (2566) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มี การวางแผนการใช้เงินเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่ วัยสูงอายุ ซึ่งพฤติกรรมนี้จะช่วยให้มีความมั่นคงทาง เศรษฐกิจเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุได้

สำหรับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปสามารถ ทำนายการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เพื่อให้เป็นผู้สูงอายุที่มีพหุพลัง เนื่องจากบุคคลที่มี ระดับการศึกษาสูงมีโอกาสเข้าถึงสื่อหรือข้อมูล ข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อน เข้าสู่วัยสูงอายุทำให้มีความรู้ความเข้าใจถึงการ เปลี่ยนแปลงและผลกระทบต่างๆ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สามารถนำความรู้และประสบการณ์ต่างๆ มาปรับใช้ กับ การปฏิบัติของตนเองและบุคคลรอบข้างเพื่อให้ เป็นผู้สูงอายุที่มีพหุพลังได้สอดคล้องกับการศึกษา ของนเรศศักดิ์ แก้วห้วย และคณะ (2565) พบว่าระดับ การศึกษาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียม ความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากร อำเภอมะนัง จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยกลุ่มที่มี การศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปมีโอกาสเตรียม ความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุมากกว่ากลุ่มที่มีระดับ การศึกษาด้านต่ำกว่ามัธยมศึกษา ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ กลุ่มเกษตรกรได้เข้าถึงการศึกษา เช่น ส่งเสริม การเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ หรือการศึกษา ตามอัธยาศัย เพื่อพัฒนาศักยภาพและเพิ่มโอกาส การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่างๆ เพื่อให้มีพฤติกรรม วิถีชีวิตสุขภาพที่ถูกต้องเป็นการเพิ่มโอกาสการเตรียม ความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุเพื่อให้เป็นผู้สูงอายุ ที่มีพหุพลังได้

ส่วนอายุมีผลต่อการตัดสินใจในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนและการวางแผนการเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ เนื่องจากบุคคลที่มีอายุมากขึ้น โดยเฉพาะอายุ 50-54 ปีร่างกายเริ่มมีความเสื่อมถอยลง สามารถเข้าร่วมกิจกรรมบางอย่างได้อย่างจำกัด จึงอาจทำให้เริ่มตระหนักในการเตรียมความพร้อมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วาชร นพรินทร์ (2563) ที่พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก โดยบุคคลยิ่งอายุเพิ่มมากขึ้นมีแนวโน้มเกิดปัญหาสุขภาพการเจ็บป่วยความพิการและเสี่ยงต่อภาวะพึ่งพา ทำให้การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดน้อยลง ดังนั้นการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุเพื่อให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพจึงควรเริ่มตั้งแต่ช่วงวัยกลางคน และสอดคล้องกับการศึกษาของ นวรัตน์ จันเพชร (2558) ที่พบว่า การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุควรทำอย่างยั่งยืนในวัยกลางคนช่วงอายุ 40-59 ปีเพราะร่างกายยังมีความแข็งแรงและมีศักยภาพในการเตรียมพร้อมในทุกๆ ด้าน

ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพอยู่ในระดับสูง ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยเชื่อมั่นว่าสามารถเข้ารับตรวจสุขภาพและหาความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ และการเตรียมที่อยู่อาศัยให้ปลอดภัย อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุเพื่อให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ เนื่องจากพื้นที่อำเภอเถินมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและก่อนวัยสูงอายุที่ต่อเนื่อง ผ่านกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ และที่ตั้งของแต่ละชุมชนอยู่ไม่ไกลจากสถานบริการสาธารณสุข ทำให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยเข้าถึงบริการสุขภาพและรับรู้ข่าวสารได้ง่าย ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเองน้อยที่สุดในเรื่องการใช้มือถือแอปพลิเคชันต่างๆ อาจเกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพเกษตรกรมักให้ความสำคัญกับการทำงานหารรายได้เพื่อหาเลี้ยงชีพเลยไม่ค่อยสนใจเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัย จึงควรส่งเสริมการเรียนรู้และการเข้าถึงเทคโนโลยีในกลุ่มเกษตรกร

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนันต์ธิดา ภูคุ้ม (2564) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด หากบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่อการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพเพิ่มมากขึ้นก็จะทำให้การเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพเพิ่มมากขึ้นด้วย

การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การได้รับความแนะนำด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. เพื่อนบ้านและครอบครัว ได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ จากเสียงตามสายในชุมชน และได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย การได้สนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี อันเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพด้านสุขภาพสอดคล้องกับการศึกษาของ Solhi *et al.* (2022) ที่ศึกษาการเตรียมความพร้อมของประชาชนวัยกลางคนเพื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีในประเทศอิหร่าน พบว่าในมุมมองของวัยกลางคนการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในการสูงวัยเป็นสิ่งที่สำคัญมาก ส่งผลให้มีเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุเพื่อให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรขับเคลื่อนนโยบายในการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้กลุ่มเกษตรกรมีโอกาสเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ เพื่อพัฒนาความรู้และพัฒนาศักยภาพตนเองอย่างต่อเนื่องและส่งเสริมการเข้าถึงและการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารต่างๆ และเน้นการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมในทุกๆ ด้าน

2. หน่วยงานสาธารณสุข ควรมีการพัฒนารูปแบบหรือส่งเสริมพัฒนาและเตรียมการเข้าสู่ผู้สูงอายุให้กับกลุ่มเกษตรกรโดยเน้นการสร้างโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนทางสังคม โดยให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมที่ส่งเสริมการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยเน้นในเรื่องการรับรู้ความสามารถของตน แรงสนับสนุนทางสังคม ว่าปัจจัยเหล่านี้ทำให้ส่งเสริมพฤติกรรมเตรียมการเข้าสู่วัยสูงอายุเพิ่มขึ้นหรือไม่ เพื่อส่งเสริมความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่อำเภอเถิน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบพระคุณอาสาสมัครทุกท่านที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ ทำให้การศึกษานี้ดำเนินไปได้จนสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2563). แผนปฏิบัติการแผนบูรณาการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย ปีงบประมาณ 2563 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 30 กันยายน 2565]; แหล่งข้อมูล: https://www.dop.go.th/download/implementation/th1615194464-1325_0.pdf
- จันทร์จิรา อยู่วัฒนา, ชัญญิตาคุชฎี ทูลศิริ และพรนภา หอมสินธุ์. (2560). ปัจจัยทำนายการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 25(2), 69-81. [สืบค้นเมื่อ 30 กันยายน 2565]; แหล่งข้อมูล: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/96558/75328>
- ดลนภา ไชยสมบัติ และบัวบาน ยะนา. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรวัยก่อนสูงอายุ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 29(3), 131-143. [สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2565]; แหล่งข้อมูล: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/230791/157081>
- นเรศศักดิ์ แก้วห้วย, สุปรีชา แก้วสวัสดิ์, เรวดี เพชรศิราสัย และจุฑารัตน์ สติปัญญา. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากร อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 16(1), 172-185. [สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2565]; แหล่งข้อมูล: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/255503/174711>
- นวรรตน์ จันเพชร. (2558). การเตรียมความพร้อมของบุคลากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ของกรมควบคุมโรค. สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. [สืบค้นเมื่อ 30 กันยายน 2565]; แหล่งข้อมูล: https://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2015/TU_2015_5405034330_4939_3742.pdf
- นันต์ธิญา ภูคุ้ม, ภิญญาพันธ์ เพี้ยซ้าย และสุพัทธ แสนแจ่มใส. (2564). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ใหญ่ตอนต้น: กรณีศึกษาบุคลากรในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. วารสารสุทธิปริทัศน์, 35(2), 147-163. [สืบค้นเมื่อ 5 ตุลาคม 2565]; แหล่งข้อมูล: <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/DPUsthiparithatJournal/article/view/251215/170984>
- พิพัฒน์ ลักษมีเจริญกุล, กิตติพงษ์ หาญเจริญ และอรรธรณ แก้วบุญชู. (2558). วิถีชีวิตสุขภาพของเกษตรกรในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์. สงขรานครินทร์เวชสาร, 33(2), 73-82. [สืบค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2567]; แหล่งข้อมูล: <http://smj.medicine.psu.ac.th/index.php/smj/article/view/49/50>

- ภาณุวัฒน์ มีชนะ, นิชาภัทร ชันสาคร, ทศนีย์ ศิลาวรรณ, ทศนีย์ รวีวรกุล และเพ็ญศรี พิชัยสนธิ. (2560). การเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพ ตำบลหนองหญ้าไซ อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 11(1), 259-271. [สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2565]; แหล่งข้อมูล: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/EAUHJSci/article/view/74350/68165>
- วหากร นพนรินทร์. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชน ในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. สารานุกรมสุขศาสตร์มหาบัณฑิต. คณะสาธารณสุขศาสตร์. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร. [สืบค้นเมื่อ 30 กันยายน 2565]; แหล่งข้อมูล: <https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/handle/123456789/2559>
- วิไลพร วงศ์คินี, โรจน์ จินตนาวัฒน์ และกนกพร สุคำวัง. (2556). ปัจจัยทำนายคุณภาพของประชากรเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 40(4), 91-99. [สืบค้นเมื่อ 19 พฤศจิกายน 2565]; แหล่งข้อมูล: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/18873/16643>
- สาวิณี สำเภา, พลกร สืบสำราญ, อรุณ บุญสร้าง และปวีณา ลิ้มปิทีปการ. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมของประชากรวัยทำงานเพื่อรองรับสังคมสูงวัยในเขตอำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์. วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4, 14(1), 137-148. [สืบค้นเมื่อ 9 สิงหาคม 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JMPH4/article/view/264015/181492>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2565). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2564 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 30 กันยายน 2565]; แหล่งข้อมูล: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230731135832_95369.pdf
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. (2564). ประชากรจำแนกเพศ กลุ่มอายุรายปี จังหวัดลำปาง อำเภอเถิน ปีงบประมาณ 2564 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 30 ธันวาคม 2564]; แหล่งข้อมูล: https://lpg.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0&id=710884bc8d16f755073cf194970b064a
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง (2565a). ประชากรจำแนกเพศ กลุ่มอายุรายปี จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ 2565 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ธันวาคม 2565]; แหล่งข้อมูล: https://lpg.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0&id=710884bc8d16f755073cf194970b064a
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. (2565b). กลุ่มรายงานมาตรฐานการคัดกรอง: ประชากร 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองและเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง หัวข้อที่ 2 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 30 กันยายน 2565]; แหล่งข้อมูล: https://lpg.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48
- อนงค์นาฏ ผ่านสสิน. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวก่อนการเกษียณของข้าราชการครูจังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยาสตรมหาบัณฑิต. คณะสาธารณสุขศาสตร์. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

Best, J. W. (1977). Research in Education. New Jersey: Prentice-hall.

- Solhi, M., Pirouzeh, R., Zanjari, N. (2022). Middle-aged preparation for healthy aging: a qualitative study. BMC Public Health, 22(1), 1-8. [cited 2023 January 10]; Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8832661/pdf/12889_2022_Article_12715.pdf
- World Health Organization. (2002). Active Aging: A policy framework. World Health Organization [online]. [cited 2022 September 30]; Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/67215>

**ประสิทธิผลของการใช้ชุดการสื่อสารเรื่องโรคไข้มาลาเรีย
และภาวะพร่องเอนไซม์จีซิกพีดี สำหรับนักเรียนระดับประถมศึกษา
ในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน จังหวัดแม่ฮ่องสอน**

**Effectiveness of a Communication Package regarding Malaria
and G6PD Deficiency among Primary School Students
in Border Patrol Police Schools, Mae Hong Son Province**

ธัญญาพรรณ เรือนทิพย์* วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)	Thunyapan Ruanthip* M.Sc. (Public Health)
นารดลดา ชันธิกุล* ปร.ด. (อายุรศาสตร์เขตร้อน)	Nardlada Khantikul* Ph.D. (Tropical Medicine)
อังคณา แซ่เจ็ง* Ph.D. (Insect Immunity)	Aungkana Saejeng* Ph.D. (Insect Immunity)
สมชาติ บุญคำมา* ส.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)	Somchat Booncomma* B.P.H. (Public Health)
มัลลิกา อิมวงศ์ ** ปร.ด. (อายุรศาสตร์เขตร้อน)	Mallika Imwong** Ph.D. (Tropical Medicine)

* สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ กรมควบคุมโรค

Office of Disease Prevention and Control, Region 1 Chiang Mai, Department of Disease Control

** ภาควิชาชีวโมเลกุลและพันธุศาสตร์โรคเขตร้อน คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

Department of Molecular Tropical Medicine and Genetics, Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University

Received: Jul 23, 2024

Revised: Sep 24, 2024

Accepted: Oct 3, 2024

บทคัดย่อ

โรคไข้มาลาเรียเป็นปัญหาตามแนวชายแดนโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้ชุดการสื่อสารเรื่องโรคไข้มาลาเรียและภาวะพร่องเอนไซม์จีซิกพีดีก่อนและหลังการใช้ชุดการสื่อสารที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ ภาพพลิกและสมุดเล่มเล็กสำหรับผู้ที่มีภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD ร่วมกับการเรียนการสอนตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนอายุ 7-13 ปี กำลังศึกษาในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน (ตชด.) ปีการศึกษา 2564 จำนวน 5 แห่ง ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน รวมทั้งสิ้น 88 คน ได้มาโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องโรคไข้มาลาเรีย ความรู้เรื่องภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคไข้มาลาเรีย วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคไข้มาลาเรีย ความรู้เรื่องภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคไข้มาลาเรียสูงกว่าก่อนการใช้ชุดการสื่อสารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้นการดำเนินการใช้ชุดการสื่อสารที่พัฒนาขึ้น ร่วมกับการให้ความรู้สำหรับนักเรียนในพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียตามแนวชายแดน จะช่วยให้นักเรียนมีความรู้ มีการรับรู้ และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียในการป้องกันยุงกัด และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีผลต่อการสลายเม็ดเลือดแดงเนื่องจากสาเหตุการพร่องเอนไซม์จีซิกพีดี

คำสำคัญ: โรคไข้มาลาเรีย, ภาวะพร่องเอนไซม์จีซิกพีดี, ชุดการสื่อสาร, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ABSTRACT

Malaria is one of the most common parasitic diseases and a major public health problem along Thai international border especially among children and young people. One-group pretest-posttest quasi-experimental design research aimed to assess relationships and to compare understanding between before and after implementation of variables of knowledge about malaria, perception of malaria, G6PD deficiency, preventive behaviors before and after implementation, which rendered a communication, flipchart media and booklets to learn what were malaria, G6PD deficiency, malaria prevention and control measures that fostered the routine teaching. Number of samples was computed to get 88 school students aged 7-13 years from five border patrol police schools during 2021. Selection of the samples was a purposive sampling technique. The methods of assessment performed a questionnaire interview and a data analysis relied on percentages, means, S.D., and paired t-test. Results of the study revealed the variables having significantly different higher average scores were malaria knowledge, perception, G6PD deficiency knowledge, and preventive behaviors compared between before and after the implementation ($p < 0.05$). Learning from the program suggested that it was effective to facilitate development of sustainable communication plus class learning in the schools being implemented, markedly, in the border endemic areas as a component to fulfill knowledge, perception and self-prevention to refrain from mosquito bites and dietary triggering blood lost from G6PD deficiency.

Key words: Malaria, G6PD deficiency, Communication package, Behavioral change

บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่การกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นมา และได้ประกาศเจตนารมณ์ กับประเทศลุ่มน้ำโขงเพื่อการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ภายในปี 2573 นอกจากนี้การกำจัดโรคไข้มาลาเรีย เป็นเป้าหมายหนึ่งของการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ตามแนวทางขององค์การสหประชาชาติ (สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค, 2559) สำหรับสถานการณ์โรคมาลาเรียประเทศไทย ปี 2560-2562 มีแนวโน้มพบผู้ป่วยลดลง ร้อยละ 50.39 จากจำนวน 10,459 ราย ในปี 2560 เป็น 5,189 ราย โดยปี 2562 พบผู้ป่วยกลุ่มอายุ 5-14 ปี ร้อยละ 23.70 และเป็นเด็ก/นักเรียน ร้อยละ 33.01 (กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค, 2562a) ในปี 2563 จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน สูงสุดคือ ยะลา (168.38) รองลงมาคือ ตาก (162.74) และ

แม่ฮ่องสอน (93.55) ซึ่งถือเป็นจังหวัดชายแดนไทย ด้านตะวันตกและภาคใต้ที่มีอัตราป่วยต่อประชากร แสนคนระดับสูง (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2563) ทั้งนี้พบการกระจายของผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย สูงสุดบริเวณชายแดนไทย-พม่า คิดเป็นร้อยละ 90 ของผู้ป่วยทั่วประเทศ (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2564; สัมฤทธิ์ ใสหา และคณะ, 2558)

จังหวัดแม่ฮ่องสอนเป็นจังหวัดหนึ่งที่ตั้งอยู่ตาม แนวชายแดนไทยด้านตะวันตก และเป็นจังหวัดที่พบ ผู้ป่วยมาลาเรียสูงสุด 1 ใน 5 ของทุกปี และมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้น ในปี 2564 พบผู้ป่วยมาลาเรียในกลุ่มเด็ก อายุ 5-14 ปี มากที่สุดถึงร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับกลุ่ม อายุอื่นๆ (กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค, 2563) หากได้รับการรักษาล่าช้าไม่ถูกต้องอาจทำให้ ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (World Health Organization, 2021)

จากรายงานการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่โครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร ตามพระราชดำริสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ประจำปีงบประมาณ 2564 (กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค, 2564) พบไข้มาลาเรียชนิดไวแก๊ซทั้งหมด คิดเป็นอัตราป่วย 0.80 ต่อพันประชากร โดยพบว่าความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (มากกว่าร้อยละ 80) และพบว่านักเรียนระดับประถมศึกษาที่อาศัยตามแนวชายแดนมีภาวะพร่องเอนไซม์จีซีพีดีสูงถึงร้อยละ 10.46 (นารลดา ชันธิกุล และคณะ, 2564) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานในกลุ่มประเทศที่มีการแพร่ระบาดของไข้มาลาเรียที่พบความชุกของภาวะเอนไซม์จีซีพีดีนี้ (Satyagraha *et al.*, 2016)

อย่างไรก็ตามกลุ่มเด็กที่อาศัยตามแนวชายแดนหากเจ็บป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรีย ก่อนการจ่ายยารักษามาลาเรียต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD (Luzzatto *et al.*, 2016) เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเม็ดเลือดแดงแตกเฉียบพลันที่มีผลรุนแรง การได้รับความรู้เพิ่มเติมเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งชักนำที่จะทำให้เกิดการแตกทำลายของเม็ดเลือดแดงมากขึ้น (Luzzatto & Arese, 2018) และป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรียจะส่งผลให้การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียตามแนวชายแดนมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ทั้งนี้การจัดการเรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้มาลาเรียในโรงเรียนจะเป็นแหล่งข้อมูลทางเลือกในการพัฒนาความรู้ให้กับเด็กนักเรียนและครู โดยต้องมีการสนับสนุนทรัพยากรและความร่วมมือระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขและด้านการศึกษา เพื่อให้การดำเนินงานเกิดประสิทธิภาพสูงสุด (Bambo *et al.*, 2018) รวมทั้งการจัดไข้มาลาเรียในประเทศไทยมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาประเทศ ทั้งในด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ (กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค, 2562b)

ซึ่งจะช่วยลดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตโดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและเกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนในระยะยาว

ดังนั้นการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้มาลาเรีย การรับรู้เรื่องโรคไข้มาลาเรีย ความรู้เรื่องภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคไข้มาลาเรียของนักเรียนระดับประถมศึกษาในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน จังหวัดแม่ฮ่องสอน ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการใช้ชุดการสื่อสารฯ ร่วมกับการเรียนการสอนปกติในโรงเรียน

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) โดยใช้รูปแบบ One group pretest-posttest design ระยะเวลาในการศึกษารวม 6 เดือน (เดือนพฤศจิกายน 2563 ถึง เมษายน 2564) ดำเนินการในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน จังหวัดแม่ฮ่องสอน

ประชากร คือ นักเรียนระดับประถมศึกษาในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน จำนวน 16 โรงเรียน สังกัดกองกำกับการตำรวจตระเวนชายแดนที่ 33 ซึ่งเป็นสถานศึกษาในโครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในจังหวัดแม่ฮ่องสอน ปีการศึกษา 2564 รวมทั้งสิ้น 927 คน (กองกำกับการตำรวจตระเวนชายแดนที่ 33, 2564)

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน จังหวัดแม่ฮ่องสอน ปีการศึกษา 2564 ซึ่งเป็นโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่พบการระบาดของภายใน 3 ปี และเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรคไข้มาลาเรีย จำนวน 5 โรงเรียนตัวอย่าง จากทั้งหมด 16 โรงเรียน จำนวนรวม 88 คน ได้มาโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เกณฑ์การคัดเลือก คือ นักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน จังหวัดแม่ฮ่องสอน สังกัดกองกำกับการตำรวจตระเวนชายแดนที่ 33 ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่กำลังศึกษาระดับประถมศึกษา อายุระหว่าง 7-13 ปี สามารถพูดภาษาไทยได้ ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก คือ นักเรียนที่มีประวัติโรคประจำตัว เช่น โรคธาลัสซีเมีย มะเร็งเม็ดเลือดทุกชนิด โรคบกพร่องทางภูมิคุ้มกัน เป็นต้น

ขั้นตอนดำเนินการศึกษา แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ

1. ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน กองกำกับการตำรวจตระเวนชายแดนที่ 33 โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนภายใต้การกำกับดูแล และหน่วยบริการสาธารณสุข เพื่อชี้แจงโครงการวิจัยและขออนุญาตทำการวิจัยในพื้นที่

2. นัดหมายผู้ปกครองของอาสาสมัครเข้าร่วมรับฟังการอธิบายโครงการวิจัยที่ห้องประชุมของโรงเรียนตัวอย่าง โดยพบปะพูดคุยและตอบข้อซักถาม พร้อมทั้งขออนุญาตก่อนเข้าถึงการดำเนินการกับอาสาสมัคร

3. เจ้าหน้าที่จากศูนย์/หน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงในพื้นที่ที่ตั้งของโรงเรียนตัวอย่าง ทำหน้าที่เป็นพนักงานสัมภาษณ์ จำนวนแต่ละ 2 คน หลังจากนั้นทำการอบรมฯ เป็นเวลา 1 วัน ในเรื่องขั้นตอนการวิจัย การใช้ชุดการสื่อสาร และวิธีการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง

4. ทำการอบรมให้ความรู้แก่ครูสุศึกษาในโรงเรียนเป็นเวลา 1 วัน ในการใช้ชุดการสื่อสารที่จัดทำขึ้น ได้แก่ การใช้ภาพพลิก และสมุดเล่มเล็กสำหรับผู้ที่มีภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD

ระยะที่ 2 ขั้นดำเนินการ

1. เจ้าหน้าที่ขอคำยินยอมเข้าร่วมโครงการจากอาสาสมัครและผู้ปกครอง และเมื่อลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษาแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ครั้งที่ 1

2. อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการทุกคนจะได้รับการเจาะเลือดจากปลายนิ้วเพื่อตรวจคัดกรองภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD ด้วยวิธี Modified Fluorescent Spot Test (FST) (อังคณา แซ่เจ็ง และคณะ, 2561) และตรวจหาเชื้อมาลาเรีย ซึ่งจะทราบผลการตรวจโดยใช้เวลาตรวจประมาณ 30 นาที

3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครูสุศึกษาทำกิจกรรมกลุ่มแบบมีส่วนร่วม โดยให้ความรู้เรื่องโรคไข้มาลาเรียและการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย พร้อมทั้งใช้ชุดการสื่อสาร ประกอบด้วย ภาพพลิก ความรู้เรื่องโรคไข้มาลาเรีย การป้องกันและควบคุม

โรคไข้มาลาเรีย ความรู้เรื่องภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD และสมุดเล่มเล็กเรื่องความรู้และการดูแลตนเอง สำหรับผู้ที่มีภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD เป็นเวลา 6 ชั่วโมง โดยชุดการสื่อสารผ่านการพิจารณาตรวจสอบเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบการใช้งานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากศูนย์/หน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงในพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน

4. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสอบถามเป็นครั้งที่ 2 หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมเป็นเวลา 1 เดือน โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ ชุดการสื่อสาร ประกอบด้วย

1.1 ภาพพลิก เพื่อให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคไข้มาลาเรีย อาการของไข้มาลาเรีย การตรวจวินิจฉัยและการกินยารักษาหายขาด อาการข้างเคียงระหว่างที่กินยารักษาที่อาจเกิดขึ้น การกลับไปตรวจตามนัด และวิธีการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรีย ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ครูสุศึกษาใช้สำหรับประกอบการสอน โดยมีคำบรรยายอยู่ด้านหลังภาพดังรูปที่ 1

1.2 สมุดเล่มเล็ก สำหรับผู้ที่มีภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD เป็นสมุดประจำตัวมีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD การสังเกตอาการผิดปกติ และการดูแลตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงอาหาร สารเคมี และสิ่งกระตุ้นในการป้องกันเม็ดเลือดแดงแตก รวมถึงเมื่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลต้องแจ้งให้แพทย์และพยาบาลทราบทุกครั้ง ดังรูปที่ 1

1.3 คู่มือการสื่อสารสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครูสุศึกษา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการใช้ชุดการสื่อสารฯ กับนักเรียนให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน



รูปที่ 1 ภาพพลิก และสมุดเล่มเล็กสำหรับผู้ที่มีภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นเรียน เชื้อชาติ ความถนัดในการใช้ ภาษา อาชีพของบิดาและมารดา รายได้เฉลี่ยของบิดา และมารดา จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคไข้มาลาเรีย เกี่ยวกับสาเหตุ การติดต่อ แหล่งเพาะพันธุ์ยุง อาการ และอาการแสดง วิธีการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย จำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน (Bloom *et al.*, 1971) คือ มีความรู้ระดับดี คะแนนเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (12-15 คะแนน) และมีความรู้ในระดับที่ต้องแก้ไข คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าร้อยละ 80 (0-11 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD เกี่ยวกับสาเหตุ อาการและอาการแสดง วิธีการดูแลตนเองหากมีภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน (Bloom *et al.*, 1971) คือ มีความรู้ระดับดี คะแนนเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (6-8 คะแนน) และมีความรู้ในระดับที่ต้องแก้ไข คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าร้อยละ 80 (0-5 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ถึง ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค และการรับรู้ ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรค จำนวนทั้งสิ้น 13 ข้อ มีทั้งทางบวกและทางลบ เป็นแบบวัด ชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ทางบวก	ทางลบ
เห็นด้วย	3	1
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) คือ มีการรับรู้ ระดับดี คะแนนเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 (2.40-3.00 คะแนน) และมีการรับรู้ ในระดับที่ต้องแก้ไข คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าร้อยละ 80 (<2.40 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย จำนวน 6 ข้อ มีทั้งทางบวก และทางลบ เป็นแบบวัดชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ทางบวก	ทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	3	1
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	2	2
ไม่ปฏิบัติเลย	1	3

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนพฤติกรรม การป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) คือ มีพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรค ไข้มาลาเรียระดับดี คะแนนเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 (2.40-3.00 คะแนน) และมีความรู้ พฤติกรรม การป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียระดับที่ต้องแก้ไข คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าร้อยละ 80 (<2.40 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ทุกข้อ และนำไปทดลองใช้กับ กลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ ทำการศึกษา จำนวน 30 คน พบค่าความเชื่อมั่นของ แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคไข้มาลาเรีย ความรู้เรื่อง ภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD การรับรู้เกี่ยวกับโรค ไข้มาลาเรีย และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรค ไข้มาลาเรีย เท่ากับ 0.64, 0.80, 0.72 และ 0.69 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์ โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเรื่องความชุกของภาวะพร่องเอนไซม์จีซิกพีดีและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของนักเรียนระดับประถมศึกษาในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน จังหวัดแม่ฮ่องสอน ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ AMSEC-63EX-039 ลงวันที่ 18 สิงหาคม 2563

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 88 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 53.41 และ 46.59 ตามลำดับ โดยเป็นนักเรียนระดับประถมศึกษาที่มีอายุระหว่าง 7-13 ปี โดยพบกลุ่มอายุระหว่าง 11-13 ปี มากที่สุด ร้อยละ 70.45 อายุเฉลี่ย 11.10 ปี (S.D.=1.31) มีเชื้อชาติไทยมากที่สุด ร้อยละ 61.36 รองลงมาคือ เชื้อชาติกะเหรี่ยง ร้อยละ 28.41 ทุกคนสามารถพูดภาษาไทยได้ดี ร้อยละ 100.00 โดยเขียนภาษาไทยได้ดี ร้อยละ 87.50 และกลุ่มตัวอย่างมีภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD ร้อยละ 19.32 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=88 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	41	46.59
หญิง	47	53.41
อายุ (ปี)		
7-10	26	29.55
11-13	62	70.45
Mean=11.10 ปี, S.D.=1.31, Min=7 ปี, Max=13 ปี		
เชื้อชาติ		
ไทย	54	61.36
กะเหรี่ยง	25	28.41
อื่นๆ (ไทยใหญ่, พม่า)	9	10.23
ผลการตรวจคัดกรองภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD		
ปกติ	71	80.68
ตรวจพบภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD	17	19.32

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้มาลาเรีย ความรู้เรื่องภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการสื่อสารโดยใช้ชุดการสื่อสารฯ

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้มาลาเรียก่อนและหลังการใช้ชุดการสื่อสารฯ พบว่า ความรู้เรื่องโรคไข้มาลาเรียของกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้ชุดการสื่อสารฯ อยู่ในระดับที่ต้องแก้ไข มีคะแนนเฉลี่ย 9.55 (S.D.=2.38) ภายหลังการใช้ชุดการสื่อสารฯ มีความรู้เรื่องโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 12.84 (S.D.=1.71) โดยมีคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้เรื่องโรคไข้มาลาเรียภายหลังการใช้ชุดการสื่อสารฯ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD พบว่า ก่อนให้โปรแกรมการสื่อสารโดยใช้ชุดการสื่อสารฯ ที่พัฒนาขึ้น ความรู้เรื่องภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับที่ต้องแก้ไข มีคะแนนเฉลี่ย 4.33 (S.D.=2.12) ภายหลังการให้โปรแกรมฯ มีความรู้เรื่องภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD อยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 7.43 (S.D.=0.84) โดยภายหลังการให้โปรแกรมการสื่อสารฯ คะแนนเฉลี่ยระดับความรู้เรื่องภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

สำหรับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียพบว่า ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการสื่อสารโดยใช้ชุดการสื่อสารฯ ที่พัฒนาขึ้น

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียในระดับดี ซึ่งภายหลังการให้โปรแกรมการสื่อสารฯ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ฯ เพิ่มขึ้นจาก 2.41 (S.D.=0.21) เป็น 2.63 (S.D.=0.19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียพบว่า ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการสื่อสารโดยใช้ชุดการสื่อสารฯ ที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับที่ต้องแก้ไข คะแนนเฉลี่ย 2.00 (S.D.=0.38) และคะแนนเฉลี่ย 2.20 (S.D.=0.26) ตามลำดับ ซึ่งภายหลังการให้โปรแกรมการสื่อสารฯ นักเรียนมีพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้มาลาเรีย ความรู้เรื่องภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการสื่อสารโดยใช้ชุดการสื่อสารฯ (n=88 คน)

ตัวแปร	ก่อนใช้		หลังใช้		t	p-value
	ชุดการสื่อสารฯ		ชุดการสื่อสารฯ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรู้เรื่องโรคไข้มาลาเรีย						
ระดับที่ต้องแก้ไข	74	84.09	18	20.45		
ระดับดี	14	15.91	70	79.55		
ค่าคะแนนเฉลี่ย (S.D.)	9.55 (2.38)		12.84 (1.71)		-10.44	0.00*
ความรู้เรื่องภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD						
ระดับที่ต้องแก้ไข	55	62.50	3	3.41		
ระดับดี	33	37.50	85	96.59		
ค่าคะแนนเฉลี่ย (S.D.)	4.33 (2.12)		7.43 (0.84)		-12.57	0.00*
การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย						
ระดับที่ต้องแก้ไข	36	40.91	13	14.77		
ระดับดี	52	59.09	75	85.23		
ค่าคะแนนเฉลี่ย (S.D.)	2.41 (0.21)		2.63 (0.19)		-4.11	0.00*
พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย						
ระดับที่ต้องแก้ไข	75	85.23	66	75.00		
ระดับดี	13	14.77	22	25.00		
ค่าคะแนนเฉลี่ย (S.D.)	2.00 (0.38)		2.20 (0.26)		-4.47	0.00*

*p-value<0.05

อภิปรายผล

ภายหลังจากการใช้ชุดการสื่อสารฯ ที่พัฒนาขึ้นสำหรับกลุ่มนักเรียนระดับประถมศึกษา พบว่ามีความรู้เรื่องโรคไข้มาลาเรีย และความรู้เรื่องภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD เพิ่มขึ้นนั้น อาจเนื่องจากได้เพิ่มการให้ความรู้ร่วมกับการใช้ภาพพลิกเรื่องโรคไข้มาลาเรียกับภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD ร่วมกับการใช้สื่อบุคคลคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำหน้าที่ในการตรวจ วินิจฉัย รักษา รวมถึงป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ห่างไกล และครูสุศึกษาในโรงเรียนซึ่งจะได้รับการฝึกอบรมการใช้ชุดการสื่อสารฯ เพื่อให้ความรู้กับนักเรียนและประชาชนในพื้นที่โดยเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับคนในพื้นที่และเป็นที่ยอมรับในชุมชน ซึ่งจะมีการให้ความรู้กับนักเรียนเป็นระยะๆ แบบมีส่วนร่วม (Clarke *et al.*, 2017) ตลอดจนสื่อการเรียนรู้เป็นเครื่องมือสำคัญในการส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ (จินตนา บันลือศักดิ์, 2558) โดยการให้ความรู้เรื่องไข้มาลาเรียที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุ แหล่งเพาะพันธุ์ยุงนำโรคไข้มาลาเรีย อาการ และอาการแสดงเมื่อเจ็บป่วย รวมถึงวิธีป้องกันไม่ให้ถูกยุงกัดโดยการนอนในมุ้งหรือมุ้งชุบน้ำยา การใช้ยาทากันยุงเพื่อป้องกันยุงกัดในช่วงหัวค่ำมีความจำเป็นต้องเร่งดำเนินการโดยเฉพาะในพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียตามแนวชายแดนไทย

สำหรับการใช้สมุดเล่มเล็กที่จัดทำขึ้นมอบให้นักเรียนเป็นสมุดประจำตัวสำหรับผู้ที่มีภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD อาการแสดงเนื่องจากเม็ดเลือดแดงแตก อาหารที่ควรระมัดระวัง ยาที่ควรหลีกเลี่ยง บันทึกประวัติการติดตามภาวะเม็ดเลือดแดงแตก ข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้มีภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD คำแนะนำในการปฏิบัติตัว (Devi *et al.*, 2016) ซึ่งเด็กนักเรียนและผู้ปกครองสามารถอ่านเพิ่มเติมได้ภายหลังเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และเป็นประโยชน์ในการดูแลตนเองที่เหมาะสม นอกจากการใช้ชุดการสื่อสารฯ ที่พัฒนาขึ้น นักเรียนมีโอกาสดำเนินการตามความรู้เรื่องไข้มาลาเรียจากครูสุศึกษาตามแนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องโรค

ไข้มาลาเรีย (Hadiza, 2015) ซึ่งเป็นการจัดการเรียนการสอนเรื่องไข้มาลาเรียไว้ในหลักสูตรปกติในกลุ่มสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิต (รุ่งระวี ทิพย์มนตรี และคณะ, 2561) สามารถช่วยส่งเสริมและสนับสนุนการให้สุศึกษาในโรงเรียนมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Auld *et al.*, 2020) ทั้งนี้หากสามารถลดความเสี่ยงของประชาชนในพื้นที่ อาจเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้ไม่พบผู้ป่วยติดเชื้อมาลาเรียในพื้นที่ได้ (Sudathip *et al.*, 2021)

การสร้างกระบวนการรับรู้ผ่านสื่อการเรียนการสอนที่หลากหลาย รวมทั้งการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ พบว่านักเรียนมีการรับรู้เรื่องโรคไข้มาลาเรีย และมีพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียในระดับดีขึ้น ดังนั้นหากมีการรับรู้สูงจะส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีด้วย (Chukwuocha *et al.*, 2020; Farea *et al.*, 2020) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการรับรู้เป็นส่วนหนึ่งของความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานที่ทำให้บุคคลสามารถตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ (Bandura, 1997) โดยมีเป้าหมายเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต ภาวะสุขภาพ และสวัสดิภาพที่ดีของตน อีกทั้งการรับรู้เป็นปัจจัยที่มีส่วนกำหนดแนวโน้มของการกระทำ หรือกระตุ้นให้บุคคลกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ภาวะสุขภาพของตนดีขึ้น (Siriboon & Songserm, 2016) การเน้นย้ำเตือนในกลุ่มนักเรียนที่มีภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD โดยการมอบสมุดเล่มเล็กประจำตัวสำหรับผู้ที่มีภาวะนี้ จะช่วยให้สามารถดูแลและหลีกเลี่ยงอาหาร ยา และสารเคมีบางชนิด หรือ ถั่วปากอ้า ซึ่งจะเป็นสิ่งกระตุ้นที่อาจทำให้เม็ดเลือดแดงแตกมากขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจางตามมาได้ (Harcke *et al.*, 2019) หากเด็กกลุ่มนี้ไม่สบายหรือเจ็บป่วยต้องแจ้งให้แพทย์ทราบทุกครั้งเพื่อจะได้รับการรักษาที่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเจ็บป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรียจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาพารามาควินสำหรับฆ่าเชื้อมาลาเรียได้ทั้งในตับและในกระแสเลือดเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ นอกจากการให้ความรู้กับเด็กที่มีภาวะพร่องเอนไซม์

G6PD แล้ว ควรให้ความรู้พร้อมทั้งคำแนะนำในการดูแลตนเองสำหรับพ่อแม่ ผู้ปกครอง และคุณครูร่วมด้วย (นารธดา ชันธิกุล และคณะ, 2564) เพื่อลดอันตรายจากการเกิดภาวะเม็ดเลือดแดงแตกและลดโอกาสการแพร่ระบาดของโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ (Taylor *et al.*, 2019)

สำหรับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียภายหลังจากได้รับชุดการสื่อสารฯ อยู่ในระดับที่ต้องแก้ไขถึงร้อยละ 75 ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อยนั้น ในพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียมีความจำเป็นต้องส่งเสริมพฤติกรรมการนอนในมุ้งเพื่อป้องกันโรคไข้มาลาเรีย (Kesteman *et al.*, 2016) อาจต้องอาศัยระยะเวลา ร่วมกับการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้เกิดการปรับตัว ดังนั้นการใช้กระบวนการทางการศึกษาในโรงเรียนร่วมกับการใช้วิธีการผสมผสานในหลายๆ วิธีสื่อสารผ่านสื่อผสมผสานต่างๆ อย่างเข้มข้นจะช่วยกล่อมเกลาคิดตั้งแต่ระดับประถมศึกษาเพื่อช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งนี้เด็กวัยนี้จะมีความสามารถ มีทักษะในการคิด การจำ และการคิดเชิงเหตุผล (หัตยา ดำรงผล, 2560) อาจเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้นักเรียนโดยเฉพาะในพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรีย และกลุ่มเด็กที่มีภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD เกิดการรับรู้และมีความพร้อมที่จะปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและป้องกันโรคไข้มาลาเรียที่เหมาะสมและยั่งยืนเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้แบบผสมผสาน ร่วมกับการใช้เครื่องมือชุดสื่อสารให้ความรู้กับนักเรียนหลากหลายรูปแบบ ทั้งแบบการจัดกิจกรรมแบบมีส่วนร่วม การใช้สื่อที่มีรูปภาพประกอบ และคำอธิบายที่สั้นกระชับ เข้าใจง่าย ควรมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของเด็ก การส่งเสริมให้เด็กคิดวางแผนและออกแบบ ลงมือทำ ตรวจสอบ ปรับปรุง ตัดสินใจ และกำหนดแนวทางการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของตนเอง ซึ่งอาจต้องใช้ระยะเวลาในการปรับเปลี่ยนเพื่อให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียที่ถูกต้องและมีความยั่งยืน

2. ในกลุ่มนักเรียนที่ตรวจพบภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบาง และอาศัยอยู่ในพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรีย ทำให้เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ครูสุศึกษาควรช่วยเน้นย้ำให้นักเรียนและผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจ รับรู้ และให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง และหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่อาจทำให้เม็ดเลือดแดงแตกมากขึ้น หากเป็นโรคไข้มาลาเรีย ควรให้ความร่วมมือในการกินยารักษาเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรค ส่งผลให้การกำจัดโรคไข้มาลาเรียตามแนวชายแดนมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การศึกษานี้กำหนดระยะเวลาเก็บข้อมูลติดตามผลหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรม 1 เดือน ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาติดตามที่สั้นเกินไป อาจส่งผลต่อผลลัพธ์ของพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียของเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะรัตน์ บุตราภรณ์ จากคณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล แพทย์หญิงเสาวนีย์ วิบูลสันติ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ และนายแพทย์สุรเชษฐ์ อรุณทอง รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ที่ช่วยให้คำปรึกษาแนะนำ รวมถึงตรวจแก้ไขและปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ ขอขอบคุณผู้กำกับการตำรวจตระเวนชายแดนที่ 33 และคณะครูในพื้นที่วิจัยทุกท่าน ที่ช่วยอำนวยความสะดวกประสานงานการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณนักเรียนทุกคนที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ปี 2563-2565 รหัสโครงการ RTA6280006

เอกสารอ้างอิง

- กองกำกับการตำรวจตระเวนชายแดนที่ 33. (2564). จำนวนนักเรียนและสถานศึกษาในโครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในจังหวัดแม่ฮ่องสอน ปีการศึกษา 2564. (เอกสารอัดสำเนา).
- กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2563). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2563 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2564]; แหล่งข้อมูล: https://apps-doe.moph.go.th/boeeng/download/AW_AESR_2563_MIX.pdf
- กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2564). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2564 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2564]; แหล่งข้อมูล: https://apps-doe.moph.go.th/boeeng/download/AW_AESR_2564.pdf
- กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค. (2562a). โครงการกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2562]; แหล่งข้อมูล: <https://malaria.ddc.moph.go.th/malariaR10/home.php>
- กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค. (2562b). แนวทางการปฏิบัติงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียสำหรับบุคลากรทางแพทย์และสาธารณสุขประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค. (2563). รายงานการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ในพื้นที่โครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร ตามพระราชดำริสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2565]; แหล่งข้อมูล: <https://drive.google.com/file/d/1zHZYpAttCKwacldoomsmJ-Ak85y-Dq5t/view>
- กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค. (2564). รายงานผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ 2564 การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ในพื้นที่โครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร ตามพระราชดำริ สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2565]; แหล่งข้อมูล: <https://drive.google.com/file/d/1Exzdy7xZHJ-cBAnLrf2fKtoxfHmutrCY/view>
- จินตนา บรรลือศักดิ์. (2558). บทบาทของครูสุขศึกษากับกระบวนการจัดการเรียนรู้และการใช้สื่อ. วารสารครูศาสตร์, 43(4), 129-145. [สืบค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2565]; แหล่งข้อมูล: <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/EDUCU/article/view/44589/36950>
- นารณธดา ชันธิกุล, อังคณา แซ่เจ็ง, สาริณี ศรีเทพ, ธัญญาพรรณ เรือนทิพย์, สมชาติ บุญคำมา และมัลลิกา อิมวงศ์. (2564). ความชุกของภาวะพร่องเอนไซม์จีซิกพีดีและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของนักเรียนระดับประถมศึกษาในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน จังหวัดแม่ฮ่องสอน. วารสารควบคุมโรค, 47(ฉบับเพิ่มเติมที่ 2), 1228-1241. [สืบค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2565]; แหล่งข้อมูล: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/DCJ/article/view/248690/171648>
- รุ่งระวี ทิพย์มนตรี, ปิยะรัตน์ บุตรภรณ์ และนารณธดา ชันธิกุล. (2561). แนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องโรคไข้มาลาเรีย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6. นนทบุรี: สำนักโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย: เรื่องง่ายๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้. ข่าวสารการวิจัยการศึกษา, 18(3), 8-11.
- สยัมภู ไสหา, ทศนีย์ ศิลาวรรณ, ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, ชนินท์ เจริญกุล และจรณิต แก้วกังวาล. (2558). การกระจายและปัจจัยทำนายพื้นที่เสี่ยงโรคมาลาเรียในพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมาร์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 34(6), 610-621. [สืบค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2565]; แหล่งข้อมูล: <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/scimsujournal/article/view/48290/40114>

- สำนักโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค. (2559). ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- หัตถยา ดำรงค์ผล. (2560). ทักษะชีวิตในเด็กวัยเรียน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 62(3), 271-276. [สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2565]; แหล่งข้อมูล:
https://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/62-3/08_Hattaya.pdf
- อังคณา แซ่เจ็ง, นารลดา ชันธิกุล, พชรินทร์ บุญอินทร์, ประภา อนันตสุข, สารีณี ศรีเทพ และสาคร พรประเสริฐ. (2561). การประยุกต์ใช้ชุดตรวจ Fluorescent Spot Test เพื่อคัดกรองภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD สำหรับผู้ป่วยมาลาเรียในสถานบริการสาธารณสุขห่างไกล ภาคเหนือประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 14(2), 12-21. [สืบค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2565]; แหล่งข้อมูล:
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/article/view/163063/118036>
- Auld, M. E., Allen, M. P., Hampton, C., *et al.* (2020). Health Literacy and Health Education in Schools: Collaboration for Action. *NAM Perspectives*, 2020, 10.31478/202007b. [cited 2022 November 24]; Available from: <https://doi.org/10.31478/202007b>
- Bambo, F., Bande, J. D., Bacar, G. C., & Martin, S. (2018). Integrating Malaria Education into Primary School Activities [online]. [cited 2024 September 16]; Available from: <https://www.malariaconsortium.org/media-download-file/201802070506/workingwith-schoolsv3.pdf>
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill.
- Chukwuocha, U. M., Iwuoha, G. N., Ogara, C. M., & Dozie, I. N. S. (2020). Malaria Classroom Corner: A School-Based Intervention to Promote Basic Malaria Awareness and Common Control Practices among School-Age Children. *Health Education*, 120(1), 107-119. [cited 2024 September 20]; Available from: <https://doi.org/10.1108/HE-11-2019-0050>
- Clarke, S. E., Rouhani, S., Diarra, S., *et al.* (2017). Impact of a malaria intervention package in schools on *Plasmodium* infection, anaemia and cognitive function in schoolchildren in Mali: a pragmatic cluster-randomised trial. *BMJ Global Health*, 2(2), e000182. [cited 2024 September 23]; Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2016-000182>
- Devi, A. S., Kodi, M., & Devi, A. M. (2016). Living with Glucose-6-Phosphate Dehydrogenase Deficiency. *Journal of Nursing Science & Practice*, 6(1), 23-30. [cited 2022 November 24]; Available from: https://www.researchgate.net/publication/303790436_Living_with_Glucose-6-Phosphate_Dehydrogenase_Deficiency
- Farea, B. A., Assabri, A. M., Aljasari, A. N., Farea, A. A., & Baktayan, N. A. (2020). Effect of Health Education on Knowledge Attitude Practice towards Malaria among Basic Schools Pupils in Taiz. *Health*, 12(9), 1299-1317. [cited 2024 September 16]; Available from: <https://doi.org/10.4236/health.2020.129093>

- Hadiza, A. (2015). Supervised School Based Health Education on Malaria: Reinforcing Pupils' Knowledge. *Advances in Medical and Biological Science Research*, 3(1), 74-80. [cited 2024 September 24]; Available from: <https://dspace.unijos.edu.ng/jspui/bitstream/123456789/1090/1/0920150306.pdf>
- Harcke, S. J., Rizzolo, D., & Harcke, H. T. (2019). G6PD deficiency: An update. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 32(11), 21-26. [cited 2022 December 20]; Available from: <https://doi.org/10.1097/01.JAA.0000586304.65429.a7>
- Kesteman, T., Rafalimanantsoa, S. A., Razafimandimby, H., *et al.* (2016). Multiple causes of an unexpected malaria outbreak in a high-transmission area in Madagascar. *Malaria Journal*, 15, 57. [cited 2022 December 20]; Available from: <https://doi.org/10.1186/s12936-016-1113-0>
- Luzzatto, L., & Arese, P. (2018). Favism and Glucose-6-Phosphate Dehydrogenase Deficiency. *The New England Journal of Medicine*, 378(1), 60-71. [cited 2022 May 14]; Available from: <https://doi.org/10.1056/nejmra1708111>
- Luzzatto, L., Nannelli, C., & Notaro, R. (2016). Glucose-6-Phosphate Dehydrogenase Deficiency. *Hematology/Oncology Clinics of North America*, 30(2), 373-393. [cited 2022 May 14]; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.hoc.2015.11.006>
- Satyagraha, A. W., Sadhewa, A., Elvira, R., *et al.* (2016). Assessment of Point-of-Care Diagnostics for G6PD Deficiency in Malaria Endemic Rural Eastern Indonesia. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 10(2), e0004457. [cited 2022 May 14]; Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0004457>
- Siriboon, D., & Songserm, N. (2016). Effects of the participatory learning program on malaria prevention and control of member households in Domepradit Sub-district, Nam Yuen, Ubon Ratchathani Province. *SNRU Journal of Science and Technology*, 8(3), 292-300. [cited 2022 November 24]; Available from: https://ph01.tci-thaijo.org/index.php/snru_journal/article/view/72000/58169
- Sudathip, P., Kitchakarn, S., Shah, J. A., *et al.* (2021). A foci cohort analysis to monitor successful and persistent foci under Thailand's Malaria Elimination Strategy. *Malaria Journal*, 20(1), 118. [cited 2022 December 20]; Available from: <https://doi.org/10.1186/s12936-021-03648-8>
- Taylor, W. R. J., Thriemer, K., von Seidlein, L., *et al.* (2019). Short-course primaquine for the radical cure of *Plasmodium vivax* malaria: a multicentre, randomised, placebo-controlled non-inferiority trial. *The Lancet*, 394(10202), 929-938. [cited 2023 April 28]; Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31285-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31285-1)
- World Health Organization. (2021). *World malaria report 2021*. Geneva: World Health Organization.

ข้อเสนอเชิงนโยบายการพัฒนากระบวนการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ ในการขับขี่รถยนต์สาธารณะ เพื่อความปลอดภัยทางท้องถนนของประเทศไทย

Policy Proposals for Development of Assessing Medical Fitness to Drive System for Road Safety in Thailand

ภคินี สิริปูชกะ* วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

Puckanee Siripuchaka* M.Sc. (Public Health)

เวสารัช สรรพอาษา* ส.ม. (การจัดการอาชีวอนามัย
และความปลอดภัย)

Wasaruch Suppa-asa* M.P.H. (Occupational Health
and Safety Management)

วีณา ภักดีสิริวิชัย** พ.ม. (สถิติประยุกต์)

Veena Bhakdisirivichai** M.S. (Applied Statistics)

* กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค

Strategy and Planning Division, Department of Disease Control

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

Faculty of Nursing, Saint Theresa International University

Received: Nov 18, 2024

Revised: Dec 6, 2024

Accepted: Dec 17, 2024

บทคัดย่อ

การเกิดอุบัติเหตุทางจราจรในประเทศไทยมีเหตุการณ์เพิ่มมากขึ้นมาตลอดเป็นเวลายาวนาน การศึกษาเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่รถยนต์สาธารณะ วิเคราะห์ประสบการณ์ในการดำเนินงานพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่ และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบเก็บข้อมูลที่พัฒนาขึ้นจากเอกสารและข้อมูลจากโครงการพัฒนาระบบการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว เพื่อลดความเสี่ยงจากการขับขี่ ลดอุบัติเหตุบนท้องถนน ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม - พฤษภาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลแบบอุปนัยและแบบจำแนกชนิดข้อมูล ผลการศึกษาพบว่ากรมควบคุมโรคมีการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว โดยการนำองค์ความรู้ทางเวชศาสตร์การจราจร การกำหนดมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจากการจราจรทางถนน มีกระบวนการพัฒนาระบบการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว และการออกใบรับรองแพทย์จัดบริการตรวจสุขภาพให้แก่ผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะ พร้อมทั้งตรวจสอบสมรรถนะทางร่างกาย ปัจจัยความสำเร็จ พบว่ามีการพัฒนามาตรฐานการประเมินสมรรถนะ ความพร้อมในการขับขี่ และจัดตั้งคลินิกต้นแบบในประเทศไทย สำหรับข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย กระทรวงสาธารณสุขควรมีการพัฒนาคลินิกอาชีวเวชศาสตร์ของโรงพยาบาลในประเทศไทยให้มีความครอบคลุม ด้านพัฒนาคุณภาพการวินิจฉัยโรคจากการประกอบอาชีพตามมาตรฐานการวินิจฉัยโรคจากการประกอบอาชีพในระดับชาติ กรมการแพทย์ควรพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรด้านอาชีวเวชศาสตร์ ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ กรมควบคุมโรค และกรมการขนส่งทางบกควรมีการเชื่อมโยงฐานข้อมูลด้านสุขภาพและฐานข้อมูลการอนุญาตใบขับขี่ทุกประเภท เพื่อติดตามเฝ้าระวังสถานะสุขภาพความพร้อมในการขับขี่ของผู้ได้รับใบอนุญาตขับขี่ และจัดตั้งคลินิกอาชีวเวชศาสตร์ที่ได้มาตรฐาน

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบ, การประเมินความพร้อมทางการแพทย์, นโยบายเพื่อความปลอดภัยทางท้องถนน

ABSTRACT

Traffic accidents have been significantly increasing serious incidents in Thailand for a long time. This qualitative study aimed to examine the development process of a medical fitness assessment system for public vehicle drivers, to analyze experiences in implementing the system, and to formulate policy and practical recommendations. Data collection was carried out using methods developed by reviewing documents and information from a project to improve medical fitness assessment systems for licensed public vehicle drivers. The goal of development was to reduce risky driving and traffic accidents. The study performed from January to May 2024, and then continued for data analyses by methods of inductive reasoning and categorical data measurements. The findings revealed that the Department of Disease Control conducted medical fitness assessments for licensed public vehicle drivers by integrating traffic medicine knowledge and establishing measures to prevent and address road traffic accidents. The process included developing the fitness assessment system, issuing medical certificates, providing health check-ups, and evaluating drivers' physical performance. Key success factors comprised the development of driving fitness assessment standards and the establishment of model clinics in Thailand. Policy recommendations proposed that the Ministry of Public Health should authorize the occupational medicine clinics functioning in hospitals nationwide to ensure comprehensive services. This included improving the diagnostic quality of occupational diseases according to the national standards. The Department of Medical Services should enhance expediency of the occupational medicine personnel. Practical recommendations from the findings include connecting health databases with licensing databases across all of vehicle types, enabling the monitoring and surveillance of drivers' health fitness. Additionally, the establishment of standardized occupational medicine clinics is recommended.

Key words: System development, Medical fitness assessment, Road safety policy

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีอัตราการเกิดอุบัติเหตุทางถนนสูง โดยส่วนหนึ่งเกิดจากสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ขับขี่ เช่น การมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว และสภาวะทางจิตที่ ส่งผลต่อความปลอดภัย การขับขี่ ซึ่งการตรวจประเมินสมรรถนะทางการแพทย์สามารถช่วยลดความเสี่ยงของอุบัติเหตุได้ อย่างไรก็ตามการนำนโยบายนี้ไปใช้ยังคงมีข้อจำกัดในเชิงการปฏิบัติและการยอมรับจากสังคม โดยสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุของประเทศไทย ในปี 2565 มีจำนวนการเกิดอุบัติเหตุสะสมทั้งสิ้น 939,713 ครั้ง เพิ่มขึ้นจากปี 2564 ถึงร้อยละ 4.7 ส่งผลให้มีผู้บาดเจ็บสะสม 924,799 ราย และเสียชีวิต 14,737 ราย และข้อมูลรับแจ้งอุบัติเหตุทางถนนของศูนย์ข้อมูล

อุบัติเหตุ ปี พ.ศ. 2566 พบผู้เสียชีวิตสะสม จำนวน 9,907 ราย ผู้บาดเจ็บสะสม 551,123 ราย ประเทศไทยถูกจัดอยู่เป็นหนึ่งในประเทศที่มีอุบัติเหตุทางถนนที่มากที่สุด จำนวนอุบัติเหตุทางถนนมากที่สุดเกิดจากรถโดยสารสาธารณะ ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากปัญหาทางสุขภาพของผู้ขับขี่ และการมีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคลมชัก โรคเบาหวาน โรคพาร์กินสัน โรคที่เกี่ยวข้องกับสายตา โรคความดันโลหิตสูง และโรคทางสมองและระบบประสาท ซึ่งโรคต่างๆ เหล่านี้จะมีผลต่อสมรรถนะในการขับขี่ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ตลอดเวลา (สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร สำนักแผนความปลอดภัย, 2565) ประเทศไทยจึงต้อง

ส่งเสริมสมรรถนะการขับขี่ปลอดภัยและให้สอดคล้องกับแผนระดับโลก (Global Plan) ทศวรรษที่สองของการดำเนินการเพื่อความปลอดภัยทางถนน ปี 2021-2030 โดยกำหนดเป้าหมายให้ทุกประเทศลดอัตราการเสียชีวิตและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนลงร้อยละ 50 ภายในปี 2030 (สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

การประเมินความพร้อมในการขับขี่ในช่วงที่ผ่านมาประเทศไทยไม่มีระบบการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่ที่เป็นแบบแผนชัดเจน มีเพียงการตรวจสมรรถนะกลุ่มผู้ขับขี่ส่วนบุคคล/ผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะและให้ความรู้เรื่องกฎจราจรเท่านั้น ส่วนแพทย์ผู้ออกใบรับรองแพทย์ในหน่วยบริการนั้น เป็นการตรวจที่มุ่งตรวจโรคที่กำหนดในใบรับรองแพทย์เท่านั้น ซึ่งไม่ครอบคลุมหลักประกันสุขภาพของผู้ขับขี่ และขาดการเชื่อมโยงข้อมูลสมรรถนะของผู้ขับขี่ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับกระทรวงคมนาคม รวมถึงไม่มีศูนย์รองรับการให้บริการตรวจแบบครบวงจรก่อนออกใบอนุญาตขับขี่ จึงเกิดช่องว่างที่มีความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ใช้รถใช้ถนนในระยะยาว จากปัญหาฯ ดังกล่าว กรมควบคุมโรคจึงมอบหมายให้สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ดำเนินโครงการพัฒนาระบบการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว (Medical Fitness to Drive) เพื่อลดความเสี่ยงจากการขับขี่ลดอุบัติเหตุบนท้องถนน ในพื้นที่กรุงเทพมหานครระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 31 มีนาคม 2567 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่ (Medical Fitness to Drive) และจัดทำข้อเสนอแนะการพัฒนาเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยบนท้องถนนไปสู่หน่วยบริการสุขภาพในจังหวัดอื่นๆ ของประเทศไทย

ดังนั้นการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่รถยนต์สาธารณะ จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ ในการลดความเสี่ยงจากการขับขี่ลดอุบัติเหตุบนท้องถนน และนำไปขยายผลระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการศึกษาแบบผสมวิธีเชิงคุณภาพด้วยการทบทวนเอกสาร การศึกษาจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ ร่วมกับการรับฟังข้อคิดเห็นจากกลุ่มประชากรได้มาโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2567 รวมทั้งสิ้น 5 เดือน โดยกำหนดขอบเขตเนื้อหาการศึกษา ในการวิเคราะห์กระบวนการพัฒนาแผนฯ 3 ส่วน ได้แก่

1) วิเคราะห์กระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่ (Medical Fitness to Drive) นโยบาย กฎหมายที่เกี่ยวข้อง และผลสำเร็จการดำเนินงาน ร่วมกับการวิเคราะห์ประสิทธิภาพการพัฒนาระบบประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่ (Medical Fitness to Drive) ในประเด็นความรู้ ความเข้าใจ และความคิดเห็นต่อการดำเนินงานของผู้เกี่ยวข้อง

2) รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่ (Medical Fitness to Drive) ได้แก่

2.1 นโยบายระดับประเทศและมาตรการสำหรับขยายพื้นที่ดำเนินการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่ (Medical Fitness to Drive)

2.2 การทำงานของรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การประเมินความพร้อมในการขับขี่ (Medical Fitness to Drive) เป็นนโยบายที่ขับเคลื่อนให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องดำเนินการ

2.3 นโยบาย และ/หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประเมิน และ/หรือการตรวจสุขภาพ หรือสมรรถนะของผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะ

2.4 ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค และความคิดเห็นต่อการขยายผลการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ

3) จัดทำข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา

1) เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการขับขี่รถยนต์สาธารณะ เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับเก็บข้อมูล ได้แก่ กระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อม

ทางการแพทย์ นโยบาย กฎหมายที่เกี่ยวข้อง และ
ผลสำเร็จการดำเนินงาน และรวบรวมข้อมูลที่
เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาระบบการประเมิน
ความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขี่ (Medical
Fitness to Drive)

2) รวบรวมข้อคิดเห็นในการจัดทำข้อเสนอแนะ
ในเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่
ผู้บริหาร ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ปฏิบัติที่
เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดดังนี้

1) ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่
เกี่ยวข้อง

2) สร้างกรอบแนวคิด ขอบเขตการศึกษา และ
วางแผนการดำเนินงานศึกษา โดยปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ
ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพัฒนาระบบการประเมิน
ความพร้อมทางการแพทย์

3) วางแผนการจัดเก็บข้อมูลตามกรอบแนวคิด
และจัดทำเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ส่งให้
ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาให้ข้อเสนอแนะ และปรับปรุง
แก้ไขก่อนที่จะนำไปเก็บข้อมูล

4) ดำเนินการเก็บข้อมูลและตรวจสอบความครบถ้วน
สมบูรณ์ของข้อมูล

5) สรุปผลและจัดทำรายงานการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบเก็บข้อมูล
จำนวน 3 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบเก็บข้อมูลกระบวนการพัฒนาระบบ
การประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่
(Medical Fitness to Drive) นโยบาย กฎหมายที่
เกี่ยวข้อง และผลสำเร็จการดำเนินงาน

ชุดที่ 2 แบบเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการ
พัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์
เพื่อการขับขี่ (Medical Fitness to Drive)

ชุดที่ 3 แบบฟอร์มการจัดทำข้อเสนอแนะใน
เชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ โดยมีข้อความครอบคลุม
ประเด็นดังต่อไปนี้

1. กระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อม
ทางการแพทย์ในการขับขี่ (Medical Fitness to
Drive) ถูกพัฒนามาอย่างไร ใช้ทรัพยากรอะไร
ในการดำเนินงาน

2. ผู้เกี่ยวข้องเชิงนโยบายมีทัศนคติอย่างไรต่อ
การประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่
(Medical Fitness to Drive) และมีส่วนร่วมดำเนินการ
หรือไม่ อย่างไร

3. ผู้ที่เกี่ยวข้องเชิงปฏิบัติมีทัศนคติอย่างไรต่อ
การประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่
(Medical Fitness to Drive) และมีส่วนร่วมดำเนินการ
หรือไม่ อย่างไร

4. ปัจจัยความสำเร็จและความท้าทายใน
การดำเนินการคืออะไร อย่างไร

5. บทเรียนการพัฒนาการดำเนินการประเมิน
ความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่ (Medical
Fitness to Drive) เพื่อขับเคลื่อนและขยายผล
การดำเนินงานได้อย่างยั่งยืนในอนาคตควรเป็นอย่างไร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบเก็บข้อมูลที่พัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบจาก
ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ด้านการพัฒนาการ
ประเมินความพร้อมด้านการแพทย์ จำนวน 3 ท่าน
ให้ข้อเสนอแนะในความตรงเชิงเนื้อหาแล้วนำมาปรับ
ให้สมบูรณ์และสอดคล้องกับประเด็นที่ศึกษา และ
จัดทำเกณฑ์สำหรับการคัดเลือกเอกสารที่เกี่ยวข้อง
ในการศึกษา ประกอบด้วย 1) ความจริง (Authenticity)
คือ เป็นเอกสารที่แท้จริง 2) ความถูกต้องน่าเชื่อถือ
(Credibility) คือ เอกสารนั้นจะต้องไม่มีข้อมูลที่
ผิดพลาด 3) การเป็นตัวแทน (Representativeness)
คือ เอกสารดังกล่าวมีความเป็นตัวแทน 4) ความหมาย
(Meaning) คือ เอกสารที่มีความชัดเจนและสามารถ
ที่จะเข้าใจได้ง่าย (Scott, 1990)

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) ทำการคัดเลือกโดยการอ่าน ทบทวน และ
บันทึกข้อมูลของเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำความเข้าใจ
ให้ตรงกันของคณะผู้ศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

2) จัดกลุ่มข้อมูล โดยการประชุมกลุ่มระดมความคิดเห็นระหว่างคณะผู้ศึกษา และนำกลุ่มข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ในรูปแบบของการบรรยาย

3) หาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประเด็นศึกษา

4) ตีความและอภิปรายข้อมูลที่ได้จากการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

5) สรุปและนำเสนอผลการศึกษา เพื่อผลักดันเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) นี้เป็นการศึกษาเอกสารรายงานผลการดำเนินงานเก็บข้อมูลจากการประชุมที่เกี่ยวข้อง นำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ ทั้งนี้ได้ขออนุญาตใช้ข้อมูลจากหน่วยงานที่จัดทำโครงการพัฒนาระบบการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขีรถยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว (Medical Fitness to Drive) เพื่อลดความเสี่ยงจากการขับขีรถอุบัติเหตุบนท้องถนน

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 การศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขีรถยนต์สาธารณะ (Medical Fitness to Drive) นโยบาย กฎหมายที่เกี่ยวข้อง และผลสำเร็จการดำเนินงาน พบว่ากระบวนการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขีรถยนต์สาธารณะโดยกรมควบคุมโรค ร่วมกับกรมการขนส่งทางบก และกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กปถ.) กำหนดการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในผู้ขับขีรถยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้วโดยการนำองค์ความรู้ทางเวชศาสตร์ป้องกันแขนงเวชศาสตร์การจราจร บูรณาการร่วมกับสำนักวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง กำหนดมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาคู่เหตุจากการจราจรทางถนน ได้แก่ มาตรการที่มุ่งไปที่ยานพาหนะ

สิ่งแวดล้อม และถนน มาตรการที่มุ่งไปยังผู้ขับขีรถ การตรวจคัดกรองสุขภาพ และสมรรถภาพของร่างกายเพื่อใช้ประกอบการขอใบอนุญาตขับขีรถยนต์ ซึ่งผลสำเร็จการดำเนินงานคือ มีศูนย์ต้นแบบตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ และระบบข้อมูลสุขภาพและสมรรถนะที่เชื่อมโยงกันระหว่างกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และกรมการขนส่งทางบก กระทรวงคมนาคม

จากการวิเคราะห์ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้บริหาร มีข้อเสนอประเด็นที่เกี่ยวข้อง 2 เรื่อง คือ 1) การออกใบรับรองแพทย์ ต้องแสดงให้เห็นว่าผู้นั้นไม่มีโรคประจำตัวหรือสภาวะของโรคที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเห็นว่าอาจเป็นอันตรายขณะขับรถตามที่แพทย์สถานกำหนด มีการกำหนดอายุสูงสุดของการทำใบขับขีรถ ติดตามและตรวจสอบ ความถี่ในการตรวจ และมีการประเมินแยกเป็นกรณีสำหรับคนที่มีโรค รวมทั้งกำหนด “ตัวโรค” การห้ามการขับขีรถตามสภาวะที่ไม่ปลอดภัยเพิ่มเติมจากโรคลมชัก 2) คุณสมบัติของแพทย์ที่สามารถออกใบรับรองแพทย์เพื่อขอใบอนุญาตขับรถ ควรเชื่อมโยงกับประเภทของการขับขีรถโดยสารส่วนบุคคลอย่างน้อย 3 ประเภท ได้แก่ รถโดยสารส่วนบุคคลทุกประเภท รถยนต์ รถจักรยานยนต์ โดยแพทย์ทั่วไปเป็นผู้ตรวจ ส่วนรถโดยสารสาธารณะและรถพิเศษ แพทย์เฉพาะทางหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญควรเป็นผู้ตรวจและออกใบรับรอง ซึ่งเรื่องการออกใบรับรองแพทย์และการกำหนดคุณสมบัติของแพทย์ ให้มีการศึกษาเพิ่มเติมถึงความเป็นไปได้ก่อนใช้จริง ระหว่างนี้ให้เน้นการเข้มงวดกวดขันตามกฎหมาย สำหรับผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ รวมถึงผู้ไม่มีใบอนุญาตขับรถ โดยต้องดำเนินการคู่ขนานไปกับการควบคุมผู้ที่มีสถานะไม่ปลอดภัยในการขับขีรถ

ส่วนที่ 2 ผลการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขีรถยนต์สาธารณะ (Medical Fitness to Drive)

1. นโยบายระดับประเทศและมาตรการสำหรับขยายพื้นที่ดำเนินการประเมินความพร้อมทาง

การแพทย์ในการขับขี่ (Medical Fitness to Drive)
สรุปได้ดังนี้

1.1 การพัฒนาระบบการตรวจประเมิน ประเทศไทย
มีนโยบายการพัฒนากระบวนการตรวจประเมิน
ความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่รถยนต์สาธารณะ
ที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว เพื่อให้กรมการขนส่งทางบก
มีแนวทางในการบริหารจัดการเกี่ยวกับการประเมิน
สุขภาพเพื่อขอรับใบอนุญาตขับรถ นโยบายการจัดตั้ง
คณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อลด
ความเสี่ยงจากการขับขี่ ลดอุบัติเหตุบนท้องถนน
โดยมีผู้แทนจากภาคส่วนต่างๆ ที่เหมาะสม การออก
ใบรับรองแพทย์จัดบริการตรวจสุขภาพให้แก่ผู้ขับขี่
รถยนต์โดยสารสาธารณะ และตรวจสมรรถนะทาง
ร่างกาย

1.2 มาตรการสำหรับขยายพื้นที่ดำเนินการ
ประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่ ได้แก่
การพัฒนามาตรฐานการประเมินสมรรถนะความ
พร้อมในการขับขี่ที่เป็นต้นแบบในประเทศไทย
เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดบริการคลินิกตรวจ
ประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในผู้ขับขี่รถยนต์
โดยสารสาธารณะ ด้วยสภาพปัญหา คือ การกำหนด
เกณฑ์มาตรฐานการตรวจประเมิน ส่วนใหญ่จึงต้องใช้
เอกสารอ้างอิงจากต่างประเทศ ซึ่งไม่เหมาะสมกับ
บริบทของประเทศไทย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงได้
พัฒนาระบบจัดทำคู่มือการประเมินสมรรถนะ
ความพร้อมในการขับขี่ (Assessing Fitness to Drive)
เพื่อนำไปใช้ในการจัดบริการคลินิก Medical Fitness
to Drive โดยมีการประเมินสมรรถนะความพร้อมใน
การขับขี่ 2 ส่วน คือ

1.2.1 การประเมินสุขภาพทั่วไปเพื่อใบรับรอง
แพทย์เพื่อออกใบขับขี่ (General assessment)
เป็นการตรวจและซักประวัติสุขภาพโดยทั่วไป
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการซักประวัติ
ทางร่างกายเฉพาะด้าน เพื่อประเมินความเสี่ยงโรค
ภัยสุขภาพขณะนอนหลับ

1.2.2 การประเมินสมรรถนะของผู้ขับขี่ยานยนต์
โดยประเมินการรับรู้ การคิดวิเคราะห์ และการ
ประเมิน เพื่อค้นหาโรคทางจิตเวช เพื่อจำแนกระดับ

ความผิดปกติในการรับรู้ การตอบสนองต่อสิ่งเร้า
รวมทั้งการตัดสินใจของผู้รับการตรวจประเมิน เช่น
การตรวจการมองเห็น การได้ยิน การทำงานของ
ระบบกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว และการประเมิน
สมรรถนะผู้ขับขี่เฉพาะโรค ได้แก่ โรคทางระบบประสาท
โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคทางจิตเวช
การใช้ยาเสพติดและโรคติดเชื้อ ความผิดปกติของไต
และระบบทางเดินหายใจ

2. การทำงานของรัฐบาลและหน่วยงานที่
เกี่ยวข้อง เพื่อให้การประเมินความพร้อมทาง
การแพทย์ในการขับขี่รถยนต์สาธารณะ เป็นนโยบาย
ที่ขับเคลื่อนให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องดำเนินการ
พบการดำเนินของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

2.1 กระทรวงสาธารณสุข อบรมพัฒนาแพทย์
พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข โดยอบรม
แพทย์เป็นแพทย์เวชศาสตร์การจราจร 3 ด้าน คือ
ด้านเวชศาสตร์การจราจรเชิงระบบ ด้านการเฝ้าระวัง
และการสอบสวนอุบัติเหตุ และด้านการประเมิน
สมรรถนะผู้ขับขี่ในการขับขี่รถยนต์ ซึ่งเป็นการอบรม
หลักสูตรเวชศาสตร์การจราจรระยะสั้น 8 รุ่น จำนวน
420 คน

2.2 กรมควบคุมโรค จัดทำคู่มือ/แนวทาง
สนับสนุนการดำเนินงาน Medical Fitness to Drive
คู่มือการประเมินสมรรถนะความพร้อมในการขับขี่
และมาตรฐานการบริการคลินิก และแนวทางใน
การบริหารจัดการเกี่ยวกับการประเมินสุขภาพเพื่อ
ขอรับใบอนุญาตขับรถ เพื่อสนับสนุนให้แก่แพทย์
พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่
ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้ในการจัดบริการคลินิก
อาชีวเวชศาสตร์ จำนวน 4 เรื่อง

3. นโยบาย และ/หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับ
การประเมิน และ/หรือการตรวจสุขภาพ หรือสมรรถนะ
ของผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะ

กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญต่อเรื่อง
การพัฒนาสมรรถนะผู้ขับขี่ ให้คณะกรรมการระดับ
กระทรวงจัดทำแนวทางการทำใบขับขี่ให้เป็นสากล
มีมาตรฐานที่เพียงพอ กรมการแพทย์เคยเปิดบริการ
ตรวจสุขภาพให้ผู้ขับขี่ แต่ไม่ครอบคลุมทุกบริการและ

ไม่ได้ขยายผลการตรวจไปยังหน่วยบริการอื่นๆ การตรวจสุขภาพสำหรับแพทย์ผู้ออกใบรับรองแพทย์ ในหน่วยบริการ ยังคงเป็นการตรวจที่มุ่งตรวจโรคที่กำหนดในใบรับรองแพทย์เท่านั้น ซึ่งไม่เพียงพอสำหรับเป็นหลักประกันด้านสุขภาพของผู้ขับขี่ให้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ทางด้านสุขภาพที่มีผลต่อสมรรถนะในการขับขี่ และยังเป็น การตรวจที่แยกส่วนกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับกรมการขนส่งทางบก อีกทั้งการตรวจสุขภาพเพื่อประเมินสุขภาพและสมรรถนะก่อนการขับขี่ในปัจจุบันยังไม่มีแนวทางที่เป็นระดับชาติ (National Guideline) และมีศูนย์รองรับการให้บริการตรวจแบบครบวงจรก่อนออกใบอนุญาตขับขี่ และยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลสมรรถนะของผู้ขับขี่ระหว่างกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขกับกรมการขนส่งทางบก กระทรวงคมนาคม จึงเกิดช่องว่างที่มีความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ใช้รถใช้ถนนในระยะยาว

4. ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค และความคิดเห็นต่อการขยายผลการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ดังนี้

4.1 ปัจจัยความสำเร็จ คือ การดำเนินโครงการพัฒนาระบบการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ ในผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว (Medical Fitness to Drive) เพื่อลดความเสี่ยงจากการขับขี่ ลดอุบัติเหตุบนท้องถนน ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน ทำให้มีการพัฒนามาตรฐานการประเมินสมรรถนะความพร้อมในการขับขี่ (Assessing Fitness to Drive) เป็นต้นแบบในประเทศไทย มีคลินิกต้นแบบ และมีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีศักยภาพ ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์การจราจร และมีระบบข้อมูลสุขภาพและสมรรถนะของผู้ขับขี่ที่เชื่อมโยงกันระหว่างกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และกรมการขนส่งทางบก กระทรวงคมนาคม

4.2 ปัญหาอุปสรรค คือ การดำเนินโครงการพัฒนาระบบการตรวจประเมินความพร้อมทาง

การแพทย์ในผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว (Medical Fitness to Drive) เพื่อลดความเสี่ยงจากการขับขี่ ลดอุบัติเหตุบนท้องถนน เริ่มดำเนินการในปี 2563 ซึ่งเกิดสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้การดำเนินงานในระยะแรกไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนด ไม่มีความต่อเนื่อง และต้องหยุดดำเนินการเป็นระยะ เนื่องจากเป็นการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับซื้ออย่างเต็มรูปแบบเป็นแห่งแรกของประเทศไทย จึงต้องศึกษาเรียนรู้การบริหารจัดการด้านต่างๆ จากการทดลองดำเนินการ ตลอดจนพบว่าบุคลากรยังขาดความรู้และประสบการณ์ในการให้บริการ จึงต้องมีการทบทวน/ปรับปรุงรูปแบบและแนวทางต่างๆ เป็นระยะ

4.3 ความคิดเห็นต่อการขยายผลการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนเชิงนโยบาย พบว่าการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในผู้ขับขี่รถยนต์โดยสารสาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว และกลุ่มผู้ขับขี่รถยนต์โดยสารสาธารณะประเภทรถสองแถว จะพบปัญหาในกลุ่มผู้สูงอายุคือ มีใบอนุญาตในการขับขี่ตลอดชีพ บางรายใบอนุญาตการขับขี่หมดอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว มีปัญหาสุขภาพที่มีภาวะเสื่อมตามวัย อีกทั้งในปัจจุบันประชาชนส่วนใหญ่มัศักยภาพในการซื้อ-เช่ารถยนต์ส่วนบุคคล และรถจักรยานยนต์ เพื่อใช้ในการคมนาคมขนส่ง หรือเดินทางมากขึ้น ทำให้การใช้บริการรถยนต์โดยสารสาธารณะลดลง หากมีกฎหมายในการออกใบอนุญาตการขับขี่ที่เปลี่ยนไปและมีผลบังคับใช้ จะยังมีผลกระทบต่อการประกอบอาชีพของผู้ขับขี่รถยนต์โดยสารสาธารณะ รายได้ และเศรษฐกิจภายในครอบครัว

การรับบริการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในผู้ขับขี่รถยนต์โดยสารสาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว ไม่ชัดเจนเรื่องค่าใช้จ่าย จะใช้ตามสิทธิการรักษาของตนเองหรือครอบครัว ระยะเวลาในการเข้ารับบริการนานใช้เวลานานหรือไม่ เพราะหากใช้เวลานานจะมีผลกระทบต่อรายได้ สถานที่รับบริการมีที่ไหนบ้างหากต้องเดินทางไกล ยิ่งส่งผลกระทบการบริหารจัดการเวลาในการปฏิบัติงาน

รอบระยะเวลาในการหยุดงาน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ขับขี่รถยนต์โดยสารสาธารณะ มีรอบระยะเวลาในการขับขี่ให้บริการแตกต่างกันตามระยะทาง

5. บทเรียนการพัฒนาการดำเนินการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่รถยนต์สาธารณะ (Medical Fitness to Drive) เพื่อขับเคลื่อนและขยายผลการดำเนินงาน

สรุปผลการศึกษาโครงการพัฒนาระบบการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว จำนวน 15 ประเด็นดังนี้

1) พัฒนากลไกความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมควบคุมโรค กรมการขนส่งทางบก คลินิกอาชีวเวชศาสตร์ กองทุนเพื่อความปลอดภัยทางถนน เป็นต้น

2) พัฒนาฐานข้อมูลการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพเกี่ยวกับสมรรถนะทางร่างกาย และการขับขี่ยานพาหนะ เพื่อให้เข้าถึงได้ง่าย และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้

3) พัฒนาช่องทางการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในผู้ขับขี่ยานพาหนะ ข้อมูลสถานการณ์อุบัติเหตุทางท้องถนนระหว่างหน่วยงานเครือข่ายระดับจังหวัด ระดับเขต และหน่วยงานเครือข่ายภาคส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้เทคโนโลยีในการเชื่อมโยงข้อมูล

4) การนำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อการเชื่อมโยงข้อมูล นำไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ จังหวัดและระดับเขต

5) ผลักดันการทำงานแบบบูรณาการในระดับนโยบาย จัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อลดความเสี่ยงจากการขับขี่ ลดอุบัติเหตุบนท้องถนน โดยมีผู้แทนจากภาคส่วนต่างๆ ที่เหมาะสม

6) ส่งเสริมการจัดทำแผนปฏิบัติการ ร่วมกับหน่วยงานเครือข่าย เพื่อให้เกิดกลไกการประสานความร่วมมือในการดำเนินงาน รวมทั้งทบทวนปรับปรุงกฎระเบียบในการดำเนินงานเกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน

7) เพิ่มขีดความสามารถบุคลากร และสร้างบุคลากรรุ่นใหม่ให้สามารถรองรับการทำงานร่วมกัน และบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานเครือข่าย จัดทำแผนพัฒนาความเชี่ยวชาญ พัฒนาหลักสูตร จัดทำฐานข้อมูลผู้เชี่ยวชาญ พัฒนาศักยภาพบุคลากร ให้มีความก้าวหน้าทางสายงานให้ชัดเจน ให้มีศักยภาพพร้อมจัดระบบบริการตรวจประเมินสมรรถนะผู้ขับขี่ที่มีมาตรฐานสากล

8) ปรับปรุงหลักสูตร/การฝึกอบรมควบคุมการฝึกปฏิบัติงานอย่างบูรณาการ โดยทีมแพทย์ควรได้รับการพัฒนาความเชี่ยวชาญเฉพาะทางแพทยเวชศาสตร์การจราจร หรือด้านอาชีวอนามัย ส่วนทีมประกอบด้วยพยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข ควรได้รับการอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะ หลักสูตรระยะสั้นด้านเวชศาสตร์การจราจร รวมทั้งการใช้เครื่องมือพิเศษในการจัดบริการคลินิก

9) ส่งเสริมกิจกรรมพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรและเครือข่าย จัดทำฐานข้อมูลและเครือข่าย และจัดให้มีเวทีวิชาการแลกเปลี่ยนด้านวิชาการและประกวดผลงานดีเด่น

10) พัฒนาการสื่อสารให้ครอบคลุม ครบถ้วน และทันสมัย ระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนให้เข้าถึงข้อมูล การใช้ประโยชน์ของข้อมูลตามบริบทพื้นที่ โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน ประเด็นการสื่อสาร รวมทั้งช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสม

11) การสร้างความรอบรู้ด้านความปลอดภัยในการขับขี่ การใช้รถใช้ถนนให้แก่ประชาชน กลุ่มผู้ขับขี่ยานพาหนะ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

12) การขยายบริการคลินิกตรวจประเมินสมรรถนะผู้ขับขี่ ควรขยายผลการดำเนินงานปฏิบัติในระดับเขต โดยบูรณาการทรัพยากรในพื้นที่เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

13) การดำเนินการในกลุ่มผู้ขับขี่รถยนต์โดยสารสาธารณะ ควรทำควบคู่กับการดำเนินงานเชิงรับ โดยจัดบริการ ณ สถานบริการสาธารณสุขที่มีแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถทางด้านเวชศาสตร์การจราจร/

อาชีวอนามัย ร่วมกับการดำเนินการเชิงรุกให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้ขับขี่ โดยประสานผ่านบริษัทขนส่งสาธารณะ/บริษัทเอกชน/หน่วยงานภาครัฐ/รัฐวิสาหกิจ

14) จัดทำบัญชีโรคและภาวะอันตรายต่อสมรรถนะการขับขี่ที่เป็นข้อเสนอในการตรวจประเมินสมรรถนะผู้ขับขี่ จำนวน 8 กลุ่มโรค โดยเสนอผ่านแพทยสภาให้มีการประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษาเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติและขยายผลให้ผู้ปฏิบัติดำเนินการตามแนวทาง

15) การบูรณาการเครือข่ายในการดำเนินการจัดตั้งคลินิก เพื่อใช้เครื่องมือและทรัพยากรที่มีอยู่ในเขตสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. กรมควบคุมโรค ควรขยายการให้บริการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่ โดยการพัฒนาให้คลินิกอาชีวเวชศาสตร์ของโรงพยาบาลให้สามารถดำเนินงานได้ในประเด็น ดังนี้

1.1 ความครอบคลุมของคลินิกอาชีวเวชศาสตร์ ซึ่งหน่วยบริการสาธารณสุขบางแห่งใช้ชื่อว่า โครงการพัฒนาศูนย์โรคจากการทำงาน ควรให้ผู้บริหารโรงพยาบาลพัฒนาทีมงานของโรงพยาบาล โดยมีกรมควบคุมโรคให้การสนับสนุนด้านวิชาการและประสานการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานประกันสังคม

1.2 ควรมีการพัฒนาโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลเชี่ยวชาญการจัดบริการอาชีวอนามัยร่วมกับโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ ต้องมีการพัฒนาโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในระดับภูมิภาคหรือระดับเขต โดยพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรด้านอาชีวเวชศาสตร์ตามบริบทของโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลเชี่ยวชาญ ให้เป็น training center ด้านอาชีวอนามัยตามความเชี่ยวชาญของโรงพยาบาล

1.3 คลินิกอาชีวเวชศาสตร์ ควรพัฒนาระบบการคัดกรอง และนำข้อมูลการวินิจฉัยมาใช้ประโยชน์ในการกำหนดทิศทางการดำเนินงานและจัดการปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. กรมควบคุมโรค ควรสนับสนุนการพัฒนาและยกระดับการจัดบริการอาชีวอนามัยของหน่วยงานในสังกัด ได้แก่ สถาบันราชประชาสมาสัย สถาบันบำราศนราดูร และศูนย์พทยารักษ์ ให้มีคลินิกอาชีวเวชศาสตร์เป็นต้นแบบให้บริการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่ โดยเป็นแหล่งศึกษาดูงาน และเป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้ให้แก่โรงพยาบาล และหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ

3. กรมควบคุมโรค และกรมการแพทย์ควรร่วมกันพัฒนาคลินิกอาชีวเวชศาสตร์ในโรงพยาบาลเอกชนสำหรับการให้บริการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับเคลื่อนสู่มาตรฐาน ร่วมกับสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

อภิปรายผล

1. การศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับเคลื่อนสู่มาตรฐาน นโยบาย กฎหมายที่เกี่ยวข้อง และผลสำเร็จการดำเนินงาน

การเกิดอุบัติเหตุในประเทศไทย ส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากคนโดยตรง ร้อยละ 57.10 อาจเป็นผู้ขับขี่ที่มีโรคประจำตัวและความบกพร่องด้านร่างกายรวมอยู่ด้วย โดยในปี 2565 หลังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมีจำนวนเพิ่มขึ้นและในจำนวนนี้มีกลุ่มเสี่ยงจำนวนมากที่เสียชีวิตบนท้องถนน และการประเมินความสูญเสียจากการเสียชีวิตและบาดเจ็บสาหัส มีมูลค่าประมาณ 10 ล้านบาทต่อรายการบาดเจ็บสาหัสมีมูลค่าประมาณ 3 ล้านบาทต่อรายการ (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2560) ความสูญเสียอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุรถโดยสารสาธารณะ ปี 2551-2555 มีมูลค่าสูงกว่า 17,250 ล้านบาท (ถิรยุทธ ลิมานนท์ และคณะ, 2557) จากการศึกษาความสูญเสียของจังหวัดแพร่ พบว่าการเกิดอุบัติเหตุจราจรในช่วงเทศกาล ปี 2551-2553 ความสูญเสียเฉพาะค่ารักษาพยาบาลในแต่ละปีเท่ากับ 2.9-3.1 ล้านบาท (วาสนา เชื้อนแก้ว, 2553)

อย่างไรก็ตามการประเมินความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์เนื่องมาจากอุบัติเหตุ ประกอบด้วยปัจจัยทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านคน ด้านพาหนะ

และด้านถนนและสิ่งแวดล้อม (รัชพร ศรีเดช และคณะ, 2564; Stuckey *et al.*, 2007) การประเมินความพร้อมในการขับขี่ด้านคนเพียงด้านเดียวเท่านั้นซึ่งยังไม่ครอบคลุมทุกด้าน ดังนั้นจึงควรขยายผลการพัฒนาความพร้อมด้านสุขภาพ การประเมินผลสำเร็จ ความคุ้มค่า คุ้มทุน ขยายผลให้เป็นนโยบายในระดับประเทศ เพื่อให้เกิดข้อเสนอเชิงนโยบายและแนวทางในการพัฒนาการประเมินอย่างเป็นระบบ มีการพัฒนาระบบข้อมูลให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพและสมรรถนะของผู้ขับขี่ ระหว่างกรมควบคุมโรคกับกรมการขนส่งทางบกในการเฝ้าระวังความเสี่ยงของผู้ใช้รถใช้ถนนในระยะยาว และประเมินความเป็นไปได้ของการประเมินสมรรถนะของผู้ขอรับใบอนุญาตขับรถได้อย่างเป็นระบบด้วย

2. นโยบาย และ/หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประเมิน และ/หรือตรวจสุขภาพ หรือสมรรถนะของผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะ

การตรวจสอบสมรรถนะของผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะของประเทศไทย พบว่ายังไม่มีระบบติดตามภาวะสุขภาพของผู้ขับขี่รถยนต์ และไม่มีการประเมินความพร้อมของผู้ขับขี่รถยนต์โดยสารก่อนออกให้บริการ (จเรย์ พูลผล, 2558) เมื่อเปรียบเทียบกับรายการตรวจสอบสมรรถนะทางการแพทย์ในต่างประเทศ พบว่าประเทศออสเตรเลียได้ดำเนินการสร้างมาตรฐานในการตรวจคัดกรองผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะอย่างเข้มข้น โดยได้กำหนดการประเมินสมรรถนะสำหรับการขับขี่ ของประเทศออสเตรเลีย (Austroads, 2017) หากจะรับใบอนุญาตขับขี่รถยนต์ต้องมีการประเมินผ่านตามมาตรฐานทางการแพทย์ มาตรฐานกฎข้อบังคับ และสอบภาคปฏิบัติของการขับขี่ ผู้ขับขี่จะต้องมีการประเมินการเจ็บป่วยและทดสอบสมรรถนะต่างๆ ตามข้อกำหนด

สำหรับสหราชอาณาจักร การออกใบอนุญาตขับขี่มีการจัดมาตรฐานการตรวจสุขภาพเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 รถยนต์และมอเตอร์ไซด์ กำหนดอายุขั้นต่ำที่ได้รับอนุญาตให้ขับขี่ได้คือ 16 ปี โดยไม่มีการกำหนดอายุสูงสุดในการขับขี่ เมื่ออายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ต้องมีการตรวจซ้ำทุก 3 ปี

กลุ่มที่ 2 รถบรรทุกขนาดใหญ่ และรถบัสโดยสาร กำหนดอายุขั้นต่ำที่ได้รับสิทธิขับขี่คือ 21 ปี สำหรับ

รถบรรทุก และ 24 ปี สำหรับรถโดยสาร เมื่ออายุ 45 ปีขึ้นไป ต้องมีการตรวจซ้ำทุก 5 ปี และอายุ 65 ปีขึ้นไป ต้องมีการตรวจซ้ำทุกปี (Government of United Kingdom, 2020)

จากการศึกษาของ Redelmeier (2014) พบว่าร้อยละ 45 ของผู้ขับขี่ที่มีอาการป่วย หรือมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค มีความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในผู้ขับขี่รถยนต์โดยสารสาธารณะมากกว่าการขับขี่ในบุคคลทั่วไป ซึ่งผลการดำเนินงานตามโครงการพัฒนาระบบการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ ในผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว (Medical Fitness to Drive) เพื่อลดความเสี่ยงจากการขับขี่ ลดอุบัติเหตุบนท้องถนนในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร และเขตปริมณฑล (สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ในจำนวนผู้เข้ารับบริการตรวจประเมิน จำนวน 2,161 คน พบว่าร้อยละ 19.6 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 35.7 มีปัญหาด้านสายตา ร้อยละ 19.8 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมสภาพของร่างกาย และร้อยละ 2.6 มีประวัติรอยโรคทางปอด ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ ล้วนเป็นผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการอุบัติเหตุทางถนนทั้งสิ้น อย่างไรก็ตามหากมีการขยายผลโครงการพัฒนาศูนย์ต้นแบบการประเมินความพร้อมทางด้านสุขภาพที่มีผลต่อสมรรถนะในการขับขี่ ซึ่งสามารถคัดกรองผู้ที่มีโรคประจำตัวและอาการป่วยครอบคลุมไปยังทุกจังหวัด รวมทั้งต้องมีการเข้มงวดกวดขันผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงและผู้ไม่มีใบอนุญาตขับรถ และการควบคุมผู้ที่มีสภาวะไม่ปลอดภัยในการขับขี่ตามกฎหมาย มีการเชื่อมโยงข้อมูลกันระหว่างสาธารณสุขและกรมการขนส่งทางบกเพื่อการเฝ้าระวังปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคต จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการอุบัติเหตุทางถนนได้

รูปแบบการพัฒนาระบบบริการคลินิกตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในการขับขี่รถยนต์สาธารณะที่เสนอ ควรมุ่งเน้น 4 ประเด็นสำคัญ คือ 1) การจัดทำคลินิกตรวจบริการแบบ one-stop service และมีแนวการตรวจที่หลากหลาย เช่น การตรวจแบบพื้นฐาน ตามโรค ตามกลุ่มอายุ ตามคุณสมบัติของรถ(รถจักรยานยนต์ รถยนต์

รถโดยสารสาธารณะ รถขนาดใหญ่ ขนส่งพิเศษ เป็นต้น) 2) ความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์และความพร้อมของสถานที่ของโรงพยาบาล ในการตรวจสอบรถในการขับขีรยนต์ที่ต้องใช้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ อุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ หรือรูปแบบการตรวจที่มีความชำนาญเฉพาะทาง 3) ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมการตรวจที่จำเป็นในการจัดคลินิกอาชีวเวชศาสตร์ต้องมีทั้งห้องตรวจตา หู ปอด และเฉพาะทางอื่นๆ ห้องทดสอบสมรรถนะการขับขีรยนต์ ได้แก่ ห้องทดสอบการนอนหลับ ทดสอบกล้ามเนื้อการขับขีรยนต์ในรูปแบบ simulator และ 4) การตรวจเพิ่มเติมผู้มีสิทธิขับขีรยนต์ เช่น ตาบอดสี โรคประจำตัว หูหนวก และหูตึง เป็นต้น

การปรับปรุงรูปแบบใบรับรองแพทย์สำหรับผู้ขับขีรยนต์แพทย์สภาได้ปรับแก้ไขใบรับรองแพทย์ 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่แพทย์ผู้ตรวจรับรอง และส่วนที่ผู้ขอใบอนุญาตต้องทำการรับรองด้วยตนเอง การที่แพทย์ผู้ตรวจเป็นผู้ออกใบรับรองแพทย์ อาจมีผลเสียต่อแพทย์ในกรณีที่เกิดการฟ้องร้อง เพราะถือว่าแพทย์ได้ตรวจรับรองแล้ว ทั้งที่กระบวนการในการตรวจโรคหรืออาการของโรคบางชนิดมีความซับซ้อนสูง จึงต้องพิจารณาให้รัดกุมในส่วนของผู้รับผิดชอบและกระบวนการทางกฎหมายที่จะใช้ในกรณีที่ผู้ขอหรือถือใบอนุญาตไม่ได้ให้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริง

การออกใบรับรองแพทย์ควรพิจารณาผ่านมุมมอง 5 ด้าน ได้แก่ 1) Legal aspect ทางกฎหมายตามระเบียบของแพทย์สภา 2) Medical aspect เกี่ยวกับการวิเคราะห์โรคต้องห้ามในการออกแบบใบรับรองแพทย์ และกระบวนการตรวจสำหรับนำไปใช้ในกรณีขอใบอนุญาตขับรถสาธารณะ ซึ่งในอนาคตจะต้องมีการประชุมของสมาคมแพทย์เพื่อหาข้อสรุปในประเด็นดังกล่าว 3) Social aspect มุมมองของภาคสังคมต่างๆ เกี่ยวกับโรคที่เหมาะสมหรือมีความพร้อมต่อการขับขีรยนต์ 4) Political aspect ในส่วนของกลไกทางกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมาย รวมไปถึงแนวทางการปฏิบัติ และ 5) Operational aspect การดำเนินการที่ต้องเชื่อมโยงกับหลักเกณฑ์ต่างๆ

การออกใบรับรองแพทย์และการกำหนดคุณสมบัติของแพทย์ที่สามารถออกใบรับรองแพทย์เพื่อขอใบอนุญาตขับขีรยนต์นั้น กรมการขนส่งทางบกควรมีการออกกฎกระทรวง ภายใต้ พ.ร.บ.การขนส่งทางบก

ให้มีคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การออกใบอนุญาตขับขีรยนต์ที่มีองค์ประกอบทั้งจากกรมการขนส่งทางบก กรมควบคุมโรค และสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์สภา สภาวิศวกร และสถาบันการศึกษา เพื่อเป็นนโยบายและบังคับใช้ในทางกฎหมายควบคู่ไปกับการศึกษาวิจัยความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาการประเมินความพร้อมทางการแพทย์เพื่อการขับขีรยนต์ปลอดภัย ในประเด็นการขยายผล กรณีการใช้นาฬิกาข้อมือตรวจระหว่างประเทศเพื่อนบ้าน เพื่อออกใบอนุญาตขับขีรยนต์นานาชาติ

2. ควรมีการศึกษาในลักษณะเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยนำมาประยุกต์ใช้เพื่อขยายผลกลุ่มผู้ขับขีรยนต์จักรยานยนต์ส่วนตัว และรถจักรยานยนต์รับจ้างสาธารณะ เพื่อลดอุบัติเหตุในกลุ่มผู้ขับขีรยนต์จักรยานยนต์

3. ควรมีการศึกษาเรื่องประสิทธิภาพการใช้ชุดสิทธิประโยชน์การประเมินความพร้อมทางการแพทย์ประจำปี ในกลุ่มพนักงานขับรถในหน่วยงานราชการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งกลุ่มผู้ขับขีรยนต์รับ-ส่งอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน

4. ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพของมาตรฐานคลินิกอาชีวเวชศาสตร์ที่เป็นภาพรวมของประเทศ เพื่อพัฒนาระบบการตรวจสุขภาพผู้ขับขีรยนต์ทุกประเภท

ข้อจำกัด

การศึกษานี้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากเอกสารและข้อมูลจากโครงการพัฒนาระบบการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในผู้ขับขีรยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว โดยข้อคำถามส่วนใหญ่เป็นการศึกษาจากคลินิกต้นแบบบริการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ฯ (Medical Fitness to Drive) ซึ่งดำเนินการอย่างเต็มรูปแบบแห่งแรกของประเทศไทย จึงอาจไม่ครอบคลุมการดำเนินงานภาพรวมของประเทศ รวมทั้งการประเมินความคุ้มค่าผู้ขับขีรยนต์เฉพาะด้านคนเท่านั้น ไม่รวมปัจจัยด้านพาหนะด้านถนนและสิ่งแวดล้อม

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ศึกษาขอขอบคุณผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือการศึกษาและให้
กรมควบคุมโรค ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการให้ข้อมูล คำปรึกษาจนสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้
ที่เกี่ยวข้อง และผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค ที่ให้

เอกสารอ้างอิง

- จเรย์ พูลผล. (2558). การศึกษาความปลอดภัยในการให้บริการรถตู้โดยสารระหว่างเมืองในภาคใต้. วิศวกรรม
ศาสตรมหาบัณฑิต. คณะวิศวกรรมศาสตร์. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ถิรยุทธ ลิมานนท์, ภาวัต ไชยชาวนวาทิก, อลงกรณ์ โสภพานันท์ และวรลักษณ์ สุวรรณ. (2557). การพัฒนาระบบ
การประเมินความปลอดภัยของรถโดยสารสาธารณะระหว่างจังหวัดในประเทศไทย. วิศวกรรมสาร
เกษมบัณฑิต, 4(2), 37-53. [สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2567]; แหล่งข้อมูล:
<https://ph01.tci-thaijo.org/index.php/kbej/article/view/74475/60030>
- รัชพร ศรีเดช และลัญญา พิมพ์พันธ์ชัยบุญ. (2564). อุบัติเหตุบนท้องถนน: การสร้างแรงจูงใจเพื่อการป้องกัน
อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ในวัยรุ่นและเยาวชน. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม,
22(43), 127-136. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 4 ตุลาคม 2567]; แหล่งข้อมูล:
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nursingsiamjournal/article/view/250900/171791>
- วาสนา เชื้อแก้ว. (2553). ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุจราจรในช่วงเทศกาล และผลกระทบของจังหวัดแพร่
ปี 2551-2553. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 6(3), 287-296. [สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2567];
แหล่งข้อมูล: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/article/view/191216/133528>
- สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). รายงานโครงการพัฒนา
ระบบการตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ ในผู้ขับขี่รถยนต์สาธารณะที่ได้รับใบอนุญาตแล้ว
(Medical Fitness to Drive) เพื่อลดความเสี่ยงจากการขับขี่ ลดอุบัติเหตุบนท้องถนน. กรุงเทพมหานคร.
สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2560). อุบัติเหตุทางถนน...ความเสียหายร้ายแรงต่อเศรษฐกิจไทย
[ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 3 กันยายน 2567]; แหล่งข้อมูล:
https://tdri.or.th/2017/08/econ_traffic_accidents/
- สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร สำนักแผนความปลอดภัย. (2565). รายงานการวิเคราะห์
สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงคมนาคม พ.ศ. 2565 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 3 กันยายน
2567]; แหล่งข้อมูล:
https://www.otp.go.th/uploads/tiny_uploads/PDF/2566-11/RoadAccidentAna2565_final.pdf
- Austroroads. (2017). Austroroads Annual Report 2016-17 [online]. [cited 2024 November 20]. Available
from: <https://austroroads.gov.au/publications/corporate-reports-and-plans/ap-c20-17>
- Government of United Kingdom. (2020). DVLA annual report and accounts 2019 to 2020
[online]. [cited 2024 November 20]. Available from:
<https://www.gov.uk/government/publications/dvla-annual-report-and-accounts-2019-to-2020>
- Redelmeier D. A. (2014). The fallacy of interpreting deaths and driving distances. Medical decision
making : an international journal of the Society for Medical Decision Making, 34(8),
940-943. [cited 2024 November 20]. Available from:
<https://doi.org/10.1177/0272989X14526642>

Stuckey, R., Lamontagne, A. D., & Sim, M. (2007). Working in light vehicles--a review and conceptual model for occupational health and safety. *Accident; analysis and prevention*, 39(5), 1006–1014. [cited 2024 November 20]. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aap.2007.01.009>

Scott, J. (1990). *A matter of record: Documentary sources in social research*. Polity press: Cambridge.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการปฏิบัติของครอบครัว ในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลหวานของเด็กวัยเรียน ที่มีภาวะโภชนาการเกินในอำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

Effect of the Family Participation Enhancing Program on Family Practices in
Sugar-Sweetened Beverages Management among School-Age Children
with Overweight in Mueang District, Pathum Thani

อดิศักดิ์ อินคำ* พย.บ. (พยาบาลศาสตร์)

Adisak Inkham* B.N.S. (Nursing Science)

วิลาวัลย์ เตือนราษฎร์** วท.ม. (พยาบาลสาธารณสุข)

Wilawan Tuanrat** M.Sc. (Public Health Nursing)

นพมาศ ศรีเพชรวรรณดี** วท.ด. (สรีรวิทยา)

Noppamas Sripetchwandee** Ph.D. (Physiology)

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Master of Nursing program student, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received: Apr 11, 2024

Revised: Jul 29, 2024

Accepted: Aug 21, 2024

บทคัดย่อ

โรคอ้วนในเด็กเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่ทำนายการแก้ไขทั้งในประเทศและต่างประเทศทั่วโลกเพราะมีผลกระทบโดยตรงกับเด็กในวัยเรียน โดยเฉพาะผู้ที่อาศัยอยู่ในเมือง การวิจัยรูปแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลหวานของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดาหรือผู้ปกครองของเด็กวัยเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 38 ราย ทำการสุ่มอย่างง่าย เป็นกลุ่มที่ทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 19 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว 2) คู่มือและสื่อ 3) แบบสอบถามการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลหวานของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลหวานของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และ ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลหวานของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้นโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวได้นำไปใช้เป็นต้นแบบการส่งเสริมการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลหวานของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินได้

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของครอบครัว, เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลหวาน, เด็กวัยเรียน, ภาวะโภชนาการเกิน

ABSTRACT

Childhood obesity is one of the most serious public health challenges of the country and globally and is steadily affecting school-age children particularly in urban settings. A two-group quasi-experiment attempted to investigate the effect of a family participation promotion program on families' practices in managing their overweight school-age children's consumption with sugar-sweetened beverages. The participants were 38 parents of overweight children in secondary classes selected by a random sampling into an experimental and a control group to have 19 participants for each. The research instruments included a family participation enhancement program; a family participation promotional manual, power point slides media and a family practice questionnaire concerning the sugar-sweetened beverage management for the obese children. Data analyses were to assess information by descriptive statistics, paired t-test and independent t-test. The results indicated after receiving the program, the experimental group had a higher average score for family practices in sugar-sweetened beverage management than that of before receiving with a statistical significant difference ($p<0.05$). After the study, the experimental group had significantly higher average score for family practices in sugar sweetened beverages management than that of the control group with a statistical significant difference ($p<0.05$). The result from this study achieves a worthwhile model being able to promote sugar-sweetened beverage management program for the overweight children elsewhere.

Keywords: Parental participation, Sugar-sweetened beverages, School-age children, Overweight

บทนำ

ปัจจุบันภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียนเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญและทำลาย พบความชุกของภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา (World Health Organization [WHO], 2017) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตเมืองมีความชุกภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัยเรียนมากกว่าในเขตชนบท (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ว่าในอีก 10 ปี ข้างหน้าจะมีเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินทั่วโลกสูงถึง 70 ล้านคน (WHO, 2017) จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 ในช่วงปี พ.ศ. 2562-2563 พบว่ามีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์เริ่มอ้วน

และอ้วนในเด็กวัยเรียนอายุ 6-9 ปี ร้อยละ 12.46 โดยในเขตสุขภาพที่ 4 พบเด็กวัยเรียนมีภาวะโภชนาการเกินในระหว่างปี พ.ศ. 2560-2564 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องร้อยละ 12.6, 13.2, 15.8, 16.7 และ 17.09 ตามลำดับ (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนระดับประถมศึกษาจากโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ภายใต้โครงการโรงเรียนอ่อนหวาน โครงการโรงเรียนปลอดน้ำตาล (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560) มีการพัฒนาศักยภาพครูและนักเรียนในสถานศึกษา ตลอดจนสร้างกระแสสังคมผ่านโซเชียลมีเดียและสื่อสังคมออนไลน์ต่างๆ แม้ว่าจะมีการดำเนินการ

อบรมให้เด็กวัยเรียนมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานอย่างเหมาะสม ยังคงพบว่า มีจำนวนเด็กวัยเรียนที่บริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (วิลาสสินี หงสนันท์ และนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, 2562; กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2566; พิจาริน สมบูรณ์กุล และเพ็ญ สุขมาก, 2563) ซึ่งการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวาน เช่น น้ำอัดลม และน้ำหวานต่างๆ เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียน (ปริยาภรณ์ มณีแดง, 2560; McGuire & Beerman, 2011)

ผู้ปกครองเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่เลี้ยงดูเอาใจใส่เด็กให้มีการเจริญเติบโตเป็นบุคคลที่มีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา และมีส่วนร่วมจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานที่เหมาะสมให้แก่เด็กวัยเรียน หากเด็กได้รับเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานมากอาจส่งผลให้เด็กวัยเรียนประสบกับปัญหาภาวะโภชนาการเกินได้ (พัชรา สิริวัฒนเกตุ และคณะ, 2559) การสร้างเสริมสุขภาพในระดับครอบครัว จึงมีส่วนสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กในการป้องกันปัญหาสุขภาพเด็กในช่วงวัยต่างๆ (Jaichomcheun *et al.*, 2022) การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) โดยกลุ่มทดลองคือ โรงเรียนวัดบางพูน ตำบลบางพูน อำเภอมะนัง จังหวัดปทุมธานี และกลุ่มควบคุมคือ โรงเรียนวัดเสด็จ ตำบลสวนพริกไทย อำเภอมะนัง จังหวัดปทุมธานี ระยะเวลาการศึกษา ระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม 2566 รวมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์

ประชากร คือ บิดาหรือมารดาหรือผู้ปกครองของนักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา

ตอนต้นที่มีภาวะโภชนาการเกิน โรงเรียนประถมศึกษาของรัฐบาล ปีการศึกษา 2566 จังหวัดปทุมธานี สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาปทุมธานี กระทรวงศึกษาธิการ จำนวน 3,455 คน (คลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดาหรือมารดาหรือผู้ปกครองของนักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะโภชนาการเกินในโรงเรียนประถมศึกษาของรัฐบาล อำเภอมะนัง จังหวัดปทุมธานี ในปีการศึกษา 2566 โดยใช้ข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลงานอนามัยโรงเรียน ในปีการศึกษา 2566 (คลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2566) คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* power กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามหลักการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1992) จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้อย่างน้อยที่สุดที่ระดับ 0.80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (level of significant) เท่ากับ 0.05 โดยประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect size) ในตารางการประมาณค่าขนาดอิทธิพลที่โคเฮน (Cohen, 1977) กำหนดไว้ชนิด Difference between two mean เท่ากับ 0.50 ซึ่งเป็นค่าความสัมพันธ์ระดับปานกลางที่สามารถนำมาประมาณค่ากลุ่มตัวอย่างทางการพยาบาลได้ (Polit & Hungler, 1999) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 17 ราย รวมจำนวน 34 ราย และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย ร้อยละ 10 แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มควบคุม (Control group) กลุ่มละ 19 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 38 ราย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากเลือก 1 อำเภอมะนังในจังหวัดปทุมธานี จากจำนวนทั้งสิ้น 7 อำเภอ ได้อำเภอมะนัง

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มอย่างง่ายตำบลในอำเภอมะนัง จากจำนวนทั้งสิ้น 14 ตำบล ได้มา 2 ตำบล ได้แก่ ตำบลบางพูน เป็นกลุ่มทดลอง และตำบลสวนพริกไทยเป็นกลุ่มควบคุม

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มอย่างง่ายโรงเรียนในตำบลบางพูน จำนวน 1 โรงเรียนเป็นกลุ่มทดลอง คือ โรงเรียน วัดบางพูน และโรงเรียนในตำบลสวนพริกไทย จำนวน 1 โรงเรียนเป็นกลุ่มควบคุม คือ โรงเรียนวัด เสด็จ โดยมีเกณฑ์และคุณสมบัติในการคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1) เป็นบิดาหรือมารดาหรือผู้ปกครอง มีอายุ 20 ปี ขึ้นไปที่ดูแลเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน โดยใช้กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงเกณฑ์การเจริญเติบโต ของเด็กอายุ 6-9 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ต่อเนื่อง 6 เดือนขึ้นไป อาศัยอยู่บ้านเดียวกับเด็กนักเรียน และมีสมาร์ตโฟนและแอปพลิเคชันไลน์ที่สามารถใช้งานได้

2) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะ ตัดสินใจเองได้ สามารถพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

คือ บิดาหรือมารดาหรือผู้ปกครองไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1) โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff (1986) ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Participation in Decision Making) เป็นการ นำเสนอความรู้ประกอบสื่อและข้อมูลปัญหาการ บริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลหวานที่ไม่เหมาะสม ของเด็กวัยเรียน

ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการลงมือปฏิบัติ (Participation in implementation) เป็นการลงมือ ปฏิบัติตามวางแผนดำเนินงานเกี่ยวกับการปฏิบัติของ ครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลหวาน ของเด็กวัยเรียนฯ

ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Participation in Benefits) เป็นการส่งเสริมและ

สนับสนุนให้ครอบครัวมีการสะท้อนความคิดเห็น ผลประโยชน์ที่ได้รับ

ขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Participation in evaluation) เป็นการส่งเสริมและ สนับสนุนให้ครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นข้อดีและ ข้อบกพร่อง

2) คู่มือและสื่อ ประกอบด้วย สื่อประกอบการ สอนสถานการณ์ปัญหาและการจัดการบริโภค เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลหวาน วิดีทัศน์ เรื่อง ลดหวาน ลดโรค แอปพลิเคชันไลน์ และใบงาน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถาม เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ของผู้ปกครอง ความสัมพันธ์กับเด็กวัยเรียน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติของครอบครัว ในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลหวานของ เด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน ที่พัฒนา ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของสำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2564) ประกอบด้วย

1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลเสียของเครื่องดื่ม ที่มีน้ำตาลหวานต่อสุขภาพของเด็กวัยเรียน จำนวน 4 ข้อ

2) การเลือกเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลหวานในเด็ก วัยเรียน ได้แก่ การเลือกชนิด การอ่านฉลาก การตรวจสอบสัญลักษณ์ จำนวน 18 ข้อ

3) การจัดหาและเตรียมเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลส หวานที่เหมาะสม ได้แก่ การจัดหาผลิตภัณฑ์ เครื่องดื่มที่เหมาะสม การเตรียมเครื่องดื่มด้วยตนเอง การจัดน้ำเปล่าทดแทน จำนวน 18 ข้อ

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณ ค่า (rating scale) 3 ระดับ ประกอบด้วย ปฏิบัติเป็น ประจำ ให้ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยระดับการปฏิบัติ ของครอบครัวฯ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 53-80 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติ เหมาะสมมาก

ค่าเฉลี่ย 28-53 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติ
เหมาะสมปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 0-27 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติ
ไม่เหมาะสม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจาก
ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 6 คน มีค่าดัชนีความตรงด้าน
เนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) เท่ากับ 0.92 และ
ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Cronbach's Alpha
Coefficient) เท่ากับ 0.94

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงเรียนวัดบางพูน
และโรงเรียนวัดเสด็จ เพื่อดำเนินการวิจัยจากนั้น
ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่ครูประจำชั้น
นักเรียนระดับประถมศึกษาตอนต้น ขอสำรวจรายชื่อ
นักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน

1.2 ชี้แจงโครงการผ่านไลน์กลุ่มผู้ปกครอง และ
ประชาสัมพันธ์การเข้าร่วมวิจัยแก่ผู้ปกครองของ
เด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินชั้นประถมศึกษา
ตอนต้นในโรงเรียนวัดบางพูน และโรงเรียนวัดเสด็จ
อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

1.3 นัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงรายละเอียด
การวิจัย และขอคำยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

2. ขั้นตอนการตามโปรแกรม

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม
การปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มี
น้ำตาลรสหวานฯ ก่อนวิจัย (pre-test)

สัปดาห์ที่ 2-7 ดำเนินการตามปกติในชีวิตประจำวัน

สัปดาห์ที่ 8 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม
การปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มี
น้ำตาลรสหวานฯ (post-test) และมอบคู่มือส่งเสริม
การมีส่วนร่วมของครอบครัว พร้อมทั้งอธิบาย
วิธีการใช้คู่มือฯ แนะนำสื่อประกอบการสอนให้
ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการจัดการเครื่องดื่มที่มี
น้ำตาลรสหวานของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม
การปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มี
น้ำตาลรสหวานฯ (Pre-test) จากนั้นดำเนินกิจกรรม
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision making)
โดยให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์
สถานการณ์ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนย่อย ดังนี้

1) ขั้นริเริ่มตัดสินใจ ในกิจกรรม “ร่วมคิด
ร่วมตัดสินใจ การจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวาน”
โดยเกริ่นนำเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาด้าน
การบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานของเด็ก
วัยเรียน นำเสนอประกอบการสอนสถานการณ์ปัญหา
การบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานของเด็ก
วัยเรียนแก่บิดามารดาหรือผู้ปกครอง ร่วมกับการ
ชมวิดีโอ เรื่อง ลดหวาน ลดโรค ผลิตโดยสำนักงาน
กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
และร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา
การบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานของเด็กวัยเรียน

2) ขั้นการดำเนินการตัดสินใจ ภายใต้กิจกรรม
“ร่วมรู้และเข้าใจในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล
รสหวาน” โดยบรรยายผ่านสื่อประกอบการสอน
เกี่ยวกับแนวทางการจัดการฯ การสาธิตย้อนกลับ
เกี่ยวกับการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการ
เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานฯ และการจัดทำเมนู
เครื่องดื่มอ่อนหวาน สุขภาพดี และให้ร่วมกัน
วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา “หนูน้อยเสี่ยงหรือไม่”
นำเสนอวิธีการจัดการปัญหาในสถานการณ์ และให้
ข้อเสนอแนะการจัดการปัญหาที่เหมาะสม

3) ขั้นตัดสินใจลงมือปฏิบัติ ภายใต้กิจกรรม “ร่วมใจ
จัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวาน” ให้บิดามารดา
หรือผู้ปกครองร่วมกันออกแบบ และจัดทำร่างแผน
กิจกรรมการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการ
เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานที่มีภาวะโภชนาการเกิน
ประกอบไปด้วย 1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลเสียของ
เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานต่อสุขภาพของเด็ก
วัยเรียน 2) การเลือกเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานใน
เด็กวัยเรียน ประกอบด้วย การเลือกชนิดของ
เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวาน การอ่านฉลากเครื่องดื่ม

ที่มีน้ำตาลรสหวาน การตรวจสอบ “สัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ” 3) การจัดหาและเตรียมเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานที่เหมาะสม ประกอบด้วย การจัดหาผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่เหมาะสม การเตรียมเครื่องดื่มด้วยตนเอง การจัดเครื่องดื่มน้ำเปล่าทดแทนเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวาน และยกวางแผนกิจกรรมการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน

สัปดาห์ที่ 7 เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยและทบทวนคู่มือฯ

สัปดาห์ที่ 8 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานฯ (Post-test) ภายหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของครอบครัวฯ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของครอบครัวฯ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ระหว่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 2566-EXP090 ลงวันที่ 30 สิงหาคม 2566

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 44 ปี (S.D.=12.74) อยู่ในช่วง 30-39 ปี ร้อยละ 26.32 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.95 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด ร้อยละ 42.11 และมีความสัมพันธ์เป็นมารดามากที่สุด ร้อยละ 52.63

กลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 39.79 ปี (S.D.=10.76) มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี มากที่สุด ร้อยละ 36.84 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.89 มีระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 36.84 และมีความสัมพันธ์เป็นบิดามากที่สุด ร้อยละ 36.84 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=38 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=19)		กลุ่มควบคุม (n=19)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
20-29	3	15.79	5	26.32
30-39	5	26.32	3	15.80
40-49	4	21.05	7	36.84
50-59	4	21.05	2	10.52
≥ 60	3	15.79	2	10.52
อายุเฉลี่ย (S.D.)	44.00 (S.D.=12.74)		39.79 (S.D.=10.76)	

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=38 คน) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=19)		กลุ่มควบคุม (n=19)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	4	21.05	8	42.11
หญิง	15	78.95	11	57.89
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	2	10.53	7	36.84
มัธยมศึกษาตอนต้น	8	42.11	4	21.05
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3	15.78	2	10.53
อนุปริญญา/ปวส.	2	10.53	1	5.26
ปริญญาตรี	4	21.05	5	26.32
ความสัมพันธ์กับเด็กวัยเรียน				
บิดา	2	10.53	7	36.84
มารดา	10	52.63	6	31.58
ผู้ปกครอง	7	36.84	6	31.58

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวฯ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานฯ ก่อนได้รับโปรแกรมฯ 30.32 คะแนน (S.D.=6.69) ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานฯ 66.21 คะแนน

(S.D.=3.44) ซึ่งภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานฯ ก่อนได้รับโปรแกรมฯ 37.74 คะแนน (S.D.=3.67) และภายหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานฯ 38.89 คะแนน (S.D.=3.60) ซึ่งภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสหวาน
ของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ
(n=38 คน)

การปฏิบัติของครอบครัว ในการจัดการเครื่องดื่ม ที่มีน้ำตาลสหวานฯ	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ			หลังได้รับโปรแกรมฯ			t	p-value
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ		
กลุ่มทดลอง	30.32	6.69	ปานกลาง	66.21	3.44	มาก	22.80	0.00*
กลุ่มควบคุม	37.74	3.67	ปานกลาง	38.89	3.60	ปานกลาง	7.33	0.00*

*p-value<0.05

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสหวานของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวฯ

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสหวานของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

พบว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวฯ กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสหวานฯ ไม่แตกต่างกับกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสหวานฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสหวานของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n=38 คน)

การปฏิบัติของครอบครัว ในการจัดการเครื่องดื่ม ที่มีน้ำตาลสหวานฯ	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	p-value
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	30.32	6.69	ปานกลาง	37.74	3.67	ปานกลาง	4.24	0.06
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	66.21	3.44	มาก	38.89	3.60	ปานกลาง	26.44	0.00*

*p-value<0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสหวานฯ ไม่แตกต่างกัน และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสหวานฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนการทดลอง

เนื่องจากการที่กลุ่มทดลอง ได้รับการส่งเสริมบทบาทของครอบครัว โดยการส่งเสริมความรู้และสาธิตแนวทางการปฏิบัติทั้ง 3 ด้าน ประกอบด้วย
1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลเสียของเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสหวานต่อสุขภาพของเด็ก กวัยเรียน
2) การเลือกเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสหวานในเด็ก

วัยเรียน 3) การจัดหาและเตรียมเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานที่เหมาะสม ภายหลังการทดลองเมื่อได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ทำให้กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานดีขึ้น เนื่องจากมีการรับข้อมูลจากโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวว่าเกี่ยวกับผลเสียของเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานเป็นประจำ มีการเลือกชนิด มีการจัดหาและเตรียมเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานที่เหมาะสมให้แก่เด็กวัยเรียนเป็นประจำและสม่ำเสมอในแต่ละวัน

จากการที่กลุ่มทดลองได้มีส่วนร่วมการปฏิบัติในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวาน โดยเริ่มต้นจากการได้รับการส่งเสริมความรู้ทั้ง 3 ด้าน การได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กรณีศึกษา (วิรินยา บัวลา และกรัณฐรัตน์ บุญช่วยธานีสิทธิ์, 2566) และมีส่วนร่วมในการหาแนวทางการแก้ปัญหาาร่วมกัน (นารลดา ชันธิกุล และคณะ, 2558) การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนกิจกรรมการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวาน การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติโดยการบันทึกผลการปฏิบัติในแบบบันทึกการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวาน ทุกวันอาทิตย์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และได้รับการติดตามการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวาน ผ่านทางกลุ่มแอปพลิเคชันไลน์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง อีกทั้งการมีส่วนร่วมการประเมินผลกิจกรรมการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวาน จะส่งผลให้ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของครอบครัวในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวาน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาบทบาทของบิดามารดาหรือผู้ปกครองในการปลูกฝังพฤติกรรมในการรับประทานอาหารของเด็ก พบว่าการอบรมให้ความรู้แก่บิดามารดาหรือผู้ปกครองสามารถช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานได้ดี และช่วยเพิ่ม

ประสิทธิผลในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินมากยิ่งขึ้น (อิศราพร พลายน้อย และคณะ, 2564) ทำให้สามารถอธิบายได้ว่า กระบวนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาหรือผู้ปกครองเป็นกลไกที่สำคัญก่อให้เกิดการขับเคลื่อนให้เกิดการรู้จักบทบาทและหน้าที่ของตนเองในการเลี้ยงดูเอาใจใส่ต่อเด็กวัยเรียนให้มีการเจริญเติบโตไปเป็นบุคคลที่มีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา นอกจากนี้ยังมีส่วนสำคัญอย่างมากในการให้ความรู้พร่ำสอน สังเกตพฤติกรรม และสื่อสารในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานอย่างเหมาะสม ตลอดจนทำให้เด็กได้รับดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดสามารถติดตามภาวะโภชนาการของเด็กได้อันจะส่งผลให้ออนาคตเด็กมีภาวะโภชนาการที่ดี (พัชรา สิริวัฒนเกตุ และคณะ, 2559)

กลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการงานอนามัยโรงเรียนตามระบบปกตินั้นจะมุ่งเน้นได้แค่การให้ความรู้และการรณรงค์ในกลุ่มเด็กที่อยู่ในโรงเรียนเท่านั้น ทำให้การปฏิบัติในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานมีระดับการปฏิบัติปานกลาง อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตได้ว่า เมื่อกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีคะแนนการปฏิบัติในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวาน สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จึงสามารถอธิบายได้ว่า ช่วงระหว่างดำเนินการวิจัยกลุ่มควบคุมอาจมีการศึกษาประเด็นการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานได้ด้วยตนเอง หรือการได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านทางช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ต่างๆ อีกทั้งในช่วงเวลาดังกล่าวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนพริกไทย ได้มีการประชาสัมพันธ์และรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานในชุมชน เพื่อป้องกันปัญหาโรคอ้วนและโรคเบาหวานในอนาคต ปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ก็อาจจะส่งผลให้กลุ่มควบคุมมีการปฏิบัติในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลรสหวานดีขึ้นได้

โดยจะเห็นได้ว่าทฤษฎีการมีส่วนร่วมของ Cohen & Uphoff (1986) สามารถนำมาส่งเสริมความรู้และนำไปสู่การมีส่วนร่วมการปฏิบัติในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลหวานของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินได้

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับงานอนามัยโรงเรียน หรือครูในโรงเรียนสามารถนำองค์ความรู้ในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลหวาน ไปสอนบิดามารดาหรือผู้ปกครองของนักเรียนในโรงเรียน เพื่อให้มีความรู้และทักษะในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลหวานในเด็กวัยเรียน

2. ควรมีการศึกษาในระยะ 3, 6, 12 เดือน หลังจากการศึกษาครั้งแรก เพื่อติดตามประเมินผลลัพธ์เด็กวัยเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะโภชนาการเกิน ด้านการปฏิบัติในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลหวาน

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การศึกษาในครั้งนี้มีขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย จึงควรมีขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น

เพื่อให้สามารถศึกษาทักษะด้านการปฏิบัติในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลหวานต่อเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินให้มีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

2. ข้อจำกัดในการควบคุมปัจจัยด้านเรื่องอายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ของบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางรายมาจากครอบครัวข้ามรุ่นที่ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นผู้ทำหน้าที่ดูแลเด็กซึ่งอาจส่งผลให้มีทักษะด้านการปฏิบัติในการจัดการเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลหวานต่อเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินมีแตกต่างกัน ในการวิจัยครั้งถัดไป ควรควบคุมให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะดังกล่าวที่ไม่มีความแตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือของคณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข และขอขอบพระคุณคณะครู ผู้ปกครอง นักเรียนของโรงเรียนวัดบางพูน และโรงเรียนวัดเสด็จทุกท่านที่ได้เสียสละเวลา ให้ความร่วมมือด้วยดีตลอดมา จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้

เอกสารอ้างอิง

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2566). การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเด็กวัยเรียน [ออนไลน์].

[สืบค้นเมื่อ 1 กรกฎาคม 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://prgroup.hss.moph.go.th/info/news/1276>
คลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2566). ร้อยละของนักเรียน ชั้น ป.1-ป.6 ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง เขตสุขภาพที่ 4 จังหวัดปทุมธานี ปีการศึกษา 2566 [ออนไลน์].

[สืบค้นเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2566]; แหล่งข้อมูล:

https://pte.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report_student.php?cat_id=67f8b1657bc8c796274fb9b6ad5a701d&id=aee928ed925a6e3c269f4f67b3f34a12

นารณธดา ชันธิกุล, อังคณา แซ่เจ็ง, ประยุทธ์ สุดาพิทย์, นพพร ศรีผัด, รุ่งระวี ทิพย์มนตรี และเสาวนีย์ วิบูลสันติ. (2558). นวัตกรรมสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันควบคุมภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนสำหรับเด็กและเยาวชนในจังหวัดลำพูน. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 24(6), 1107–1117.

[สืบค้นเมื่อ 1 กรกฎาคม 2567]; แหล่งข้อมูล:

<https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/565/510>

บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย จำกัด.

- ปรียาภรณ์ มณีแดง. (2560). บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชนในการป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 35(4), 16-24. [สืบค้นเมื่อ 11 สิงหาคม 2565]; แหล่งข้อมูล: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/111698/87171>
- พัชรา สิริวัฒนเกตุ, ธนรัช สุขกาย และประวิทย์ ทองไชย. (2559). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการกินตามอารมณ์ของเด็กวัยรุ่น. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 12(2), 91-106. [สืบค้นเมื่อ 2 เมษายน 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JCP/article/view/178305>
- พิจาริน สมบูรณ์กุล และเพ็ญ สุขมาก. (2563). ผลของกิจกรรมส่งเสริมโภชนาการสมวัยในโรงเรียนต่อพฤติกรรมการจัดอาหารให้เด็กวัยเรียนของผู้ปกครอง ตำบลควนรู อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสงขลา. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 29(5), 847-854. [สืบค้นเมื่อ 30 มีนาคม 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/9476/8716>
- วิรินยา บัวลา และกรัณฐรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์. (2566). การจัดการเรียนรู้เชิงรุกเพื่อสร้างเสริมการเรียนรู้เท่าทันสื่อในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวและเครื่องดื่มที่มีรสหวานในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. วารสารสุขศึกษา พลศึกษา และสันทนาการ, 49(3), 107-115. [สืบค้นเมื่อ 27 กรกฎาคม 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tahper/article/view/244760/181822>
- วิลาสินี หงสนันท์ และนิทรา กิจธีระวุฒิจิ. (2562). การนำกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพสู่การปฏิบัติในการลดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีรสหวานเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน. วารสารสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร, 1(2), 1-15. [สืบค้นเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2565]; แหล่งข้อมูล: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPHNU/article/view/221080>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2564). 4 เทคนิค ลดน้ำตาล กินหวานอย่างไรให้สบาย [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2565]; แหล่งข้อมูล: <https://www.thaihealth.or.th/4-เทคนิค-ลดน้ำตาล-กินหวาน-2/>
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานผลการวิเคราะห์ตามตัวชี้วัด 1.11 ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน สำนักโภชนาการ รอบ 5 เดือนแรก ปี 2564 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2565]; แหล่งข้อมูล: <https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-upload/6x22caac0452648c8dd1f534819ba2f16c/filecenter/file/doc/2564-1.11-2.pdf>
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). คู่มือการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (ฉบับปรับปรุง 2558). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- อิศราพร พลายน้อย, จิราวรรณ จูสวัสดิ์, สมฤทัย เมืองคำ, ชลิตาภรณ์ จ้อยชัย, กนกวรรณ สร้อยเรืองศรี และขวัญใจ จริยาทัศน์กร. (2564). บทบาทของผู้ปกครองในการปลูกฝังพฤติกรรมในการรับประทานอาหารของเด็ก ในอำเภอมือง จังหวัดนครนายก. วารสารการจัดการทางการศึกษาปฐมวัย, 3(1), 1-14. [สืบค้นเมื่อ 9 สิงหาคม 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/ECCEM/article/view/254804/171427>
- Cohen, J. (1977). Statistical power analysis for the behavioral sciences. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1986). World Development. New York: McGraw-Hill.
- Cohen, J. (1992). A power primer. Psychological Bulletin, 112(1), 155-159. [cited 2022 November 18]; Available from: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>

- Jaichomcheun, S., Tuanrat, W., & Aungwattana, S. (2022). Effectiveness of Family Participation in Visual Care Program for School-Aged Children Using Digital Devices: A Quasi-Experimental Study. Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 26(4), 555-568. [cited 2024 January 1]; Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/259258>
- McGuire, M., & Beerman, K.A. (2011). Nutritional sciences: from fundamentals to food. Belmont: Wadsworth Cengage learning.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). Nursing research: Principles and methods. (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- World Health Organization (WHO). (2017). Report of the Commission on Ending Childhood Obesity: implementation plan: executive summary [online]. [cited 2022 November 16]; Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/259349>

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อการปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

Effectiveness of an Experiential Learning Program on Respiratory Tract Infection Screening Practice of Teachers in Child Development Centers

สุประวีณ์ วิภูศิริ* พย.บ. (พยาบาลศาสตร์)

Suprawee Viphusiri* B.N.S. (Nursing Science)

วิลาวัณย์ เตือนราษฎร์** วท.ม. (พยาบาลสาธารณสุข)

Wilawan Tuanrat** M.Sc. (Public Health Nursing)

ศิวพร อึ้งวัฒนา** ศศ.ด. (การวางแผนและพัฒนาชนบท)

Sivaporn Aungwattana** Ph.D. (Rural Planning and Development)

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Nursing Student in The Course of Master of Nursing Science Program in Community, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received: Jul 16, 2024

Revised: Aug 19, 2024

Accepted: Dec 17, 2024

บทคัดย่อ

การเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็กเล็กเป็นเรื่องใหญ่และอันตรายถึงชีวิตได้ การศึกษาวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อการปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก กลุ่มตัวอย่างคือ ครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ทั้งหมด 12 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 48 คน แบ่งกลุ่มควบคุม 24 คน กลุ่มทดลอง 24 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ สื่อประกอบการบรรยายสื่อวีดิทัศน์ คู่มือ และชุดอุปกรณ์สาธิตการปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินการปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็ก สำหรับครู วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Paired t-test และสถิติ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ส่งเสริมพัฒนาให้ครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสามารถปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์, การปฏิบัติการคัดกรอง, โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็ก, ครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ABSTRACT

Respiratory ailments can greatly impair and threaten to life of young children. Two-group pretest-posttest quasi-experimental design attempted to investigate into effects of an experiential learning program on the respiratory infection screening practices of teachers in early child development centers in Sarapee district, Chiang Mai, with 12 early child development centers. The purposive sampling method recruited 48 teachers from these centers and divided equally into experimental and control groups of 24. The research devices included 1) an experiential learning program with power point presentations, video media, a manual, and a demonstration kit for respiratory infection screening practices; and 2) tools for data collection of the teachers toward an evaluation form for respiratory infection screening practices among children. Analyses of the data involved participants' general information relying on descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test statistics. The results revealed the experimental group after receiving the program had a statistical significantly higher average score for respiratory infection screening practices than that before receiving it ($p<0.05$). As well as the experimental group had a statistical significantly higher average score of screening practices than that of the control group ($p<0.05$). The research findings imply how to effectively promote respiratory infection screening practices by the teachers in early child development centers.

Key words: Experiential learning program, Screening practices, Respiratory infections in children, Teacher in child development centers

บทนำ

ปัจจุบันพบการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็กที่อายุ 0-4 ปี มากขึ้น และพบอย่างต่อเนื่อง โดยจำแนกได้ 7 โรค คือ โรคหวัด (Common cold หรือ Acute nasopharyngitis) โรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza) โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โรคมือเท้าปาก (Hand Foot and Mouth) โรคอีสุกอีใส (Chickenpox) โรคหัด (Measles) และโรคหัดเยอรมัน (Rubella) (กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับแรกในเด็กอายุ 0-4 ปี ทั่วโลก (World Health Organization, 2023) จาก

การรายงานสถานการณ์กลุ่มโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยสูงสุดในกลุ่มอายุ 0-4 ปี จำนวน 179,143 ราย อัตราป่วย 5,512.23 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 17 ราย อัตราป่วยตายน้อยละ 0.52 จากสถานการณ์เขตสุขภาพที่ 1 พบผู้ป่วยกลุ่มโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจสูงสุดในกลุ่มอายุ 0-4 ปี จำนวน 23,386 ราย อัตราป่วย 9,470.10 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 2 ราย อัตราป่วยตายน้อยละ 0.80 ซึ่งรายงานสถานการณ์กลุ่มโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในอำเภอสาร์ภี จังหวัดเชียงใหม่ มีผู้ป่วยสูงสุดในกลุ่มอายุ 0-4 ปี เช่นกัน จำนวน 3,921 ราย อัตราป่วย

116,870.3 ต่อแสนประชากร ไม่พบผู้เสียชีวิต (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562; คลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2562) นอกจากนี้พบเหตุการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในศูนย์พัฒนาเด็ก ได้แก่ เหตุการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่, 2564) โรคไข้หวัดใหญ่ โรคมือเท้าปาก (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) โรคหัด โรคหัดเยอรมัน อย่างต่อเนื่อง (ชญาพร โทปรินทร์ และคณะ, 2563)

หน่วยงานภาครัฐได้เข้ามามีบทบาทในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยให้มีการดำเนินโครงการศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค เพื่อเตรียมความพร้อมในการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจมากขึ้น โดยจัดอบรมความรู้เรื่องโรคติดต่อสำคัญในเด็ก สนับสนุนให้แก่ครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เข้าร่วมโครงการทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2563 เกิดสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีคำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้องผ่านการฝึกอบรมคือ หลักสูตรการเรียนรู้ด้วยตนเอง ด้านการพัฒนาเด็กปฐมวัยและการป้องกันควบคุมโรคการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบออนไลน์ กำหนดให้ตรวจสุขภาพอนามัยประจำวันของเด็กทุกคน ทุกวัน ตามแนวทางการปฏิบัติมาตรฐานการจัดการเรียนรู้และดูแลสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยของเด็ก (ประกาศคณะกรรมการกลางพนักงานเทศบาล เรื่อง มาตรฐานทั่วไปเกี่ยวกับการจัดทำมาตรฐานกำหนดตำแหน่งพนักงานครูและบุคลากรทางการศึกษา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2565, 2565) ซึ่งมีพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนร่วมบูรณาการให้ความรู้โรค ปัญหาการเจ็บป่วยที่พบบ่อย คัดกรองสุขภาพ พร้อมทั้งสอนและเป็นพี่เลี้ยงคอยฝึกทักษะให้แก่ ครอบครัวยุ และชุมชน (ประกาศสภาการพยาบาล เรื่องขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาต่างๆ, 2552) แม้ว่าครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้รับการอบรมโรคติดต่อในเด็กที่พบบ่อย

ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบการระบาดของกลุ่มโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อการปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตามกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning Theory) ของโคลบ (Kolb, 1984) และฝึกทักษะการปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็กให้แก่ครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้เกิดความรู้ความเข้าใจโรคติดเชื้อในเด็ก และการปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็กมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre-test post-test design) ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน 2566 ระยะเวลา 6 สัปดาห์

ประชากร คือ ครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีประสบการณ์การปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็ก สังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 12 แห่ง รวมทั้งสิ้น 48 คน จากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขนาดใหญ่ 1 แห่ง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขนาดกลาง 2 แห่ง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขนาดเล็ก 9 แห่ง โดยทุกคนมีประสบการณ์ผ่านการอบรมเรื่องโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็ก และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

หลังจากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การจับฉลากเลือกตัวอย่างแบบไม่ใส่คืน (sampling without replacement) ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อการปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ระยะเวลา 5 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมจะได้รับการอบรมการปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจตามปกติ

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ขออนุมัติการดำเนินการลงทำวิจัยจาก
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ถึงนายกเทศมนตรี จำนวน 12 เทศบาล

1.2 ดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย
และขอความร่วมมือดำเนินการลงเก็บรวบรวมข้อมูล
วิจัย ให้กับนายกเทศมนตรี

1.3 ดำเนินการแนะนำตนเอง ชี้แจงการดำเนินการ
วิจัย และขอคำยินยอมการเข้าร่วมวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 (ใช้เวลา 1 ชั่วโมง) ชี้แจง และ
ดำเนินการประเมินตามแบบสังเกตการปฏิบัติการ
คัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของครูใน
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนการทดลอง (Pre-test)

สัปดาห์ที่ 2-5 เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเอง
อย่างอิสระเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 6 (ใช้เวลา 1 ชั่วโมง) ชี้แจง และ
ดำเนินการประเมินการปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อ
ระบบทางเดินหายใจของครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
หลังการทดลอง ครั้งที่ 2 หลังจากนั้นมอบวิดิทัศน์
และสอนการใช้คู่มือการคัดกรองโรคติดเชื้อระบบ
ทางเดินหายใจของครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
(Post-test)

2.2 กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 (ใช้เวลา 2 ชั่วโมง) ประกอบด้วย
ชี้แจง และดำเนินการประเมินตามแบบสังเกต
การปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดิน
หายใจของครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนการทดลอง
(Pre-test)

**ขั้นที่ 1 ประสบการณ์ (Concrete Experience
หรือ CE) (ใช้เวลา 30 นาที)** ดำเนินการ “ครูบอก
เล่าประสบการณ์” ประกอบด้วย การแลกเปลี่ยน
ความรู้เดิมเกี่ยวกับเชื้อที่เป็นสาเหตุ อาการและ
อาการแสดง ระยะฟักตัวของโรค การแพร่กระจาย
การป้องกันโรค และการรักษาโรค ความสำคัญ
ประโยชน์ ขั้นตอนการปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อ
ระบบทางเดินหายใจในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การสังเกต

อาการป่วยของเด็ก ประสบการณ์ในการคัดกรอง
โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็กในศูนย์พัฒนา
เด็กเล็ก

**ขั้นที่ 2 การสะท้อนและอภิปราย (Reflective
Observation หรือ RO) (ใช้เวลา 30 นาที)**
ดำเนินการ “แลกเปลี่ยน สะท้อนคิด” สะท้อนคิดจาก
ประกอบด้วย ชักถามปัญหาที่พบ และมีการแก้ไข
ปัญหาอย่างไร

**ขั้นที่ 3 สรุปเป็นหลักการ (Abstract
Conceptualization หรือ AC) (ใช้เวลา 1 ชั่วโมง)**
ดำเนินการ “ระดมความคิด ร่วมเข้าใจ” ประกอบด้วย
ให้กลุ่มตัวอย่างจับคู่ สับเปลี่ยนการปฏิบัติการ
คัดกรองฯ สรุป ทบทวน พร้อมนัดหมาย ติดตาม
ในช่องทางการสื่อสาร และแจกชุดสาธิตการ
ปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ
ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

สัปดาห์ที่ 2 ให้กลุ่มตัวอย่างฝึกการปฏิบัติการ
คัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็กใน
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของตนเอง พร้อมชุดสาธิตการ
คัดกรองฯ จำนวน 1 สัปดาห์

**สัปดาห์ที่ 3-5 ขั้นที่ 4 ปฏิบัติจริง (Active
Experiment หรือ AE) (ใช้เวลา 1 ชั่วโมง)** ดำเนินการ
“ลงปฏิบัติ ร่วมใจ” ฝึกปฏิบัติการปฏิบัติการคัดกรอง
โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของครูในศูนย์พัฒนา
เด็กเล็กหลังการทดลองในช่วงเช้าซึ่งเป็นช่วงเวลาที่
ครูจะรับเด็กเข้าเรียนในศูนย์ฯ ใช้ชุดสาธิตการ
ปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ โดยมี
ผู้วิจัยสังเกตการณ์ และจำแนกเป็นศูนย์พัฒนา
เด็กเล็กขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก
หลังจากนั้นประเมินในแต่ละขั้นตอนของการปฏิบัติ
การคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็ก

สัปดาห์ที่ 6 (ใช้เวลา 1 ชั่วโมง) ดำเนินการ
ประเมินตามแบบสังเกตการปฏิบัติการคัดกรองโรค
ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของครูในศูนย์พัฒนาเด็ก
เล็กหลังการทดลอง (Post-test) ช่วงเวลาที่ครูจะรับ
เด็กเข้าเรียนในศูนย์ฯ ใช้ชุดสาธิตการปฏิบัติการ
คัดกรองโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ พร้อมเก็บรวบรวม
ข้อมูล และตรวจสอบ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย ประกอบด้วย

1) โปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential learning) มีขั้นตอนตามแนวคิดของโคลบ (Kolb, 1984) ระยะเวลารวมทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้เดิม ขั้นตอนที่ 2 สะท้อนคิดจากปัญหาที่พบ ความครบถ้วน ถูกต้อง ขั้นตอนที่ 3 สรุปความรู้ แนวทางการปฏิบัติการคัดกรองที่เหมาะสม ขั้นตอนที่ 4 ทดลองการปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็ก ระยะเวลา 6 สัปดาห์

2) สไลด์เนื้อหาโรค การแพร่กระจายเชื้อ ระยะฟักตัว การป้องกันโรค การปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเพื่อแยกโรค

3) ชุดการสาธิตการปฏิบัติการคัดกรอง ประกอบด้วย เครื่องวัดอุณหภูมิ เจลล้างมือแอลกอฮอล์ หน้ากากอนามัยสำหรับเด็กและผู้ใหญ่ กระบังหน้าใส ไฟฉายแบบบันทึกการรายงานโรค

4) วิดีทัศน์ขั้นตอนการปฏิบัติคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ความยาว 02:53 นาที (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

5) คู่มือการคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมจากแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในสถานศึกษา (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) และแนวทางการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็ก (สำหรับครูผู้ดูแลเด็ก) ปี พ.ศ. 2566 (กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินการปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็ก ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การประชุม/อบรม ด้านโรคติดเชื้อ

ระบบทางเดินหายใจในเด็ก เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 4 ข้อ และระยะเวลาในการเป็นครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 1 ข้อ รวมจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบ่งออกเป็น ปฏิบัติได้ถูกต้อง ให้ 1 คะแนน และปฏิบัติไม่ถูกต้อง ให้ 0 คะแนน (Best & Kahn, 1995) โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 8.00-10.00 คือ ผ่านการปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

คะแนนเฉลี่ย 1.00-7.99 คือ ไม่ผ่านการปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา เครื่องมือในการดำเนินงานวิจัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 3 ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็กในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน หลังจากนั้นนำมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ได้ค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.80 และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบประเมินการปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ได้ค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ของแบบประเมินการปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็ก ที่ผ่านผู้ทรงคุณวุฒินำมาปรับปรุงแก้ไขแล้ว และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 10 คน โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.83

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาในการเป็นครู ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การได้รับการอบรมเรื่องโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Chi-square ในกรณีความถี่ของความคาดหวังที่มีค่าน้อยกว่า 5 ไม่เกินร้อยละ 20 หรือสถิติ Fisher exact test ในกรณีความถี่ของความคาดหวังที่มีค่าน้อยกว่า 5 มากกว่าร้อยละ 20

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย

เชียงใหม่ เอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่โครงการ: 2566 – EXP038 วันที่ 20 กรกฎาคม 2566

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 45.81 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่ามากที่สุด ร้อยละ 70.80 ระยะเวลาในการเป็นครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในช่วง 0-5 ปี ร้อยละ 41.70 และกลุ่มทดลองทั้งหมดมีประสบการณ์การเข้ารับอบรมด้านโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็ก

กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงทุกคน มีอายุในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 33.30 จบการศึกษาระดับระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 95.80 ระยะเวลาในการเป็นครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในช่วง 0-5 ปี ร้อยละ 37.50 ทุกคนมีประสบการณ์การเข้ารับอบรมด้านโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็ก

ทั้งนี้ข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (n=48 คน)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=24)		กลุ่มทดลอง (n=24)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ หญิง	24	100.00	24	100.00		
อายุ (ปี)					2.56	0.47
21-30	2	8.30	3	12.50		
31-40	3	12.50	7	29.20		
41-50	11	45.81	8	33.30		
51-60	8	33.39	6	25.00		
ระดับการศึกษา					5.40 ^a	0.05
ต่ำกว่าปริญญาตรี	7	29.20	1	4.2		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	17	70.80	23	95.80		

หมายเหตุ: ^a Fisher's exact test

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (n=48 คน) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=24)		กลุ่มทดลอง (n=24)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระยะเวลาในการเป็นครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ปี)					30.30	0.50
0-5	10	41.70	9	37.50		
6-10	3	12.50	5	20.80		
11-15	4	16.70	3	12.50		
16-20	1	4.20	5	20.80		
21-25	1	4.20	1	4.20		
มากกว่า 25	5	20.80	1	4.20		
ระยะเวลาเฉลี่ย (S.D.)	11.97 (11.45)		10.40 (8.01)			
ประสบการณ์การเข้ารับอบรมด้านโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็ก						
เคย	24	100.00	24	100.00		

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการณ์คัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการณ์คัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจก่อนได้รับโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ 5.25 คะแนน (S.D.=1.98) และหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ 9.54 คะแนน (S.D.=0.72) โดยหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการณ์คัดกรองโรคติดเชื้อ

ระบบทางเดินหายใจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการณ์คัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจก่อนได้รับโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ 6.08 คะแนน (S.D.=2.88) และหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ 5 สัปดาห์ 7.50 คะแนน (S.D.=2.17) โดยหลังการได้รับโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการณ์คัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการณ์คัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อการปฏิบัติการณ์คัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
กลุ่มทดลอง (n=24)	5.25	1.98	9.54	0.72	-9.17	0.00*
กลุ่มควบคุม (n=24)	6.08	2.88	7.05	2.17	-5.03	0.00*

*p-value<0.05

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ 5.25 คะแนน (S.D.=1.98) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ 6.08 คะแนน (S.D.=2.88) โดยกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อระบบ

ทางเดินหายใจสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ภายหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ 9.54 คะแนน (S.D.=0.72) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ 7.05 คะแนน (S.D.=2.17) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อการปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=24)		กลุ่มควบคุม (n=24)		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ก่อนได้รับโปรแกรม	5.25	1.98	6.08	2.88	-1.17	0.03*
หลังได้รับโปรแกรม	9.54	0.721	7.50	2.17	4.38	0.00*

*p-value<0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสูงกว่ากลุ่มทดลอง และคะแนนเฉลี่ยหลังการให้โปรแกรมฯ ของกลุ่มควบคุมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ทั้งนี้อาจเนื่องจากก่อนได้รับโปรแกรมฯ และระหว่างการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มควบคุมได้รับความรู้จากสื่อ และสื่อออนไลน์ที่เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ด้วยตนเอง เพื่อช่วยป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดต่อในเด็กอย่างต่อเนื่อง (ไมลา อีสสระสงคราม และคณะ, 2560) ทั้งนี้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554-2556 หน่วยงานสาธารณสุขของภาครัฐได้เข้ามามีบทบาทดำเนินการตามมาตรการเตรียมความพร้อมการระบาดเป็นกลุ่มโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ได้ดำเนินโครงการศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค และกำหนดให้ครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กผ่านการอบรมความรู้เรื่องโรคติดต่อสำคัญในเด็ก

และการคัดกรองโรคติดต่อในเด็ก สนับสนุนแก่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เข้าร่วมโครงการทั่วประเทศ (กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

ภายหลังที่ได้รับโปรแกรมฯ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปฏิบัติคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ซึ่งเป็นกระบวนการวินิจฉัยค้นหาปัญหาและความเสี่ยงทางด้านสุขภาพของโรคระบบทางเดินหายใจในเด็กก่อนที่เด็กเล็กจะเข้าเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 7 โรค นั้น จากการประเมินอาการเด็กที่มีอาการไข้ ไอ ผื่น โดยมีชุดสาธิตการปฏิบัติคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้ได้ฝึกปฏิบัติ เพื่อตรวจร่างกายเบื้องต้น (อรอนงค์ ธรรมจินดา และคณะ, 2561)

ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะเน้นการตรวจร่างกาย
ดูแลบริเวณในช่องปาก ดูตุ่มบนแดง ใส หนอง
บริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้า และสังเกตอาการไข้ น้ำมูก
ไอ หรือจาม จากนั้นเปรียบเทียบโรคติดเชื้อระบบ
ทางเดินหายใจในเด็ก โดยเมื่อหากพบเด็กที่สงสัย
โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เพื่อพิจารณาการ
บันทึกข้อมูลความผิดปกติและรายงานต่อไป
(กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวง
สาธารณสุข, 2566)

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ใช้กระบวนการและ
กิจกรรมที่เน้นการเรียนรู้และเพิ่มเติมแนวทาง
การปฏิบัติการคัดกรองที่ถูกต้อง ให้ครูในศูนย์พัฒนา
เด็กเล็กได้แสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์
และความรู้เดิม ผ่านคำถามที่ตั้งขึ้น สะท้อนคิด
โดยอภิปรายในแต่ละขั้นตอนช่วยให้เกิดความเข้าใจใหม่
พร้อมร่วมกันอภิปรายปัญหาที่พบและเกิดขึ้นร่วมกัน
(อำพิกา คันทาใจ และคณะ, 2563) ทั้งในขั้นตอน
การคัดกรองครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และการคัดกรอง
เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจากปัญหาที่พบ (ชญาพร
โทปฐรินทร์ และคณะ, 2563; Schaffzin *et al.*, 2021)
เปิดโอกาสให้ซักถาม จับคู่สับเปลี่ยนกันสาธิตการ
ปฏิบัติคัดกรองฯ ทบทวนความรู้ เพื่อให้สามารถบอก
สถานการณ์ ปัจจัยของการเกิดการติดเชื้อโรคติดเชื้อ
ระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
และทดลองปฏิบัติจริง พร้อมกับชุดสาธิตการปฏิบัติ
การคัดกรองโรคฯ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้
เชิงประสบการณ์ตามแนวคิดของโคลบ (Kolb, 1984)
ที่กล่าวว่า ผู้เรียนจะรับรู้ข้อมูลที่มาจากการประสบการณ์
ดังประสบการณ์ของตัวเองออกมาใช้ในการแลกเปลี่ยน
เรียนรู้ และสามารถแบ่งปันประสบการณ์ของตนเอง

ที่มีให้แก่ผู้อื่น ความเข้าใจในประสบการณ์เดิมที่เคย
ได้รับและประสบการณ์ใหม่ที่ได้จากการแลกเปลี่ยน
กันในกลุ่มผ่านการคิดพิจารณาและวิเคราะห์อย่าง
รอบคอบ สรุปความคิดรวบยอดในกิจกรรมกลุ่ม
ขั้นตอนที่ 1 และ 2 จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
ด้านเจตคติ ความเข้าใจในเนื้อหาความรู้ ช่วยให้
ผู้เรียนสามารถนำผลที่ได้จากการเรียนรู้ไปประยุกต์ใช้
หรือทดลองปฏิบัติจริงได้ (อัจฉริยา เชื้อเย็น และคณะ,
2565; Cheng *et al.*, 2020)

ดังนั้นครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กควรได้รับการฝึก
ทักษะการประเมิน เพื่อคัดกรอง เฝ้าระวังการเกิดโรค
ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
โดยมีแนวทางการปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อ
ระบบทางเดินหายใจในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจากครู
ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อโรค
ก่อนเข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ที่ผ่านการฝึกทักษะกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์
สามารถนำไปประกอบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อ
การปฏิบัติการคัดกรองโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ
ไปใช้ในการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ ของครูใน
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในสังกัดเพื่อให้เกิดทักษะสามารถ
ปฏิบัติการคัดกรองโรคได้อย่างถูกต้อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลสาธารณสุข
ขอขอบพระคุณครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ทุกท่านที่ให้
ความร่วมมืออย่างดีมาโดยตลอด จนทำให้งานวิจัยนี้
สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แนวปฏิบัติ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 (COVID - 19) ในสถานศึกษา พ.ศ. 2564 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 30 เมษายน 2566];
แหล่งข้อมูล: <http://klb.ddc.moph.go.th/dataentry/handbook/form/120>
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, (2564). คำแนะนำสำหรับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในสถานการณ์
COVID-19 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 30 เมษายน 2566]; แหล่งข้อมูล:
<http://covid19.anamai.moph.go.th/th/video/view/MDY1cDBzNnM0NHlyb3Ezc3E2NnEyNDk0cDRyOTQzcjOwNg==>

- กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). National Disease Surveillance (Report 506) [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 4 กรกฎาคม 2567]; แหล่งข้อมูล: <http://doe.moph.go.th/surdata/index.php>
- กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). คู่มือเทคนิคการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กสู่ความเป็นเลิศด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 30 เมษายน 2566]; แหล่งข้อมูล: <http://klb.ddc.moph.go.th/dataentry/handbook/form/74>
- กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ สำหรับครูผู้ดูแลเด็ก [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 30 เมษายน 2566]; แหล่งข้อมูล: <http://klb.ddc.moph.go.th/dataentry/handbook/form/188>
- คลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service plan สาขาแม่และเด็ก: อัตราป่วยตายของเด็กอายุ 0 – 5 ปี ที่ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 4 กรกฎาคม 2567]; แหล่งข้อมูล: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=3dc2d92087cdc5b585eb8c0904691399
- ขุภาพร ไทปรินทร์, อักษรา ทองประชุม และกรรณิการ์ ณ ลำปาง. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอสี จังหวัดลำพูน. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 16(1), 1-12. [สืบค้นเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2565]; แหล่งข้อมูล: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/article/view/240659>
- ประกาศคณะกรรมการกลางพนักงานพนักงานเทศบาล เรื่อง มาตรฐานทั่วไปเกี่ยวกับการจัดทำมาตรฐานกำหนดตำแหน่งพนักงานครูและบุคลากรทางการศึกษา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2565. (2565, 30 สิงหาคม). สำนักงานคณะกรรมการมาตรฐานการบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น. แหล่งข้อมูล: http://core-website.com/public/dispatch_upload/backend/core_dispatch_306063_4.pdf
- ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาต่าง ๆ. (2552, 30 มกราคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 126 ตอนพิเศษ 16 ง. หน้า 28-29.
- ไมลา อิสสระสงคราม, ทศนีย์ บุญประคอง และเกษม จันทรแก้ว. (2560). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดต่อของผู้ดูแลเด็กระหว่างรูปแบบการสอนรายบุคคลด้วยหลักการสิ่งแวดล้อมศึกษากับรูปแบบการสอนแบบบรรยายกลุ่มใหญ่. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 24(1), 91-104. [สืบค้นเมื่อ 18 กรกฎาคม 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jdpc7kk/article/view/162174/116971>
- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่. (2564). ฐานข้อมูลการรับแจ้งเหตุการณ์โรคและภัยสุขภาพที่มตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) พ.ศ.2564. (2564, 30 ธันวาคม). (เอกสารอัดสำเนา)
- อรอนงค์ ธรรมจินดา, กัญญาพัชญ์ จาอา และพัชรกัญญ์ ฉัตรวิไลลักษณ์. (2561). ผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติของครูผู้ดูแลเด็กในการประเมินสุขภาพเด็กปฐมวัยเพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุตรดิตถ์, ฉบับพิเศษ, 1-16. [สืบค้นเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2565]; แหล่งข้อมูล: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/152458>

- อัจฉริยา เชื้อเย็น, ศิวพร อึ้งวัฒนา และวิลาวัลย์ เตือนราษฎร์. (2565). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติการตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยวิธีเจาะจากปลายนิ้วในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 18(2), 102-115. [สืบค้นเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2565]; แหล่งข้อมูล: <https://he02.tcithaijo.org/index.php/LPHJ/article/view/258676/177584>
- อำพิกา คันทาใจ, เดชา ทำดี และศิวพร อึ้งวัฒนา. (2563). ผลการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้การปฏิบัติคัดกรอง และการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ในอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 31(1), 83-95. [สืบค้นเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2565]; แหล่งข้อมูล: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/250649/170371>
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (1995). Research in Education. (7th) [online]. [cited 2024 August 16]; Available from: <https://niepid.nic.in/THE%20MEANING%20OF%20RESEARCH.pdf>
- Cheng, Y. C., Huang, L. C., Yang, C. H., & Chang, H. C. (2020). Experiential Learning Program to Strengthen Self-Reflection and Critical Thinking in Freshmen Nursing Students during COVID-19: A Quasi-Experimental Study. International journal of environmental research and public health, 17(15), 5442. [cited 2024 August 16]; Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph17155442>
- Kolb, D. A. (1984). Experiential learning: Experience as the source of learning and development [online]. [cited 2022 February 3]; Available from: https://www.researchgate.net/publication/235701029_Experiential_Learning_Experience_As_The_Source_Of_Learning_And_Development
- Schaffzin, J. K., Bartlett, A. H., Logan, L. K., et al. (2021). SHEA Pediatric Leadership Council commentary: Supporting well child care during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic with personal protective equipment in the ambulatory setting. Infection Control & Hospital Epidemiology, 42(8), 985-988. [cited 2024 Aug 16]; Available from: <https://doi.org/10.1017/ice.2021.240>
- World Health Organization. (2023). Influenza (Seasonal) [online]. [cited 2022 February 3]; Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal))

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันวัณโรคปอดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพะเยา

Effects of Health Literacy Promotion Program on Health Literacy Related Pulmonary Tuberculosis Prevention among Village Health Volunteers, Phayao Province

จิราวรรณ ศรีทองพิมพ์* พย.ม. (การพยาบาล
เวชปฏิบัติชุมชน)

กนกพรส โค้วจิริยะพันธ์* พ.บ.

ศศิษฐา รีรักษ์** ส.ม.

อริญญา นามวงศ์*** ปร.ด. (พยาบาลศาสตร์)

Jirawan Sritongpim* M.N.S. (Community Nurse
Practitioner)

Kanokrot Kovjiriyapan* M.D.

Sajitha Reeruk** M.P.H.

Arunya Namwong*** Ph.D. (Nursing)

* โรงพยาบาลพะเยา Phayao Hospital

** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าวังทอง Thawangthong Sub-district Health Promoting Hospital

*** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Boromarajonani College of Nursing, Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Received: Oct, 24 2024

Revised: Dec, 3 2024

Accepted: Dec, 19 2024

บทคัดย่อ

การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันวัณโรคปอดให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อเป็นแนวทางสำคัญในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชน การวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรคปอดของ อสม. จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ของอำเภอเมืองพะเยา อายุระหว่าง 25-59 ปี จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ มีระยะเวลา 6 สัปดาห์ 2) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรคปอด และข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติการทดสอบทีคู่และอิสระ ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) บุคลากรสุขภาพสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไปใช้ในการส่งเสริมศักยภาพของ อสม. ในการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคปอดในชุมชน ในแต่ละพื้นที่ได้

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, วัณโรคปอด, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน,
โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

ABSTRACT

Enhancing health literacy among community village health volunteers is an important strategy to prevent pulmonary tuberculosis (TB). The quasi-experiment with a two-group pretest and posttest design aimed to determine the effectiveness of the health literacy promotion program on health literacy-related pulmonary TB among village health volunteers. Sample were village health volunteers of Mueang Phayao District, age between 25-59 years and 64 village health volunteers, divided equally into experimental and control groups, with 32 per group. Simple random sampling was used to recruit sample. Duration of the intervention was 6 weeks. The research instruments included a health literacy promotion program, demographic recording form, and health literacy questionnaire in preventing pulmonary TB. Data were analyzed using descriptive statistics, and independent t-test. The results revealed that, after receiving the program, the experimental group had a statistically significantly higher mean score of health literacy than before and the control group ($p < 0.01$). Therefore, healthcare providers could employ health literacy promotion programs as a guideline to enhance the capacity of village health volunteers to prevent and control the spread of pulmonary TB in communities.

Keywords: Health literacy, Pulmonary Tuberculosis, Village health volunteers,
Health literacy promotion program

บทนำ

วัณโรคปอดเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของโลกและประเทศไทย องค์การอนามัยโลกได้ประกาศยุทธศาสตร์ยุติวัณโรคภายในปี พ.ศ. 2578 ทั่วโลก ปี พ.ศ 2566 มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 7.5 ล้านคน เสียชีวิต 1.3 ล้านคน (World Health Organization, 2023) ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562-2566 พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ 348,736 คน โดยมีความสำเร็จของผลการรักษา ร้อยละ 79.8-85.6 เสียชีวิต ร้อยละ 8.02-9.85 เนื่องจากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือขาดยาระหว่างการรักษาวัณโรค (Tuberculosis: TB) สามารถก่อโรคได้กับทุกอวัยวะของร่างกาย ส่วนใหญ่เกิดที่ปอดมากที่สุด ร้อยละ 80 และแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้โดยง่าย (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

กระทรวงสาธารณสุข กำหนดมาตรการเร่งรัด ค้นหาผู้ป่วยวัณโรค เพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงการวินิจฉัยและการรักษา เพื่อป้องกันและควบคุมวัณโรค ซึ่งวัณโรคปอดได้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทำให้เกิดอาการรุนแรงจนอาจเสียชีวิต ผลกระทบต่อครอบครัว และชุมชน (กัมปนาท ฉายชูวงศ์, 2562) การรักษาที่ล่าช้าก่อให้เกิดเชื้อวัณโรคดื้อยา ส่งผลทำให้เกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561) และในการรักษาต้องใช้ระยะเวลา 1-2 ปี ทำให้ต้นทุนของการรักษาต่อรายสูงขึ้น และหากการคัดกรองไม่เป็นไปตามเป้าหมายจะส่งผลให้เกิดภาระทางเศรษฐศาสตร์สูงถึง 75,238 ล้านบาทต่อปี ค่าการณ์ในระยะยาว 21 ปี (พ.ศ. 2558-2578) อาจทำให้มีมูลค่าสูงถึง 1.39 ล้านล้านบาท (ฉะวตสร นามวาท

และคณะ, 2560) จากแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวันโรค ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566-2570) ในปี 2566 กำหนดอัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90 และอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวันโรครายใหม่ ร้อยละ 88 (กองวันโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานคัดกรอง เป็นพี่เลี้ยงดูแลรับประทานยา การติดตามเยี่ยมบ้าน รวมถึงการป้องกันวันโรคปอดในชุมชน จึงควรสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวันโรคอย่างยั่งยืน (วาริน เชื้อนแก้ว, 2564) ควรมีการส่งเสริมให้ อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมวันโรคปอดในชุมชน (กฤตภณ เทพอินทร์ และเสน่ห์ ขุนแก้ว, 2565) โดยการนำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) และกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2562) มาใช้ในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพการป้องกันวันโรคในชุมชนสำหรับ อสม. จะสามารถส่งผลทำให้ อสม. มีความรู้และทักษะในการจัดการตนเองด้านสุขภาพ รวมถึงสามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนในการป้องกันและควบคุมวันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ดังนั้นการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันวันโรคปอดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพะเยา

วิธีการศึกษา

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest and posttest design) ดำเนินการในพื้นที่ตำบลท่าวังทอง และตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 - มกราคม 2567

ประชากร คือ อสม. ของอำเภอเมืองพะเยา อายุระหว่าง 25-59 ปี จำนวน 3,321 คน (ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2566)

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G*Power กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (effect size) เท่ากับ 0.5 กำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.05 และอำนาจการทดสอบ (Power analysis) เท่ากับ 0.8 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 27 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 คิดเป็น 5 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันพิจารณาการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กำหนดอายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ และโรคประจำตัวให้ใกล้เคียงกัน และทำการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่ ได้กลุ่มควบคุม จำนวน 32 คน ในพื้นที่ตำบลแม่กา และกลุ่มทดลอง จำนวน 32 คน ในพื้นที่ตำบลท่าวังทอง รวมทั้งสิ้น 64 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

คือ ที่มีระยะเวลาในการทำงานเป็น อสม. 1 ปีขึ้นไป สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร และยินดีในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ได้ครบทุกขั้นตอน และมีปัญหาทางด้านสุขภาพหรือการเจ็บป่วย เช่น อาการของโรคประจำตัวกำเริบจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวันโรคปอดในชุมชนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข พัฒนามาจากกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2562) และแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) และคู่มือให้ความรู้เรื่องวันโรคปอด เอกสารประกอบการสอนภาพฉายสไลด์โทรศัพท์มือถือชนิดสมาร์ทโฟน และใบงานในสมาร์ทโฟน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และโรคประจำตัว ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรคปอด ดัดแปลงมาจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันวัณโรคปอดใน อสม. กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2562) จำนวน 35 ข้อ มีลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วย เห็นด้วยมากที่สุดจนถึงเห็นด้วยน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ คือ ระดับคะแนน 4.21-5.00 หมายถึง มากที่สุด คะแนน 3.41-4.20 หมายถึง มาก คะแนน 2.61-3.40 หมายถึง ปานกลาง คะแนน 1.81-2.60 หมายถึง น้อย จนถึง 1.00-1.80 หมายถึง น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรคปอดในชุมชนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข สื่อการสอน และแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรคปอด ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ที่พิจารณาเนื้อหาและความเหมาะสม โดยแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพฯ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.93 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.85

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล Pre-test และแบ่งกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม ดำเนินกิจกรรมอย่างเป็นขั้นตอนตามโปรแกรมฯ (ใช้เวลา 8 ชั่วโมง) ดังนี้

1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในการป้องกันวัณโรคปอด แจกใบงานที่ 1 โดยการดำเนินกิจกรรมการบรรยายความรู้ การสาธิตและสาธิตย้อนกลับการสืบค้นแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้ Smart phone ค้นหาและตรวจสอบข่าวปลอม

ผ่านกูเกิล (google) และแอปพลิเคชันไลน์ จากนั้นให้ตัวแทนกลุ่มนำเสนอตามใบงานที่มอบหมาย พร้อมแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน โดยการบรรยายและสรุปประเด็นการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ (ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที)

2. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แจกใบงานที่ 2 ให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรคปอดในใบความรู้ จากนั้นให้ตัวแทนกลุ่มนำเสนอหัวข้อในใบงานที่มอบหมายแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน โดยการบรรยายสรุปผ่านสไลด์เพื่อสร้างความมั่นใจในความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรคปอด (ใช้เวลา 1 ชั่วโมง)

3. การสื่อสารเพื่อการป้องกันโรค แจกใบงานที่ 3 เรื่องการสื่อสาร กำหนดสถานการณ์สมมติ การฝึกทักษะการสื่อสารและการบอกต่อ เช่น กลุ่มที่ 1 “เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขต้องไปดูแลผู้ป่วยวัณโรคในหมู่บ้าน จะแจ้งผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวอย่างไรบ้าง” โดยการดำเนินกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม และตัวแทนนำเสนอตามใบงาน โดยใช้การบรรยายและสรุปผ่านสไลด์ (ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที)

4. การจัดการตนเองในการปฏิบัติป้องกันโรค แจกใบงานที่ 4 กิจกรรมการบรรยายผ่านสไลด์และใบความรู้ ใช้เทคนิค 1 คำถาม “เราจะทำอย่างไรให้ปลอดภัยจากวัณโรคปอด” ให้กลุ่มทดลองเขียนแนวทางการป้องกันตนเอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มและให้กลุ่มทดลองบันทึกลงในใบงานมานำเสนอ โดยนำผลการปฏิบัติมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ เปิดโอกาสให้ซักถามและสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ (ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที)

5. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการป้องกันโรคที่ถูกต้อง แจกใบงานที่ 5 โดยการดำเนินกิจกรรมที่ใช้สถานการณ์สมมติเกี่ยวกับวัณโรคปอดและการปฏิบัติป้องกันวัณโรคปอด กำหนดทางเลือกให้ตัดสินใจที่ถูกต้องตามสถานการณ์ที่สมมุติขึ้น แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันภายในกลุ่ม จากนั้นให้ตัวแทนมานำเสนอตามใบงาน โดยใช้การบรรยายและสรุปผ่านสไลด์ (ใช้เวลา 1 ชั่วโมง)

6. การรู้เท่าทันสื่อและข้อมูลสารสนเทศ โดยการดำเนินกิจกรรมโดยการเล่าประสบการณ์จากบุคคลต้นแบบร่วมกับการบรรยายให้ความรู้ และการเลือกใช้สื่อและการบอกต่อ จากนั้นสรุปและประเมินผลจากการสังเกตการมีส่วนร่วมในกิจกรรม (ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที)

สัปดาห์ที่ 2-3 ดำเนินการติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์รายบุคคล เป็นการติดตามการปฏิบัติการป้องกันวัณโรคปอดในอาสาสมัครสาธารณสุข วันละ 4-5 คน โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 15 นาทีต่อคน

สัปดาห์ที่ 4-5 ดำเนินการติดตามนัดพบที่ รพ.สต. เป็นการติดตามการปฏิบัติการป้องกันวัณโรคปอดในอาสาสมัครสาธารณสุข วันละ 4-5 คน โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาทีต่อคน

สัปดาห์ที่ 6 จัดกิจกรรมกลุ่ม จัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อสรุปและทบทวนการดำเนินกิจกรรม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล post-test

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล Pre-test

สัปดาห์ที่ 2-5 กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำตามปกติ

สัปดาห์ที่ 6 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล Post-test และมอบคู่มือปฏิบัติการป้องกันวัณโรคปอดในอาสาสมัครสาธารณสุข

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

และวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมฯ ใช้สถิติ Paired t-test และระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลพะเยา เมื่อวันที่ 25 ตุลาคม 2566 เลขที่โครงการ: 66-02-50 รหัสโครงการ PYHREC No 50/2566

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.75 มีอายุเฉลี่ย 51.56 ปี (S.D.=6.63) ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 50.84 ปี (S.D.=6.48) ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีอายุ 50 ขึ้นไป ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 50 และทั้งสองกลุ่มมีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท โดยกลุ่มทดลอง ร้อยละ 53.13 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 71.88 มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง มากที่สุด ร้อยละ 47.62 และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และโรคประจำตัวระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=64 คน)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มควบคุม (n=32)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					0.00	1.00
ชาย	2	6.25	2	6.25		
หญิง	30	93.75	30	93.75		
อายุ (ปี)					0.26	1.00
30-39	3	9.37	3	9.37		
40-49	5	15.63	4	12.50		
50-59	24	75.00	25	78.13		
	Mean=51.56, S.D.=6.63, Max=59, Min=31		Mean=50.84, S.D.=6.48, Max=59, Min=32			
ระดับการศึกษา					0.44 ^f	1.00
ประถมศึกษา	17	53.12	16	50.00		
มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช.	5	15.62	6	18.74		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส.	9	28.13	9	28.13		
ปริญญาตรี	1	3.13	1	3.13		
รายได้ต่อเดือน					5.56 ^f	0.10
ต่ำกว่า 3,000 บาท	17	53.13	23	71.87		
3,001-5,000 บาท	10	31.24	3	9.37		
5,001-10,000 บาท	5	15.63	5	15.63		
10,001-20,000 บาท	-	-	1	3.13		
โรคประจำตัว					3.26 ^f	0.41
โรคเบาหวาน	5	23.81	3	14.28		
โรคความดันโลหิตสูง	10	47.62	10	47.62		
โรคหัวใจ	-	-	3	14.29		
โรคไขมันในเส้นเลือด	6	28.57	5	23.81		

หมายเหตุ f=Fisher's Exact test

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรคปอดในภาพรวมและรายด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจและบริการสุขภาพ ที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การตอบซักถาม

เพื่อความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ/รู้เท่าทันสื่อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการบอกต่อและแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) ในขณะที่กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรคปอดในภาพรวมโดยรวมไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=64 คน)

ปัจจัย	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t	p-value
	(n=32)		(n=32)			
	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	คะแนนเฉลี่ย	S.D.		
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ						
- กลุ่มทดลอง	3.04	0.52	4.09	0.37	9.60	0.00*
- กลุ่มควบคุม	3.08	0.49	3.20	0.42	2.27	0.03*
ความรู้ความเข้าใจและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ						
- กลุ่มทดลอง	3.10	0.29	4.44	0.25	19.94	0.00*
- กลุ่มควบคุม	3.09	0.28	3.14	0.24	1.68	0.10
การโต้ตอบซักถามเพื่อความรู้ความเข้าใจ						
- กลุ่มทดลอง	3.02	0.20	4.27	0.32	16.96	0.00*
- กลุ่มควบคุม	3.05	0.25	3.10	0.21	1.28	0.21
การตัดสินใจด้านสุขภาพ/รู้เท่าทันสื่อ						
- กลุ่มทดลอง	3.08	0.50	4.10	0.36	9.51	0.00*
- กลุ่มควบคุม	3.15	0.47	3.03	0.54	-2.98	0.00*
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง						
- กลุ่มทดลอง	3.84	0.48	4.52	0.33	6.72	0.00*
- กลุ่มควบคุม	3.82	0.39	3.73	0.44	-2.07	0.05*
การบอกต่อและแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพ						
- กลุ่มทดลอง	3.54	0.49	4.19	0.22	6.35	0.00*
- กลุ่มควบคุม	3.55	0.41	3.36	0.37	-3.44	0.00*
คะแนนเฉลี่ยรวม						
- กลุ่มทดลอง	3.28	0.21	4.28	0.20	18.87	0.00*
- กลุ่มควบคุม	3.30	0.16	3.26	0.16	-1.87	0.07

*p-value<0.01

2. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพฯ โดยรวมและรายด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ/รู้เท่าทันสื่อ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการบอกต่อและแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) ในขณะที่ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันในทุกด้าน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความแตกต่าง ระหว่างกลุ่มของกลุ่มตัวอย่าง (n=64 คน)

ปัจจัย	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มควบคุม (n=32)		t	p-value
	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	คะแนนเฉลี่ย	S.D.		
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ						
- ก่อนการทดลอง	3.04	0.52	3.08	0.49	-0.31	0.76
- หลังการทดลอง	4.09	0.37	3.20	0.42	8.90	0.00*
ความรู้ความเข้าใจและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ						
- ก่อนการทดลอง	3.10	0.29	3.09	0.28	0.07	0.94
- หลังการทดลอง	4.44	0.25	3.14	0.24	20.92	0.00*
การโต้ตอบซักถามเพื่อความรู้ความเข้าใจ						
- ก่อนการทดลอง	3.02	0.04	3.05	0.25	-0.46	0.65
- หลังการทดลอง	4.27	0.06	3.10	0.21	17.27	0.00*
การตัดสินใจด้านสุขภาพ/รู้เท่าทันสื่อ						
- ก่อนการทดลอง	3.08	0.50	3.15	0.47	-0.56	0.58
- หลังการทดลอง	4.10	0.36	3.03	0.54	9.30	0.00*
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง						
- ก่อนการทดลอง	3.84	0.48	3.82	0.39	0.19	0.85
- หลังการทดลอง	4.52	0.33	3.73	0.44	8.17	0.00*
การบอกต่อและแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพ						
- ก่อนการทดลอง	3.54	0.49	3.55	0.41	-0.09	0.93
- หลังการทดลอง	4.19	0.22	3.36	0.37	10.96	0.00*
คะแนนเฉลี่ยรวม						
- ก่อนการทดลอง	3.28	0.21	3.30	0.16	-0.41	0.69
- หลังการทดลอง	4.28	0.20	3.26	0.16	22.13	0.00*

*p-value<0.01

อภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคปอดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมฯ ที่ได้พัฒนามาจากโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคปอดใน อสม. ของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2562) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) ที่อธิบายเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพว่าบุคคลที่มีความรู้ความเข้าใจและมี

ทักษะทางสังคมจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและทำความเข้าใจนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงและพัฒนาเพื่อให้ตนมีสุขภาพดีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นผลดีกับสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง ซึ่งมีกระบวนการ 6 ด้านที่สำคัญ คือ 1) การส่งเสริมให้มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในการป้องกันโรคปอดที่ถูกต้องโดยจัดกิจกรรมกลุ่ม มีการบรรยายการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ การตรวจสอบข่าวปลอม โดยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลภายในกลุ่ม อสม. 2) ให้ความรู้ความเข้าใจใน

การป้องกันโรคปอดสำหรับ อสม. 3) กิจกรรมฝึกทักษะการสื่อสารของ อสม. เกี่ยวกับการป้องกันโรคปอดในชุมชน 4) กิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อการปฏิบัติการป้องกันโรคปอดที่ถูกต้อง 5) ส่งเสริมในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการป้องกันโรคปอดที่ถูกต้อง และ 6) ให้ความรู้เกี่ยวกับการรู้เท่าทันสื่อและส่งเสริมการใช้ข้อมูลสารสนเทศในการป้องกันโรคปอด โดยใช้สื่อ สาริต สาริตย้อนกลับ การระดมความคิดเห็น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลต้นแบบ รวมทั้งมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับ เอกพันธ์ คัมภีระ และคณะ (2564) ที่ศึกษาพบว่าความพร้อมและต้องการสนับสนุนด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคปอดของ อสม. เป็นปัจจัยที่สำคัญของ อสม. ในการปฏิบัติการป้องกันโรคปอดในชุมชน เนื่องจาก อสม. เป็นผู้ส่งเสริมพลังให้กับชุมชนด้านการป้องกันควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรค และช่วยลดปัญหาการติตราของผู้ป่วยได้ (Craciun *et al.*, 2023) ดังการศึกษาการพัฒนาแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรค โดยหมอบระจำบ้านพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรม (ดวงใจ ไทยวงศ์ และคณะ, 2565) และการศึกษาการพัฒนาแบบความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบฯ สามารถป้องกันโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (คำพอง คำนนท์ และพรสุข หุ่นนิรันดร์, 2566) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงานพบว่า การติดตามทางโทรศัพท์และเยี่ยมบ้าน ทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพคงอยู่และเป็นการกระตุ้นเตือน สร้างความตระหนักทำให้เกิดความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง ครอบครัว

และชุมชนที่เหมาะสม (เอื้อจิต สุขพูล และคณะ, 2563) และผลศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อการป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดของกลุ่มทดลอง แม้จะพบว่าไม่แตกต่างกัน แต่การรับรู้ต่อการป้องกันโรคปอดและทักษะการป้องกันโรคปอดสูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (วีระวุธ แก่นจันทร์ และคณะ, 2561) รวมทั้งสอดคล้องกับผลของโปรแกรมความรู้ด้านส่งเสริมป้องกันโรคปอดต่อทัศนคติและพฤติกรรมดูแลตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคปอด ที่หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น (สุวภัทร นุ่มเจริญ และอัญญา ปลดเปลื้อง, 2567) และการศึกษาในกลุ่ม อสม. การเปรียบเทียบผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. พบว่าภายหลังการเข้ารับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น จึงควรมีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น (กฤษฎากร เจริญสุข, 2564) และควรจัดทำโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านภาพ เพื่อพัฒนาและยกระดับความรู้ของ อสม. (รจนารถ ชูใจ และคณะ, 2564)

ดังนั้นการให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคปอด การป้องกันและควบคุมโรคปอดในชุมชน เพราะหาก อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคปอดเป็นอย่างดีจะสามารถพิจารณาเลือกใช้อ้างอิงข้อมูลข่าวสารที่น่าเชื่อถือ และสามารถปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่างในการป้องกันโรคปอดในชุมชน รวมทั้งช่วยแนะนำเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2560; Sørensen *et al.*, 2012) จนสามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและขยายผลต่อไปในชุมชนในการป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะ

บุคลากรสุขภาพสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพฯ ไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ในพื้นที่เพื่อเฝ้าระวังและส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วมากยิ่งขึ้น โดยพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้ อสม. ในการเป็นผู้นำที่ช่วยชี้แนะแนวทาง กำกับ ติดตาม และส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดในชุมชนได้ และควรศึกษาผลกระทบของการนำโปรแกรมฯ นี้ไปใช้ในการ

ประเมินอุบัติการณ์ของวัณโรคปอดและจำนวนผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดพะเยา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าวังทอง ตำบลแม่กา และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่สนับสนุนการวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กฤตภณ เทพอินทร์ และเสนห์ ขุนแก้ว. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอฝาง จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี, 14(1), 206-218. [สืบค้นเมื่อ 20 กันยายน 2566]; แหล่งข้อมูล: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/252496/173492>
- กฤษฎากร เจริญสุข. (2564). ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี, 30(1), 72-90. [สืบค้นเมื่อ 2 ธันวาคม 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/article/view/248864/169987>
- กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ดีไซน์.
- กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566-2570). นนทบุรี: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ดีไซน์.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2562). โปรแกรมสุศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy: HL) เรื่องการป้องกันวัณโรคในชุมชน. นนทบุรี.
- กัมปนาท ฉายชูวงศ์. (2562). ผลกระทบจากความล่าช้าในการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดในประเทศไทย. วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ, 1(2), 77-91. [สืบค้นเมื่อ 24 มกราคม 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MDHJ/issue/view/14067/3953>
- คำพอง คำนันท์ และพรสุข พูนนิรันดร์. (2566). การพัฒนารูปแบบความรู้สุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 33(2), 11-15. [สืบค้นเมื่อ 4 สิงหาคม 2567]; แหล่งข้อมูล: https://tnaph.org/wp/wp-content/uploads/2023/08/NJPH-Vol.33_No.2_May-Aug_2023-1.pdf

- เฉวตสร นามวาท, สุธาสินี คำหลวง, นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร และคณะ. (2560). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์
ความคุ้มค่าการลงทุนเพื่อยุติปัญหาวัณโรคในประเทศไทยการวิเคราะห์ต้นทุน-ผลได้ [ออนไลน์].
[สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2567]; แหล่งข้อมูล:
https://www.hitap.net/wp-content/uploads/2018/08/Full-report_TB.pdf
- ดวงใจ ไทวงษ์, สุวัฒนา อ่อนประสงค์ และกรรณิการ์ ตฤณวุฒิมพงษ์. (2565). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้าง
ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมวัณโรคโดยหมอประจำบ้านของอำเภอช้างสูง
จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 29(3), 111-130. [สืบค้นเมื่อ
20 กรกฎาคม 2567]; แหล่งข้อมูล:
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jdpc7kk/article/view/259745/175213>
- รจนารถ ชูใจ, ชลธิชา บุญศิริ และกมลพร แพทย์ชีพ. (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้าน
สุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. วารสาร
เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 8(1), 250-262. [สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2566];
แหล่งข้อมูล: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/245346>
- ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2566). ฐานข้อมูล
ณกส-อสม จังหวัดพะเยา [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2566]; แหล่งข้อมูล:
<https://www.thaiphc.net/new2020/cremation/district?year=2562&province=56>
- วีระวุธ แก่นจันทร์ใบ, สมัทนา กลางคาร และสรญา แก้วพิบูลย์. (2561). ผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อ
การป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว, 25(1), 79-90.
[สืบค้นเมื่อ 2 ธันวาคม 2567]; แหล่งข้อมูล:
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jdpc7kk/article/view/155323/117202>
- วาริน เชื้อนแก้ว. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในการป้องกันและควบคุมวัณโรค อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. วารสารศาสตร์สุขภาพและ
การศึกษา, 1(2), 30-43. [สืบค้นเมื่อ 14 กรกฎาคม 2567]; แหล่งข้อมูล:
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JHSP/article/view/247386/170446>
- สุวภัทร นุ่มเจริญ และอัญญา พลตเปื้อง. (2567). ผลของโปรแกรมความรู้ด้านส่งเสริมป้องกันโรควัณโรค
ต่อทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรควัณโรค ตำบลท่าเสา อำเภอ
ท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา, 12(3), 1-14. [สืบค้นเมื่อ
2 ธันวาคม 2567]; แหล่งข้อมูล:
<https://he04.tci-thaijo.org/index.php/PPHJ/article/view/1429>
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2560). ความรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา. กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิท
การพิมพ์.
- เอกพันธ์ คัมภีระ, สุมาลี เลิศมัลลิกาพร และอะเคื้อ อุนหละกะ. (2564). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชน.
พยาบาลสาร, 48(1), 174-186. [สืบค้นเมื่อ 14 สิงหาคม 2567]; แหล่งข้อมูล:
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/250247/170097>

เอื้อจิต สุขพูล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวีณี แพงสุข, ธวัชชัย ยืนยาว และวัชรวิงค์ หวังมัน. (2563) ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 29(3), 419-429. [สืบค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2566]; แหล่งข้อมูล:

<https://thaidj.org/index.php/JHS/issue/view/794/102>

Craciun, O. M., Torres, M. D. R., Llanes, A. B., & Romay-Barja, M. (2023). Tuberculosis knowledge, attitudes, and practice in middle- and low-income countries: A systematic review. *Journal of Tropical Medicine*, 2023, 1014666. [cited 2024 March 2]; Available from:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1155/2023/1014666>

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, 67(12), 2072-2078. [cited 2024 March 2]; Available from:

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., *et al.* (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. [cited 2024 March 22]; Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

World Health Organization. (2023). *Global Tuberculosis Report 2023* [online]. [cited 2023 December 25]; Available from:

<https://www.tbthailand.org/download/Manual/Global%20TB%20report%202023.pdf>

ประสิทธิผลของโปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรม
การดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง
ตำบลดงเจน อำเภอกงหรา จังหวัดพะเยา

Effectiveness of Applying the Protection Motivation Theory to Self-care
Behavior and Blood Pressure Levels of High Blood Pressure Risk Group
in Dongjen Sub District, Phukamyao District, Phayao Province

ธนัญญณภสสร ไชยมงคล* ส.บ. (สาธารณสุขชุมชน)	Thanannaphat Chaimongkhon * B.P.H. (Community Public Health)
สรวิศ บุญญฐี** พ.บ. (ว.เวชศาสตร์ครอบครัว)	Sorawit Boonyathee ** M.D., Dip. Thai Board of Family Medicine

* นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

Master of Public Health Program Student, School of Public Health, University of Phayao

** คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

School of Medicine, University of Phayao

Received: Mar 12, 2024

Revised: Aug 9, 2024

Accepted: Aug, 26 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลดงเจน อำเภอกงหรา จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566 ถึง กุมภาพันธ์ 2567 รวมทั้งสิ้น 8 เดือน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ 2) แบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต โดยวัดผลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และกลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวลดลงอยู่ในระดับที่ดีขึ้น ดังนั้นเครือข่ายสุขภาพสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปรับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

คำสำคัญ: การรับรู้ความรุนแรงของโรค, การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค, ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรค, พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต

ABSTRACT

A quasi-experimental two group pretest-posttest study aimed to investigate the effectiveness of applying the protection motivation theory to self-care behaviors and blood pressure levels of the people at risk of high blood pressure in Dongjen sub district, Phukamyao district, Phayao province. The sampled 60 participants selected by purposive sampling from a risky hypertension group were divided equally into an experimental group and a control group. The study launched between July 2023 and February 2024, or a period of 8 months. The research devices included 1) Programs of the protection motivation theory, which lasted for 8 weeks; 2) a questionnaire covered general information and knowledge about hypertension, perceived severity of hypertension, perceived probability of hypertension, response efficacy to hypertension, and blood pressure control behavior. Pre- and post-program results were assessed. Data analysis involved descriptive statistics, Paired t-test, and independent t-test. The results revealed significant increased effects after the intervention that the risky high blood pressure group exhibited statistically upraised average levels of knowledge about hypertension, perceived severity of hypertension, perceived probability of hypertension, response efficacy to hypertension, and blood pressure control behavior when compared to those of the control group ($p < 0.05$). Additionally, the experimental group underwent lower and better systolic and diastolic blood pressure values. Consequently, the results may imply any healthcare sector to apply the program effectively as a guideline for adjusting health-care behaviors of the risky hypertension persons to minimize the likelihood of high blood pressure.

Keywords: Perceived severity, Perceived probability, Response efficacy, Blood pressure control behavior

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญในระดับโลกและระดับประเทศ ในปี พ.ศ. 2562 ประชากรทั่วโลกมีอัตราการเสียชีวิตประมาณ 7.5 ล้านคน และมีภาวะความดันโลหิตสูงมากถึง 1 พันล้านคน และ ในปี พ.ศ. 2568 ความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน (จุฑามาศ แก้วจันดี และคณะ, 2562) สำหรับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน 13,940, 14,618 และ 15,109.00 ตามลำดับ นอกจากนี้ใน

เขตสุขภาพที่ 1 ในปี 2563-2565 พบจำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 30,041 ราย 31,246 ราย และ 35,292 ราย ตามลำดับ ส่วนจังหวัดพะเยา ในปี 2563-2565 พบจำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 3,568 ราย 3,010 ราย และ 3,119 ตามลำดับ (คลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลงเจียง ดำเนินการจัดกิจกรรมให้สุศึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงไม่ให้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ด้วยข้อจำกัดด้านลักษณะของสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน จากข้อมูล

จำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงเจน ในปี 2566 มีจำนวน 1,527 ราย เพิ่มขึ้นจากปี 2565 ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1,464 ราย ดังนั้นจึงควรมีการดำเนินการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชน ลดจำนวนการโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลดงเจน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดพะเยา

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ดำเนินการศึกษาในพื้นที่ตำบลดงเจน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดพะเยา ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566 ถึง กุมภาพันธ์ 2567 รวมทั้งสิ้น 8 เดือน

ประชากร คือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2566 ในพื้นที่ตำบลดงเจน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดพะเยา จำนวน 654 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงเจน, 2566)

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2566 อายุระหว่าง 35-59 ปี โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากทะเบียนรายชื่อกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปจีเพาเวอร์ เวอร์ชัน (G*Power Version 3.1) กำหนดความเชื่อมั่นที่ 0.05 อำนาจทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 และขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect Size) ที่ 0.80 ได้จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง 52 คน โดยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดแทนกลุ่มตัวอย่างที่อาจจะสูญหายไปหรือกลุ่มตัวอย่างที่อาจไม่มาตามนัดอีกร้อยละ 15 คิดเป็น 8 คน ดังนั้น ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นบุคคลที่ขึ้นทะเบียนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อายุระหว่าง 35-59 ปี

2. มีค่าระดับความดันโลหิตบีบตัว (SBP) ในช่วง 130-139 mmHg และ/หรือค่าระดับความดันโลหิตคลายตัว (DBP) ในช่วง 85-89 mmHg และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจากแพทย์

3. อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตบริการสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงเจน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดพะเยา อย่างน้อย 6 เดือน

4. มีสติสัมปชัญญะ อ่านออกเขียนได้และสื่อสารได้ปกติ การได้ยินปกติ การมองเห็นปกติ และเคลื่อนไหวได้ปกติ มีสภาพร่างกายไม่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาที่กำหนด

5. ยินดีเข้าร่วมการศึกษาวិจัยในครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัย

โปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ (Rogers, 1975, 1983) เป็นทฤษฎีหลัก ร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Janz & Becker, 1984) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997) จำแนกตามองค์ประกอบของทฤษฎีสร้างแรงจูงใจ ดังนี้ 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง 3) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองต่อความดันโลหิตสูงใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมการวิเคราะห์ตนเอง กิจกรรมเสริมสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ กิจกรรมการเสริมสร้างความคาดหวัง และกิจกรรมกระตุ้นเตือน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติคนในครอบครัวป่วย

ด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคประจำตัว การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และพบพาหในชุมชน จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 17 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง มีความรู้ระดับสูง คะแนนร้อยละ 60-79 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง และคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ (Bloom *et al.*, 1971)

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย โดยคำถามเชิงบวก มีระดับคะแนนเป็น 5, 4, 3, 2, 1 และคำถามเชิงลบ 1, 2, 3, 4, 5 ตามลำดับ แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 7 ข้อ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย 25.67-35.00 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 16.34-25.66 และระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ย 7.00-16.33 ตอนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6 ข้อ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย 22.01-30.00 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 14.01-22.00 และระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ย 6.00-14.00 และตอนที่ 3 ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 7 ข้อ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย 25.67-35.00 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 16.34-25.66 และระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ย 7.00-16.33 (Best & Kahn, 1977)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ประกอบไปด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่พึงประสงค์ และพฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ที่พึงประสงค์ จำนวน 20 ข้อ มี 5 ตัวเลือกว่าด้านบวก และด้านลบ ใช้มาตราส่วนประมาณค่าของความถี่ในการปฏิบัติตัวต่อสัปดาห์ ได้แก่ ปฏิบัติทุกวัน, ปฏิบัติ 5-6 วัน, ปฏิบัติ 3-4 วัน, ปฏิบัติ 1-2 วัน และไม่เคยปฏิบัติ โดยคำถามเชิงบวก มีระดับคะแนนเป็น 5, 4, 3, 2, 1 และคำถามเชิงลบ 1, 2, 3, 4, 5 ตามลำดับการแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 73.36-100.03 หมายถึง มีพฤติกรรมการปฏิบัติในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 46.68-73.35 หมายถึง มีพฤติกรรมการปฏิบัติในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 20.00-46.67 หมายถึง มีพฤติกรรมการปฏิบัติในระดับต่ำ (Best & Kahn, 1997)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามได้มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แรงจูงใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.90, 0.98 และ 0.88 ตามลำดับ จากนั้นนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในพื้นที่ตำบลห้วยแก้ว อำเภอกุญแจมยาว จังหวัดพะเยา หาค่าความเชื่อมั่นคูเตอร์ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson [KR-20]) ของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีค่าเท่ากับ 0.80 แบบสอบถามวัดการรับรู้ ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต

ได้สัมผัสประสิทธิภาพของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.76, 0.74, 0.76 และ 0.80 ตามลำดับ

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 จัดทำหนังสือถึงพื้นที่วิจัย เพื่อขอความร่วมมือและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่

1.2 ประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงเจน เพื่อขอความอนุเคราะห์และชี้แจงขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1.3 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจนเป็นที่เข้าใจแล้วกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

2. ขั้นตอนการตามโปรแกรมฯ

กลุ่มทดลอง เข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมฯ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ รายละเอียดการดำเนินกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงการเข้าร่วมโปรแกรม และทำแบบทดสอบก่อนเข้าร่วมการวิจัย โดยใช้แบบสอบถามวัดความรู้ความเข้าใจ และการปฏิบัติตัวพร้อมบันทึกข้อมูลสุขภาพ และสร้างกลุ่มไลน์ในการประสานงานระหว่างผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health belief model) เป็นการจัดการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมการวิเคราะห์ตนเองด้วยปิงปอง 7 สี (วิชัย เทียนถาวร, 2556) และการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเกิดสัมพันธภาพที่ดี ได้รับความรู้และฝึกปฏิบัติจริงตามคำแนะนำอย่างเหมาะสม

สัปดาห์ที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health belief model) จัดกิจกรรมรู้เท่าทันเข้าถึงสื่อ ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับ

โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรมเสริมสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ “คนดงเจนรุ่นใหม่ ใส่ใจสุขภาพ” (กิจกรรมการออกกำลังกายด้วยเทคนิคสมาธิบำบัด SKT (Somporn Kantharadussadee Triamchaisri) (สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี, 2560) กิจกรรมเลมขงคลเสริมสุขภาพ : 661 (น้ำตาล 6 ช้อนชา ไขมัน 6 ช้อนชา และ เกลือ 1 ช้อนชา) กิจกรรมอารมณ์ดีจิตแจ่มใส ใส่ใจสุขภาพ และกิจกรรมชาวดงเจนร่วมใจ ลด ละ เลิก บุหรี่เหล้า เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม

สัปดาห์ที่ 4 ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) โดยจัดกิจกรรมสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน แลกเปลี่ยนการปฏิบัติตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิต กิจกรรมการเสริมสร้างความคาดหวัง (กิจกรรมม่วนกัน ฉั่นเล้า) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลสุขภาพ จากบุคคลต้นแบบที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านรูปแบบการเล่าเรื่องราวโดยใช้วาทีศิลป์ วัฒนธรรมของภาคเหนือ “อู้คำเมืองจูงใจ ให้สุขภาพดี” เพื่อเสริมสร้างความคาดหวัง ความตระหนัก และความตั้งใจต่อการปฏิบัติเหมาะสม

สัปดาห์ที่ 5-7 การกระตุ้นเตือนให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ตามหลัก 3 อ. 2 ส. โดยการติดตามให้กำลังใจ บันทึกค่าความดันโลหิต และการออกกำลังกายสมาธิบำบัด SKT (Somporn Kantharadus-sadee Triamchaisri) พร้อมให้ความรู้ผ่านช่องทางกลุ่มไลน์ คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อติดตามผลระหว่างดำเนินการทดลองโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับ อสม.

3. ขั้นตอนประเมินผลการทดลอง

สัปดาห์ที่ 8 จัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกัน โดยการพูดคุยแสดงความคิดเห็น แบ่งปันแนวทางและวิธีการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้เห็นผลลัพธ์จากการดูแลตนเอง สร้างแรงจูงใจ และตระหนักรู้สู่การปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และเป็นต้นแบบด้านสุขภาพให้กับบุคคลอื่นต่อไป หลังจากนั้นทำแบบทดสอบหลังเข้าร่วมการวิจัยและเก็บข้อมูลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตเพื่อประเมินผลของโปรแกรม

สำหรับกลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลงเจนเช่นกัน มีการติดตามพฤติกรรมสุขภาพ พร้อมกับจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 8 สัปดาห์ตามกิจกรรมปกติ จากนั้นติดตามพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิตระหว่างสัปดาห์ที่ 2-7 โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำกลุ่มคอยสังเกต สอบถาม และบันทึกผลให้คำแนะนำ หลังจากนั้นทำแบบทดสอบหลังเข้าร่วมกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 8 ในช่วงเวลาเดียวกับที่กลุ่มทดลองเสร็จสิ้นกิจกรรมและนำผลการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพมาสรุปผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired t-test และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ และวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยพะเยา ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัย HREC-UP-HSST 1.2/140/66 ลงวันที่ 13 สิงหาคม 2566

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.00 และเพศหญิง ร้อยละ 40.00 มีอายุเฉลี่ย 53.80 ปี (S.D.=4.49) สถานภาพสมรส ร้อยละ 70.00 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.70 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60.00 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 4,833.33 บาท (S.D.=1,288.77) มีประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.00 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.70 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 70.00 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 60.00 และมีบทบาทในชุมชนอื่นๆ เช่น คณะกรรมการหมู่บ้านหรือสมาชิกในชุมชน ร้อยละ 63.30

กลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.70 และเพศชาย ร้อยละ 43.30 มีอายุเฉลี่ย 53.17 ปี (S.D.=4.33) สถานภาพสมรส ร้อยละ 63.30 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 63.30 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.70 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 4,066.67 บาท (S.D.=1,546.59) มีประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 73.30 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.00 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 80.00 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 63.30 และมีบทบาทในชุมชนอื่นๆ เช่น คณะกรรมการหมู่บ้านหรือสมาชิกในชุมชน ร้อยละ 76.70 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=60 คน)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	13	43.30	18	60.00
หญิง	17	56.70	12	40.00
อายุ (ปี)				
35-39	1	3.30	0	0.00
40-44	0	0.00	1	3.30
45-49	2	6.70	3	10.00
50-54	14	46.70	8	26.70
55-59	13	43.30	18	60.00
	Mean=53.17, S.D.=4.33, Min=38, Max=59		Mean=53.80, S.D.=4.50, Min=42, Max=59	
สถานภาพ				
โสด	2	6.70	2	6.70
สมรส	19	63.30	21	70.00
หม้าย	9	30.00	7	23.30
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	19	63.30	17	56.70
มัธยมศึกษาตอนต้น	11	36.70	12	40.00
อนุปริญญา/ปวส.	0	0.00	1	3.30
อาชีพ				
เกษตรกร	17	56.70	18	60.00
ค้าขาย	13	43.30	11	36.70
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	0	0.00	1	3.30
รายได้ต่อเดือน				
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	20	66.70	13	43.30
5,001 – 10,000 บาท	10	33.30	17	56.70
	Median= 5,250, Min=2,000, Max=7,000		Median= 4,500, Min=2,500, Max=7,000	
ประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง				
ไม่มี	8	26.70	12	40.00
มี	22	73.30	18	60.00
โรคประจำตัว				
ไม่มี	24	80.00	23	76.70
มี	6	20.00	7	23.30

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=60 คน) (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การสูบบุหรี่				
ไม่สูบ	24	80.00	21	70.00
สูบ	6	20.00	9	30.00
การดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์				
ไม่ดื่ม	19	63.30	18	60.00
ดื่ม	11	36.70	12	40.00
บทบาทในชุมชน				
อสม.	4	13.30	3	10.00
แกนนำในชุมชน	2	6.70	3	10.00
ผู้นำชุมชน	1	3.30	5	16.70
อื่นๆ เช่น คณะกรรมการหมู่บ้านหรือสมาชิกในชุมชน	23	76.70	19	63.30

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ก่อนได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 10.00 (S.D.=2.79) การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง 25.27 (S.D.=2.61) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง 21.83 (S.D.=2.29) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง 23.93 (S.D.=1.60) และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต 65.37 (S.D.=4.89) ส่วนหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 14.13 (S.D.=1.81) การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

31.37 (S.D.=1.94) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง 26.90 (S.D.=1.66) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง 31.30 (S.D.=2.10) และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต 82.23 (S.D.=2.69) โดยก่อนและหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยแต่ละด้านไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=60 คน)

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง						
กลุ่มทดลอง	10.00	2.79	14.13	1.81	-7.71	0.00*
กลุ่มควบคุม	10.43	1.83	10.80	1.77	-1.88	0.07
การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง						
กลุ่มทดลอง	25.27	2.61	31.37	1.99	-11.95	0.00*
กลุ่มควบคุม	24.00	2.82	24.53	2.62	-1.94	0.06
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง						
กลุ่มทดลอง	21.83	2.29	26.90	1.66	-12.46	0.00*
กลุ่มควบคุม	21.30	2.29	21.57	2.25	-1.76	0.08
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง						
กลุ่มทดลอง	23.93	1.60	31.30	2.10	-17.02	0.00*
กลุ่มควบคุม	22.90	3.17	23.10	2.77	-1.14	0.26
พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต						
กลุ่มทดลอง	65.37	4.89	82.23	2.69	-17.13	0.00*
กลุ่มควบคุม	66.23	4.99	67.90	3.78	-1.90	0.06

*p-value<0.05

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ก่อนได้รับโปรแกรม ค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ

การเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงความ
คาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่ม
ทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n=60 คน)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง						
ก่อนได้รับโปรแกรม	10.00	2.79	10.43	1.83	-1.26	0.21
หลังได้รับโปรแกรม	14.13	1.81	10.80	1.77	7.20	0.00*
การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง						
ก่อนได้รับโปรแกรม	25.27	2.61	24.00	2.82	1.80	0.07
หลังได้รับโปรแกรม	31.37	1.94	24.53	2.62	11.47	0.00*
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง						
ก่อนได้รับโปรแกรม	21.83	2.29	21.30	2.29	0.90	0.37
หลังได้รับโปรแกรม	26.90	1.66	21.57	2.25	10.41	0.00*
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อโรคความดันโลหิตสูง						
ก่อนได้รับโปรแกรม	23.93	1.60	22.90	3.167	1.59	0.11
หลังได้รับโปรแกรม	31.30	2.10	23.10	2.77	12.91	0.00*
พฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต						
ก่อนได้รับโปรแกรม	65.37	4.89	66.23	4.99	-0.68	0.50
หลังได้รับโปรแกรม	82.23	2.69	67.90	3.78	16.92	0.00*

*p-value<0.05

อภิปรายผล

หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการ
เข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม เป็นผล
มาจากการจัดกิจกรรมให้ความรู้ ป้ายเสี่ยง และ
ภาวะแทรกซ้อนของโรคความโลหิตสูง ที่ออกแบบ
กิจกรรมตามการเรียนรู้ภาคทฤษฎีควบคู่ไปกับการ
ปฏิบัติจริง ส่งผลให้กลุ่มทดลองได้มีการแลกเปลี่ยน
เรียนรู้และเกิดสัมพันธภาพที่ดี ได้รับความรู้ พร้อมฝึก
ปฏิบัติจริง และเกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ทำให้
พัฒนาด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่
เพิ่มขึ้น (พิเชษฐ์ หอสุติสิมา, 2562; วิไลวรรณ ภูศรีเทศ,
2564; Oyerinde *et al.*, 2023)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของ
โรคความดันโลหิตสูง พบว่าหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรง
ของโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการเข้าร่วม
โปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อาจเนื่องจากการ
รับรู้ในการทบทวนสถานการณ์ และเกิดความคาดหวัง
ในการทบทวนสถานการณ์ผ่านกิจกรรมการวิเคราะห์
ตนเองด้วยปิงปอง 7 สี ทำให้กลุ่มทดลองรับรู้ภาวะ
สุขภาพตนเอง มีความเข้าใจที่ชัดเจน เกิดความ
ตระหนักและสนใจจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มขึ้น
ร่วมกับกิจกรรมการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีการ
แลกเปลี่ยนเรียนรู้และเกิดสัมพันธภาพที่ดี ได้รับความ
รู้ และฝึกปฏิบัติจริงตามคำแนะนำอย่าง
เหมาะสม (จุฑามาศ แก้วจันดี และคณะ, 2566)
ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Vina Nurhandiya

et al. (2020) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อความเจ็บป่วยของตนเองจะนำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมปัญหาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน ทำให้เกิดความตระหนักและสนใจจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดียิ่งขึ้น

สำหรับค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่า กลุ่มควบคุม อาจเป็นผลจากการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ทฤษฎีร่วมกับการปฏิบัติจริงใช้สื่อกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากกว่าการใช้สื่อกระตุ้นตามปกติ ทำให้เกิดการรับรู้ในความรุนแรงจนสามารถประเมินความรุนแรงได้ ผ่านกิจกรรมรู้เท่าทันเข้าถึงสื่อ ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (จุฑามาศ แก้วจันดี และคณะ, 2566) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Asep & Suharmanto (2021) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนำไปสู่การกระทำและการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูง ซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างมิติต่างๆ ของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูง

ส่วนค่าเฉลี่ยการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองโรคความดันโลหิตสูง พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่า กลุ่มควบคุม อาจเนื่องจากการจัดกิจกรรมเรียนรู้ทฤษฎีร่วมกับการปฏิบัติจริงการเสนอข้อมูลข่าวสารเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรค ทำให้รับทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากปฏิบัติตามคำแนะนำว่าจะลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้ จึงทำให้เกิดการรับรู้ในความสามารถในการตอบสนองการทนรับสถานการณ์ ทั้งนี้การจัดกิจกรรมสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน แลกเปลี่ยนการปฏิบัติตนเองใน

การควบคุมระดับความดันโลหิต เพื่อเสริมสร้างความคาดหวัง ความตระหนัก และความตั้งใจต่อการปฏิบัติเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของงานวิจัยของ Asnanian *et al.* (2021) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองที่มีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิต ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความคิดเชิงบวกมากขึ้นและมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและมีความเชื่อมั่นในตนเองเพื่อให้ได้รับการรักษาที่ดีควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อาจเนื่องจากประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ได้จัดกิจกรรมเรียนรู้ทฤษฎีร่วมกับการปฏิบัติจริง เป็นการกระตุ้นเตือนให้เกิดแรงจูงใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสมเพื่อรักษาและเสริมสร้างสุขภาพของตนเอง ตามหลัก 3 อ. 2 ส. ซึ่งมีการติดตามให้กำลังใจ บันทึกค่าความดันโลหิตและการออกกำลังกายสมารถบำบัด SKT ของสมพร กันทรดุษฎี เตรีียมชัยศรี (2560) พร้อมทั้งให้ความรู้ผ่านช่องทางกลุ่มไลน์ คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่าง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อติดตามผลระหว่างดำเนินการทดลองโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับ อสม. ทำให้กลุ่มทดลองมีความมุ่งมั่นตั้งใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สร้างความตระหนักและเกิดแรงจูงใจสนับสนุนซึ่งกันและกันของกลุ่มทดลอง อีกทั้งได้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ได้เข้าใจสาเหตุ ความรุนแรง โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงได้ร่วมกิจกรรมส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้การจัดกิจกรรมตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์ช่วยให้กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคความดัน

โลหิตสูงและรู้วิธีการดูแลตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกตระหนักต่อการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้นส่งผลดีต่อสุขภาพ ทำให้ค่าความดันโลหิตลดลงอยู่ในระดับที่ดีขึ้น (มิตรธิดา แจ่มใส และอิทธิรัตน์ ราศิริ, 2566)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคไปขยายผลและประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน รวมทั้งการนำโปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคไปใช้ในการวางแผน ดูแลสุขภาพ และเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหรือกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นในสถานบริการสุขภาพ

2. ควรมีการจัดทำแผน นโยบาย บุคลากร ร่วมกับการจัดโปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคให้กับประชาชนทั่วไปและประชาชนกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามประเมินความรู้และพฤติกรรมสุขภาพภายหลังจากสิ้นสุดการให้โปรแกรมเพื่อให้

คงไว้ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างสม่ำเสมอ

2. ควรมีการวัดผล ติดตามประเมินความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพ ตั้งแต่ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลได้อย่างชัดเจนมากขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ดำเนินการในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเท่านั้น ไม่รวมถึงการมีส่วนร่วมจากบุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแล ซึ่งอาจมีผลต่อผลการศึกษาในครั้งนี้ด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูพานยาว เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่อำเภอภูพานยาว ผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลที่มีส่วนร่วมและสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- คลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2566). ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้ที่มีค่าความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ BP at risk (กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง) [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม 2566]; แหล่งข้อมูล:
https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=%20b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b&id=e0d72f9ec9848a10b70f5872bb6830e8
- จุฑามาศ แก้วจันดี, พัทธภรณ์ ไกรนรา, วีระชน หวังสวัสดิ์ และนิชนันท์ บุญสุข. (2566). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 19(1), 11-25. [สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2566]; แหล่งข้อมูล:
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/article/view/261418>
- ณัฐจิรพรรณ พันธมุง, อลิสรดา อยู่เลิศลบ และสรายุรัตน์ ลัทธิต. (2562). ประเด็นสารณรงควัณความดันโลหิตสูงโลก ปี 2562 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2566]; แหล่งข้อมูล:
http://110.164.147.155/kmhealth_new/Document/blood/knowlage/14.pdf

- พิเชษฐ์ หอสูติสิมา. (2562). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ตำบล
จะเข้หิน อำเภอบ่อวิน จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2560. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9
นครราชสีมา, 25(2), 56-66. [สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2566]; แหล่งข้อมูล: [https://he02.tci-
thaijo.org/index.php/ODPC9/article/view/189558/147462](https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9/article/view/189558/147462)
- มิตรธิดา แจ่มใส และอิทธิรัตน์ ราศิริ. (2566). ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้าใจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง
และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลท่าทอง อ.เมือง จ.พิษณุโลก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี, 6(1), 58-69.
[สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2566]; แหล่งข้อมูล:
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/SNC/article/view/263778/179830>
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงเจน. (2566). รายงานผลการคัดกรองตรวจสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรค
ความดันโลหิตสูง ปี 2564-2565. (เอกสารอัดสำเนา)
- วิชัย เทียนถาวร. (2556). ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงใน ประเทศไทย:
นโยบายสู่การปฏิบัติ. (พิมพ์ครั้งที่ 3 ปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย
จำกัด.
- วิไลวรรณ ภูศรีเทศ. (2564). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับความดัน
โลหิตสูงในผู้ป่วย ตำบลนาอิน อำเภอฟิชัย จังหวัดอุดรธานี. สารานุกรมศาสตร์มหาบัณฑิต. คณะ
วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. อุดรธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี.
- สมพร กันทรดุขฎี เติร์มชัยศรี. (2560). การปฏิบัติสมาธิเฝ้าระวังเพื่อการเฝ้าระวัง. กรุงเทพมหานคร: สาม
เจริญ พาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.
- Asep, S., & Suharmanto, S. (2021). Health Belief Model and Hypertension Prevention. Indian
Journal of Forensic Medicine & Toxicology, 15(3), 2054-2059. [cited 2023 July 30];
Available from: <http://repository.lppm.unila.ac.id/33396/1/20.pdf>
- Asnaniar, W., Tuanany, R., Samsualam, S., & Munir, N. (2021). Self-Efficacy In Patients With
Hypertension. Jurnal Aisyah : Jurnal Ilmu Kesehatan, 6, 109-114. [cited 2023 July 24];
Available from: <https://doi.org/10.30604/jika.v6iS1.770>
- Bandura, A. (1997). Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: W.H. Freeman and
Company.
- Best, J.W., & Kahn, J.V. (1997). Research in Education. (8th ed). Boston: Allyn & Bacon.
- Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). Handbook on formative and summative
evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: A Decade Later. Health
Education Quarterly, 11(1), 1-47. [cited 2023 July 24]; Available from:
<https://doi.org/10.1177/109019818401100101>
- Nurhandiya, V., Yani, D., & Shalahuddin, I. (2020). Precautionary complications on
hypertension with Health Belief Model (HBM) approach: A descriptive study of health
center community in The Garut Region of Indonesia. Jurnal Aisyah : Jurnal Ilmu
Kesehatan, 5(1), 75-80. [cited 2023 July 24]; Available from:
<https://doi.org/10.30604/jika.v0i0.274>

- Oyerinde, O. O., Okesiji, I. O., & Amosu, A. M. (2023). Effect of Health-Education Intervention on Knowledge Level and Motivation of Hypertension Prevention among Pre-Hypertensive Market Traders in Lagos State. *NIU Journal of Social Sciences*, 9(2), 215-226. [cited 2023 July 24]; Available from: <https://doi.org/10.58709/niujss.v9i2.1642>
- Rogers, R.W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change1. *The Journal of Psychology*, 91(1), 93-114.
- Rogers, R.W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A Revised theory of protection motivation. In: Cacioppo, J. & Petty, R. (Eds.). *Social Psychophysiology*. New York: Guilford Press. 153-177.

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง
และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปาย่าง จังหวัดนครศรีธรรมราช

Effectiveness of Health Literacy Program on Self-care Behavior and
Glycemic Control in Diabetic Patients of Ban Pa Yang Health Promoting
Hospital in Nakhon Si Thammarat Province

สิตา ฤทธิธรรม วท.ม. (เภสัชวิทยา)

Sita Riththatham M.Sc. (Pharmacology)

หทัยรัตน์ ตัลยารักษ์ วท.ม. (สรีรวิทยา)

Hathairat Tunyarak M.Sc. (Physiology)

ธัญญ์นลิน ไกรนรา ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

Thannalin Krainara M.P.H. (Public Health)

สุदारัตน์ รำเพย วท.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)

Sudarat Rumpoei B.Sc. (Public Health)

สุวนันท์ ดาราพงษ์ วท.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)

Suwanan Darapong B.Sc. (Public Health)

ธารทิพย์ มากแก้ว วท.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)

Tantip Makkaew B.Sc. (Public Health)

สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช

Public Health Program, Faculty of Science and Technology, Nakhon Si Thammarat Rajabhat University

Received: Jan 2, 2024

Revised: Sep 10, 2024

Accepted: Dec 12, 2024

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยเบาหวานมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การควบคุมพฤติกรรมจะนำไปสู่สุขภาพที่ดีขึ้น การวิจัยกึ่งทดลองสองกลุ่มนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเรียงตามค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงไปต่ำเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ร่วมกับการเยี่ยมบ้าน ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Paired t-test และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent sample t-test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ขณะที่ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน

คำสำคัญ: โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, การเยี่ยมบ้าน,
ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ABSTRACT

Diabetes cases are increasing rapidly. Behavioral control can lead to better health. A two-group quasi-experimental study aimed to evaluate the effectiveness of a health literacy improvement program on self-care behaviors and blood sugar control in diabetic patients. The sample consisted of 60 type-2 diabetic patients, selected by a purposive sampling method. The participants were divided into similar sets of 30 for control group and 30 for experimental group, based on their blood sugar levels from high to low. The experimental group participated in a 12-week health literacy improvement program, which included activities across six aspects of health literacy along with home visits, while the control group received the standard care. The instruments used for data collection included health literacy and self-care behavior assessment forms for diabetic patients. Data analyses were to measure percentages, mean, standard deviation, and to compare of mean scores within the experimental and control groups using a paired t-test and between the two groups using an independent sample t-test. The results indicated the experimental group had significantly higher mean health literacy scores and self-care behavior scores after attaining in the program when compared to the control group ($p < 0.05$). Additionally, the mean blood sugar level in the experimental group appeared in due subsequence in the program was significantly lower than that in the control group ($p < 0.05$). In particular circumstance, the developing health literacy improvement program can be applied to control blood sugar levels and reduce complications in diabetic patients.

Key words: Health literacy program, Self-care behavior, Home visit, Type II diabetes mellitus

บทนำ

จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากรายงานของสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) ศตวรรษที่ 21 พบว่าเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้ป่วย 1 ใน 10 ของผู้ป่วยเบาหวานในโลกหรือประมาณ 90 ล้านคน และคาดว่าจะสูงถึง 113 และ 151 ล้านคนภายในปี พ.ศ.2573 และ 2588 ตามลำดับ (Boyko *et al.*, 2013) จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พบความชุกของโรคเบาหวานในอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มจากร้อยละ 8.90 เป็น ร้อยละ 9.50 จากปี พ.ศ. 2563 ถึง 2557 และมีพฤติกรรมสุขภาพการจัดการด้านอาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา และการจัดการด้านยา (3อ2ส1ย) ที่ไม่เหมาะสมทำให้เพิ่มความเสี่ยง

ต่อการเกิดโรคเบาหวาน (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2564) การเกิดโรคและขาดการควบคุมโรคเบาหวานที่ดี สาเหตุหนึ่งมาจากความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากไม่สามารถทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพเกิดข้อจำกัดของความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตามแผนการรักษา ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้จนเกิดสุขภาพเสื่อมถอย (ราตรีทองคำ, 2565) การควบคุมโรคไม่ได้ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ร่วมกับการเกิดแผลและภาวะทุพพลภาพเนื่องจากอวัยวะส่วนปลายขาดเลือดนำไปสู่การถูกตัดขาส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและนำไปสู่การเสียชีวิตได้ (มัทนา สาริคำ และกุลนาถ มากบุญ, 2564) การให้โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญเพื่อช่วยให้เกิดพฤติกรรม

การดูแลตนเองและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ลดภาวะแทรกซ้อน และค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ จึงจำเป็นต้องมีการจัดโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการควบคุมพฤติกรรมและระดับน้ำตาลในเลือดให้เหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในครั้งนี้

การศึกษานี้ดำเนินการในพื้นที่ชุมชนที่มีบริบทกึ่งสังคมเมืองภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่ายาง จังหวัดนครศรีธรรมราช จากรายงานประจำปีพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมากกว่าร้อยละ 40 ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่สม่ำเสมอ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่ายาง, 2564) จึงเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความรุนแรงของโรค ดังนั้นการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับโรค ร่วมกับการเยี่ยมบ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยหลัก 3อ2ส1ย และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

วิธีการศึกษา

การศึกษาแบบกึ่งการทดลองในครั้งนี้ ดำเนินการศึกษาในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่ายาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่างเดือนธันวาคม 2564 ถึง พฤษภาคม 2565 โดยมียุทธศาสตร์ในการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมทั้งหมด 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งหมด 60 คน เรียงค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงไปต่ำ จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจนครบจำนวนกลุ่มละ 30 คน เพื่อให้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

คือ เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน ได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ไม่มีการเพิ่มชนิดและขนาดยาระหว่างที่เข้าร่วมโครงการ ช่วยเหลือ

ตนเองได้ในกิจวัตรประจำวัน และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

คือ ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบทั้ง 12 สัปดาห์ หรือต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลระหว่างการดำเนินการวิจัยอย่างต่อเนื่องมากกว่า 2 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย สำหรับกลุ่มทดลอง คือ โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร่วมกับการเยี่ยมบ้าน โดยใช้หลักทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมทั้งหมด 12 สัปดาห์ แบ่งเป็นกิจกรรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจำนวน 3 สัปดาห์ และกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน 9 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามวัดความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดัดแปลงจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานของวิทยาสันทรธร และวรรณรัตน์ รัตนวงศ์ (2559) แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาในการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน การได้รับความรู้เรื่องการดูแลตนเองจากบุคคลากรทางการแพทย์ และระดับน้ำตาลในเลือด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจำนวน 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านที่ 1 แบบประเมินทักษะความรู้ความเข้าใจ จำนวน 21 ข้อ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนตาม Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) (Parker *et al.*, 1995) แบ่งระดับความฉลาดทางสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0-12 คะแนน มีทักษะความรู้ความเข้าใจ อยู่ในระดับน้อยที่สุด 13-16 คะแนน มีทักษะความรู้ความเข้าใจ อยู่ในระดับปานกลาง 17-21 คะแนน มีทักษะความรู้

ความเข้าใจ อยู่ในระดับมากที่สุด ด้านที่ 2-6 และระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ใช้เกณฑ์ของ กองสุกศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีไกร, 2556) โดย ด้านที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ 15 คะแนน ด้านที่ 3 การสื่อสารเพื่อการดูแลสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ 18 คะแนน ด้านที่ 4 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง จำนวน 5 ข้อ 15 คะแนน ด้านที่ 5 การจัดการทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 6 ข้อ 18 คะแนน ด้านที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ จำนวน 5 ข้อ 15 คะแนน เป็นแบบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย โดยคำถามเชิงบวก ให้คะแนน 3, 2, 1, 0 และคำถามเชิงลบ 0, 1, 2, 3 ตามลำดับ และความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีความรอบรู้อยู่ในระดับต่ำ คะแนนระหว่าง ร้อยละ 60-79 หมายถึง มีความรอบรู้ในระดับปานกลาง และคะแนนระหว่าง 80-100 หมายถึง มีความรอบรู้ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน มีจำนวน 5 ตอน รวม 40 ข้อ ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมการประเมินอาการทาง การแพทย์ จำนวน 9 ข้อ 2) พฤติกรรมการใช้ยา จำนวน 10 ข้อ 3) พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 8 ข้อ 4) พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 8 ข้อ 5) พฤติกรรมด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ เป็นการประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย โดยคำถามเชิงบวก ให้คะแนน 3, 2, 1, 0 และคำถามเชิงลบ 0, 1, 2, 3 ตามลำดับ มีเกณฑ์การแปลผล คะแนนระดับพฤติกรรม คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ (0-39 คะแนน) พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (40-79 คะแนน) และพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง (80-120 คะแนน) (Best, 1977)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง

ระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์มากกว่า 0.5 จากนั้นนำไปทดสอบกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ซึ่งได้รับการดูแลในคลินิกโรคเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพอื่น จำนวน 30 คน ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้านความรู้ ความเข้าใจ ด้วยวิธีคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้เท่ากับ 0.78 และทดสอบค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach' Alpha Coefficient) ในแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ได้เท่ากับ 0.76 และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ได้เท่ากับ 0.77

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ติดต่อประสานงาน และขออนุญาตหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก่อนการเก็บข้อมูลกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปาย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ขอคำยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย เก็บข้อมูลแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย และนัดหมายก่อนดำเนินการกิจกรรมในโปรแกรมฯ

1.3 ดำเนินการเก็บข้อมูลกับอาสาสมัครโดยใช้แบบสอบถาม (pre-test) และตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. ขั้นตอนการตามโปรแกรมฯ

กลุ่มทดลอง

ก่อนดำเนินการจัดกิจกรรมโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ ใช้ระยะเวลาจำนวน 3 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. อบรมเพิ่มความรู้ความเข้าใจ (Cognitive skill) เกี่ยวกับโรคและภาวะแทรกซ้อน ค่าระดับน้ำตาล การดูแลสุขภาพตนเองตามหลักการจัดการด้าน อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา และการจัดการด้านยา (3อ2ส1ย) ระยะเวลาอบรม 5 ชั่วโมง

2. กิจกรรมพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Access skill) การเลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ วิธีการค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง ทันสมัย จำนวน 3 ชั่วโมง

3. กิจกรรมเพิ่มการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) วิเคราะห์ตรวจสอบความถูกต้องน่าเชื่อถือของข้อมูลก่อนปฏิบัติตาม จำนวน 3 ชั่วโมง

4. กิจกรรมพัฒนาทักษะการสื่อสาร (Communication skill) แบบกลุ่มย่อย กลุ่มละ 4-6 คน พุดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และแสดงความคิดเห็นด้านโรค การสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 5 ชั่วโมง

5. การพัฒนาทักษะการตัดสินใจ (Decision-making skill) ร่วมอภิปรายกรณีศึกษาปัญหาการตัดสินใจในการรักษา การดูแลตนเองเมื่อประสบปัญหาด้านพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรค ร่วมกันวิเคราะห์ตัดสินใจการเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง จำนวน 5 ชั่วโมง

6. การพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) วางแผนการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ2ส1ย และตั้งเป้าหมายระดับน้ำตาลเป้าหมายเป็นรายบุคคล คนละ 3 ชั่วโมง

7. การเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย การให้คำปรึกษา ทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติพฤติกรรมและการจัดการตนเอง ตามบริบทตามปัญหาสุขภาพของแต่ละบุคคลให้เป็นไปตามเป้าหมาย โดยร่วมประเมินผล สะท้อนผลและปรับแผนการปฏิบัติรายบุคคลร่วมกับนักวิจัย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 9 สัปดาห์ โดยมีการประเมินผลความรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

กลุ่มควบคุม ได้รับการตรวจสุขภาพและให้คำแนะนำในคลินิกโรคเรื้อรัง และได้รับกิจกรรมตามปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่ายาง

3. ระยะหลังการทดลอง หลังสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12 ดำเนินการเก็บแบบสอบถามหลังได้รับโปรแกรม ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistics) โดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแล

ตนเองรายด้านและโดยรวม และระดับน้ำตาลภายในกลุ่มก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติ Paired t-test และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช เลขที่ Exc-11/2564 ลงวันที่ 6 สิงหาคม 2564

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 อายุเฉลี่ย 62.03 ปี (S.D.= 8.61) อยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.34 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 53.33 มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 53.33 ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด 155.87 (S.D.=41.37) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 73.33 รักษาโดยการกินยา ร้อยละ 100.00 ได้รับการให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองในประเด็น 3อ2ส1ย และการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากบุคลากรทางการแพทย์เท่ากัน ร้อยละ 96.67

กลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 อายุเฉลี่ย 63.67 ปี (S.D.=9.24) อยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.00 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 43.33 มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 53.33 ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด 155.57 มก./ดล. (S.D.=55.07) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 70.00 รักษาโดยการกินยา ร้อยละ 96.67 ได้รับการให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองในประเด็น 3อ2ส1ย และการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากบุคลากรทางการแพทย์เท่ากัน ร้อยละ 96.67 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=60 คน)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	10	33.33	10	33.33
หญิง	20	66.67	20	66.67
อายุ (ปี)				
41 – 50	3	10.00	2	6.67
51 – 60	7	23.33	13	43.33
61 – 70	7	23.33	9	30.00
71 ปีขึ้นไป	13	43.34	6	20.00
	Mean=63.67, S.D.=9.24, Min=44, Max=79		Mean=62.03, S.D.=8.61, Min=42, Max=75	
การศึกษา				
ประถมศึกษา	24	80.00	22	73.34
มัธยมศึกษา	5	16.67	6	20.00
อื่นๆ	1	3.33	2	6.66
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9	30.00	5	16.67
เกษตรกรกรรม	13	43.33	16	53.33
รับจ้าง	5	16.67	6	20.00
ค้าขาย	3	10.00	3	10.00
ระยะเวลาป่วยด้วยโรคเบาหวาน				
1-5 ปี	15	50.00	14	46.67
มากกว่า 5 ปี	15	50.00	16	53.33
ภาวะแทรกซ้อน				
ไม่มี	21	70.00	22	73.33
มี	9	30.00	8	26.67
การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน				
กินยา	29	96.67	30	100.00
ทั้งกินและยาฉีด	1	3.33	0	0.00
การได้รับความรู้เรื่องการดูแลตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์				
ไม่เคย	1	3.33	1	3.33
เคย	29	96.67	29	96.67
ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (mg/dL)				
Mean (S.D.)	155.57 (55.07)		155.87 (41.37)	

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพรายด้านและโดยรวม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

กลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม 63.90 (S.D.=12.08) และภายหลังได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ย 90.43 (S.D.=4.46) ซึ่งหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มสูงกว่าก่อนการ

ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม 66.43 (S.D.=7.76) และภายหลังได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ย 73.56 (S.D.=6.68) ซึ่งหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านการสื่อสารทางสุขภาพ และด้านการรู้เท่าทันสื่อไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพรายด้านและโดยรวม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n=60 คน)

ความรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ด้านความรู้ความเข้าใจ						
กลุ่มทดลอง	13.06	4.07	17.43	1.73	-7.60	0.00*
กลุ่มควบคุม	12.90	2.80	15.66	2.44	-10.59	0.00*
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ						
กลุ่มทดลอง	8.36	3.89	12.23	1.86	-6.97	0.00*
กลุ่มควบคุม	10.13	2.48	11.80	2.23	-3.47	0.01*
ด้านการสื่อสารทางสุขภาพ						
กลุ่มทดลอง	12.03	3.57	17.80	0.92	-9.02	0.00*
กลุ่มควบคุม	12.70	2.74	12.90	2.48	-1.06	0.30
ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ						
กลุ่มทดลอง	12.43	3.52	17.90	0.40	-8.39	0.00*
กลุ่มควบคุม	12.76	2.81	13.30	2.81	-2.24	0.03*
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ						
กลุ่มทดลอง	8.67	3.54	12.10	1.73	-6.91	0.00*
กลุ่มควบคุม	8.57	2.88	8.53	2.85	1.54	0.13
ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ						
กลุ่มทดลอง	9.33	2.18	12.90	2.44	-5.68	0.00*
กลุ่มควบคุม	9.26	2.13	11.40	2.19	-5.18	0.00*
ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม						
กลุ่มทดลอง	63.90	12.08	90.43	4.46	-13.58	0.00*
กลุ่มควบคุม	66.43	7.76	73.56	6.68	-10.23	0.00*

*p-value<0.05

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพรายด้านและโดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพรายด้านและโดยรวม ระหว่างกลุ่มพบว่าก่อนทดลองทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยไม่ต่างกัน ยกเว้นด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย

สูงกว่ากลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทุกด้าน และคะแนนเฉลี่ยโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ยกเว้นด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพรายด้านและโดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลอง (n=60 คน)

ความรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ด้านความรู้ความเข้าใจ						
ก่อนทดลอง	12.90	2.80	13.06	4.07	0.18	0.85
หลังทดลอง	15.66	2.44	17.43	1.73	3.23	0.01*
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ						
ก่อนทดลอง	10.13	2.48	8.36	3.89	-2.10	0.04*
หลังทดลอง	11.80	2.23	12.23	1.86	0.82	0.42
ด้านการสื่อสารทางสุขภาพ						
ก่อนทดลอง	12.70	2.74	12.03	3.57	-0.81	0.42
หลังทดลอง	12.90	2.48	17.80	0.92	10.13	0.00*
ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ						
ก่อนทดลอง	12.76	2.81	12.43	3.52	-0.41	0.69
หลังทดลอง	13.30	2.81	17.90	0.40	8.85	0.00*
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ						
ก่อนทดลอง	8.57	2.88	8.67	3.54	0.12	0.91
หลังทดลอง	8.53	2.85	12.10	1.73	5.86	0.00*
ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ						
ก่อนทดลอง	9.26	2.13	9.33	2.18	0.12	0.91
หลังทดลอง	11.40	2.19	12.90	2.44	2.51	0.02*
ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม						
ก่อนทดลอง	66.43	7.76	63.90	12.08	-0.97	0.34
หลังทดลอง	73.56	6.68	90.43	4.46	11.49	0.00*

*p-value<0.05

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือด

พฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มทดลองก่อนทดลอง อยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง ร้อยละ 36.67 และ 63.33 ตามลำดับ หลังทดลองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 และกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง ร้อยละ 44.33 และ 56.67 ตามลำดับ หลังการทดลอง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง ร้อยละ 46.67 และ 53.33 ตามลำดับ

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรมสุขภาพภายในกลุ่มทั้งรายด้าน และโดยรวมของกลุ่มทดลอง หลังทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยก่อนและหลังทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย

โดยรวมเท่ากับ 80.51 (S.D.=9.62) และ 103.66 (S.D.=7.81) ตามลำดับ กลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลองไม่มีความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมรายด้าน ยกเว้นด้านการออกกำลังกายและพฤติกรรมโดยรวมสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังตารางที่ 4

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด หลังอดอาหารก่อนทดลองภายในกลุ่มไม่แตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 155.87 มก./ดล. (S.D.=41.37) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 155.57 มก./ดล. (S.D.=55.07) หลังทดลอง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p<0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 128.83 มก./ดล. (S.D.=22.12) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 158.07 มก./ดล. (S.D.=53.86) ดังตารางที่ 4 และ 5

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรมสุขภาพรายด้านและโดยรวม ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง (n=60 คน)

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
พฤติกรรมกรรมการประเมินทางการแพทย์						
กลุ่มทดลอง	19.53	4.36	24.00	2.01	-5.63	0.00*
กลุ่มควบคุม	19.16	5.09	19.96	4.11	-1.61	0.12
พฤติกรรมกรรมการจัดการยา						
กลุ่มทดลอง	21.90	3.04	26.73	2.19	-7.99	0.00*
กลุ่มควบคุม	21.23	4.05	21.43	3.15	-0.60	0.55
พฤติกรรมกรรมการจัดการอาหาร						
กลุ่มทดลอง	16.46	3.55	20.86	2.93	-5.47	0.00*
กลุ่มควบคุม	17.26	3.09	17.46	3.05	-1.36	0.18
พฤติกรรมกรรมการจัดการออกกำลังกาย						
กลุ่มทดลอง	12.46	3.78	18.36	2.55	-8.02	0.00*
กลุ่มควบคุม	12.23	4.46	13.26	3.63	-2.27	0.03*
พฤติกรรมกรรมการจัดการอารมณ์						
กลุ่มทดลอง	10.16	2.76	13.70	1.74	-6.76	0.00*
กลุ่มควบคุม	9.96	2.61	10.00	2.80	-0.12	0.90

*p-value<0.05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรมสุขภาพรายด้านและโดยรวม ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง (n=60 คน) (ต่อ)

พฤติกรรม การดูแลตนเอง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม						
กลุ่มทดลอง	80.51	9.62	103.66	7.81	-11.63	0.00*
กลุ่มควบคุม	79.84	12.85	82.11	10.05	-2.11	0.04*
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dL)						
กลุ่มทดลอง	155.87	41.37	128.83	22.21	5.45	0.00*
กลุ่มควบคุม	155.57	55.07	158.07	53.86	-2.49	0.02*

*p-value<0.05

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองรายด้านและโดยรวมระหว่างกลุ่ม ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ที่ 80.51 (S.D.=9.62) และ 79.84 (S.D.=12.85) ตามลำดับ หลังทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ทั้งรายด้านและโดยรวม โดยมีค่าเฉลี่ย 103.66 (S.D.=7.81) และ 82.11 (S.D.=10.05) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรม การดูแลตนเองรายด้านและโดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง (n=60 คน)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
พฤติกรรมการประเมินทางการแพทย์						
ก่อนทดลอง	19.16	5.09	19.53	4.36	0.30	0.77
หลังทดลอง	19.96	4.11	24.00	2.01	4.84	0.00*
พฤติกรรมการจัดการยา						
ก่อนทดลอง	21.23	4.05	21.90	3.04	0.72	0.48
หลังทดลอง	21.43	3.15	26.73	2.19	7.55	0.00*
พฤติกรรมการจัดการอาหาร						
ก่อนทดลอง	17.26	3.09	16.46	3.55	-0.96	0.34
หลังทดลอง	17.46	3.05	20.86	2.93	4.39	0.00*
พฤติกรรมจัดการออกกำลังกาย						
ก่อนทดลอง	12.23	4.46	12.46	3.78	0.22	0.28
หลังทดลอง	13.26	3.63	18.36	2.55	6.29	0.00*
พฤติกรรมการจัดการอารมณ์						
ก่อนทดลอง	9.96	2.61	10.16	2.76	0.29	0.78
หลังทดลอง	10.00	2.80	13.70	1.74	6.14	0.00*

*p-value<0.05

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการพฤติกรรมดูแลตนเองรายด้านและโดยรวม ระหว่าง
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง (n=60 คน) (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม						
ก่อนทดลอง	79.84	12.85	80.51	9.62	0.23	0.82
หลังทดลอง	82.11	10.05	103.66	7.81	9.25	0.00*
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dL)						
ก่อนทดลอง	155.57	55.07	155.87	41.37	0.024	0.98
หลังทดลอง	158.07	53.86	128.83	22.21	-38.59	0.01*

*p-value<0.05

อภิปรายผล

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าหลังทดลองและระดับน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากขาดความรู้และการวิเคราะห์สื่อสาร การวางแผนการดูแลตนเอง จึงไม่สามารถควบคุมโรคให้สอดคล้องกับบริบทชีวิต สอดคล้องกับผลสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2562 (สายชล คล้อยเอี่ยม และคณะ ,2562) ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถ วิเคราะห์และสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจปัญหาสุขภาพ ขาดการจัดการตนเอง จึงไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมและระดับน้ำตาลในเลือดได้อีกทั้ง Kirk *et al.* (2023) พบว่าการตรวจตามนัดหมายมีเวลาจำกัด การจัดกิจกรรมและคำปรึกษานอกเวลาสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพและลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ โปรแกรมนี้จึงช่วยเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพช่วยปรับพฤติกรรมสุขภาพจนควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากโปรแกรมเพิ่มความเข้าใจในหลัก 3อ2ส1ย การวิเคราะห์ และสื่อสารข้อมูลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของภคณ แสนเตชะ และประจวบ แหลมหลัก (2563) ที่เสริมความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านช่วยให้การดูแลสุขภาพเหมาะสม

ค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพรายด้านภายในกลุ่มควบคุม ยกเว้นด้านการสื่อสารทางสุขภาพ และ การรู้เท่าทันสื่อ พบว่ามีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นหลังทดลอง ประกอบด้วยด้านทักษะความรู้ความเข้าใจ เรื่องการนัดหมายและการเลื่อนนัด สัดส่วนของการรับประทานผลไม้ ความจำเป็นในการรับประทานยา ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เรื่องการอ่านและหาข้อมูลจากสื่อสิ่งพิมพ์ สืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต ด้านทักษะการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ เรื่องสังเกตปริมาณและคุณค่าทางโภชนาการของอาหาร ด้านทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เรื่องการจัดการความเครียด การตัดสินใจออกกำลังกาย เนื่องจากได้รับแรงจูงใจจากกลุ่มทดลองที่มีระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น จึงสนใจดูแลและหาความรู้ด้วยตนเองมากขึ้น ส่งผลให้พฤติกรรมออกกำลังกายและพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามในกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม และระดับพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มเป็นระดับสูงถึงร้อยละ 100 ในขณะที่กลุ่มควบคุมยังคงมีระดับพฤติกรรมและระดับน้ำตาลในเลือดในระดับที่ใกล้เคียงกับก่อนทดลอง สอดคล้องกับรัตนภรณ์ กล้ารบอรพินท์ สีขาว และ ชฎาภา ประเสริฐทรง (2564) ที่พบว่าแม้ค่าเฉลี่ยรายด้านของความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นทั้ง 6 ด้าน แต่การได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลองมีประสิทธิภาพในการเพิ่ม

ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม และลดระดับน้ำตาลในเลือดได้มากกว่าการไม่ได้รับโปรแกรม

พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมและมีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากการประยุกต์โปรแกรมฯ ไปใช้ โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมวางแผนช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวสิน ทองทรงกฤษณ์ (2565) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมในการปรับพฤติกรรมโดยใช้ 4 ขั้นตอน คือ วางแผน ปฏิบัติ สังเกตผลการปฏิบัติ และสะท้อนกลับ ผลการปฏิบัติ เพิ่มความสามารถในการจัดการตนเอง เนื่องด้วยช่วยเพิ่มความเข้าใจ สามารถประมวลผลและใช้ข้อมูล เพื่อควบคุมภาวะสุขภาพได้ (Liu *et al.*, 2020) ขณะที่ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนทดลอง ทั้ง 2 กลุ่มมีค่าสูงอยู่ในระดับที่ไม่แตกต่างกัน หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลลดลง เนื่องจากมีกิจกรรมวางแผนและกำหนดเป้าหมายเพื่อลดระดับน้ำตาลร่วมกับผู้ป่วยสอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา ทองเพชร และคณะ (2566) ที่พบว่าการวางแผน และตั้งเป้าหมายลดระดับน้ำตาลในเลือดช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

การเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 9 สัปดาห์ เพื่อติดตามการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพ แนะนำและปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยจนสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Butayeva *et al.* (2023) ที่ระบุว่า

การเยี่ยมบ้านช่วยประเมินความเข้าใจ ความถูกต้องของการปฏิบัติ และแก้ไขปัญหาโดยมีผู้ป่วยมีส่วนร่วมตามบริบทผู้ป่วย สะท้อนผลปฏิบัติ จนเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ และนำไปสู่การจัดการตนเองที่ดี และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมในที่สุด (พรวิภา ยาสมุทร และวงจันทร์ นันทวรรณ, 2566)

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในญาติหรือผู้ดูแลหลักในครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุหรืออยู่ในช่วงวัยสูงอายุที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลง เพื่อให้สามารถช่วยดูแลการจัดการพฤติกรรม 302ส1ย ได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้มีข้อจำกัดด้านพื้นที่ในศึกษา เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรที่อยู่ในพื้นที่เดียวกัน จึงส่งผลให้ระดับความรู้และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ในกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง อาจเนื่องจากการพูดคุยแลกเปลี่ยนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนอุดหนุนจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช ประจำปี 2564

เอกสารอ้างอิง

- ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. (2556). ความฉลาดทางสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย (จำกัด).
- จินตนา ทองเพชร (2556). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลทหารบก, 14(2), 69-78. [สืบค้นเมื่อ 16 ธันวาคม 2566]; แหล่งข้อมูล: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/12076/10872>
- พรวิภา ยาสมุทร และวงจันทร์ นันทวรรณ. (2566). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการตั้งเป้าหมายร่วมกัน ต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานซับซ้อน โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 19(2), 58-72 [สืบค้นเมื่อ 16 ธันวาคม 2566]; แหล่งข้อมูล: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/article/view/260975/181477>

- ภคภณ แสนเตชะ และประจวบ แหลมหลัก. (2563). ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลแม่ปืม อำเภอมะเข่ จังหวัดพะเยา. วารสารสุศึกษา, 43(2), 150–164. แหล่งข้อมูล: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/muhed/article/view/245975/166834>
- มัทนา สารีคำ และกุลนาถ มากบุญ. (2564). ผลการดูแลผู้ป่วยคลินิกเท้าเบาหวานในกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสระบุรี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 14(3), 246-259. แหล่งข้อมูล: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/254508/173936>
- รัตนภรณ์ กล้ารบ อรพินท์ สีขาว และชฎาภา ประเสริฐทรง. (2564). ผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารพยาบาลทหารบก, 22(3), 274-283 [สืบค้นเมื่อ 11 ธันวาคม 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/253961>
- ราตรี ทองคำ. (2565). ประสิทธิผลของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดลพบุรี. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี. 30(3), 88-89. แหล่งข้อมูล: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/article/view/255800/173048>
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่ายาง. (2564). ข้อมูลการติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่ายาง พ.ศ. 2564. (เอกสารอัดสำเนา).
- วศิน ทองทรงกฤษณ์. (2565). การพัฒนาความรู้ทางสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอแก้งลำเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3, 19(1), 1–14. [สืบค้นเมื่อ 16 ธันวาคม 2566]; แหล่งข้อมูล: <https://thaidj.org/index.php/smj/article/view/10490>
- วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรหมเจริญ และวราภรณ์ เสถียรนพแก้ว. (2564). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์.
- วิทยา จันทร์ทา และวรรณรัตน์ รัตนวรงค์. (2559). ความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรมดูแลตนเอง กับ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท. สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต. คณะสาธารณสุขศาสตร์. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สายชล คล้อยเอี่ยม, วรัญญา สุขวงศ์, ฐิติวัฒน์ แก้วอำดี, อัจฉรา ต้นหนึ่ง, รุ่งนภา คำผาง และวิมล โรมา. (2562). การสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ.2562. นนทบุรี: ฟินน์ พับลิชชิ่ง.
- Boyko, E. J., Karuranga, D. S., Piemonte, L., Pouya, R., & Sun, H. (2013). Five questions on the IDF Diabetes Atlas. Diabetes Research and Clinical Practice, 102(2), 147-148. [cited 2023 May 20]; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2013.10.013>
- Butayeva, J., Ratan, Z. A., Downie, S., & Hosseinzadeh, H. (2023). The impact of health literacy interventions on glycemic control and self-management outcomes among type 2 diabetes mellitus: A systematic review. Journal of Diabetes, 15(9), 724–735. [cited 2023 May 20]; Available from: <https://doi.org/10.1111/1753-0407.13436>
- Kirk, B. O., Khan, R., Davidov, D., Sambamoorthi, U., & Misra, R. (2023). Exploring facilitators and barriers to patient-provider communication regarding diabetes self-management. PEC Innovation, 3, 1-8. [cited 2022 December 3]; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2023.100188>

- Liu, C., Wang, D., Jiang, J., *et al.* (2020). What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Family Medicine and Community Health*, 8(2), 1–8. [cited 2023 May 20]; Available from: <https://doi.org/10.1136/fmch-2020-000351>
- Nutbeam D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine* ; 67(12): 2072-2078; Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953608004577?via%3Dihub>
- Ong-Artborirak, P., Seangpraw, K., Boonyathee, S., Auttama, N., & Winaiprasert, P. (2023). Health literacy, self-efficacy, self-care behaviors, and glycemic control among older adults with type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study in Thai communities. *BMC Geriatrics*, 23(1), 1–10. Available from:
<https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-023-04010-0>
- Parker, R., Baker, D. W., Williams, M. V. & Nurss, J. (1995). The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients literacy skills. *Journal of general internal medicine*, 10(10), 537-541. Available from:
<https://link.springer.com/article/10.1007/bf02640361>

อัตราการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่

Rates of Recurrent Syphilis Infection in Sexually Transmitted Diseases Clinic Office of Disease Prevention and Control, Region 1 Chiang Mai

พนนารา จิเชียว พย.บ.

Phonnara Tikiaw B.N.S

พัชนี สมุทราลัย พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

Patchanee Samutarlai M.N.S (Community Nurse
Practitioner

สุทิพา วงศาโรจน์ พย.บ.

Sutipa Wongsaroj B.N.S

จิราภรณ์ อรุณทอง พย.บ.

Chiraporn Arunothong B.N.S

ฐิติพันธ์ อัครเสรินนท์ พ.บ.

Thitipan Akarasereenont M.D.

ชูสกุล พิริยะ พ.บ.

Choosakun Piriya M.D.

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ กรมควบคุมโรค

Office of Disease Prevention and Control, Region 1 Chiang Mai, Department of Disease Control

Received: May 21, 2024

Revised: Jul 24, 2024

Accepted: Dec 18, 2024

บทคัดย่อ

ซิฟิลิสเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่รักษาหายได้ แต่เป็นซ้ำได้อีก การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาอัตราการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำที่พบในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยซิฟิลิสทั้งหมดจำนวน 1,014 ราย เลือกเฉพาะผู้ป่วยซิฟิลิสรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยรักษาที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตั้งแต่ปี 2558-2563 โดยเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำ ได้แก่ รสนิยมทางเพศ จำนวนคู่นอน การใช้ถุงยางอนามัย การติดเชื้อเอชไอวี ระยะของโรคซิฟิลิส การติดตามคู่นอน และการติดตามผลหลังการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อซิฟิลิสที่ถูกติดตาม จำนวน 942 ราย พบว่ามีการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำจำนวน 125 ราย โดยมีอัตราการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำ ปี 2558 ร้อยละ 18.10 และพบลดลงในปี 2563 ร้อยละ 5.00 ตลอดจนพบการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำมากในปีที่ 1-2 หลังการรักษา ดังนั้นผู้ที่ได้รับการรักษาซิฟิลิสรวมถึงหน่วยงานที่รักษาควรให้ความสำคัญกับการมาติดตามผลหลังการรักษาเพื่อตรวจหาระดับของ Rapid Plasma Reagin (RPR) titer ซึ่งสามารถตรวจพบการติดเชื้อซ้ำ เน้นย้ำเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยป้องกัน และการติดตามคู่นอนมารักษา เพื่อป้องกันการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำ

คำสำคัญ: อัตราผู้ป่วยซิฟิลิส, การติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำ, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ABSTRACT

Syphilis is a sexually transmitted infection, and is preventable and curable issues. However, it may lead to recurrent if untreated or unprotected. The study aimed to determine the rate of recurrent Infection found at the Sexually Transmitted Diseases (STIs) Clinic. Analysis of this study inspected retrospective data from the medical records of all syphilis patients who received diagnosis and treatment at the STIs Clinic of ODPC1 from 2015 to 2020 and compiled to the sum of 1,014 patients. Only new syphilis patients selected as a demand to obtain information about types of sexual orientation, number of sexual partners, condom use, HIV infection, latency stages, tracking of sexual partners, and post-treatment follow-up. Analyses of the data processed to measure numbers and rates of reinfection by terms of percentages, means and standard deviations. The results found out 942 new syphilis patients being followed, who 125 had recurrent syphilis infections. In 2015, the rate of reinfection was 18.10%, until 2020 it decreased to 5.00%. Reinfections of syphilis were found increasingly in the 1st and 2nd years after treatment. Recommendation from the findings is individuals receiving syphilis treatment, as well as treatment facilities, should be emphasized an importance of post-treatment follow-up to assess RPR titer levels, as these can detect recurrent infections. Giving an emphasis to the correct use of condoms for protection and tracking sexual partners for treatment are a remarkable maneuver to prevent recurrent syphilis infection.

Key words: Rates of syphilis, Recurrent syphilis infection, Sexually transmitted diseases

บทนำ

ซิฟิลิสเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบมานาน ซึ่งในปี 2558 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2018) ได้คาดการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายใหม่ทั่วโลก มากกว่า 1 ล้านคนต่อวัน และในแต่ละปีมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 376 ล้านราย โดยทั่วโลกจะพบโรคซิฟิลิส 6 ล้านคน สถานการณ์โรคซิฟิลิสในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553-2561 พบว่าอัตราการติดเชื้อซิฟิลิสเพิ่มขึ้นจาก 2.16 ต่อประชากรแสนคน เป็น 11.51 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมีอัตราป่วยเพิ่มสูงขึ้น 5 เท่า ใน 10 ปีที่ผ่านมา (กรมควบคุมโรค, 2562) สถานการณ์โรคซิฟิลิสในภาคเหนือช่วงปี พ.ศ. 2556-2560 พบว่าอัตราการป่วยโรคซิฟิลิส 24.70 ต่อประชากรแสนคน

ซึ่งจะพบในจังหวัดที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวและมีแรงงานข้ามชาติเป็นจำนวนมาก (กองนวัตกรรมและวิจัย กรมควบคุมโรค, 2562) โดยเฉพาะจังหวัดเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2558-2562 พบอัตราการติดเชื้อซิฟิลิสเพิ่มสูงขึ้นจากผู้ติดเชื้อซิฟิลิส 181 ราย มีอัตราป่วย 10.78 ต่อแสนประชากร เป็นจำนวน 527 ราย มีอัตราป่วย 29.75 ต่อแสนประชากร (สำนักกระบวนวิทยา, 2564)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในรายงานการปฏิบัติงานป้องกันควบคุม/ดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ (2558) พบว่าผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลัก 5 โรค ตั้งแต่

ปี พ.ศ. 2558-2562 จำนวน 475, 565, 553, 545 และ 801 ราย ตามลำดับ ซึ่งในปี พ.ศ. 2558 พบผู้ป่วยโรคซิฟิลิส จำนวน 99 ราย และเพิ่มจำนวนขึ้นเป็น 236 ราย ในปี พ.ศ. 2562 โดยจำนวนผู้ป่วยโรคซิฟิลิสเพิ่มสูงขึ้นเป็น 2 เท่า เมื่อเทียบกับ 5 ปีที่ผ่านมา ชี้ให้เห็นว่าในแต่ละปีพบจำนวนผู้ป่วยโรคซิฟิลิสเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีการติดเชื้อซิฟิลิสเพิ่มสูงขึ้น (ลาวัญย์ สันติชินกุล, 2561) ซึ่งอาจเกิดจากกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีการติดต่อและพบกันทางอินเทอร์เน็ต อีกทั้งมีคู่นอนจำนวนมากและไม่เปิดเผยตัว จึงมีความยากในการติดตามหาคู่นอนให้มารับการรักษา (Stoltey & Cohen, 2015)

อย่างไรก็ตามโรคซิฟิลิสสามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ยังพบแนวโน้มการกลับเป็นซ้ำของซิฟิลิสมากขึ้น (Almeida *et al.*, 2017; Cohen *et al.*, 2012; Jain *et al.*, 2017; Kenyon *et al.*, 2014; Stoltey & Cohen, 2015) เนื่องจากบางส่วนเข้าใจว่าตนเองได้รับการรักษาซิฟิลิสเรียบร้อยแล้วจึงไม่มาตรวจตามนัด ขาดความตระหนักในการป้องกันตนเองขณะมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่สวมถุงยางอนามัยทำให้มีการสัมผัสของอวัยวะเพศและสิ่งคัดหลั่งโดยตรงกับผู้อื่น จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อกามโรคถึง 5 เท่า (กรมอนามัย, 2561) ดังนั้นการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำที่พบในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ (สคร.1 เชียงใหม่) เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการหาแนวทางในการให้คำปรึกษา ค้นหาและส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซิฟิลิสได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและป้องกันการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำและเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดโรคซิฟิลิสในระดับประเทศต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ที่มารับบริการตรวจซิฟิลิสรายใหม่ที่คลินิก

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สคร.1 เชียงใหม่ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2558 ถึง 31 ธันวาคม 2563

ประชากร คือ เอกสารเวชระเบียนของผู้ป่วยซิฟิลิสทุกคนที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สคร.1 เชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2558 ถึง 31 ธันวาคม 2563 จำนวนรวมทั้งสิ้น 1,014 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยซิฟิลิสรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัย และรักษาในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ระหว่าง 1 มกราคม 2558 ถึง 31 ธันวาคม 2563 ซึ่งได้รับการรักษาอย่างน้อย 1 ครั้งที่คลินิกฯ และมีการติดเชื้อซ้ำจำนวน 125 ราย

เกณฑ์การคัดออก

1. เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยซิฟิลิสที่ไม่มีผลการตรวจทางปฏิบัติการยืนยัน
2. เอกสารเวชระเบียนกลุ่มผู้ป่วยซิฟิลิสที่ไม่มีผลการรักษา หรือผู้ป่วยสะดวกไปรับการรักษาที่อื่น
3. เอกสารเวชระเบียนของผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 14 ปี ณ วันที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นซิฟิลิส

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งข้อมูลเหล่านี้สามารถสืบค้นข้อมูลจากเอกสารเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สคร.1 เชียงใหม่ ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และสัญชาติ
2. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำ ได้แก่ รสนิยมทางเพศ (รักต่างเพศ, รักร่วมเพศ/รักสองเพศ) จำนวนคู่นอน (ไม่มี/มีคู่นอน 1 คน, มีคู่นอนมากกว่า 1 คน) การใช้ถุงยางอนามัย (ใช้สม่ำเสมอ, ใช้ไม่สม่ำเสมอ) การติดเชื้อเอชไอวี (ไม่ติดเชื้อ, ติดเชื้อ, ไม่ทราบ เช่น ยังไม่ได้รับการตรวจ/รับผลตรวจ) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น (มี, ไม่มี) อาการของโรคซิฟิลิส (มีอาการ, ไม่มีอาการ) ระยะของโรคซิฟิลิส (ระยะที่ 1, ระยะที่ 2, ระยะแฝงไม่เกิน 1 ปี, ระยะแฝงมากกว่า 1 ปี) การติดตามคู่นอน (สามารถ

ติดตามได้, ไม่สามารถติดตามได้) และการติดตามผล
หลังการรักษา (ไม่มาติดตามผล, มาติดตามผล
1-3 ครั้ง, มาติดตามผลครบกำหนด, ไปติดตามที่อื่น)

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ดำเนินการขออนุญาตผู้อำนวยการ สคร.1
เชียงใหม่ เพื่อขออนุญาตใช้ข้อมูลผู้ป่วยจาก
เวชระเบียนของคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
2. คัดกรองข้อมูลจากเอกสารเวชระเบียน และ
การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้เกณฑ์ในการคัดเข้าและ
การคัดออก ตามที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด รักษา
ความลับโดยให้เจ้าหน้าที่เวชระเบียนค้นบัตรผู้ป่วย
ซีฟิลิสทั้งหมดจากเอกสารเวชระเบียนโดยปกปิด
ชื่อ-นามสกุล และ HN ทุกหน้า
3. แยกलगข้อมูลเอกสารเวชระเบียนตามแบบ
บันทึกข้อมูล โดยใช้รหัสโค้ดตามลำดับของ
การลงข้อมูล และรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึก
ข้อมูลนำมาวิเคราะห์
4. วิเคราะห์ข้อมูลหลังจากการเก็บข้อมูลครบตาม
จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด
5. สรุปและรายงานผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์
สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive
statistics) อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค หมายเลข: FWA
00013622 ลงวันที่ 10 พฤษภาคม 2565

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่ติดเชื้อซีฟิลิสซ้ำ

ผู้ที่ติดเชื้อซีฟิลิสซ้ำจำนวน 125 ราย ส่วนใหญ่
เป็นเพศชาย ร้อยละ 90.40 มีอายุระหว่าง 25-34 ปี
ร้อยละ 38.40 ระดับการศึกษา คือ ปวส./อนุปริญญา/
ปริญญาตรี/ปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 56.00
ประกอบอาชีพรับจ้าง/กรรมกร/เกษตรกรกรรม
ร้อยละ 40.00 สัญชาติไทย ร้อยละ 91.20 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ที่ติดเชื้อซีฟิลิสซ้ำ (n=125 ราย)

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ที่ติดเชื้อซีฟิลิสซ้ำ	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	113	90.40
หญิง	12	9.60
อายุ (ปี)		
15-24	34	27.20
25-34	48	38.40
35-44	29	23.20
45 ปีขึ้นไป	14	11.20
Mean=29.00, S.D.=10.34, Min=15, Max=69		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	7	5.60
ประถมศึกษา	3	2.40
มัธยมศึกษา/ปวช.	45	36.00
ปวส./อนุปริญญา/ปริญญาตรี/ปริญญาตรีขึ้นไป	70	56.00

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ที่ติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำ (n=125 ราย) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ที่ติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำ	
	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
รับราชการ/ครู/ทหาร/ตำรวจ/รัฐวิสาหกิจ/บุคลากรสาธารณสุข	7	5.60
รับจ้าง/กรรมกร/เกษตรกรรม	50	40.00
ค้าขาย/ธุรกิจ	17	13.60
ไม่มีอาชีพ ได้แก่ นักเรียน/นักศึกษา	29	23.20
อาชีพพิเศษ (ขายบริการ)	7	5.60
ไม่ทราบอาชีพ/ไม่มีงาน/อื่นๆ ได้แก่ นักท่องเที่ยว	15	12.00
สัญชาติ		
ไทย	114	91.20
ต่างชาติ	11	8.80

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องของผู้ที่ติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำที่พบในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สคร.1 เชียงใหม่ เป็นกลุ่มรักร่วมเพศ/รักสองเพศ ร้อยละ 80.00 ไม่มีคู่นอน/มีคู่นอน 1 คน (ภายใน 3 เดือน) ร้อยละ 63.20 ใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 65.60 ไม่ติดเชื้อเอชไอวีร่วม ร้อยละ 59.20 ไม่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ รวม ร้อยละ 86.40 ไม่มีอาการของโรคซิฟิลิส ร้อยละ 56.80 พบโรคซิฟิลิสในระยะ 2 ร้อยละ 37.60 ไม่สามารถติดตามคู่นอนได้ ร้อยละ 68.00 และมาติดตามผล 1-3 ครั้ง ร้อยละ 50.40 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อซิฟิลิสในผู้ที่ติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำ (n=125 ราย)

ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง	ผู้ที่ติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำ	
	จำนวน	ร้อยละ
รสนิยมทางเพศ		
รักต่างเพศ	25	20.00
รักร่วมเพศ/รักสองเพศ	100	80.00
จำนวนคู่นอน (ภายใน 3 เดือน)		
ไม่มี/มีคู่นอน 1 คน	79	63.20
มีคู่นอนมากกว่า 1 คน	46	36.80
การใช้ถุงยางอนามัย (ภายใน 3 เดือน)		
ใช้สม่ำเสมอ	43	34.40
ใช้ไม่สม่ำเสมอ	82	65.60
การติดเชื้อเอชไอวี		
ไม่ติดเชื้อ	74	59.20
ติดเชื้อ	41	32.80
ไม่ทราบ เช่น ยังไม่ได้รับการตรวจ/รับผลตรวจ	10	8.00

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อซิฟิลิสในผู้ที่ติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำ (n=125 ราย) (ต่อ)

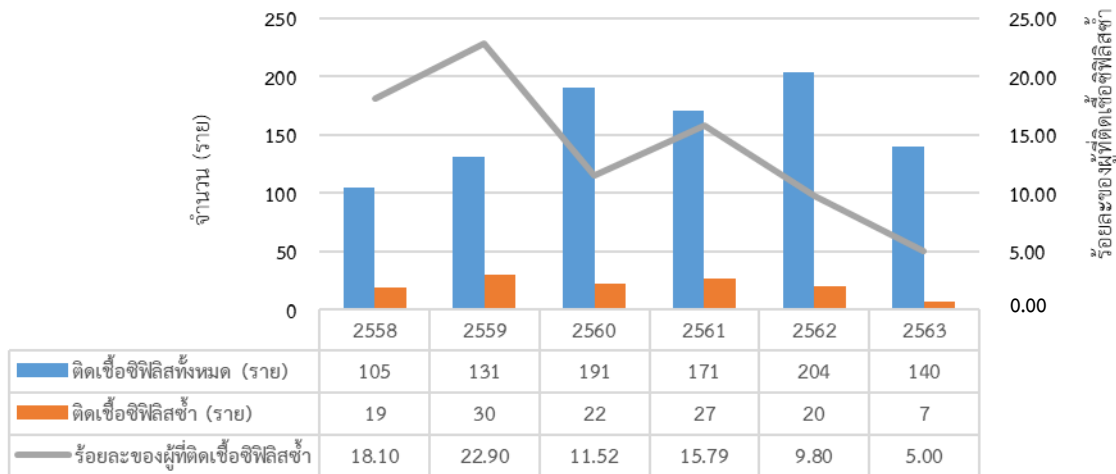
ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง	ผู้ที่ติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำ	
	จำนวน	ร้อยละ
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น		
มี	17	13.60
ไม่มี	108	86.40
อาการของโรคซิฟิลิส		
มีอาการ	54	43.20
ไม่มีอาการ	71	56.80
ระยะของโรคซิฟิลิส		
ระยะ 1	7	5.60
ระยะ 2	47	37.60
ระยะแฝงไม่เกิน 1 ปี	11	8.80
ระยะแฝงมากกว่า 1 ปี	42	33.60
ระยะแฝงที่ไม่ทราบระยะ	18	14.40
การติดตามคู่นอน		
สามารถติดตามได้	40	32.00
ไม่สามารถติดตามได้	85	68.00
การติดตามผลหลังการรักษา		
ไม่มาติดตามผล	41	32.80
มาติดตามผล 1 - 3 ครั้ง	63	50.40
มาติดตามผลครบกำหนด	9	7.20
ไปติดตามที่อื่น	12	9.60

อัตราการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำของผู้ป่วยซิฟิลิส

อัตราการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำของผู้ป่วยซิฟิลิสที่มารับการรักษาในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สคร. 1 เชียงใหม่ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2558-2563 ร้อยละ 18.10, 22.90, 11.52, 15.79, 9.80 และ 5.00 ตามลำดับ โดยพบอัตราการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำมากที่สุด ในปี พ.ศ. 2559 และน้อยที่สุดในปี พ.ศ. 2563

ดังภาพที่ 1 และเมื่อวิเคราะห์แนวโน้มของระยะผู้ที่ปลอดจากการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำ ด้วยการใช้ The Kaplan-Meier Survival Curve พบว่าในปีที่ 1-5 มีผู้ที่ปลอดจากการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำ ร้อยละ 99.25, 94.92, 90.25, 79.67 และ 54.81 แสดงให้เห็นว่าในปีที่ 1-5 จะพบผู้ที่ปลอดจากการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำ ลดลงตามลำดับ ดังภาพที่ 2

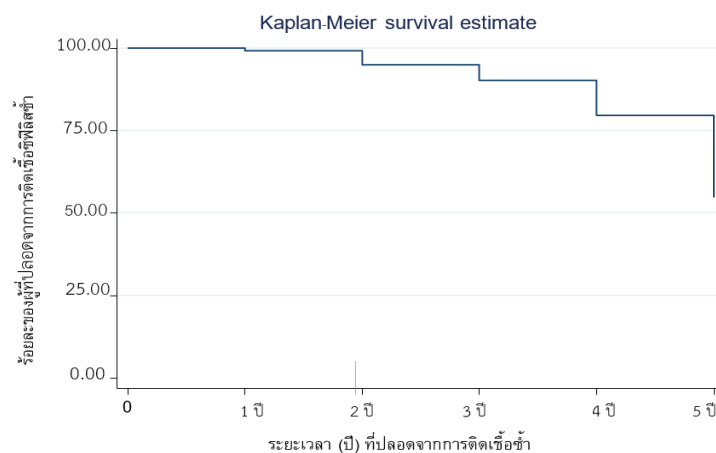
อัตราการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่



ร้อยละของผู้ติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำปีที่พบ = ผู้ติดเชื้อซ้ำปีที่พบ (ราย) * 100 / ผู้ติดเชื้อซิฟิลิสทั้งหมดปีที่พบ (ราย)

- จำนวนรายที่ติดเชื้อซิฟิลิสจะถูกนับอยู่ในปีที่มีการติดเชื้อครั้งแรก
- รายที่มีการติดเชื้อซ้ำจะถูกนับอยู่ในปีที่มีการติดเชื้อซิฟิลิสครั้งแรกของรายนั้น

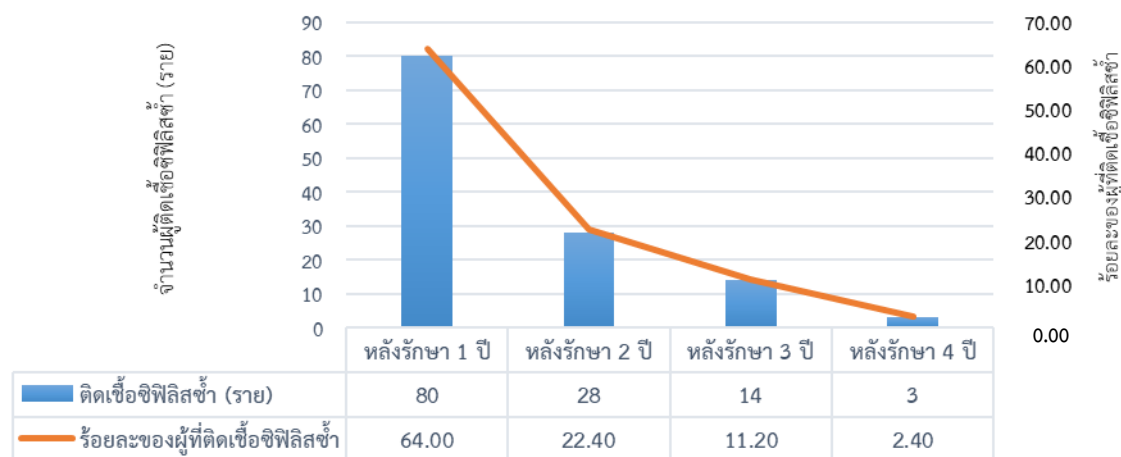
ภาพที่ 1 อัตราการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำของผู้ป่วยซิฟิลิสที่ได้รับการรักษาในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์



ภาพที่ 2 The Kaplan-Meier Survival Curve ของผู้ป่วยซิฟิลิสที่ปลอดจากการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำในปีที่ 1-5 หลังการรักษาในโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

จากการศึกษาระยะเวลาการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำ หลังการรักษาของผู้ป่วยซิฟิลิสที่ได้รับการรักษาในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สคร.1 เชียงใหม่ พบการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำภายในปีที่ 1-4 หลังการรักษา

ร้อยละ 64.00, 22.40, 11.20 และ 2.40 ตามลำดับ โดยพบการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำหลังการรักษา 1 ปี มากที่สุด ร้อยละ 64.00 และมีการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำ หลังการรักษา 2 ปี รองลงมา ร้อยละ 22.40 ดังภาพที่ 3



■ นับระยะเวลาระหว่างการติดเชื้อซิฟิลิสครั้งแรกกับการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำ

ภาพที่ 3 ระยะเวลาการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำหลังการรักษาของผู้ป่วยซิฟิลิสที่ได้รับการรักษา
ในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สคร.1 เชียงใหม่

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบอัตราการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำประมาณร้อยละ 5-23 ซึ่งในบางปีจะพบอัตราที่เพิ่มสูงขึ้นเป็น 2 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Cohen *et al.* (2012) และ Marchese *et al.* (2022) ที่พบอัตราการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำมากขึ้นเช่นกัน จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าอัตราการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำของผู้ป่วยซิฟิลิสสูงในช่วงปีแรกๆ และพบการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำลดลงตามลำดับ ซึ่งหากมีการศึกษาต่อเนื่องต่อไปอาจพบการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษานี้ที่พบแนวโน้มของระยะที่ปลอดจากการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำว่าในปีที่ 1-5 จะพบผู้ที่ปลอดจากการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำลดลงตามลำดับ

การติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำจะพบมากในช่วง 1-2 ปีหลังการรักษาครั้งแรก สอดคล้องกับการศึกษาของ Cohen *et al.* (2012) ที่พบว่ามีการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำภายใน 2 ปีหลังการติดเชื้อครั้งแรก และพบการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำมากในระยะที่หนึ่งหรือระยะที่สอง ซิฟิลิสระยะที่หนึ่งหรือระยะที่สองเป็นโรคซิฟิลิสช่วงต้นที่มีการรับเชื้อซิฟิลิสเข้ามาไม่นาน (นิสิต คงกริกเกียรติ และนพดล ไพบูลย์สิน, 2558) ซิฟิลิสระยะที่หนึ่งและสองมักมีอาการของโรคแสดงให้เห็น ดังนั้นกลุ่มที่มีอาการจะสามารถประเมินความเสี่ยง

ของตนเองและเข้ามาตรวจรักษาซิฟิลิสซ้ำได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการของโรค ซึ่งการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นซิฟิลิสซ้ำไม่มีอาการของโรค (ระยะแฝง) ตามแนวทางการรักษาโรคซิฟิลิสจะมีการนัดหมายมาติดตามผลหลังการรักษาเพื่อตรวจหาระดับของ RPR titer รอบ 1 (ซิฟิลิสช่วงต้น) 3, 6, 12 และ 24 เดือนหลังการรักษา เพื่อประเมินระดับของ RPR titer หากไม่ลดลงตามเกณฑ์หรือเพิ่มสูงขึ้นจากเดิม 4 เท่า อาจมีการรักษาที่ล้มเหลวหรือกรณียังมีความเสี่ยงทางเพศอยู่เกิดจากการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำได้และจำเป็นต้องได้รับการรักษาใหม่ (นิสิต คงกริกเกียรติ และนพดล ไพบูลย์สิน, 2558) ดังนั้นการติดตามผลการรักษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำโดยเร็วจึงมีความสำคัญมาก

จากการศึกษาพบจำนวนผู้ติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำส่วนใหญ่เป็นเพศชายและพบมากในกลุ่มที่รักเพศเดียวกัน/กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Tsuboi *et al.* (2021) ที่พบความชุกของผู้ติดเชื้อซิฟิลิสส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเช่นเดียวกัน ซึ่งกลุ่มนี้มักมีคู่นอนหลายคน (Stoltey & Cohen, 2015; Zheng *et al.*, 2024) การติดตามคู่นอนถือเป็นสิ่งสำคัญของ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะโรคซิฟิลิส ซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถติดตามคูนอนให้กลับมารับการรักษาซิฟิลิสได้ คูนอนประจำ เช่นสามี/ภรรยา แฟน หากแจ้งให้คูนอนทราบก็อาจมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตคู่ ผู้ป่วยจึงไม่กล้าบอกผลการรักษากับคูนอนของตนเอง ส่วนในรายที่เป็นคูนอนแบบชั่วคราว เช่น คนไม่รู้จัก หรือกลุ่มที่เป็นผู้ซื้อ/ขายบริการทางเพศ มีเพศสัมพันธ์เพียงครั้งเดียว ซึ่งโดยมากมักไม่มีช่องทางการติดต่อกัน จึงทำให้คูนอนเหล่านี้ไม่ทราบว่าตนเองมีการติดเชื้อซิฟิลิส หากคูนอนไม่ได้รับการตรวจและรักษา ส่งผลต่อการรักษาเดิมและมีโอกาสกลับมาเป็นซิฟิลิสซ้ำได้

การใช้ถุงยางอนามัยถือเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันการติดเชื้อซิฟิลิส จากการศึกษาที่พบจำนวนผู้ติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำส่วนใหญ่มีการใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอ แม้ว่าจะได้รับการรักษาซิฟิลิสแล้ว แต่สามารถติดเชื้อซิฟิลิสได้หากยังมีความเสี่ยงอยู่ ซึ่งการใช้ถุงยางอนามัยจะช่วยป้องกันการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำ รวมถึงป้องกันการแพร่กระจายเชื้อซิฟิลิสไปสู่ผู้อื่นต่อไปได้ (Stoltey & Cohen, 2015)

ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานที่ให้การรักษควรเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญของการมาติดตามผลหลังการรักษาเพื่อตรวจหาภูมิคุ้มกันที่ไม่เฉพาะเจาะจงต่อเชื้อซิฟิลิส

เช่น การตรวจ VDRL (Venereal Disease Research Laboratory Test) หรือการตรวจ RPR (Rapid Plasma Reagin) และประเมินการรักษาที่ล้มเหลวและการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำเพื่อให้การรักษาต่อไป และเน้นย้ำเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยป้องกันและการติดตามคูนอนเพื่อป้องกันการรับเชื้อซิฟิลิสใหม่

ข้อจำกัด

เนื่องจากข้อมูลผู้ป่วยซิฟิลิสซ้ำในการศึกษารั้งนี้ เป็นข้อมูลที่ได้จากจำนวนผู้ป่วยซิฟิลิสที่กลับเข้ามารักษาในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สคร.1 เชียงใหม่ เท่านั้น กรณีผู้ที่ได้รับการรักษาซิฟิลิสไม่ได้กลับมาติดตามผลหลังการรักษาเพื่อตรวจหาระดับของ RPR titer และกรณีไปรับการรักษาซิฟิลิสซ้ำที่อื่น ทำให้ไม่ทราบข้อมูลว่ามีการติดเชื้อซ้ำหรือไม่ จึงควรมีกระบวนการติดตามผู้ป่วยว่ามีการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำและรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่นหรือไม่

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ศึกษาขอขอบคุณผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ที่สนับสนุนการดำเนินงานวิจัย ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ และขอขอบคุณตัวแทนอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการและอนุญาตให้ใช้ข้อมูลในการศึกษาวิจัย และขอขอบคุณผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่ร่วมดำเนินงานจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2562). จัปตาโรคและภัยสุขภาพ (DDC WATCH) ปีที่ 6 ฉบับที่ 6 มิถุนายน 2562 “ซิฟิลิส โรคร้ายที่กลับมาระบาด” [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 18 สิงหาคม 2562]; แหล่งข้อมูล:
https://ddc.moph.go.th/doe/journal_detail.php?publish=7718
- กองนวัตกรรมการและวิจัย กรมควบคุมโรค. (2562). แผนงานวิจัยด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ปี 2562-2564 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 12 สิงหาคม 2562]; แหล่งข้อมูล:
<http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER28/DRAWER068/GENERAL/DATA0000/00000275.PDF>
- คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่. (2558). รายงานการปฏิบัติงาน ป้องกันควบคุม/ดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบบ ก.1 รายปี พ.ศ. 2558-2563. (เอกสารอัดสำเนา)

นิสิต คงเกริกเกียรติ และนพดล ไพบูลย์สิน. (2558). ซิฟิลิส. ใน: นิสิต คงเกริกเกียรติ, รสพร กิตติเยวมาลย์ และเอกชัย แดงสอาด, บรรณาธิการ. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์. 14-21.

ลาวัญญ์ สันติชินกุล. (2561). โรคซิฟิลิสและแนวทางการรักษา [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 13 พฤษภาคม 2563]; แหล่งข้อมูล: https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=458

สำนักกระบาดวิทยา. (2564). ซิฟิลิส-สรุปสถานการณ์รายปี ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์รายงานสถานการณ์โรคในระบบเฝ้าระวัง (รง.506) [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 22 กันยายน 2564]; แหล่งข้อมูล: <http://doe.moph.go.th/surdata/disease.php?dcontent=old&ds=37>

กรมอนามัย. (2561). วิธีใส่ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 13 สิงหาคม 2563]; แหล่งข้อมูล: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/help-knowledgs/how-to-put-on-a-condom/>

Almeida, V. C. D., Donalisio, M. R., & Cordeiro, R. (2017). Factors associated with reinfection of syphilis in reference centers for sexually transmitted infections. *Revista de Saude Publica*, 51, 64. [cited 2019 August 14]; Available from: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006432>

Cohen, S. E., Chew Ng, R. A., Katz, K. A., *et al.* (2012). Repeat syphilis among men who have sex with men in California, 2002–2006: implications for syphilis elimination efforts. *American Journal of Public Health*, 102(1), e1-e8. [cited 2019 August 13]; Available from: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300383>

Jain, J., Santos, G. M., Scheer, S., *et al.* (2017). Rates and correlates of syphilis reinfection in men who have sex with men. *LGBT Health*, 4(3), 232-236. [cited 2019 August 20]; Available from: <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0095>

Kenyon, C., Lynen, L., Florence, E., *et al.* (2014). Syphilis reinfections pose problems for syphilis diagnosis in Antwerp, Belgium–1992 to 2012. *Euro Surveill*, 19(45), 20958. [cited 2019 August 12]; Available from: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.es2014.19.45.20958>

Marchese, V., Tiecco, G., Storti, S., *et al.* (2022). Syphilis infections, reinfections and serological response in a large Italian sexually transmitted disease centre: A Monocentric Retrospective Study. *Journal of Clinical Medicine*, 11(24), 7499. [cited 2019 August 14]; Available from: <https://doi.org/10.3390/jcm11247499>

Stoltey, J. E., & Cohen, S. E. (2015). Syphilis transmission: a review of the current evidence. *Sexual Health*, 12(2), 103-109. [cited 2019 August 13]; Available from: <https://doi.org/10.1071/SH14174>

Tsuboi, M., Evans, J., Davies, E. P., *et al.* (2021). Prevalence of syphilis among men who have sex with men: A global systematic review and meta-analysis from 2000–20. *The Lancet Global Health*, 9(8), e1110-e1118. [cited 2023 August 12]; Available from: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(21\)00221-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(21)00221-7/fulltext)

- World Health Organization. (2018). Report on global sexually transmitted infection surveillance 2018 [online]. [cited 2022 June 28]; Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/277258/9789241565691-eng.pdf>
- Zheng, Y., Ye, K., Ying, M., *et al.* (2024). Syphilis epidemic among men who have sex with men: A global systematic review and meta-analysis of prevalence, incidence, and associated factors. *Journal of Global Health*, 14, 04004. [cited 2024 May 11]; Available from: <https://doi.org/10.7189/jogh.14.04004>

การศึกษาเปรียบเทียบผลของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการใน คลินิกหมอครอบครัวสันป้อ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอแม่เมาะ จังหวัดเชียงใหม่

Comparative Studies of Treatment Outcomes for Diabetic Patients between Primary Care Cluster (PCC) San Po and Primary Care Service Network, Mae-Ai District, Chiang Mai Province

พรทิพย์พา ถวี พ.บ., อว. เวชศาสตร์ครอบครัว Porntippa Tawee M.D., Diploma of Thai Board of Family
Physician

โรงพยาบาลแม่เมาะ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
Mae-Ai Hospital, Chiang Mai Provincial Public Health Office

Received: Dec 11, 2024

Revised: Dec 19, 2024

Accepted: Dec 26, 2024

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มจำนวนอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากทรัพยากรทางการแพทย์มีจำกัดไม่สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยทุกคนในคลินิกโรคเรื้อรังได้จึงมีการส่งต่อผู้ป่วยสู่คลินิกหมอครอบครัว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เพื่อเปรียบเทียบผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่รักษาใน 3 หน่วยบริการ ได้แก่ คลินิกหมอครอบครัว คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการสุ่มตัวอย่างจำนวนหน่วยละ 156 คน รวมทั้งหมด 468 คน เก็บข้อมูลโดยการทบทวนเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงกันยายน 2567 ผลการศึกษาพบว่า คลินิกหมอครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคร่วมมากกว่าและมีการใช้ยามากกว่า รพ.สต. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีผลระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยดีกว่า รพ.สต. และคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีระดับน้ำตาลในเลือด 125.87, 127.6 และ 136.81 ตามลำดับ ซึ่งมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดไม่แตกต่างกัน และมีระดับไมโครอัลบูมินในปัสสาวะดีกว่าคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแต่มากกว่า รพ.สต. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีค่าเฉลี่ย 50.38, 64.74 และ 47.50 ตามลำดับ ทั้งนี้ระดับอัตราการกรองของไตเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน รวมถึงมีระดับไขมันชนิดแอลดีแอลดีกว่า รพ.สต. และคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีค่าเฉลี่ย 72.08, 77.04 และ 88.76 ตามลำดับ การเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่ น้ำตาลในเลือดต่ำ น้ำตาลในเลือดสูง ติดเชื้อ แผลเบาหวานไม่มีความแตกต่างกัน สำหรับภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังด้านหลอดเลือดสมองพบว่า คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบมากกว่าคลินิกหมอครอบครัว และ รพ.สต. ร้อยละ 9.6, 5.1 และ 1.2 ตามลำดับ โรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 5.8, 5.0 และ 0 ตามลำดับ ดังนั้นการให้บริการผู้ป่วยในคลินิกหมอครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ความซับซ้อนกว่า รพ.สต. และผลการดูแลดีกว่า

คำสำคัญ: โรคเบาหวาน, คลินิกหมอครอบครัว

ABSTRACT

Diabetic mellitus is a non-communicable disease with a steadily increasing prevalence to date. Treatment has performed appropriately providing so far for crucially minimizing the complications. According to limitation of medical resources, it has not been feasible to manage all patients in the hospital solely. Consequently, referrals to Primary Care Cluster (PCCs) and Sub-district Health Promoting Hospitals (SHPHs) have been often implemented to enhance accessible patient care. An objective of this study was to conduct a comparative cross-sectional descriptive study of blood glucose levels and incidence of diabetic mellitus complications between patients treated at PCCs, Non-Communicable Disease (NCD) Clinics, and SHPHs. Collection of data was retrospectively retrieved from electronic medical records and laboratory test results in the fiscal year 2024. The units of study included 156 patients from each health care unit, accounted totally for 468 clients. The results revealed the PCCs demonstrated a higher capacity to manage patients with co-morbidities and prescribed more medications compared to that of the SHPHs. Average fasting blood sugars (FBS) levels were lower in the PCCs (125.87 mg/dL) than that in the NCD clinics (136.81 mg/dL), and SHPHs (127.6 mg/dL). While HbA1C levels showed no significant differences across the health care units, the PCCs achieved better urine microalbumin levels than that of the NCD clinics (50.38 vs. 64.74 mg/L), whereas it was slightly higher levels than that of the SHPHs (47.50 mg/L). The estimated glomerular filtration rate (eGFR) levels showed no significant differences, while the PCCs recorded better low-density lipoprotein (LDL) levels (72.08 mg/dL) when compared to that of the SHPHs (77.04 mg/dL) and the NCD clinics (88.76 mg/dL). Short-term complications, such as hypoglycemia, hyperglycemia, infections, and wounds, were similar across the three units. However, long-term complications, such as cerebrovascular disease, were most prevalent in the NCD clinics (9.6%), followed by the PCCs (5.1%) and the SHPHs (1.2%), respectively. Similarly, a coronary artery disease incidence was highest in the NCD clinics (5.8%), came after by the PCCs (5.0%) and the SHPHs (0%). The research conclusion implied that the PCCs demonstrated a higher capability in managing patients with complex conditions when compared to capability of the SHPHs while maintaining a better care efficiency.

Keywords: Diabetic mellitus, Primary Care Cluster (PCC)

บทนำ

ข้อมูลจากสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (IDF: International Diabetes Federation) ในปี 2563 ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากถึง 537 ล้านคน มากกว่า 90% เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คาดว่า ภายในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายในปี 2588 จะเพิ่มมากถึง 783 ล้านคน (IDF Diabetes Atlas, 2021) สถานการณ์โรคเบาหวาน ในภาคพื้นแปซิฟิก (Western Pacific) ในปี 2560 ประเทศไทยมีผู้ที่เป็นเบาหวาน 4.4 ล้านคน มากเป็น อันดับ 4 รองจาก จีน อินเดีย และ ญี่ปุ่น (สมาคม โรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560) จากสถานการณ์ โรคเบาหวานในประเทศไทยข้อมูลจากรายงาน

สถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย พบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่องในปี 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี ในปี 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสม จำนวน 3.3 ล้านคนเพิ่มขึ้นจากปี 2564 มากถึง 1.5 แสนคน (กรมควบคุมโรค, 2564)

โรคเบาหวานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ หลายประการ (Farmaki *et al.*, 2021) ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การติดเชื้อ และภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังทางหลอดเลือดขนาดใหญ่ เช่น หลอดเลือดหัวใจตีบ หลอดเลือดสมองตีบ หลอดเลือด

ส่วนปลายตีบ ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดขนาดเล็ก ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางตา ภาวะแทรกซ้อนทางไต และภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทจากเบาหวาน ตลอดจนแผลจากเบาหวาน นอกจากนี้โรคเบาหวาน เป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อีกมากมาย อาทิ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และ โรคไต และก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการ รักษาด้านสาธารณสุขของประเทศไทยมูลค่ามหาศาล เฉพาะเบาหวานเพียงโรคเดียวทำให้สูญเสียค่าใช้จ่าย ในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี (กรมควบคุมโรค, 2564)

จากจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่เพิ่มมากขึ้นนี้มีเพียง 3 ใน 10 ที่ได้รับการรักษาและสามารถควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย จึงทำให้เกิด ภาวะแทรกซ้อนสูง (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ สมาคม โรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566) ดังนั้นการดูแล ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเริ่มตั้งแต่การคัดกรองค้นหาผู้ป่วย การให้ความรู้ในการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตนให้เหมาะสม ควบคู่กับการรักษาด้วยยา จึงจะสามารถควบคุมโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ การป้องกันการเกิดโรค การคัดกรองเบาหวานและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจึงมีความสำคัญ เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยเองและประเทศชาติ

จากข้อมูลระบบสถิติและการทะเบียน กระทรวง.มหาดไทย ปี 2566 อำเภอแม่เมาะมีประชากรในทะเบียนราษฎร์ 66,397 คน บุคคลไม่ใช่สัญชาติไทย 11,003 คน และประชากรแฝง 22,395 คน รวม 101,795 คน (กระทรวงมหาดไทย, 2566) หน่วยบริการ ด้านสาธารณสุขประกอบด้วย โรงพยาบาลแม่เมาะ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง, คลินิก หมอครอบครัว (PCC) 1 แห่งคือ คลินิกหมอครอบครัว สันป้อ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สังกัด สสอ. แม่เมาะ 7 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สังกัด อบจ. เชียงใหม่ 4 แห่ง มีผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 2439 คน คิดเป็นร้อยละ

2.39 ทั้งนี้โรงพยาบาลแม่เมาะประกอบด้วยทีม สหสาขาวิชาชีพ แต่เนื่องจากผู้ป่วยจำนวนมากและ อยู่กระจายในพื้นที่ห่างไกลเข้าถึงยาก จึงไม่สามารถ รับการรักษาได้ที่ รพ. ทั้งหมด จึงแบ่งการดูแลผู้ป่วย เบาหวานซึ่งจะได้รับบริการ จาก 3 แห่ง คือ

1. คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โรงพยาบาล แม่เมาะให้การดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนากร โดยให้การดูแลผู้ป่วย ในโรงพยาบาลที่มีความซับซ้อน มีทรัพยากรที่ครบถ้วน ในการให้การดูแลผู้ป่วย ดูแลโดยใช้หลักผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง (Patient center care) แต่เนื่องจากข้อจำกัด ทำให้ไม่ครอบคลุมการดูแลด้านครอบครัวและชุมชน

2. คลินิกหมอครอบครัว (PCC) สันป้อ ให้การดูแล โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัวหมุนเวียนออกตรวจ และรับปรึกษาร่วมกับ พยาบาล ซึ่งจะสามารถเข้าถึงชุมชน และการดูแล แบบครอบครัวได้ดีขึ้น

3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งให้บริการแบบองค์รวม โดยมีแพทย์รับปรึกษา การรักษาร่วมกับพยาบาลแต่ยังไม่มีแพทย์ประจำคลินิก ดังนั้นการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ ผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในแต่ละหน่วยบริการ เพื่อเปรียบเทียบผลของการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ผลตรวจ น้ำตาลในเลือด น้ำตาลเฉลี่ยสะสมและผลตรวจทาง ห้องปฏิบัติการอื่นๆ ตลอดจนการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการในคลินิกหมอครอบครัว สันป้อ เปรียบเทียบกับคลินิกโรคเรื้อรัง รพ.แม่เมาะ และ รพ.สต. ในอำเภอแม่เมาะ

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง เก็บข้อมูล จากผลตรวจสุขภาพประจำปีระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงกันยายน 2567 รวมทั้งสิ้น 12 เดือน

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่รับการรักษาใน คลินิกหมอครอบครัว (PCC) สันป้อ, คลินิกโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) รพ.แม่เมาะ, รพ.สต. สังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) แม่เมาะ รวม 2,439 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่รับการรักษาในคลินิกหมอครอบครัว (PCC) สันป้อ, คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) รพ.แม่าย, รพ.สต. สังกัด สสอ.แม่าย คำนวณขนาดประชากรโดยใช้โปรแกรม n4Studies ที่ค่าความเชื่อมั่น 95% สัดส่วนประชากร 0.4 ยอมรับความคาดเคลื่อนที่ 0.04 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 468 คน ใช้ตัวอย่างประชากรสถานบริการละ 156 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยนำรายชื่อกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 กลุ่มตามหน่วยที่รับบริการ เรียงตามลำดับหมายเลขโรงพยาบาล (Hospital Number: HN) หลังจากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบ sequential sampling จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ตามสัดส่วน

เกณฑ์การคัดเข้า

เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับการรักษาในคลินิกหมอครอบครัว (PCC) สันป้อ, คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) รพ.แม่าย และ รพ.สต. ในสังกัด สสอ.แม่าย ก่อนปี 2565 และมีอายุมากกว่า 20 ปี

เกณฑ์การคัดออก

ผู้ที่มีค่าการทำงานของไต (eGFR) น้อยกว่า 45 mL/min/1.73 m² ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในปีงบประมาณ 2566 และ 2567 และไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูล โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์เกี่ยวกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและประวัติการเข้ารับการรักษาจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตาและเท้า โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติเข้ารับการรักษาจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตาและเท้า ตรวจสอบความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 2 ท่าน

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ติดต่อประสานและขออนุญาตหน่วยงานในการเก็บข้อมูล ได้แก่ คลินิกหมอครอบครัวสันป้อ, รพ.แม่าย และ สสอ.แม่าย
2. เก็บข้อมูลประวัติการรับการรักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยใช้แบบเก็บข้อมูลผ่านเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของ รพ.แม่าย และแบบตรวจภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานแต่ละหน่วยบริการ
3. วิเคราะห์ข้อมูล อภิปราย และสรุปผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้ Chi-square test และ One Way ANOVA กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เลขที่โครงการวิจัย 44/2567 รับรอง ณ วันที่ 30 สิงหาคม 2567

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 468 ราย จากคลินิกหมอครอบครัว คลินิกโรคเรื้อรัง และ รพ.สต. พบว่าผู้รับบริการจากทั้ง 3 แห่ง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ในเรื่องการโรคประจำตัว ไขมันในเลือดสูง โรคร่วมอื่นๆ ระยะเวลาที่ป่วย ตลอดจนการรักษาด้วยยา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคไขมันในเลือดสูงมากที่สุดที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 149 คน ร้อยละ 95.50 คลินิกหมอครอบครัวจำนวน 111 คน ร้อยละ 71.20 และ รพ.สต. จำนวน 73 คน ร้อยละ 46.80 โรคร่วมอื่นๆ พบว่าคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบมากที่สุด จำนวน 52 คน ร้อยละ 33.30 คลินิกหมอครอบครัว จำนวน 35 คน ร้อยละ 22.40 รพ.สต. จำนวน 27 คน ร้อยละ 17.30 ระยะเวลาป่วยพบว่า คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 70 คน ร้อยละ 44.90

คลินิกหมอบรรอบครัวส่วนใหญ่มากกว่า 10 ปี จำนวน 66 คน ร้อยละ 42.30 และ รพ.สต. ส่วนใหญ่มากกว่า 10 ปี จำนวน 75 คน ร้อยละ 48.10 ในการรักษาพบว่าผู้รับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีการใช้ยา 3 ชนิด จำนวน 30 คน ร้อยละ 19.20 คลินิกหมอบรรอบครัวจำนวน 14 คน ร้อยละ 9.00 และ รพ.สต. จำนวน 7 คน ร้อยละ 4.50

อายุ, เพศ, BMI, โรคความดันโลหิตสูง, โรคไตเรื้อรัง, การสูบบุหรี่, และดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างจากทั้ง 3 หน่วยบริการไม่แตกต่างกัน โดยมีอายุมากกว่า 60 ปีมากที่สุดจาก รพ.สต. จำนวน 100 คน ร้อยละ 64.10 คลินิกหมอบรรอบครัว จำนวน 97 คน ร้อยละ 62.20 คลินิกโรคเรื้อรังจำนวน 92 คน ร้อยละ 59.00 เป็นเพศหญิง รพ.สต. จำนวน 100 คน ร้อยละ 64.10 คลินิกโรคเรื้อรัง จำนวน 91 คน ร้อยละ 58.30 คลินิกหมอบรรอบครัว จำนวน 90 คน ร้อยละ 57.70 BMI 25-29.9 คลินิกหมอบรรอบครัว

จำนวน 60 คน ร้อยละ 38.50 รพ.สต. จำนวน 57 คน ร้อยละ 36.50 คลินิกโรคเรื้อรังจำนวน 48 คน ร้อยละ 30.80 ส่วนใหญ่มีโรคร่วมคือความดันโลหิตสูง รพ.สต. จำนวน 141 คน ร้อยละ 91.40 คลินิกหมอบรรอบครัวจำนวน 138 คน ร้อยละ 88.50 คลินิกโรคเรื้อรังจำนวน 135 คน ร้อยละ 86.50 และโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 1 โดยคลินิกหมอบรรอบครัวจำนวน 85 คน ร้อยละ 54.40 รพ.สต. จำนวน 81 คน ร้อยละ 51.90 คลินิกโรคเรื้อรังจำนวน 77 คน ร้อยละ 49.40 การดื่มสุรา คลินิกโรคเรื้อรังจำนวน 22 คน ร้อยละ 14.10 คลินิกหมอบรรอบครัวจำนวน 20 คน ร้อยละ 12.80 และ รพ.สต. จำนวน 18 คน ร้อยละ 11.50 การสูบบุหรี่คลินิกโรคเรื้อรังจำนวน 12 คน ร้อยละ 7.70 คลินิกหมอบรรอบครัวจำนวน 9 คน ร้อยละ 5.80 และ รพ.สต. จำนวน 8 คน ร้อยละ 5.10

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปจำแนกตามหน่วยบริการ (n=468 คน)

ข้อมูลทั่วไป	หน่วยบริการ						χ^2	p-value
	PCC		NCD		รพ.สต.			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ (ปี)							2.53	0.63
≤50	10	6.40	13	8.30	15	9.60		
51-60	49	31.40	51	32.70	41	26.30		
>60	97	62.20	92	59.00	100	64.10		
อายุเฉลี่ย (S.D.)	63.12 (8.34)		63.04 (9.04)		63.12 (9.44)			
Min-Max	41-83		40-83		32-86			
เพศ							1.62	0.44
หญิง	90	57.70	91	58.30	100	64.10		
ชาย	66	42.30	65	41.70	56	35.90		
BMI								
<18.5	6	3.80	10	6.4	8	5.10		
18.5-22.9	39	25.00	35	22.4	49	31.40		
23.0-24.9	36	23.10	38	24.4	33	21.20		
25.0-29.9	60	38.50	48	30.8	57	36.50		
≥30.0	15	9.60	25	16.0	9	5.80		

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปจำแนกตามหน่วยบริการ (n=468 คน) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	หน่วยบริการ						χ^2	p-value
	PCC		NCD		รพ.สต.			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การดื่มสุรา							0.45	0.79
ไม่ดื่ม	136	87.20	134	85.90	138	88.50		
ดื่ม	20	12.80	22	14.10	18	11.50		
สูบบุหรี่							0.95	0.62
ไม่สูบ	147	94.20	144	92.30	148	94.90		
สูบ	9	5.80	12	7.70	8	5.10		
โรคความดันโลหิตสูง							1.13	0.56
ไม่มี	18	11.50	21	13.50	15	9.60		
มี	138	88.50	135	86.50	141	90.40		
โรคไขมันในเลือดสูง							90.19	0.00*
ไม่มี	45	28.80	7	4.50	83	53.20		
มี	111	71.20	149	95.50	73	46.80		
โรคไตวายเรื้อรัง							2.23	0.89
ระยะที่ 1	85	54.40	77	49.40	81	51.90		
ระยะที่ 2	60	38.50	62	39.70	61	39.10		
ระยะที่ 3	11	7.10	17	10.90	14	9.00		
โรคอื่นๆ							11.34	0.00*
ไม่มี	121	77.60	104	66.70	129	82.70		
มี	35	22.40	52	33.30	27	17.30		
ระยะเวลาป่วย (ปี)							14.05	0.00*
≤ 5	57	36.50	70	44.90	40	25.60		
6-10	33	21.20	36	23.10	41	26.30		
>10	66	42.30	50	32.10	75	48.10		
การรักษา							29.08	0.00*
Diet control	2	1.30	4	2.60	1	0.60		
ยา 1 ชนิด	53	34.00	58	37.20	45	28.80		
ยา 2 ชนิด	87	55.80	64	41.00	103	66.0		
ยา 3 ชนิด	14	9.00	30	19.20	7	4.50		

*p-value<0.05

2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

คลินิกหออัครบคร้วมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ดีที่สุดเมื่อเปรียบเทียบทั้ง 3 หน่วยบริการคือระดับน้ำตาลในเลือด FBS โดยมีค่าเฉลี่ย 125.87 mg/dL ระดับไขมันในเลือด LDL มีค่าเฉลี่ย 72.08 mg/dL

และ TG มีค่าเฉลี่ย 128.72 mg/dL เมื่อเปรียบเทียบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าผู้รับบริการจากทั้ง 3 แห่งมีระดับ FBS, Urine microalbumin, LDL แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยระดับ FBS Mean (S.D.) คลินิกหออัครบคร้ว

125.87 (27.81) mg/dL รพ.สต. 127.60 (27.26) mg/dL รพ.สต. 7.28 (1.14) % คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 136.81 (32.36) mg/dL, 7.39 (1.45) % คลินิกหมอครอบครัว 7.49 (1.39) %
Urine microalbumin Mean (S.D.) รพ.สต. 47.50 ตามลำดับ ระดับ eGFR Mean (S.D.) รพ.สต. 85.97
(53.37) mg/L คลินิกหมอครอบครัว 50.38 (66.52) (17.33) mL/min/1.73 m² คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
mg/L คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีระดับ 64.74 84.17 (19.71) mL/min/1.73 m² คลินิกหมอ
(58.86) mg/L ตามลำดับ และระดับ LDL Mean ครอบครัว 82.41 (19.64) mL/min/1.73 m²
(S.D.) คลินิกหมอครอบครัว 72.08 (27.33) mg/dL ตามลำดับ ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ (TG) Mean
รพ.สต. 77.04 (26.47) mg/dL คลินิกโรคไม่ติดต่อ (S.D.) คลินิกหมอครอบครัว 128.72 (63.64) mg/dL.
เรื้อรัง 88.76 (36.06) mg/dL ตามลำดับ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 142.10 (81.146) mg/dL.
ผู้รับบริการจากทั้ง 3 แห่งมีระดับ HbA1C, eGFR, รพ.สต. 142.11 (73.41) mg/dL. ตามลำดับ
TG ไม่แตกต่างกันโดยระดับ HbA1C Mean (S.D.)

ตารางที่ 2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (n=468 คน)

ผลตรวจ	หน่วยบริการ						p-value
	NCD		PCC		รพ.สต.		
	Mean (S.D.)	Min-Max	Mean (S.D.)	Min-Max	Mean (S.D.)	Min-Max	
FBS (mg/dL)	136.81 (32.36)	81-289	125.80 (27.81)	73-231	127.60 (27.26)	68-244	0.00*
HbA1C (%)	7.39 (1.45)	4.6-12.1	7.49 (1.39)	4.8-12.2	7.28 (1.14)	4.2-11.6	0.40
eGFR (mL/min/1.73m ²)	84.17 (19.71)	46-148	82.41 (19.64)	45-121	85.97 (17.33)	49-120	0.25
Urine Micro Albumin (mg/L)	64.74 (58.86)	10-150	50.38 (66.52)	10-300	47.50 (53.37)	10-150	0.02*
LDL (mg/dL)	88.76 (36.06)	21-211	72.08 (27.33)	10-167	77.04 (26.47)	19-153	0.00*
TG (mg/dL)	142.10 (81.146)	47-638	128.72 (63.64)	31-415	142.11 (73.41)	37-464	0.17

*p-value<0.05

3. ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย เป็นรายคู่ของสถานบริการ

ผลการวิเคราะห์เป็นรายคู่ด้วยสถิติ One way
Anova ระหว่างคลินิกหมอครอบครัวและคลินิกโรค
ไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่า ระดับ FBS, Urine microalbumin,

LDL ผู้รับบริการคลินิกหมอครอบครัวดีกว่าคลินิก
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ผลการวิเคราะห์ระหว่างคลินิกโรคเรื้อรังและ
รพ.สต. พบว่าระดับ FBS, LDL รพ.สต. ดีกว่าคลินิก
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ตารางที่ 3 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ของสถานบริการ (n=468 คน)

ผลตรวจ	หน่วยบริการ					
	PCC & NCD		PCC & รพ.สต.		NCD & รพ.สต.	
	Mean	p-value	Mean	p-value	Mean	p-value
	Difference		Difference		Difference	
FBS (mg/dL)	-10.94*	0.00*	-1.73	0.60	9.21*	0.00*
HbA1C (%)	0.10	0.49	0.20	0.17	0.10	0.49
eGFR (mL/min/1.73m ²)	-1.75	0.41	-3.56	0.09	-1.80	0.40
Urine micro Albumin (mg/L)	-14.35*	0.03*	2.88	0.67	17.24*	0.11
LDL (mg/dL)	-16.67*	0.00*	-4.95	0.152	11.72*	0.00*
TG (mg/dL)	-13.38	0.10	-13.39	0.106	-0.00	0.99

*p-value<0.05

4. ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

ผลการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังพบว่า การมีภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดสมองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยผู้รับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบมากที่สุดจำนวน 15 คน ร้อยละ 9.60 คลินิกหมอครอบครัวจำนวน 8 คน ร้อยละ 5.10 และ รพ.สต.จำนวน 2 คน ร้อยละ 1.20 เช่นเดียวกับภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดหัวใจ

ผู้รับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบจำนวน 9 คน ร้อยละ 5.80 คลินิกหมอครอบครัวจำนวน 6 คน ร้อยละ 5.00 และไม่พบที่ รพ.สต.

สำหรับภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในเรื่องน้ำตาลในเลือดต่ำ น้ำตาลในเลือดสูง โรคติดเชื้อ แผลเบาหวาน ไตวายเฉียบพลัน ภาวะแทรกซ้อนทางตา และเท้า ทั้ง 3 หน่วยบริการปริมาณน้อยมาก และเมื่อนำมาทดสอบทางสถิติพบว่าไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4 แสดงภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (n=468 คน)

ภาวะแทรกซ้อน	หน่วยบริการ						χ^2	p-value
	PCC		NCD		รพ.สต.			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
โรคหลอดเลือดสมอง							12.93	0.01*
ไม่มี	148	94.90	141	90.40	154	98.70		
มี	8	5.10	15	9.60	2	1.30		
โรคหลอดเลือดหัวใจ							8.67	0.01*
ไม่มี	150	96.20	147	94.20	156	100.00		
มี	6	3.80	9	5.80	0	0.00		

*p-value<0.05

ตารางที่ 4 แสดงภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (n=468 คน) (ต่อ)

ภาวะแทรกซ้อน	หน่วยบริการ						χ^2	p-value
	PCC		NCD		รพ.สต.			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
น้ำตาลในเลือดต่ำ							1.00	0.60
ไม่มี	155	99.40	155	99.40	156	100.00		
มี	1	0.60	1	0.60	0	0.00		
น้ำตาลในเลือดสูง							2.01	0.36
ไม่มี	156	100.00	155	99.40	154	98.70		
มี	0	0.00	1	0.60	2	1.30		
โรคติดเชื้อ							4.01	0.40
ไม่มี	156	100.00	154	98.70	156	100.00		
มี	0	0.00	2	1.30	0	0.00		
แผลเบาหวาน							2.83	0.24
ไม่มี	156	100.00	153	98.10	154	98.70		
มี	0	0.00	3	1.90	2	1.30		
ไตวายเฉียบพลัน							2.01	0.36
ไม่มี	154	98.70	156	100.00	154	98.70		
มี	2	1.30	0	0.00	2	1.30		
ภาวะแทรกซ้อนทางตา							5.62	0.46
ไม่มี	145	92.90	149	95.50	144	92.30		
มี	11	7.10	7	4.50	12	7.70		
Monofilament							3.80	0.43
ปกติ	153	98.10	150	96.20	154	98.70		
ผิดปกติ	3	1.90	6	3.80	2	1.30		

อภิปรายผล

คลินิกหมอครอบครัวมีรูปแบบการดูแลโดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวโดยงานด้านเวชปฏิบัติครอบครัว (family practice) ซึ่งประกอบด้วยงานด้านเวชปฏิบัติปฐมภูมิที่มีหลัก 4 ประการคือ เป็นด้านแรกของการเข้าถึงบริการสุขภาพ (First Contact) ต่อเนื่อง (Continuity of Care) การดูแลแบบผสมผสานทุกปัญหา (Comprehensive Care) และการติดต่อประสานงานเพื่อให้การดูแลครบถ้วนรอบด้าน (Coordinated Care) และงานด้านการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การดูแลโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) การดูแลโดยเข้าใจภาพรวมทั้งหมด

ของครอบครัว (Family-Oriented Care) และการดูแลโดยเข้าใจภาพรวมของชุมชน (Community-Oriented Care) (สายพิณ หัตถิรัตน์, ม.ป.ป.) ทำให้คลินิกหมอครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ความซับซ้อนกว่า รพ.สต. กล่าวคือสามารถดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมมากกว่าและมีการใช้ยามากถึง 3 ชนิด โดยมีผลการดูแลดีกว่า รพ.สต. โดยมีผลการตรวจ FBS ดีกว่า รพ.สต. และคลินิกโรคเรื้อรัง และมีระดับ urine microalbumin ดีกว่าคลินิกโรคเรื้อรังอีกทั้งยังมีระดับ LDL ดีกว่า รพ.สต. และคลินิกโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน

รพ.มาบตาพุด และหน่วยบริการปฐมภูมิของ วินัย
ปะสิ่งชอบ (2558) พบว่าค่าเฉลี่ย FBS ต่างกันอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ระดับ HbA1C ไม่ต่างกัน และ
ผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกหมอครอบครัว
ตำบลนิคมกับคลินิกโรคเรื้อรัง รพ. และ รพสต.
ในอำเภอสตึก ของอารีย์ นิสมันต์ (2561) พบว่า
HbA1C ไม่ต่างกัน ซึ่งการศึกษาของ Couppis *et al.*
(2023) ซึ่งศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบ
Primary care network (PCN) แบบทางไกลในช่วง
โควิด ในเมือง Waltham สหราชอาณาจักร พบว่า
สามารถลดระดับ HbA1C, TG ได้ และการศึกษาของ
Luo *et al.* (2018) พบว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
ในเครือข่ายปฐมภูมิ (PCN) ในประเทศสิงคโปร์จาก
คลินิก 9 แห่ง พบว่ามีค่าเฉลี่ย HbA1C ลดลง
แต่ระดับ SBP, LDL ไม่แตกต่างกัน

สำหรับการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันไม่มี
ความแตกต่างกัน แต่ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง
ด้านหลอดเลือดสมองและหัวใจ คลินิกหมอครอบครัว
พบมากกว่า รพ.สต. แต่น้อยกว่าคลินิกโรคเรื้อรัง
อาจเนื่องจากผู้ป่วยหากมีภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ต้อง
ทำการรักษาติดตามโดยแพทย์ที่คลินิกโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรังหรือคลินิกหมอครอบครัว และเนื่องจาก
เป็นภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังควรทำการศึกษาติดตาม
ในระยะยาวต่อไป ภาวะแทรกซ้อนทางตาและเท้า
ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผล
การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
ในคลินิกหมอครอบครัว อำเภอกุมภวาปี เปรียบเทียบ
กับคลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาล และ รพ.สต. ของ
กฤษณา ทวีทรัพย์ (2565) พบว่าประสิทธิผลการลด
ภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต และเท้าไม่ต่างกัน และ
การศึกษาของ Mphasha *et al.* (2023) ทบทวน
รายงานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เผยแพร่ใน
The Scopus/Elsevier, ScienceDirect, PubMed
ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2553 - 31 กรกฎาคม 2565

พบว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดย Primary health
care ให้การดูแลแบบ Diabetes self-management
education and support (DSES) ร่วมกับ Family
Centre care (FCC) เป็นเครือข่ายการดูแลแบบ
Health care-family partnerships นำไปสู่ความ
สม่ำเสมอในกิจกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นและ
ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

การวิจัยครั้งนี้พบว่าคลินิกหมอครอบครัวสันป้อ
ที่ให้การดูแลโดยใช้หลักเวชปฏิบัติครอบครัว (Family
practice) และการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care)
สามารถดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความซับซ้อนได้ดี
ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นไม่แตกต่างกับ
เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ส่วนภาวะแทรกซ้อน
ในระยะยาวควรศึกษาต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการเพิ่มการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบคลินิก
หมอครอบครัวเพื่อเพิ่มประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วย
กลุ่มโรคอื่นๆ และลดความแออัดในโรงพยาบาล
ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรติดตามการเกิด
ภาวะแทรกซ้อนระยะยาว เช่น หลอดเลือดสมอง
หลอดเลือดหัวใจ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์เฉลิม โพธารักษ์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่เมาะ ที่สนับสนุนการ
ดำเนินงานวิจัย คุณวรรณ จินนกร และบุคลากร
คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลแม่เมาะ คลินิก
หมอครอบครัวสันป้อ และ รพ.สต. ในสังกัด สสอ.แม่เมาะ
ที่ให้ความอนุเคราะห์ใช้ข้อมูล และขอขอบคุณ
ร้อยเอกหญิง ดร.วิภาวรรณ นาศรีเจริญกุล และ
คุณจรัสพิพัศ บุญตาล ที่ปรึกษาในการทำวิจัยจนทำให้
การศึกษาวิจัยบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2564). ธรรมนูญเบาหวานโลก ปี 2564 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2567];
แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=21692&deptcode=brc>
- กระทรวงมหาดไทย. (2566). ระบบสถิติทางการทะเบียน [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2567];
แหล่งข้อมูล: <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMenu/newStat/home.php>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). แนวทางการดำเนินงาน Primary Care Cluster สำหรับหน่วยบริการ
[ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2567]; แหล่งข้อมูล:
https://dmsic.moph.go.th/dmsic/admin/files/userfiles/files/PCC_Guideline.pdf
- กฤษณา ทวีทรัพย์. (2565). ประสิทธิภาพของการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกหมอ
ครอบครัว อำเภอกุมภวาปี. การประชุมวิชาการเขตสุขภาพที่ 8. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 จังหวัด
อุดรธานี.
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย.
(2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2567];
แหล่งข้อมูล: https://drive.google.com/file/d/1OAI DiCyGsJYA1-wTAXoOu6yL_YL9c7IG/view
- วินัย ปะสังขอบ. (2558). การรักษาผู้ป่วยเบาหวานเครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลมาบตาพุด จังหวัด
ระยอง. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 22(1), 21-33. [สืบค้นเมื่อ 12 กรกฎาคม 2567];
แหล่งข้อมูล: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmhs/article/view/58636/48346>
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2560). สถานการณ์โรคเบาหวานในภาคพื้นแปซิฟิก [ออนไลน์]. [สืบค้น
เมื่อ 11 กรกฎาคม 2567]; แหล่งข้อมูล:
<https://www.dnmtai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/the-chart/the-chart-1/2018-02-08-14-52-46>
- สายพิน หัตถิรัตน์. (ม.ป.ป.). เอกสารประกอบการสอนเรื่องความรู้พื้นฐานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว
(Overview Concept of Family Medicine) [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2567];
แหล่งข้อมูล:
<https://www.rama.mahidol.ac.th/fammed/sites/default/files/public/pdf/3OverviewFM.pdf>
- อารีย์ นิสมันต์. (2561). การศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างคลินิกโรคเรื้อรัง
โรงพยาบาลสตึกและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์
โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 33(2), 179-194. [สืบค้นเมื่อ 12 กรกฎาคม 2567];
แหล่งข้อมูล: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/143516>
- Couppis, O., Juneja, F., Hussain, N., & Davies, Z. (2023). Assessing the Impact of Primary Care-
Led Optimisation Clinics in the Management of Type 2 Diabetes: A Service Redesign
Pilot Study. Cureus, 15(10), e47365. [cited 2024 July 12]; Available from.
<https://doi.org/10.7759/cureus.47365>
- Farmaki, P., Damaskos, C., Garmpis, N., Garmpi, A., Savvanis, S., & Diamantis, E. (2020).
Complications of the Type 2 Diabetes Mellitus. Current Cardiology Reviews, 16(4), 249-251.
[cited 2024 July 12]; Available from: <https://doi.org/10.2174/1573403X1604201229115531>
- IDF Diabetes Atlas. (2021). Diabetes around the World in 2021 [online]. [cited 2024 July 12];
Available from: <https://diabetesatlas.org/>

- Luo, M., Zhongxian, P., Gerald, K. *et al.* (2018). Diabetes Management in a Primary Care Network (PCN) of Private General Practitioners in Singapore: An Observational Study. *Medicine*, 97(43), 1-7. [cited 2024 November 20]; Available from: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000012929>
- Mphasha, M., Skaal, L., Mothiba, T., Ngoatle, C., & Hlahla, L.S. (2023). Primary Health Care Family Partnership for Better Diabetes Outcomes of Patients: A Systematic Review. *Journal of Endocrinology, Metabolism and Diabetes of South Africa*, 28(1), 1-6. [cited 2024 November 20]; Available from: <https://doi.org/10.1080/16089677.2022.2140517>

ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน ที่มารับบริการโรงพยาบาลคลอง อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต

Health Beliefs and Antibiotic Use Behaviors among People Attending Chalong Hospital, Mueang District, Phuket Province

อับเซาะ นวลน้อย* ส.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)

Abzoh Nualnoi * B.P.H. (Public Health)

อารยา ช่อคำ** วท.ม. (เภสัชวิทยา)

Araya Khoka ** M.Sc. (Pharmacology)

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต

Student in Public Health Program, Phuket Rajabhat University, Phuket Province

** หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต

Public Health Program, Phuket Rajabhat University, Phuket Province

Received: Nov 28, 2023

Revised: Aug 16, 2024

Accepted: Dec 17, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนที่มารับบริการโรงพยาบาลคลอง อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต รวมถึงเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่มารับบริการโรงพยาบาลคลอง อายุระหว่าง 20-69 ปี สุ่มตัวอย่างตามความสะดวก จำนวน 403 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการใช้ยาปฏิชีวนะ และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยการทดสอบไคสแควร์และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพในการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับพอใช้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ (Cramer's $V=0.12$, $p<0.05$) ระดับการศึกษา (Cramer's $V=0.21$, $p<0.05$) และความเชื่อด้านสุขภาพ ($r=0.67$, $p<0.05$) ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดอบรมหรือสร้างโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมตามระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้รับบริการ โดยเฉพาะด้านการรับรู้อุปสรรคในการใช้ยาปฏิชีวนะ รวมถึงความแตกต่างระหว่างเพศ และระดับการศึกษาของผู้รับบริการ

คำสำคัญ: ความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรม, ยาปฏิชีวนะ, ภูเก็ต

ABSTRACT

The purposes of this descriptive research were to investigate levels of health beliefs and behaviors in using antibiotics among people visiting Chalong hospital in Phuket, and to analyze the relationships between personal factors and health beliefs on antibiotic use behaviors. The sample group consisted of 403 people who visited Chalong hospital, aged between 20-69 years, recruited by a convenience sampling method. Collection of data designated to interview with a questionnaire comprising personal characters, health beliefs and behaviors. Data analyses launched for frequency, percentage, mean, standard deviation and their relationships to the determinants of personal data, health beliefs and behaviors on using antibiotics through chi-square test and Pearson's correlation coefficient. The results inferred that the overall health beliefs in using antibiotics were in a moderate level, while the behaviors were in a fair level. Gender (Cramer's $V=0.12$, $p<0.05$), education level (Cramer's $V=0.21$, $p<0.05$) and health beliefs ($r=0.67$, $p<0.05$) were significantly related to antibiotic use behaviors. Therefore, organizations should train or provide educational programs that are prudential regarding an appropriate use of antibiotics, according to the level of health belief model, especially perceived barriers of antibiotic use, including the gender differences and educational level of the clients can be carried through.

Key words: Health beliefs, Behavior, Antibiotic, Phuket

บทนำ

ยาปฏิชีวนะ มีฤทธิ์ในการทำลายเชื้อแบคทีเรีย โดยผ่านกระบวนการยับยั้งการสังเคราะห์โปรตีน สารพันธุกรรม ผนังเซลล์ และเยื่อหุ้มเซลล์ของแบคทีเรีย (อารยา ข้อคำ, 2563) การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ไม่ใช่พร่ำเพรื่อ นำไปสู่ประสิทธิผลในการรักษาอาการป่วย ในขณะที่น่าจะมีการมีพฤติกรรมใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสม เช่น การใช้ยาปฏิชีวนะด้วยตนเอง การเก็บยาปฏิชีวนะไว้ใช้ในอนาคต การนำยาปฏิชีวนะของตนเองมาแบ่งให้บุคคลอื่นรับประทาน การร้องขอให้แพทย์สั่งยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น (Lajunen, 2024) พฤติกรรมดังกล่าวก่อให้เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา และเกิดการดื้อยาปฏิชีวนะในอนาคต ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

ทั้งนี้ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้มีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผ่านโครงการ Antibiotic Smart Use (ASU) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสมใน 3 อาการ คือ ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน (Respiratory Infection; RI) อูจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea; AD) และบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ (Fresh Traumatic Wound; FTW) และมีเกณฑ์เป้าหมายการใช้ยาในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และ อูจจาระร่วงเฉียบพลัน จะต้องต่ำกว่าร้อยละ 20 และ บาดแผลสดจากอุบัติเหตุจะต้องต่ำกว่าร้อยละ 40 (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2566a; 2566b; 2566c)

จากข้อมูลการใช้ยาปฏิชีวนะของประเทศไทย และโรงพยาบาลฉลอง ปีงบประมาณ 2563-2565 พบว่าแนวโน้มการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อ

ระบบหายใจส่วนบนลดลง แต่แนวโน้มการใช้ยา ในอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และบาดแผลสดจากอุบัติเหตุเพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบสถานการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะสำหรับโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน อุจจาระร่วงเฉียบพลัน บาดแผลสดจากอุบัติเหตุ ปีงบประมาณ 2563-2565

ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะ	ปีงบประมาณ					
	2563		2564		2565	
	ประเทศ ไทย	รพ.ฉลอง จ.ภูเก็ต	ประเทศ ไทย	รพ.ฉลอง จ.ภูเก็ต	ประเทศ ไทย	รพ.ฉลอง จ.ภูเก็ต
โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน	22.28	19.83	22.18	19.49	10.44	4.25
อุจจาระร่วงเฉียบพลัน	19.23	13.71	19.84	13.94	21.76	19.91
บาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	43.56	37.07	43.46	34.86	46.13	39.26

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะ รวมถึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความเชื่อด้านสุขภาพต่อ

พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนที่มารับบริการโรงพยาบาลฉลอง อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต เพื่อนำข้อมูลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม

วิธีการศึกษา

ประชากร คือ ประชาชนทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลฉลอง อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต ที่มีช่วงอายุ 20-69 ปี จำนวน 11,896 คน ข้อมูล ณ วันที่ 3 เมษายน 2566 (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2566d)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลฉลอง ที่มีช่วงอายุ 20-69 ปี ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลฉลอง สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan (1970) ยอมรับค่าความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และกำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 372 คน เพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงเก็บข้อมูลเพิ่มเติมร้อยละ 8.25 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 403 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบสะดวก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นลักษณะแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ดัดแปลงจากงานวิจัยเรื่อง ความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในจังหวัดภูเก็ตของอารยา ข้อคำ และอาทิตยา จิตจำนงค์ (2564) ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ โรคประจำตัว ประสบการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะในรอบ 1 ปี สาเหตุที่ใช้ยาปฏิชีวนะ การได้มาซึ่งยาปฏิชีวนะ และการได้รับคำแนะนำในการใช้ยาปฏิชีวนะ โดยเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการใช้ยาปฏิชีวนะ สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการใช้ยาปฏิชีวนะ การรับรู้ความรุนแรงจากการใช้ยาปฏิชีวนะ การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาปฏิชีวนะ การรับรู้อุปสรรค

ในการใช้ยาปฏิชีวนะ การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการใช้ยาปฏิชีวนะ จำนวน 25 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คำถามเชิงบวกให้ 5, 4, 3, 2, 1 และคำถามเชิงลบให้ 1, 2, 3, 4, 5 ตามลำดับ

เกณฑ์การแปลผลระดับความเชื่อด้านสุขภาพในการใช้ยาปฏิชีวนะ ใช้เกณฑ์คะแนนของ Best (1997) โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพในการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับต่ำ (การรับรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะไม่ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่)

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพในการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับปานกลาง (การรับรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะถูกต้องบางส่วน)

คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพในการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับสูง (การรับรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะถูกต้องเป็นส่วนใหญ่)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ ดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอารยา ข้อคำ และอาทิตยา จิตจำนงค์ (2564) ในการศึกษาวิจัย เรื่อง ความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในจังหวัดภูเก็ต จำนวน 20 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ เกณฑ์การให้คะแนน คือพฤติกรรมเชิงบวกให้ 4, 3, 2, 1 และพฤติกรรมเชิงลบให้ 1, 2, 3, 4 ตามลำดับ

เกณฑ์การแปลผลระดับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ ใช้เกณฑ์คะแนนของ Best (1997) โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับควรปรับปรุง (ปฏิบัติไม่ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่)

คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับพอใช้ (ปฏิบัติได้ถูกต้องบางส่วน)

คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับเหมาะสม (ปฏิบัติได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ เท่ากับ 0.93 และ 1.00 ตามลำดับ และทดลองใช้แบบสอบถามกับประชาชนที่มารับบริการโรงพยาบาลกลาง จำนวน 30 คน ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74 และ 0.80 ตามลำดับ

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดทำหนังสือถึงโรงพยาบาลคลอง เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. หลังจากได้รับความอนุเคราะห์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมให้ข้อมูลเท่านั้น โดยใช้แบบสอบถามกระดาษสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สะดวกใช้เครื่องมือสื่อสาร และแบบสอบถามออนไลน์สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่สะดวกใช้เครื่องมือสื่อสาร เช่น โทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต

3. หลังเสร็จสิ้นกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการตรวจสอบและบันทึกข้อมูลเข้าสู่โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ ใช้การทดสอบไคสแควร์ โดยวัดระดับความสัมพันธ์ด้วย Cramer's V และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ ใช้สถิติ

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดระดับ
นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

โดยเกณฑ์การแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์
สหสัมพันธ์ (r) ดังนี้ (Schober *et al.*, 2018)

ค่า r ระหว่าง 0.00-0.10 หมายถึง มีความสัมพันธ์
ในระดับต่ำมาก

ค่า r ระหว่าง 0.11-0.39 หมายถึง มีความสัมพันธ์
ในระดับต่ำ

ค่า r ระหว่าง 0.40-0.69 หมายถึง มีความสัมพันธ์
ในระดับปานกลาง

ค่า r ระหว่าง 0.70-0.89 หมายถึง มีความสัมพันธ์
ในระดับสูง

ค่า r ระหว่าง 0.90-1.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์
ในระดับสูงมาก

กรณีค่า r เป็นบวก หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์
กันในทางบวกหรือลักษณะแปรผันตรง และกรณี
ค่า r เป็นลบ หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์กัน
ในทางลบหรือลักษณะแปรผกผัน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ
ภูเก็ต เอกสารรับรองเลขที่ PKRU 2566/15 เมื่อวันที่
3 สิงหาคม 2566

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย จำนวน 210 คน
คิดเป็นร้อยละ 52.11 อายุเฉลี่ย 37.60 ปี
สถานภาพโสด จำนวน 178 คน คิดเป็นร้อยละ 44.17
จบการศึกษาระดับมัธยมปลาย/ปวช. จำนวน
104 คน คิดเป็นร้อยละ 25.80 รายได้อยู่ในช่วง
10,001-20,000 บาทต่อเดือน จำนวน 174 คน
คิดเป็นร้อยละ 43.18 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ
รับราชการ พนักงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ จำนวน
93 คน คิดเป็นร้อยละ 23.08 ไม่มีโรคประจำตัว
จำนวน 336 คน คิดเป็นร้อยละ 83.37
มีประสบการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา
จำนวน 163 คน คิดเป็นร้อยละ 40.45 สาเหตุที่ใช้
ยาปฏิชีวนะ คือ เหนื่อย อักเสบ ถอนฟัน ปวดฟัน
จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 21.47 รองลงมา
ท้องเสีย จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 20.24
ส่วนใหญ่ได้รับยาปฏิชีวนะมาจากการรักษาจาก
แพทย์ที่คลินิก โรงพยาบาล และรพ.สต. จำนวน 97 คน
คิดเป็นร้อยละ 59.51 ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำ
ในการใช้ยาปฏิชีวนะจากบุคลากรทางการแพทย์
จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 87.73 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=403 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	210	52.11
หญิง	193	47.89
อายุ		
20-30 ปี	136	33.75
31-40 ปี	115	28.53
41-50 ปี	77	19.11
51-60 ปี	50	12.41
61-69 ปี	25	6.20
Mean=37.60, S.D.=12.73, Min=20, Max=68		

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=403 คน) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพการสมรส		
โสด	178	44.17
สมรส	165	40.94
หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	60	14.89
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	43	10.67
มัธยมศึกษาตอนต้น	51	12.65
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	104	25.80
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า/ ปวส.	88	21.84
ปริญญาตรี	99	24.57
สูงกว่าปริญญาตรี	18	4.47
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	19	4.71
5,000-10,000 บาท	70	17.37
10,001-20,000 บาท	174	43.18
20,001-30,000 บาท	80	19.85
มากกว่า 30,000 บาทขึ้นไป	60	14.89
Median=20,000, Min=0, Max=300,000		
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	34	8.44
นักเรียน/ นักศึกษา	41	10.17
เกษตรกร	17	4.22
รับจ้างทั่วไป	40	9.92
รับราชการ/ พนักงานของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ	93	23.08
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	91	22.58
พนักงานบริษัท/ พนักงานเอกชน	87	21.59
โรคประจำตัว		
ไม่มี	336	83.37
มี	67	16.63
ประสบการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะในรอบ 1 ปี		
ไม่มี	240	59.55
มี	163	40.45

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=403 คน) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สาเหตุที่ใช้ยาปฏิชีวนะในรอบ 1 ปี (n=163 คน)		
ทอนซิลอักเสบ/คออักเสบ	22	13.50
เหงือกอักเสบ/ถอนฟัน/ปวดฟัน	35	21.47
ท้องเสีย	33	20.24
แผลอักเสบ/ฝี/หนอง	16	9.82
สัตว์กัด/สุนัขกัด/แมวกัด	25	15.34
ติดเชื้อในระบบต่างๆ ของร่างกาย	31	19.02
แผลผ่าตัด	1	0.61
การได้มาซึ่งยาปฏิชีวนะในรอบ 1 ปี (n=163 คน)		
ซื้อจากร้านขายยา โดยไม่มีใบสั่งยาจากแพทย์	28	17.18
ซื้อจากร้านขายยา โดยมีใบสั่งยาจากแพทย์	28	17.18
การรักษาจากแพทย์ที่คลินิก/โรงพยาบาล/รพ.สต.	97	59.51
ได้รับมาจากผู้อื่น/ผู้อื่นแนะนำ	3	1.84
ยามืออยู่ที่บ้าน/ยาเหลือใช้	7	4.29
การได้รับคำแนะนำในการใช้ยาปฏิชีวนะจากบุคลากรทางการแพทย์		
ในรอบ 1 ปี (n=163 คน)		
ไม่ได้รับ	20	12.27
ได้รับ	143	87.73

2. ความเชื่อด้านสุขภาพในการใช้ยาปฏิชีวนะ

ความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง โดยการรับรู้ความรุนแรงจากการใช้ยาปฏิชีวนะมีคะแนนสูงสุด และการรับรู้อุปสรรคจากการใช้ยาปฏิชีวนะมีคะแนนต่ำสุด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเชื่อด้านสุขภาพในการใช้ยาปฏิชีวนะ (n=403 คน)

ความเชื่อด้านสุขภาพในการใช้ยาปฏิชีวนะ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการใช้ยาปฏิชีวนะ	3.11	1.02	ปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรงจากการใช้ยาปฏิชีวนะ	3.69	0.93	สูง
การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาปฏิชีวนะ	3.46	0.89	ปานกลาง
การรับรู้อุปสรรคจากการใช้ยาปฏิชีวนะ	2.18	1.01	ต่ำ
การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการใช้ยาปฏิชีวนะ	3.24	1.14	ปานกลาง
รวม	3.22	0.99	ปานกลาง

3. พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ

พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับพอใช้ พฤติกรรมอยู่ในระดับเหมาะสม จำนวน 104 คน จำนวน 299 คน คิดเป็นร้อยละ 74.19 รองลงมา คิดเป็นร้อยละ 25.81 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ (n=403 คน)

ระดับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้	299	74.19
พฤติกรรมอยู่ในระดับเหมาะสม	104	25.81

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยา

4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ พบว่า เพศ (Cramer's V=0.12) และระดับการศึกษา (Cramer's V=0.21) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ (n=403 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ				χ^2	p-value	Cramer's V
	พอใช้		เหมาะสม				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ					6.07	0.01*	0.12
ชาย	145	48.49	65	62.50			
หญิง	154	51.51	39	37.50			
อายุ (ปี)					6.06	0.20	0.12
20-30	104	34.78	32	30.77			
31-40	83	27.76	32	30.77			
41-50	55	18.39	22	21.15			
51-60	42	14.05	8	7.69			
61-69	15	5.02	10	9.62			
สถานภาพการสมรส					2.37	0.50	0.08
โสด	127	42.48	51	49.04			
สมรส	124	41.47	41	39.42			
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	48	16.05	12	11.54			
ระดับการศึกษา					18.44	0.01*	0.21
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	29	9.70	14	13.46			
มัธยมศึกษาตอนต้น	41	13.71	10	9.61			
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	80	26.76	24	23.08			
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า/ปวส.	71	23.75	17	16.35			
ปริญญาตรี	68	22.74	31	29.81			
สูงกว่าปริญญาตรี	10	3.34	8	7.69			

*p-value<0.05

ตารางที่ 5 ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ (n=403 คน)(ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ				χ^2	p-value	Cramer's V
	พอใช้		เหมาะสม				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
รายได้ต่อเดือน (บาท)					3.82	0.43	0.10
ต่ำกว่า 5,000	19	6.35	6	5.77			
5,000-10,000	53	17.73	11	10.58			
10,001-20,000	128	42.81	46	44.23			
20,001-30,000	55	18.39	25	24.04			
มากกว่า 30,000	44	14.72	16	15.38			
อาชีพ					3.43	0.75	0.09
ไม่ได้ทำงาน	25	8.36	9	8.65			
นักเรียน/นักศึกษา	29	9.70	12	11.54			
เกษตรกร	13	4.35	4	3.85			
รับจ้างทั่วไป	33	11.04	7	6.73			
รับราชการ/พนักงานของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ	67	22.40	26	25.00			
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	71	23.75	20	19.23			
พนักงานบริษัท/พนักงานเอกชน	61	20.40	26	25.00			
โรคประจำตัว					0.49	0.49	0.04
ไม่มี	247	82.61	89	85.58			
มี	52	17.39	15	14.42			
ประสบการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะ ในรอบ 1 ปี					0.00	0.99	0.00
ไม่มี	178	59.53	62	59.62			
มี	121	40.47	42	40.38			

4.2 ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ ($r=0.67$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ โดยด้านที่มีความสัมพันธ์มากที่สุด ได้แก่ การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการใช้ยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการใช้

ยาปฏิชีวนะ ($r=0.66$) รองลงมา คือ การรับรู้ประโยชน์ ($r=0.62$) การรับรู้ความรุนแรง ($r=0.61$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ($r=0.31$) และการรับรู้อุปสรรค ($r=0.18$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยา (n=403 คน)

ความเชื่อด้านสุขภาพ \ พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการใช้ยาปฏิชีวนะ	0.31	0.00*	ต่ำ
การรับรู้ความรุนแรงจากการใช้ยาปฏิชีวนะ	0.61	0.00*	ปานกลาง
การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาปฏิชีวนะ	0.62	0.00*	ปานกลาง
การรับรู้อุปสรรคจากการใช้ยาปฏิชีวนะ	0.18	0.00*	ต่ำ
การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการใช้ยาปฏิชีวนะ	0.66	0.00*	ปานกลาง
ภาพรวมความเชื่อด้านสุขภาพ	0.67	0.00*	ปานกลาง

*p-value<0.05

อภิปรายผล

กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมในประชาชน เพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยาในอนาคต ดังแผนปฏิบัติการด้านการดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2566-2570 ซึ่งเน้นการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยาและการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมมากกว่าร้อยละ 30 (คณะกรรมการนโยบายการดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ, 2566) และแผนดังกล่าวสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ. 2561-2580 โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประเทศไทยพัฒนาอย่างมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน ภายใต้ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์มีตัวชี้วัดสำคัญคือ การพัฒนาคุณภาพชีวิต สุขภาวะ และความเป็นอยู่ที่ดีของคนไทย โดยเน้นการเสริมสร้างให้บุคคลมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญา สามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ มีศักยภาพในการดูแลและจัดการสุขภาวะที่ดีได้ด้วยตนเอง รวมถึงมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (ประกาศ เรื่อง ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580, 2561)

จากผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีจะมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม อธิบายได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของ

บุคคลในการปฏิบัติหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง หากบุคคลที่มีความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีมักจะมีพฤติกรรมที่เหมาะสม (Rosenstock, 1974) เมื่อพิจารณาผลการศึกษารายด้านพบว่า การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการใช้ยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะมากที่สุด โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลจากสื่อต่างๆ อย่างเพียงพอจะมีการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะเมื่อจำเป็นเท่านั้น อาจเนื่องมาจากการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ กระตุ้นหรือชักนำให้บุคคลเกิดความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา รับทราบข้อดีข้อเสียจากการใช้ยาปฏิชีวนะ เกิดความตระหนักในการใช้ยาปฏิชีวนะเมื่อจำเป็น และหลีกเลี่ยงการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างพร่ำเพรื่อ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sinuraya *et al.* (2023) ที่พบว่าการได้รับความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะได้

การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ โดยกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการรับประทานยาปฏิชีวนะตามคำแนะนำของแพทย์ ช่วยให้อาการดีขึ้นและลดโอกาสเสี่ยงในการดื้อยาปฏิชีวนะ อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลรับรู้ว่ายาปฏิชีวนะมีประโยชน์ในการรักษาโรค ช่วยให้ตนเองหายจากโรคได้หากรับประทานตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด ไม่หยุดยาเมื่อ

อาการดีขึ้น บุคคลนั้นจะปฏิบัติพฤติกรรมอย่างเหมาะสม (Rosenstock, 1974) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jones *et al.* (2024) พบว่าบุคคลที่เชื่อว่ายาปฏิชีวนะมีประโยชน์ มักจะไม่พบการใช้ยาเกินขนาดหรือใช้ยาอย่างอันตราย

การรับรู้ความรุนแรงจากการใช้ยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang *et al.* (2023) ที่พบว่าการรับรู้สิ่งคุกคามหรือความรุนแรงในการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนจีนในเมืองฉงชิ่ง มีผลทางบวกต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการรับประทานยาปฏิชีวนะมีโอกาสดังกล่าวได้ค่อนข้างสูง อธิบายได้ว่า การรับรู้อันตรายจากการใช้ยาปฏิชีวนะ เช่น การเกิดผลข้างเคียง การดื้อยา การแพ้ยา โดยเฉพาะการแพ้ยาอย่างรุนแรง (Stevens-Johnson syndrome; SJS) อาจทำให้เกิดการเสียชีวิตได้ (Shah *et al.*, 2024) บุคคลจะเกิดความกลัวต่ออันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น นำไปสู่การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม

การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการใช้ยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee *et al.* (2023) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเชื้อดื้อยาจากการใช้ยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างเหมาะสม จากผลการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการมีผลแพ้ยาที่ผิวหนังและมีหนองจำเป็นต้องรับประทานยาปฏิชีวนะ อธิบายได้ว่า บุคคลที่รับรู้และทราบว่าโรคหรืออาการใดที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษา บุคคลนั้นย่อมมีพฤติกรรมแสวงหายาปฏิชีวนะมาบำบัดตนเอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับยาปฏิชีวนะมาจากสถานบริการสุขภาพและได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งนี้การมีผลแพ้ยาที่ผิวหนัง และมีหนองแสดงถึงการติดเชื้อแบคทีเรียซึ่งยาปฏิชีวนะสามารถใช้ในการรักษาโรคที่มีสาเหตุ

มาจากการติดเชื้อแบคทีเรียเท่านั้น ไม่มีผลต่อเชื้อไวรัส และเชื้อรา (อารยา ข้อคำ, 2563)

การรับรู้อุปสรรคจากการใช้ยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ สอดคล้องกับการศึกษาของ Yin *et al.* (2021) พบว่าบุคคลที่มีการรับรู้อุปสรรคจากการใช้ยาปฏิชีวนะในระดับปานกลางและสูงจะมีการใช้ยาปฏิชีวนะด้วยตนเองอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน ซึ่งผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคจากการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับต่ำ โดยรับรู้ว่ายาปฏิชีวนะสามารถหาซื้อได้ง่าย ยาที่มีราคาแพงจะมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคดีกว่าราคาถูก ซึ่งเป็นการรับรู้ไม่ถูกต้อง อาจนำไปสู่พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะไม่เหมาะสม เช่น กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาปฏิชีวนะเมื่อมีอาการปวดกล้ามเนื้อ นับเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เป็นการใช้ยาพร่ำเพรื่อ ไม่สามารถรักษาอาการให้หายได้ และเสี่ยงต่อการได้รับผลข้างเคียงจากยาปฏิชีวนะ ทั้งนี้ในกรณีที่อาการปวดอักเสบของกล้ามเนื้อ ยาที่เหมาะสมในการรักษาอาจเป็นยาแก้ปวดหรือยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) (Gupta *et al.*, 2023)

นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า เพศและระดับการศึกษาเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ อธิบายได้ว่าเพศชายมักมีความละเอียดอ่อนในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งน้อยกว่าเพศหญิง ในขณะที่เพศหญิงจะมีความใส่ใจรายละเอียดรอบคอบ ตรวจสอบอย่างละเอียดก่อนปฏิบัติพฤติกรรม (Mehta *et al.*, 2024) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sinuraya *et al.* (2023) พบว่าเพศมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ และการศึกษาของอารยา ข้อคำ และอาทิตย์ จิตจำนงค์ (2564) พบว่าเพศหญิงเป็นตัวแปรพยากรณ์ที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตร

วิชาชีพขึ้นไป ซึ่งบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ การแสวงหาข้อมูล ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยา สามารถประเมินสุขภาพของตนเองได้ว่าจำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะหรือไม่ใช้อย่างไรให้ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sinuraya *et al.* (2023) ที่พบว่าระดับการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ

ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดอบรม หรือสร้างโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ด้วยวิธีการที่หลากหลายรูปแบบ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง นำไปสู่พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงเพศ ระดับการศึกษา และความเชื่อด้านสุขภาพของผู้รับบริการ โดยเฉพาะด้านการรับรู้อุปสรรคจากการใช้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ เช่น ผู้รับบริการรับรู้ว่ายาปฏิชีวนะสามารถหาซื้อได้ง่ายตามร้านขายยา และยาปฏิชีวนะที่มีราคาแพงจะมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคดีกว่ายาปฏิชีวนะที่มีราคาถูก ซึ่งเป็นการรับรู้ไม่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งถัดไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อพฤติกรรม การใช้ยาปฏิชีวนะ เช่น แรงสนับสนุนจากสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง การได้รับข้อมูล ข่าวสาร รวมถึงทัศนคติในการใช้ยาปฏิชีวนะ และศึกษาในประชากรที่หลากหลาย เช่น ผู้ป่วย บุคลากรทางสุขภาพ และประชาชนทั่วไป
2. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณโรงพยาบาลกลางที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทดสอบเครื่องมือวิจัย และโรงพยาบาลคลองที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม การวิจัย จนการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2566a). ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก ระดับโรงพยาบาล (RI) [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 6 สิงหาคม 2567]; แหล่งข้อมูล:
https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=03b912ab9ccb4c07280a89bf05e5900e&id=d8fa7339c10c7eccd02529be81ebb8a5
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2566b). ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก ระดับโรงพยาบาล (AD) [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 6 สิงหาคม 2567]; แหล่งข้อมูล:
https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=03b912ab9ccb4c07280a89bf05e5900e&id=b307f1d136925d2c20940e5cc9c49ec7
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2566c). ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ ระดับโรงพยาบาล (FTW) [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 6 สิงหาคม 2567]; แหล่งข้อมูล:
https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=03b912ab9ccb4c07280a89bf05e5900e&id=1fa1fd876237284f018ec8356cad29b1

- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2566d). ประชากรจำแนกเพศ กลุ่มอายุ รายปี เขตสุขภาพที่ 11 จังหวัดภูเก็ต อำเภอเมืองภูเก็ต ตำบลฉลอง ปี 2566 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 3 เมษายน 2566]; แหล่งข้อมูล: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0&id=710884bc8d16f755073cf194970b064a
- คณะกรรมการนโยบายการต่อต้านจุลชีพแห่งชาติ. (2566). แผนปฏิบัติการด้านการต่อต้านจุลชีพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2566-2570 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 9 กรกฎาคม 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://shorturl.at/jvi9Q>
- ประกาศ เรื่อง ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561-2580). (2561, 13 ตุลาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 135 ตอนที่ 82 ก. หน้า 30-37.
- อารยา ข้อคำ. (2563). ยาปฏิชีวนะและการดื้อยาปฏิชีวนะของแบคทีเรีย. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 27(2), 125-139. [สืบค้นเมื่อ 9 กรกฎาคม 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmhs/article/view/244782>
- อารยา ข้อคำ และอาทิตย์ จิตจำนงค์. (2564). ความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในจังหวัดภูเก็ต. เวชสารแพทย์ทหารบก, 74(4), 277-290. [สืบค้นเมื่อ 9 กรกฎาคม 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/rtamedj/article/view/248705>
- Best, J. W. (1997). *Research in Education*. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Gupta, R., Gauri, R., Sharma, R. (2023). Advancement in the management of rheumatoid arthritis. *RPS Pharmacy and Pharmacology Reports*, 2(1), 1-7. [cited 2024 July 9]; Available from: <https://academic.oup.com/rpsppr/article/2/1/rqad005/7099421>
- Jones, A. S. K., Chan, A. H. Y., Beyene, K., *et al.* (2024). Beliefs about antibiotics, perceptions of antimicrobial resistance, and antibiotic use: initial findings from a multi-country survey. *International Journal of Pharmacy Practice*, 32(1), 21-28. [cited 2024 July 9]; Available from: <https://doi.org/10.1093/ijpp/riad089>
- Krejcie, R. V. and Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, Vol.30, 607-610.
- Lajunen, T. J. (2024). Antibiotic use in communities. *Antibiotics*, 13(5), 438. [cited 2024 December 9]; Available from: <https://doi.org/10.3390/antibiotics13050438>
- Lee, S. Y., Yang, S., & Lwin, M. O. (2023). Are threat perceptions associated with patient adherence to antibiotics? Insights from a survey regarding antibiotics and antimicrobial resistance among the Singapore public. *BMC Public Health*, 23(1), 532. [cited 2024 August 9]; Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15184-y>
- Mehta, S., Chahal, A., Malik, S., *et al.* (2024). Understanding female and male insights in psychology: who thinks what?. *Journal of Lifestyle Medicine*, 14(1), 1-5. [cited 2024 August 9]; Available from: <https://doi.org/10.15280/jlm.2024.14.1.1>
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335. [cited 2024 August 9]; Available from: <https://www.jstor.org/stable/45240621>

- Schober, P., Boer, C., & Schwarte, L. A. (2018). Correlation coefficients: appropriate use and interpretation. *Anesthesia & Analgesia*, 126(5), 1763-1768. [cited 2024 August 11]; Available from: <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002864>
- Shah, H., Parisi, R., Mukherjee, E., *et al.* (2024). Update on Stevens–Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: diagnosis and management. *American Journal of Clinical Dermatology*, 25(6), 891-908. [cited 2024 December 12]; Available from: <https://doi.org/10.1007/s40257-024-00889-6>
- Sinuraya, R. K., Wulandari, C., Amalia, R., *et al.* (2023). Understanding public knowledge and behavior regarding antibiotic use in Indonesia. *Infection and Drug Resistance*, 16, 6833-6842. [cited 2024 December 12]; Available from: <https://doi.org/10.2147/IDR.S427337>
- Wang, Q., Wu, Y., Wang, D., *et al.* (2023). The impacts of knowledge and attitude on behavior of antibiotic use for the common cold among the public and identifying the critical behavioral stage: based on an expanding KAP model. *BMC Public Health*, 23(1), 1683. [cited 2024 July 9]; Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16595-7>
- Yin, X., Mu, K., Yang, H., *et al.* (2021). Prevalence of self-medication with antibiotics and its related factors among Chinese residents: a cross-sectional study. *Antimicrobial resistance and infection control*, 10(1), 89. [cited 2024 December 6]; Available from: <https://doi.org/10.1186/s13756-021-00954-3>

ความรอบรู้ด้านโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และดัชนีมวลกาย ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

Nutrition Literacy, Food Consumption Behaviors and Body Mass Index of Students in Bansomdejchaopraya Rajabhat University

อลงกต ประสานศรี ส.ม. (วิทยาการระบาดและ
การจัดการสารสนเทศทางสาธารณสุข)
นงนภัส รังศรี ส.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)
วริษา ถิ่นสำราญ ส.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)
อาดื้อ - ส.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)

Alongkot Prasansri M.P.H. (Epidemiology and
Health information management)
Nongnapat Rungsri B.P.H. (Public Health)
Warisa Thinsamran B.P.H. (Public Health)
Ardue - B.P.H. (Public Health)

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

Faculty of Science and Technology, Bansomdejchaopraya Rajabhat University

Received: Jun 27, 2024

Revised: Sep 10, 2024

Accepted: Nov 6, 2024

บทคัดย่อ

ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในกลุ่มวัยรุ่นทั่วโลกกำลังเพิ่มขึ้น และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และดัชนีมวลกายของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 401 คน สุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญตามสัดส่วนของนักศึกษาในแต่ละคณะ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และการประเมินดัชนีมวลกาย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านโภชนาการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.62 ความรอบรู้ด้านโภชนาการรายด้านพบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.83 ด้านความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี ร้อยละ 54.86 ด้านทักษะในการสื่อสารด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี ร้อยละ 54.11 ด้านทักษะการจัดการตนเองด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.08 ด้านทักษะการตัดสินใจการเลือกปฏิบัติด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี ร้อยละ 49.38 และด้านการรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี ร้อยละ 66.33 พฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดีร้อยละ 0.50 และมีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 24.44 ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์และอ้วน ร้อยละ 29.17 การวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะว่ามหาวิทยาลัยควรส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการของวัยรุ่นและจัดกิจกรรมโดยเน้นการปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างทักษะด้านโภชนาการให้กับนักศึกษา ดำเนินโครงการที่ส่งเสริมการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมกับการบริโภคในชีวิตประจำวัน รวมทั้งการจัดทำโปรแกรมการส่งเสริมให้นักศึกษามีดัชนีมวลกายตามเกณฑ์ปกติเพื่อป้องกันปัญหาด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับดัชนีมวลกาย

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านโภชนาการ, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, ดัชนีมวลกาย, นักศึกษา

ABSTRACT

Globally, the prevalence of overweight and obesity among adolescents is increasing and is associated with unhealthy dietary behaviors. A cross-sectional study aimed to investigate nutrition literacy, food consumption behaviors and body mass index (BMI) of students in Bansomdejchaopraya Rajabhat University. 401 study students were recruited by a haphazard sampling method from a proportion to the number of students in each faculty. Collection of data was common under development of a standardized questionnaire and a form of BMI assessment. Data analysis had a unique purpose and application in interpreting outcomes by descriptive statistics. The results revealed a majority of the students had a moderate level of overall nutritional literacy at 53.62%. In terms of specific aspects of nutritional literacy could be reported as follows: 66.83% of students had moderately accessible to nutritional information, 54.86% good understanding of nutrition, 54.11% well nutritional communication skills, 68.08% moderate level of self-management skills in nutrition, 49.38% fine decision-making skills in nutritional practices, and 66.33% worthy nutrition media literacy. Regarding food consumption behaviors were at a good level, accounting for 0.50%. Meanwhile, 24.44% of students were underweight, and 29.17% were overweight or obese. This study suggested that universities should promote nutritional literacy among adolescents and organize practical activities to enhance students' nutritional skills. They should implement programs that encourage appropriately the consumption of nutritious food for daily life. Additionally, creation of the programs that promote students to have a normal body mass index could prevent health problems.

Keywords: Nutrition literacy, Food consumption behaviors, Body mass index, Students

บทนำ

ปัญหาภาวะโภชนาการเป็นปัญหาที่สำคัญของโลก ในปี พ.ศ. 2565 พบว่าประชากรโลก 1 ใน 8 เป็นโรคอ้วน โดยประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป ร้อยละ 43 มีน้ำหนักเกิน และร้อยละ 16 เป็นโรคอ้วน (Lobstein *et al*, 2022; World Health Organization, 2022) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 พบว่าคนไทยมีแนวโน้มในการเป็นโรคอ้วนมากขึ้น ร้อยละ 42.2 เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2559 ร้อยละ 37.5 (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2564) และคนไทยที่มีภาวะโภชนาการเกินเริ่มป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของการป่วยด้วย

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2566) สำหรับกลุ่มวัยรุ่นอายุ 18-21 ปี มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ผอม ร้อยละ 23.3 ดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 47.3 ระดับเริ่มอ้วน ร้อยละ 10.5 อ้วนระดับ 1 ร้อยละ 12.1 และอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 6.9 (ลักษณะ รุ่งตระกูล, 2562) ดัชนีมวลกายขาดหรือเกินเกณฑ์นั้นมีปัจจัยสำคัญจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จากการสำรวจประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่านิยมบริโภคเนื้อสัตว์ติดมัน อาหารแปรรูปไขมันสูง อาหารหวาน มัน เค็มมากเกินไป และดื่มน้ำอัดลม

มากกว่าน้ำสะอาด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561) ขอบรับประทานอาหารตามโฆษณาและความชอบมากกว่าคุณค่าทางโภชนาการ เลือกซื้ออาหารโดยขาดการไตร่ตรองไม่คำนึงถึงเรื่องสุขภาพ (ปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์ และวรางคณา อุดมทรัพย์, 2560) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะที่จำเป็นด้านโภชนาการของวัยรุ่น รวมทั้งกลยุทธ์การตลาดเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจซื้อและบริโภค การพัฒนามาตรการปกป้องวัยรุ่นไทยจากการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจึงควรสนับสนุนการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพ (ภัทรระ คำพิทักษ์, 2565) ความรอบรู้ทางโภชนาการ (Nutrition literacy) เป็นประเด็นภายใต้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2008) โดยเน้นในขอบเขตและบริบทด้านโภชนาการที่หมายถึงความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงหรือได้มา การประมวลและเข้าใจความรู้เกี่ยวกับหลักโภชนาการและทักษะที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจด้านโภชนาการที่เหมาะสมกับสุขภาพของตน (Gibbs & Chapman-Novakofski, 2013; Silk *et al.*, 2008; Zoellner *et al.*, 2009) การศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าความรู้ทางโภชนาการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร (รัตนภรณ์ สาสืหา และคณะ, 2565) และภาวะโภชนาการเกินหรืออ้วน (Shih *et al.*, 2016) การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และดัชนีมวลกายของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางและประโยชน์ในการสร้างความรอบรู้ด้านโภชนาการ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการส่งเสริมให้นักศึกษามีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญาและคุณภาพชีวิตที่ดี

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ดำเนินการวิจัยในมหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง 25 มีนาคม พ.ศ. 2567

ประชากร คือ นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยาระดับปริญญาตรี ภาคปกติ ปีการศึกษา 2566 ชั้นปีที่ 1-5 ทั้ง 6 คณะ ได้แก่ คณะครุศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คณะวิทยาการจัดการ คณะวิศวกรรมศาสตร์และเทคโนโลยีอุตสาหกรรม และวิทยาลัยการดนตรี จำนวน 11,442 คน (มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา, 2566)

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยาระดับปริญญาตรี ภาคปกติ ปีการศึกษา 2566 ชั้นปีที่ 1-5 ทั้ง 6 คณะ ขนาดตัวอย่างได้มาจากการคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน (Wayne, 1995) ใช้ค่าสัดส่วนดัชนีมวลกายจากการทบทวนวรรณกรรมเท่ากับ 0.572 (กวินดา วิเศษแก้ว และเบญจา มุกตพันธุ์, 2563) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 และระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 365 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างเพิ่มเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนการไม่ตอบสนองร้อยละ 10 จึงใช้ขนาดตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 401 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญตามสัดส่วนของนักศึกษาในแต่ละคณะโดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย คือ นักศึกษาเพศชายและเพศหญิงที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1-5 ภาคปกติ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ทั้ง 6 คณะ มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย คือ ผู้ที่ใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมหรือยาที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงน้ำหนัก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ชั้นปี คณะ และรายได้ต่อเดือน

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านโภชนาการ จำนวน 31 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากแนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2008) ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ ความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการ ทักษะในการสื่อสารด้านโภชนาการ ทักษะการจัดการตนเองด้านโภชนาการ ทักษะการตัดสินใจการเลือกปฏิบัติด้านโภชนาการ และการรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ การวิจัยนี้แปลผลความรอบรู้ด้านโภชนาการโดยรวมและรายด้าน มีรายละเอียดดังนี้

ความรอบรู้ด้านโภชนาการโดยรวม เป็นการพิจารณาความรอบรู้ด้านโภชนาการรวมทั้ง 6 ด้าน จากคำถามทั้ง 31 ข้อ คะแนนรวม 0-84 คะแนน การแปลผลใช้เกณฑ์ของ Nutbeam (2008) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ไม่ดี (0-49 คะแนน) ปานกลาง (50-67 คะแนน) และดี (68-84 คะแนน)

ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวม 0-12 คะแนน การแปลผลใช้เกณฑ์ของ Nutbeam (2008) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ไม่ดี (0-3 คะแนน) ปานกลาง (4-7 คะแนน) และดี (8-12 คะแนน)

ด้านความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ คะแนนรวม 0-10 คะแนน การแปลผลใช้เกณฑ์ของ Nutbeam (2008) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ไม่ดี (0-5 คะแนน) ปานกลาง (6-7 คะแนน) และดี (8-10 คะแนน)

ด้านทักษะในการสื่อสารด้านโภชนาการ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวม 0-20 คะแนน การแปลผลใช้เกณฑ์ของ Nutbeam (2008) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ไม่ดี (0-6 คะแนน) ปานกลาง (7-13 คะแนน) และดี (14-20 คะแนน)

ด้านทักษะการจัดการตนเองด้านโภชนาการ จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวม 0-12 คะแนน การแปลผลใช้เกณฑ์ของ Nutbeam (2008) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ไม่ดี (0-3 คะแนน) ปานกลาง (4-7 คะแนน) และดี (8-12 คะแนน)

ด้านทักษะการตัดสินใจการเลือกปฏิบัติด้านโภชนาการ จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวม 0-28 คะแนน การแปลผลใช้เกณฑ์ของ Nutbeam (2008) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ไม่ดี (0-8 คะแนน) ปานกลาง (9-18 คะแนน) และดี (19-28 คะแนน)

ด้านการรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวม 0-12 คะแนน การแปลผลใช้เกณฑ์ของ Nutbeam (2008) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ไม่ดี (0-3 คะแนน) ปานกลาง (4-7 คะแนน) และดี (8-12 คะแนน)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหาร การเลือกซื้ออาหาร การรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม จำนวน 29 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย คะแนนรวม 0-116 คะแนน การแปลผลประยุกต์จากเกณฑ์การให้คะแนนระดับพฤติกรรมสุขภาพของกองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2561) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ไม่ดี (0-38 คะแนน) ปานกลาง (39-77 คะแนน) และดี (78-116 คะแนน)

ส่วนที่ 4 ดัชนีมวลกาย มีลักษณะแบบเติมข้อความ จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง และดัชนีมวลกาย โดยคำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย ใช้สูตรน้ำหนัก (kg) หารด้วยส่วนสูง (m²) แปลผลตามเกณฑ์ของ World Health Organization (2000) แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ต่ำกว่าเกณฑ์ (<18.50 kg/m²)

ปกติ (18.50-22.99 kg/m²) เกินเกณฑ์ (23.00-24.99 kg/m²) และอ้วน (≥25.00 kg/m²)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ดังนี้ ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทุกข้อมีค่าเท่ากับ 1.00 ความรอบรู้ด้านโภชนาการ มีค่าระหว่าง 0.67-1.00 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีค่าระหว่าง 0.67-1.00 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้เก็บข้อมูลกับนักศึกษา มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน ทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในแบบสอบถามความรอบรู้ด้านโภชนาการ ได้ค่าดังนี้ ความรอบรู้ด้านโภชนาการโดยรวม เท่ากับ 0.77 ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ เท่ากับ 0.71 ด้านความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการ เท่ากับ 0.62 ด้านทักษะในการสื่อสารด้านโภชนาการ เท่ากับ 0.80 ด้านทักษะการจัดการตนเองด้านโภชนาการ เท่ากับ 0.71 ด้านทักษะการตัดสินใจการเลือกปฏิบัติด้านโภชนาการ เท่ากับ 0.63 ด้านการรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ เท่ากับ 0.79 และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เท่ากับ 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อบรรยายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความรอบรู้ด้านโภชนาการโดยรวมและรายด้าน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และดัชนีมวลกาย นำเสนอโดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ณ วันที่ 12 มกราคม 2567 ตามเอกสารเลขที่ COA No. 670103

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 401 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 282 คน ร้อยละ 70.32 มีอายุ 18-20 ปี จำนวน 350 คน ร้อยละ 87.28 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 19.82 ปี (S.D.=1.41) ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 1 จำนวน 175 คน ร้อยละ 43.64 ศึกษาอยู่คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ จำนวน 123 คน ร้อยละ 30.67 และมีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท จำนวน 183 คน ร้อยละ 45.64 โดยมีค่าเฉลี่ยรายได้เท่ากับ 7,572.07 บาท (S.D.=5,163.87) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=401 คน)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	119	29.68
หญิง	282	70.32
อายุ (ปี)		
18-20 ปี	350	87.28
>20 ปี	51	12.72
Mean=19.82, S.D.=1.41, Max=25, Min=18		

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=401 คน) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ชั้นปี		
ชั้นปีที่ 1	175	43.64
ชั้นปีที่ 2	60	14.96
ชั้นปีที่ 3	99	24.69
ชั้นปีที่ 4	67	16.71
คณะ		
คณะครุศาสตร์	50	12.47
คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	123	30.67
คณะวิทยาการจัดการ	100	24.94
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	74	18.45
คณะวิศวกรรมศาสตร์และเทคโนโลยีอุตสาหกรรม	24	5.99
วิทยาลัยการดนตรี	30	7.48
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
≤5,000	183	45.64
5,001-10,000	153	38.15
10,001-15,000	46	11.47
>15,000	19	4.74
Mean=7,572.07, S.D.=5,163.87, Max=45,000, Min=1,000		

ความรู้ด้านโภชนาการ
กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านโภชนาการโดยรวมระดับปานกลาง จำนวน 215 คน ร้อยละ 53.62 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 268 คน ร้อยละ 66.83 ด้านความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี จำนวน 220 คน ร้อยละ 54.86 ด้านทักษะในการสื่อสารด้านโภชนาการส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี จำนวน 217 คน ร้อยละ 54.11 ด้านทักษะการจัดการตนเองด้านโภชนาการส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 273 คน ร้อยละ 68.08 ด้านทักษะการตัดสินใจการเลือกปฏิบัติด้านโภชนาการส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี จำนวน 198 คน ร้อยละ 49.38 และด้านการรู้เท่าทัน

สื่อด้านโภชนาการส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี จำนวน 266 คน ร้อยละ 66.33 ดังตารางที่ 2

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับไม่ดี จำนวน 13 คน ร้อยละ 3.24 ปานกลาง จำนวน 386 คน ร้อยละ 96.26 และดี จำนวน 2 คน ร้อยละ 0.50 ดังตารางที่ 2

ดัชนีมวลกาย

กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ จำนวน 98 คน ร้อยละ 24.44 ดัชนีมวลกายปกติ จำนวน 186 คน ร้อยละ 46.39 ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ จำนวน 43 คน ร้อยละ 10.72 และอ้วน จำนวน 74 คน ร้อยละ 18.45 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรอบรู้ด้านโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และดัชนีมวลกาย (n=401 คน)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ความรอบรู้ด้านโภชนาการโดยรวม		
ไม่ดี	73	18.20
ปานกลาง	215	53.62
ดี	113	28.18
ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ		
ไม่ดี	2	0.50
ปานกลาง	268	66.83
ดี	131	32.67
ด้านความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการ		
ไม่ดี	100	24.94
ปานกลาง	81	20.20
ดี	220	54.86
ด้านทักษะในการสื่อสารด้านโภชนาการ		
ไม่ดี	18	4.49
ปานกลาง	166	41.40
ดี	217	54.11
ด้านทักษะการจัดการตนเองด้านโภชนาการ		
ไม่ดี	6	1.50
ปานกลาง	273	68.08
ดี	122	30.42
ด้านทักษะการตัดสินใจการเลือกปฏิบัติด้านโภชนาการ		
ไม่ดี	9	2.24
ปานกลาง	194	48.38
ดี	198	49.38
ด้านการรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ		
ไม่ดี	12	3.00
ปานกลาง	123	30.67
ดี	266	66.33
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร		
ไม่ดี	13	3.24
ปานกลาง	386	96.26
ดี	2	0.50
ดัชนีมวลกาย		
ต่ำกว่าเกณฑ์ (<18.50 kg/m ²)	98	24.44
ปกติ (18.50-22.99 kg/m ²)	186	46.39
เกินเกณฑ์ (23.00-24.99 kg/m ²)	43	10.72
อ้วน (≥25.00 kg/m ²)	74	18.45

อภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านโภชนาการ การศึกษานี้พบว่า นักศึกษาร้อยละ 53.62 มีความรอบรู้ด้านโภชนาการ โดยรวมในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาในนักศึกษากลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านโภชนาการโดยรวมในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.70 (กวินดา วิเศษแก้ว และเบญจา มุกตพันธุ์, 2563) และการศึกษาในกลุ่มศึกษามหาวิทยาลัยของรัฐ ในกรุงเทพมหานคร พบว่าส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านโภชนาการในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.70 (ปรเมศวร์ บุบไชยา และคณะ, 2565) เมื่อพิจารณาทางด้านสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.83 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของรัตนภรณ์ สาสिता และคณะ (2565) ที่พบว่านักศึกษามีการเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการระดับปานกลาง ร้อยละ 39.70 อาจเนื่องจากในปัจจุบันการเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการหรือข้อมูลด้านสุขภาพอื่นๆ นั้น สามารถเข้าถึงหรือสืบค้นข้อมูลได้ง่ายผ่านทางอินเทอร์เน็ตหรือสื่อสังคมออนไลน์ในหลายช่องทาง และการสื่อสารเกี่ยวกับสุขภาพและโภชนาการนั้นมีการใช้สื่อสังคมออนไลน์มากกว่าในอดีต จึงอาจทำให้นักศึกษามีโอกาสที่จะเข้าถึงและได้รับข้อมูลด้านโภชนาการได้มากขึ้น

2. ด้านความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 54.86 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของชลิตา เลื่อมใสสุข และวัชรวิ พิษผล (2561) ที่พบว่าในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งหนึ่งทางภาคใต้มีความรู้ทางโภชนาการในระดับต่ำ ร้อยละ 37.42 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันถึงแม้ว่าการศึกษาที่ทำในกลุ่มนักศึกษาราชภัฏที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกับการศึกษานี้ อย่างไรก็ตามสอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครที่พบว่ามีความรู้ทางโภชนาการในระดับดี ร้อยละ 98.70 (มณฑนาวิดี เมธาพัฒนา, 2560) และการศึกษาในนักศึกษากลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่พบว่ามีความรู้

ความเข้าใจทางโภชนาการในระดับดี ร้อยละ 86.50 (กวินดา วิเศษแก้ว และเบญจา มุกตพันธุ์, 2563) อาจเนื่องจากนักศึกษากลุ่มดังกล่าวนี้เป็นนักศึกษาที่เรียนเกี่ยวกับด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ จึงมีความรู้ในเรื่องของโภชนาการมากกว่านักศึกษาจากหลากหลายสาขาวิชา

3. ด้านทักษะในการสื่อสารด้านโภชนาการ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 54.11 แตกต่างจากการศึกษาในนักศึกษากลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่พบว่าส่วนใหญ่มีทักษะในการสื่อสารด้านโภชนาการอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 49.30 (กวินดา วิเศษแก้ว และเบญจา มุกตพันธุ์, 2563) เนื่องจากนักศึกษาดังกล่าวเป็นนักศึกษาในกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ อาจมีความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการดีอยู่แล้ว นักศึกษาจึงไม่ค่อยได้พูดคุยสื่อสารแลกเปลี่ยนเรื่องของความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ ซึ่งอาจจะพูดคุยในเรื่องอื่นๆ มากกว่าส่วนนักศึกษาจากหลากหลายสาขาวิชาอาจมีความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการที่ไม่เหมือนกัน จึงอาจทำให้นักศึกษาได้มีการพูดคุยสื่อสารแลกเปลี่ยนและปรึกษากันในเรื่องโภชนาการมากกว่า

4. ด้านทักษะการจัดการตนเองด้านโภชนาการ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.08 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่พบว่ากลุ่มนักศึกษาสาธารณสุขชุมชนในภาคเหนือส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.48 (ชัชฎาภรณ์ พิศมร และคณะ, 2565) ในขณะที่กลุ่มนักเรียนพยาบาลศาสตร์วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบกเรือส่วนมากอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 86.90 (วัชรพร เชยสุวรรณ และคณะ, 2561) แสดงให้เห็นว่าแม้จะเป็นนักศึกษากลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ แต่ไม่สามารถจัดการตนเองด้านโภชนาการที่ดีได้ จึงควรมีการส่งเสริมทักษะในประเด็นเหล่านี้ต่อไป

5. ด้านทักษะการตัดสินใจการเลือกปฏิบัติด้านโภชนาการ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 49.38 สอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่พบว่าส่วนใหญ่มี

การตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ร้อยละ 50.70 (รัตนารณ สาสีทา และคณะ, 2565) อธิบายได้ว่าโดยปกติแล้วนักศึกษาจะตัดสินใจเลือกหรือกระทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์แก่ตนเอง รวมทั้งการเลือกซื้อหรือรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการและปลอดภัยแก่ตนเอง เช่น การดูฉลากอาหารก่อนการเลือกซื้อ การเลือกรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ การเลือกซื้อหรือรับประทานอาหารโดยพิจารณาจากความสะอาดของร้านและผู้ปรุงอาหาร เป็นต้น (สุสิตรา สิงโสม, 2563)

6. ด้านการรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 66.33 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่านักศึกษามีการตรวจสอบความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือก่อนการซื้อหรือเลือกบริโภคอาหาร มีการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียหรือคุณประโยชน์ที่จะเกิดกับตนเองก่อนเลือกบริโภค รวมทั้งสามารถใช้สื่อประกอบการตัดสินใจ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสริมของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร ที่พบว่าก่อนซื้ออาหารเสริมเพื่อสุขภาพนักศึกษาจะหาข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เช่น อินเทอร์เน็ต นิตยสาร และยังสอบถามประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์จากผู้ที่เคยบริโภคมาแล้วด้วย (อาทิตย์ ปานนิล, 2561)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การศึกษานี้พบว่านักศึกษามีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดี ร้อยละ 0.50 สอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้ พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ร้อยละ 1.10 (อดิศักดิ์ หวานใจ และคณะ, 2563) แตกต่างจากการศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งซึ่งพบว่านักศึกษามีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดี ร้อยละ 62.80 (วีรชัย มูลใจ, 2566) ทั้งนี้การศึกษานี้พบว่านักศึกษาดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เครื่องดื่มที่ซึ่งผสมนมข้นหวาน ครีมเทียม เป็นประจำมากที่สุด รองลงมาคือ รับประทานอาหารที่มีไขมัน เช่น เนื้อติดมัน หมูสามชั้น บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป โจ๊กกึ่งสำเร็จรูปหรือ

อาหารกล่องแช่แข็ง และอาหารจานด่วนซึ่งสอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการรับประทานอาหารของวัยรุ่นที่ชอบรับประทานอาหารจำพวกของมัน ของหวาน ของทอด รวมทั้งชอบดื่มน้ำอัดลม (ธีรวิทย์ วราธรไพบูลย์, 2557) ซึ่งถือว่าเป็นพฤติกรรมที่ควรได้รับการแก้ไขปรับปรุง แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังพบว่านักศึกษามีการชิมอาหารก่อนปรุงรสเป็นประจำมากที่สุด รองลงมาคือ รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ และไม่รับประทานอาหารมอดึก ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ดีและควรส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่ดีต่อไป

ดัชนีมวลกาย การศึกษานี้พบว่านักศึกษามีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 46.39 อย่างไรก็ตามยังมีนักศึกษาเกินครึ่งที่มีดัชนีมวลกายที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ คือมีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 24.44 ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์และอ้วน ร้อยละ 29.17 สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาศรีอยุธยาในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่พบว่านักศึกษามีดัชนีมวลกายไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ร้อยละ 53.75 (ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล, 2562) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี และมหาวิทยาลัยนเรศวร ที่มีดัชนีมวลกายไม่เป็นไปตามเกณฑ์เพียงหนึ่งในสี่ของนักศึกษาเท่านั้น (นัชชา ยันติ และกริช เรืองไชย, 2564; มานา กิยะ และคณะ, 2566) สะท้อนให้เห็นว่าดัชนีมวลกายที่ต่ำกว่าเกณฑ์และเกินเกณฑ์ยังเป็นปัญหาสำคัญในกลุ่มนักศึกษา อาจเป็นเพราะว่านักศึกษาไม่ให้ความสำคัญในเรื่องปัญหาโภชนาการหรือขาดความตระหนักว่าดัชนีมวลกายที่ต่ำกว่าเกณฑ์สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ เช่น เสี่ยงต่อการสูญเสียมวลกระดูกก่อให้เกิดโรคกระดูกพรุน ระบบภูมิคุ้มกันต่ำป่วยง่าย อ่อนเพลียเหนื่อยง่าย และในผู้หญิงอาจมีประจำเดือนมาไม่ปกติ เป็นต้น รวมทั้งดัชนีมวลกายที่เกินเกณฑ์ส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคข้อเข่าเสื่อม ภาวะการหยุดหายใจขณะหลับ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

1. มหาวิทยาลัยควรมีการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการของวัยรุ่นผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ของมหาวิทยาลัย รวมทั้งจัดกิจกรรมโดยเน้นการปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างทักษะด้านโภชนาการให้นักศึกษาสามารถจัดการตนเองและตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารที่มีคุณค่าและประโยชน์ทางโภชนาการ ซึ่งจะทำให้นักศึกษาเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการได้มากยิ่งขึ้น มีทักษะในการจัดการตนเองได้ดีขึ้น และสามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติได้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะทำให้ความรู้รอบรู้โดยรวมดียิ่งขึ้น

2. มหาวิทยาลัยควรรณรงค์และดำเนินโครงการที่ส่งเสริมการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ และเหมาะสมกับการบริโภคในชีวิตประจำวัน รวมถึงการเพิ่มการให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของอาหารที่ดีต่อสุขภาพและมีนโยบายที่สนับสนุนการจำหน่าย

อาหารเมนูเพื่อสุขภาพ ลดปริมาณน้ำตาล ไขมัน และโซเดียม

3. มหาวิทยาลัยควรมีการพัฒนามาตรการในการตรวจสอบและควบคุมดัชนีมวลกายของนักศึกษาให้เหมาะสม รวมถึงการจัดทำโปรแกรมการเพิ่มน้ำหนักสำหรับกลุ่มนักศึกษาที่ต่ำกว่าเกณฑ์และกิจกรรมที่ สนับสนุนการออกกำลังกายและการควบคุมอาหารสำหรับหรือนักศึกษาที่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ เพื่อป้องกันปัญหาด้านสุขภาพ

4. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อหาความสัมพันธ์ของความรู้ด้านโภชนาการโดยแยกรายด้านกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและค่าดัชนีมวลกาย เพื่อให้ทราบถึงความรอบรู้ด้านโภชนาการรายด้านที่เฉพาะเจาะจงต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารและค่าดัชนีมวลกายให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กวินดา วิเศษแก้ว และเบญจมา มุกตพันธ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการกับการบริโภคขนมและเครื่องดื่มรสหวานของนักศึกษาระดับปริญญาตรีกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร, 35(2), 183-192. [สืบค้นเมื่อ 5 สิงหาคม 2566]; แหล่งข้อมูล: <https://www.thaidj.org/index.php/smnj/article/view/8780>
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2561). การพัฒนาเกณฑ์พฤติกรรมสุขภาพขั้นพื้นฐานตามกลุ่มวัย. นนทบุรี: โรงพิมพ์กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข.
- ชลิดา เลื่อมใสสุข และวัชรวิทย์ พิเศษผล. (2561). ความรู้ทางโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี. วารสารปัญญาภิวัฒน์, 10(3), 73-83. [สืบค้นเมื่อ 20 เมษายน 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://so05.tcithaijo.org/index.php/pimjournal/article/view/162320>
- ชัชฎาภรณ์ พิเศษมร, อลงกต ประสานศรี, เอกสิทธิ์ ไชยปิ่น และฉัตรสุดา มาทา. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาสาธารณสุขชุมชน สถาบันอุดมศึกษาในภาคเหนือ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 40(2), 75-84. [สืบค้นเมื่อ 20 เมษายน 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/255601>
- ธีรวิทย์ วราธรไพบูลย์. (2557). พฤติกรรมการบริโภค: อาหารนิยมบริโภคกับอาหารเพื่อสุขภาพ. วารสารปัญญาภิวัฒน์, 5(2), 255-64. [สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/pimjournal/article/view/20189>

- นัชชา ยันติ และกริช เรืองไชย. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะน้ำหนักเกินในนักศึกษาปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 16(2), 71-86. [สืบค้นเมื่อ 25 เมษายน 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/vrurdistjournal/article/view/245784>
- ปรเมศวร์ บุปไชยา, นฤมล ศราธพันธุ์ และสุวิมล อุไกรษา. (2565). ความฉลาดรู้ทางโภชนาการของนิสิต นักศึกษามหาวิทยาลัยของรัฐในกรุงเทพมหานคร. วารสารศึกษาศาสตร์ปริทัศน์, 37(3), 191-201. [สืบค้นเมื่อ 20 เมษายน 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/eduku/article/view/252556>
- ปวิณภัทร นิธิตันติวัฒน์ และวรางคณา อุดมทรัพย์. (2560). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นไทย ผลกระทบและแนวทางแก้ไข. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า, 28(1), 122-128.
- ภัทรธะ คำพิทักษ์ (บ.ก.). 2565. จริงหรือไม่! การตลาดอาหารและเครื่องดื่มกระตุ้นให้เด็กไทยอ้วนขึ้น [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2566]; แหล่งข้อมูล: <https://www.hfocus.org/content/2022/08/25667>
- มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา. (2566). จำนวนนักศึกษาปัจจุบัน ประจำปีการศึกษา 2566 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2566]; แหล่งข้อมูล: <https://aar.bsru.ac.th/statistic/>
- มันทนาวดี เมธพัฒนะ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาล. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 25(3), 20-29. [สืบค้นเมื่อ 20 เมษายน 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/101421>
- มูนา กิยะ, เมธาวิ ฌ อื่น และธนัช กนกเทศ. (2566). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายของ นิสิตระดับปริญญาตรี กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น, 4(2), 120-137. [สืบค้นเมื่อ 25 เมษายน 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/scintc/article/view/1419>
- รัตนภรณ์ สาสีทา, คติยา อีวานวิช และฉวีวรรณ บุญสุยา. (2565). ความรอบรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 17(1), 28-43. [สืบค้นเมื่อ 20 เมษายน 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/phjbuu/article/view/256875>
- ลักษณิน รุ่งตระกูล. (2562). รายงานการประเมินภาวะโภชนาการและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพ วัยรุ่นไทย. นนทบุรี: สำนักโภชนาการ.
- วัชรพร เชยสุวรรณ, อมลวรรณ ตันแสนทวี และคณะ. (2561). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ ด้านสุขภาพของนักเรียนพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ. วารสารแพทยนาวิ, 45(2), 250-266. [สืบค้นเมื่อ 20 เมษายน 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nmdjournal/article/view/158604>
- วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรระเจริญ และวราภรณ์ เสถียรนพเก้า. (2564). รายงานการสำรวจสุขภาพ ประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563 (รายงานการวิจัย). กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

- วีรชัย มูลใจ, มาริณี เจ๊ะและ, วิชญาพร สุวรรณประดิษฐ์, ณัฐธิดา กาคำ และสุวัฒน์ ศิริแก่นทราย. (2566). พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนบัญญัติของนักศึกษามหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, 12(3), 47-58. [สืบค้นเมื่อ 28 เมษายน 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ubruphjou/article/view/264013>
- ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักศึกษาปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วารสารสหวิทยาการวิจัย: ฉบับบัณฑิตศึกษา, 8(1), 116-123. [สืบค้นเมื่อ 25 เมษายน 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JIRGS/article/view/229841>
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2566). รายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: แอนดี เพรส จำกัด
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สุสิตร้า สิงโสม. (2563). การศึกษาภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาสาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 15(2), 232-246. [สืบค้นเมื่อ 25 เมษายน 2567]; แหล่งข้อมูล: https://so05.tci-thaijo.org/index.php/PNRU_JHSS/article/download/246986/169160
- อดิศักดิ์ หวานใจ, มรุตติ เจ๊ะอาลี, นูรีดา ตือราซอ และไฟซอล เจ๊ะยอ. (2563). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยหาดใหญ่. การประชุมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติครั้งที่ 11; วันที่ 17 กรกฎาคม 2563; มหาวิทยาลัยหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. สงขลา: มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.
- อาทิตย์ ปานนิล. (2561). พฤติกรรมการบริโภคอาหารเสริมของนักศึกษาระดับปริญญาตรีกลุ่มคณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกริก.
- Gibbs, H., & Chapman-Novakofski, K. (2013). Establishing content validity for the Nutrition Literacy Assessment Instrument. Preventing Chronic Disease, 10, E109. [cited 2023 August 5]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3702232/>
- Lobstein, T., Brinsden, H., & Neveux, M. (2022). World obesity atlas 2022. United Kingdom: World Obesity Federation.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine, 67(12), 2072-2078. [cited 2023 August 1]; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Shih, S. F., Liu, C. H., Liao, L. L., & Osborne, R. H. (2016). Health literacy and the determinants of obesity: a population-based survey of sixth grade school children in Taiwan. BMC Public Health, 16(1), 280. [cited 2023 August 5]; Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2879-2>

- Silk, K. J., Sherry, J., Winn, B., Keesecker, N., Horodyski, M. A., & Sayir, A. (2008). Increasing Nutrition Literacy: Testing the Effectiveness of Print, Web site, and Game Modalities. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 40(1), 3-10. [cited 2023 August 20]; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2007.08.012>
- Wayne D. (1995). *Biostatistics: A Foundation of Analysis in the Health Sciences* (6th ed): John Wiley&Sons.
- World Health Organization. (2000). The Asia-Pacific perspective: redefining obesity and its treatment [online]. [cited 2023 September 10]; Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/206936>
- World Health Organization. (2022). Obesity and overweight [online]. [Cite 2023 September 15]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Zoellner, J., Connell, C., Bounds, W., Crook, L., & Yadrick, K. (2009). Nutrition Literacy Status and Preferred Nutrition Communication Channels Among Adults in the Lower Mississippi Delta. *Preventing Chronic Disease*, 6(4), A128. [cited 2023 August 10]; Available from: https://www.cdc.gov/pcd/issues/2009/oct/08_0016.htm

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: ผลลัพธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

A Systematic Review Literature: Result of Health Literacy in Hypertensive Patients

บุษกร แก้วเขียว พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ชมพู่ หลังนาค พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
อัจฉรพรรณ ค้ายาดี ปร.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)

Budsakorn Kaewkhieo M.N.S. (Adult Nursing)
Chompoo Langnak M.N.S. (Adult Nursing)
Ajcharapan Kayadee Ph.D. (Public Health)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท

Boromarajonani College of Nursing, Chainat

Received: Aug 1, 2023

Revised: Jul 31, 2024

Accepted: Nov 29, 2024

บทคัดย่อ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การศึกษานี้ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเพื่อศึกษาผลลัพธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและสรุปหลักฐานของผลลัพธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คณะผู้ศึกษาสืบค้นการศึกษา รายงานวิจัยภาษาไทยและภาษาอังกฤษจากฐานข้อมูล PubMed, Web of Science, Scopus, BMJ, EBSCO Open Dissertations, ISI, SPORTdiscus, ScienceDirect, Google Scholar, ThaiJo, Thailis ตีพิมพ์เผยแพร่ระหว่าง พ.ศ. 2555 - 2564 จาก 856 การศึกษา โดยมีการศึกษา 127 การศึกษาได้รับการคัดเลือกซึ่งพิจารณาจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อ และมี 18 การศึกษาที่ใช้ในการทบทวนวรรณกรรม ผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 4 ด้าน ดังนี้ ผลลัพธ์ทางคลินิก ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ และผลลัพธ์อื่นๆ แม้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำ หากแต่ผู้ป่วยดังกล่าวยังคงมีพฤติกรรมในการดูแลตนเอง มีความรู้โรคความดันโลหิตสูง มีความไว้วางใจแพทย์ผู้ทำการรักษา และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษา อาจเพราะมีการรับรู้โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จำเป็นต้องรักษาโดยรับประทานยา ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อตนเอง จึงทำให้สนใจดูแลตนเองและการรักษาโรค

คำสำคัญ: ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ABSTRACT

Health literacy influences health status of hypertensive patients. This study conducted a literature review to study the results of health literacy in hypertensive patients. The research team searched for Thai and English research reports from the databases, for instance, PubMed, Web of Science, Scopus, BMJ, EBSCO Open Dissertations, ISI, SPORTdiscus, ScienceDirect, Google Scholar, ThaiJo, and Thailis, published between 2012-2021. Out of 856 studies, there were 127 studies selected based on their titles and abstracts, and 18 studies were recruited into the literature review. The results of the literature review found that health literacy and health outcomes of hypertensive patients were in 4 areas: clinical outcomes, behavioral outcomes, patient-physician communication, and other outcomes. However, if health literacy was in a low level, hypertensive patients would have self-care behaviors, have knowledge of hypertension, trust their treating physicians, and participate in treatment decisions. The reason because they perceived that hypertension was an incurable disease that required medication to prevent complications that affected themselves. Therefore, they were interested in self-care and treatment

Key words: Hypertensive patients, Health literacy

บทนำ

ความดันโลหิตสูง (Hypertension) โรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากร โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2023) พบว่า ในกลุ่มประชากรอายุ 30-79 ปี มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1.3 พันล้านคน และมักไม่แสดงอาการในระยะเริ่มต้น แต่สามารถตรวจวินิจฉัยได้ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2565) ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นตัวทำนายความเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และโรคไต ในอนาคต (Kitagawa *et al.*, 2019; Huang *et al.*, 2014)

จากการทบทวนวรรณกรรมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ พบว่าความรอบรู้

ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย และผลลัพธ์ด้านอื่นๆ และคุณภาพชีวิต (กรรณิการ์ การีสรรรพ์ และคณะ, 2562; นริศรา แก้วบรรจจักร และคณะ., 2563; Darvishpour *et al.*, 2016; Du *et al.*, 2018;) ซึ่งสาเหตุสำคัญของการควบคุมความดันโลหิตสูงไม่สำเร็จ คือ ประชาชนยังไม่เห็นความสำคัญของโรค มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เน้นอาหารหวาน มัน เค็ม ขาดการออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การเผชิญกับภาวะเครียดในการใช้ชีวิตประจำวัน และขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง (กำไร เปียดสูงเนิน, 2562; อัมภากร หาญณรงค์ และคณะ,

2560) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy: HL) คือ ทักษะทางการรับรู้และทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและดำรงรักษาสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น (WHO, 1998)

การควบคุมความดันโลหิตสูงสามารถทำได้โดยการปรับวิถีชีวิต เช่น เพิ่มการออกกำลังกาย คุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน และรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ (Poulter *et al.*, 2015) จากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพกับโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่สามารถทำนายผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Chajae *et al.*, 2018; Shi *et al.*, 2017) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และสรุปหลักฐานของผลลัพธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อนำไปสู่แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง

วิธีการศึกษา

เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดยสืบค้นรายงานวิจัยและเอกสารเผยแพร่จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในช่วง พ.ศ. 2555-2564 ที่เกี่ยวข้องกับ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 3) ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ 4) พฤติกรรมสุขภาพ จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ฐานข้อมูล ได้แก่ MEDLINE (PubMed), Web of Science, Scopus, BMJ, EBSCO Open Dissertations, ISI, SPORTDiscus, ScienceDirect, Google Scholar, ThaiJo, Thailis, รวมถึงการสืบค้นโดยพิจารณา จากเอกสารอ้างอิงและบรรณานุกรมของรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การกำหนดกรอบ PICO ได้แก่ Population (กลุ่มตัวอย่าง) คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง Intervention (การแทรกแซง) คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (กองสุศึกษา, 2561; Nutbeam, 2008) Comparison (การเปรียบเทียบ) คือ การศึกษามีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และ Outcome (ผลลัพธ์) คือ พฤติกรรมสุขภาพ

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น (Keyword)

กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น คือ Hypertension ร่วมกับคำว่า Health Literacy และคำรอง ได้แก่ High blood pressure ร่วมกับคำว่า Literacy และอื่นๆ สำหรับคำสืบค้นภาษาไทย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ

เกณฑ์การคัดเข้า

1. งานวิจัยและเอกสารวิชาการที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (กองสุศึกษา, 2561; Nutbeam, 2008) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในช่วง ค.ศ. 2012 - 2021 หรือ พ.ศ. 2555 - 2564 สามารถเข้าถึงเอกสารฉบับเต็มหลังผ่านขั้นตอนการอ่านบทคัดย่อแล้ว
2. งานวิจัยที่กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ผลการวิจัยพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
3. ตัวแปรที่ศึกษา คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมสุขภาพ

เกณฑ์การคัดออก

งานที่นำข้อมูลหตุยภูมิมาใช้ในการศึกษา เช่น narrative review, systematic review และ meta-analysis เป็นต้น หนังสือหรือบทความในหนังสือ และมีเนื้อหาซ้ำซ้อน หลังจากนั้นทำการตรวจสอบคัดกรองบทความ ด้านเนื้อหา แยกข้อมูลและประเมินคุณภาพ ลักษณะทั่วไปของบทความ ได้แก่ การออกแบบการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ การให้คะแนนคุณภาพตัวอย่างการศึกษาผลลัพธ์

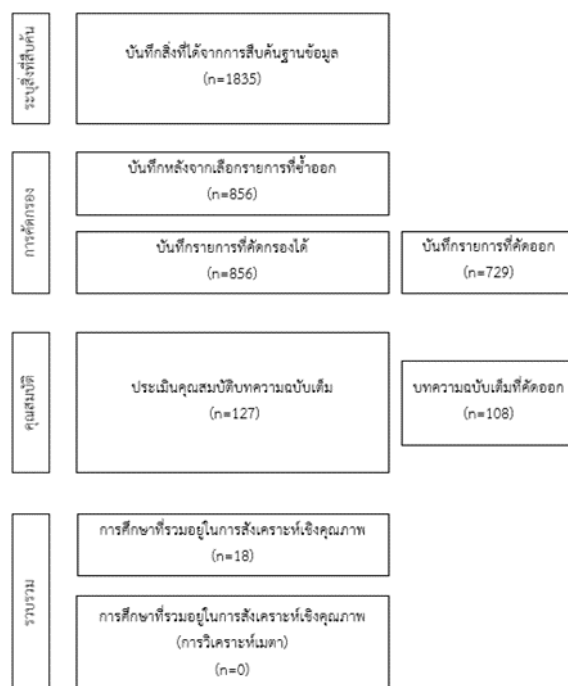
การวิเคราะห์และตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์หลายตัวแปร จากการสรุปหลักฐานได้ผลลัพธ์เกี่ยวกับทางคลินิก พฤติกรรมความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการและผลลัพธ์อื่นๆ เมื่อมีการนำเสนอข้อมูลจากการศึกษาเดียวกันในต้นฉบับมากกว่าหนึ่งฉบับเลือกที่ตีพิมพ์ล่าสุด เนื่องจากการศึกษาที่ระบุทั้งหมดเป็นการศึกษาเชิงสังเกตแต่ละบทความจึงได้รับการจัดอันดับตามเกณฑ์ในการจัดระดับคุณภาพสำหรับการศึกษาเชิงสังเกตโดย Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (Berkman *et al.*, 2011)

ผลการศึกษา

หลังสืบค้นด้วยคำสำคัญจากฐานข้อมูลพบบางนวิจัยทั้งหมด 1,835 รายการ เข้าสู่กระบวนการคัดเลือกรายการที่ซ้ำกันแล้วคงเหลือ 856 รายการ และเมื่อคัดเลือกรายการตามเกณฑ์คัดเลือกเบื้องต้นเหลือจำนวน 127 รายการ เข้าสู่การตรวจสอบบทความ

ฉบับเต็ม หลังจากประเมินตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกแล้วคงเหลือ 18 รายการที่ตรงตามเกณฑ์ ดังภาพที่ 1 และตารางที่ 1

ลักษณะของการศึกษาโดยรวม กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ การศึกษาทั้งหมดเป็นการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา โดยผู้เข้าร่วมวิจัยในบทความทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง อย่างไรก็ตามไม่ได้สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยอยู่ในระดับความดันโลหิตสูงที่แตกต่างกันหรือไม่มีการศึกษา 18 เรื่อง ต่างประเทศ จำนวน 15 เรื่อง และประเทศไทยจำนวน 3 เรื่อง สามารถสรุปความรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิก ผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ ตัวบ่งชี้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและผลลัพธ์อื่นๆ ดังตารางที่ 2



ภาพที่ 1 แผนภาพ PRISMA การสืบค้นข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม

ตารางที่ 1 สรุปการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรม 18 การศึกษา

ชื่อเรื่อง/ผู้แต่ง (ปี)	รูปแบบการวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ตัวแปรอิสระ	ตัวแปรกวน	ตัวแปรตาม	เครื่องมือ	ผลลัพธ์
1. Heizomi <i>et al.</i> (2020)	Cross-sectional	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิอายุ 30 ปีขึ้นไป ทุกเพศ และไม่มีโรคประจำตัว (n=300)	ความสม่ำเสมอในการใช้ยา	อายุ, ขนาดครอบครัว, จำนวนบุตร, การศึกษา, สิทธิการรักษา, สถานะทางเศรษฐกิจ	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	HL and MEDA. Hierarchical regression was done to establish the association between MEDA, socio-demographic variables, and nine HL	ทักษะการสื่อสารและการตัดสินใจ ความสม่ำเสมอในการใช้ยารักษาโรค ความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. Chajae <i>et al.</i> (2018)	Cross-sectional	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากศูนย์สุขภาพในจังหวัดอิสพาทาน ประเทศอิหร่าน (n=700)	ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง	เพศ, สถานะภาพสมรส, ที่อยู่อาศัย, ระดับการศึกษา	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	HELIA Hypertension Knowledge Level Scale (HK-LS)	อายุ, ความรู้เรื่องโรค, มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่การลดลงของความดันโลหิตไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ
3. Naimi <i>et al.</i> (2017)	Cross-sectional	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วินิจฉัยอย่างน้อย 6 เดือน และมีประวัติการใช้ยาควบคุมสำหรับความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 18 ปี (n=400)	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	เพศ, อายุ, การศึกษา, สถานะภาพสมรส, สถานการณ์จ้างงาน, ช่องทางรับข่าวสาร, ประวัติความดันโลหิตสูง	คุณภาพชีวิต	HALIA SF-36	ความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกและมีนัยสำคัญระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ตารางที่ 1 สรุปการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 18 การศึกษา (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้แต่ง (ปี)	รูปแบบการวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ตัวแปรอิสระ	ตัวแปรกวน	ตัวแปรตาม	เครื่องมือ	ผลลัพธ์
4. Wang <i>et al.</i> (2017)	Cross-sectional	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n=882)	คุณลักษณะทางประชากร, ความรู้ด้านสุขภาพ, ประสิทธิภาพการจัดการตนเอง	อายุ, การศึกษา, รายได้ครอบครัว, ค่ารักษาพยาบาล	คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	BHLS	ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
5. Shi <i>et al.</i> (2017)	Cross-sectional	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n=360)	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	อายุ, BMI, บุคลิก, ปริมาณแอลกอฮอล์, การสูบบุหรี่, การออกกำลังกาย, เบาหวาน, สถานภาพการสมรส, การศึกษา, การทำงาน, วัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (HBPM), การใช้ยา, ผล Lab FPG, TG, TC, HDL-C และ LDL-C)	การจัดการความดันโลหิต	Chinese health literacy scale for hypertension	- ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง มีคุณภาพสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ - ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดสูงกว่าผู้มีความรอบรู้สุขภาพสูงกว่า
6. Ahn <i>et al.</i> (2016)	Cross-sectional	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n=298)	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ความรู้, การรับรู้ความสามารถของตนเอง	อายุ, เพศ, การศึกษา, สถานภาพสมรส, จำนวนสมาชิก, ที่อยู่อาศัย	การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	REALM	การปฏิบัติตามแนวทางการลดความดันโลหิตไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตารางที่ 1 สรุปการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 18 การศึกษา (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้แต่ง (ปี)	รูปแบบการวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ตัวแปรอิสระ	ตัวแปรกวน	ตัวแปรตาม	เครื่องมือ	ผลลัพธ์
7. Hall <i>et al.</i> (2016)	Cross-sectional	ชาวลาตินที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จากคลินิกสุขภาพ อายุ 20-60 ปี และกำลังรับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต (n=45)	ความรู้เรื่องโรค, ความเครียด, ระดับการสะสม, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	อายุ, กลุ่มชาติพันธุ์, เพศ, ระดับการศึกษา, ภาษาหลัก, รายได้, การเข้าถึงสุขภาพ	การยึดมั่นในการรักษาความดันโลหิต	SAHLSA	- ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้นมีโอกาสควบคุมความดันโลหิตลดลงเล็กน้อย - ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลโดยตรงต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยา
8. Wannasirikul <i>et al.</i> (2016)	Cross-sectional	ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ 60-70 ปี (n=600)	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การรับประทานยา	อายุ, เพศ, สถานภาพสมรส, รายได้ต่อเดือน, ระดับการศึกษา, อาชีพ, การมองเห็น, การได้ยิน, สุขภาพจิต, ระยะเวลาของการวินิจฉัยความดันโลหิต, การสนับสนุนทางสังคม	- ความดันโลหิต - การยึดมั่นในการใช้ยา	Functional, communicative, critical health literacy scale	- ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อระดับความดันโลหิตที่ลดลง - ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา
9. Rao <i>et al.</i> (2015)	Cross-sectional	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากคลินิกปฐมภูมิ (n=420)	ระดับความสามารถในการคิดคำนวณ	อายุ, เพศ, เชื้อชาติ, สถานภาพ, การศึกษา, ภาวะสุขภาพ, รายได้	ความสมบูรณ์ของการตรวจวัดความดันโลหิตที่บ้าน	REALM Three-item numeracy scale	ผู้ที่มีระดับความรอบรู้สุขภาพสูงในด้านภูมิความรู้ความเข้าใจไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการติดตามค่าความดันโลหิตเมื่ออยู่ที่บ้าน
10. Perez (2015)	Cross-sectional	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n=144)	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, วัฒนธรรม	อายุ, เพศ, การศึกษา	การรับรู้ความเจ็บป่วย	NVS	ความสัมพันธ์ระหว่างการกลืนทางวัฒนธรรม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการรับรู้เกี่ยวกับโรค มีผลที่ตามมาคือการควบคุม อาการ และอารมณ์

ตารางที่ 1 สรุปการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 18 การศึกษา (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้แต่ง (ปี)	รูปแบบการวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ตัวแปรอิสระ	ตัวแปรกวน	ตัวแปรตาม	เครื่องมือ	ผลลัพธ์
11. Mcnaughton <i>et al.</i> (2014)	Cross-sectional	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากคลินิกปฐมภูมิ (n=423)	ความรู้ด้านสุขภาพ	อายุ, เพศ, เชื้อชาติ, การศึกษา, สถานะการจ้างงาน	การควบคุมความดันโลหิต การรับประทานยา	REALM	ความรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำส่งผลทำให้อัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น
12. Aboumatar <i>et al.</i> (2013)	Cross-sectional	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากคลินิกปฐมภูมิ (n=275)	ความรู้ด้านสุขภาพ	อายุ, เพศ, เชื้อชาติ, การศึกษา, รายได้ต่อปี, ควบคุมความดันโลหิต, การสั่งยา อายุของแพทย์, เพศของแพทย์, เชื้อชาติของแพทย์	การควบคุมความดันโลหิต การตัดสินใจทางการแพทย์ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ ความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์	REALM	- ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการสื่อสารของผู้ป่วยกับแพทย์ - ความรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความไว้วางใจแพทย์ - ความรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการในการตัดสินใจทางการแพทย์กับแพทย์ของตน
13. Ingram <i>et al.</i> (2013)	Cross-sectional	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n=121)	ความรู้ด้านสุขภาพ	อายุ, ระดับการศึกษา, รายได้, ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ/ใบสั่งยา, สถานะสุขภาพ, การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ, โรคร่วม	การยึดมั่นในการรับประทานยาลดความดันโลหิต	REALM	ความรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา
14. Ko <i>et al.</i> (2013)	Cross-sectional	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากคลินิกปฐมภูมิ (n=306)	ความรู้ด้านสุขภาพ	อายุ, เพศ, ชาติพันธุ์, การศึกษา, ประเภทที่อยู่อาศัย, โรคร่วม	ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง การควบคุมความดันโลหิต	STOFHLA Singapore	- ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดี - ความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะเป็นตัวทำนายความรู้โรคความดันโลหิตสูงน้อย

ตารางที่ 1 สรุปการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 18 การศึกษา (ต่อ)

ชื่อเรื่อง/ผู้แต่ง (ปี)	รูปแบบการวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ตัวแปรอิสระ	ตัวแปรกวน	ตัวแปรตาม	เครื่องมือ	ผลลัพธ์
15. Lenahan <i>et al.</i> (2013)	Cross-sectional	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากคลินิกปฐมภูมิ (n=215)	ความสามารถของผู้ป่วยในการระบุยาลดความดันโลหิต ชื่อ เม็ดยารูปร่าง	อายุ, เพศ, เชื้อชาติ, จำนวนยาลดความดันโลหิตที่รับประทาน, จำนวนโรคเรื้อรัง, การระบุยา	การไม่ปฏิบัติตามในการรับประทานยา การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	S-TOFHLA	ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับความสามารถในการระบุชื่อยาได้อย่างถูกต้อง
16. Willens <i>et al.</i> (2013)	Cross-sectional	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากคลินิกปฐมภูมิ (n=10,644)	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	อายุ, เพศ, เชื้อชาติ, ปีการศึกษา, ที่อยู่	ความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก, การควบคุมความดันโลหิต	BHLS Thailand	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่ลดลง
17. กรรณิการ์ การีสรรรค์ และคณะ (2562)	วิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์	ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่อายุ 80 ปีขึ้นไป จาก รพ.สต. (n=70)	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	เพศ, อายุ, ศาสนา, สถานะภาพสมรส, ระดับการศึกษา	ความรู้การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	-The Six Item Cognitive Impairment Test: 6CIT - Barthel Activities of Daily Living Index - FCCHL	ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับความรู้อันเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
18. อามานี แดมะยู และคณะ (2563)	วิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์	ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จาก รพ.สต. (n=88)	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	เพศ, อายุ, สถานะภาพสมรส, ระดับการศึกษา, รายได้	การจัดการตนเอง	- แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประวัติความเจ็บป่วย - แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ - แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองด้านการรักษาและด้านบทบาทในระดับปานกลาง แต่มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับการจัดการตนเองด้านอารมณ์ ด้านการประสานความร่วมมือ และการมาตรวจตามนัด

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ความรู้ด้านสุขภาพ

ผลลัพธ์แต่ละด้าน	ผลลัพธ์ด้านย่อย	ผลการศึกษา
1. ผลลัพธ์ทางคลินิก		
	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้	จากการศึกษาของ Hall <i>et al.</i> (2016) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้น มีโอกาสควบคุมความดันโลหิตลดลงเล็กน้อย ในขณะที่การศึกษาของ Wannasirikul <i>et al.</i> (2016) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับผู้ป่วยความดันโลหิตพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อระดับความดันโลหิตที่ลดลงซึ่งสัมพันธ์กับ Shi <i>et al.</i> (2017) ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้นทำให้เกิดการควบคุมความดันโลหิตได้ดี
	การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพที่ดีจากการประเมินโดยเครื่องมือคัดกรองความรู้ด้านสุขภาพ Brief Health Literacy Screen (BHLS) ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่ลดลง (Willens <i>et al.</i> , 2013) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำและระดับปานกลางสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี เนื่องจากมีการพบแพทย์เพื่อทำการรักษา และได้รับคำแนะนำจากแพทย์ จึงทำให้มีระดับความดันโลหิตลดลง (Aboumatar <i>et al.</i> , 2013) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ไม่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตที่ลดลง แต่เมื่อได้รับการรักษาตามระบบของโรงพยาบาลทำให้ความดันโลหิตลดลง ดังนั้นความรู้ด้านสุขภาพจึงไม่สัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต (Mcnaughton <i>et al.</i> , 2014) กล่าวได้ว่าการควบคุมความดันโลหิตได้สำเร็จไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพ (Chajae <i>et al.</i> , 2018)
2. ผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ		
	ด้านการรับประทานยา	ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการรับประทานยา พบว่าความรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Ingram <i>et al.</i> , 2013; Wannasirikul <i>et al.</i> , 2016) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Hall <i>et al.</i> , 2016; Heizomi <i>et al.</i> , 2020 ที่พบว่าความสม่ำเสมอในการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ
	การดูแลตนเอง	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงดูแลตนเองโดยปฏิบัติตามแนวทางลดความดันโลหิตไม่สัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ (Ahn <i>et al.</i> , 2016) ดังนั้นความรู้ด้านสุขภาพจึงไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการดูแลตนเอง (Hall <i>et al.</i> , 2016)
	ความรู้	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ พบว่ามีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงในระดับต่ำ (Ko <i>et al.</i> , 2013) ผู้ที่มีระดับความรู้สุขภาพสูงในด้านการมีความรู้ความเข้าใจไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการติดตามค่าความดันโลหิตเมื่ออยู่ที่บ้าน (Rao <i>et al.</i> , 2015) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเนื่องมาจากการรับรู้โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จำเป็นต้องรักษาด้วยการรับประทานยา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อตนเอง จึงทำให้สนใจในการดูแลตนเองและการรักษาโรค (กรณิการ์ การิสรพ์ และคณะ, 2562)

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ต่อ)

ผลลัพธ์แต่ละด้าน	ผลลัพธ์ด้านย่อย	ผลการศึกษา
2. ผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ		
	การสื่อสารและการคิดอย่างมีวิจารณญาณ	ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ การคิดตัดสินใจในการดูแลตนเอง และการสื่อสารในการรักษา เช่น เมื่อพบแพทย์ พยาบาล และทีมรักษา รวมไปถึงการพูดคุยกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (ปราณี ทัดศรี และคณะ, 2566)
	การรับรู้ความเจ็บป่วย	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดี สามารถรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตสูงของตนเองได้ดีขึ้น (Perez, 2015)
3. ตัวบ่งชี้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์		
		ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะมีการซักถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงจากแพทย์ผู้รักษาน้อยลง และความไว้วางใจแพทย์จากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงนั้นไม่เกี่ยวข้องกับระดับความรู้ด้านสุขภาพ (Mcnaughton <i>et al.</i> , 2014)
4. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ		
	การสื่อสารและการตัดสินใจ	การตัดสินใจทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพ (Aboumatar <i>et al.</i> , 2013) ซึ่งไม่สอดคล้องการศึกษาของ Heizomi <i>et al.</i> (2020) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ความรู้ด้านสุขภาพต่อทักษะการสื่อสารและการตัดสินใจในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีความสัมพันธ์ในการตัดสินใจรักษา
5. ผลลัพธ์อื่นๆ		
	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดสูงมากกว่าผู้มีความรอบรู้สุขภาพสูงกว่า และยังพบว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงมีค่าความเร็วคลื่นชีพจรของหลอดเลือดแดงบริเวณข้อเท้า (brachial-ankle Pulse Wave Velocity: baPWV) ต่ำกว่ากลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ (Shi <i>et al.</i> , 2017) กล่าวได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Wang <i>et al.</i> , 2017) การมีคุณภาพชีวิตที่ดียังส่งผลกับสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Naimi <i>et al.</i> , 2017)
	การระบุข้อยา	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีสามารถในการระบุข้อยาในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้อง (Lenahan <i>et al.</i> , 2013)

อภิปรายผล

วัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อศึกษาผลลัพธ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ภายใต้การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการสังเคราะห์ ทั้งหมด 18 เรื่อง พบความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิกผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ และผลลัพธ์อื่น ๆ ดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีผลลัพธ์ในการควบคุมความดันโลหิตได้โดยใช้ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การจัดการ การรู้เท่าทันสื่อและทักษะการตัดสินใจ พบว่า หากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้นทำให้เกิดการควบคุมความดันโลหิตได้ดี (Shi *et al.*, 2017; Wannasirikul *et al.*, 2016) เนื่องจากใช้ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและการจัดการตนเอง (กองสุศึกษา, 2561)

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยพฤติกรรม 5 พฤติกรรม

2.1 การรับประทานยา การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีไม่ทำให้เกิดพฤติกรรมรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (Ingram *et al.*, 2013; Wannasirikul *et al.*, 2016) แต่ยังมีบางงานวิจัยที่ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลโดยตรงต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Hall *et al.*, 2016)

2.2 การดูแลตนเอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการดูแลตนเองโดยปฏิบัติตามแนวทางการดูแล ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลลัพธ์คือ ความดันโลหิตลดลง ซึ่งไม่เกี่ยวกับการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Ahn *et al.*, 2016)

2.3 การมีความรู้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีไม่ได้หมายความว่ามีความรู้ในการดูแลตนเอง (Rao *et al.*, 2015) เนื่องจากการรับรู้โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จำเป็นต้องรักษาด้วย

การรับประทานยา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อตนเอง จึงทำให้เกิดการดูแลตนเองและการรักษาโรค (กรรณิการ์ การีสรพ และคณะ, 2562)

2.4 การสื่อสารและการคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีการสอบถามพูดคุยในการดูแลตนเอง ร่วมกับการตัดสินใจในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ปราณี ทัดศรี และคณะ, 2566)

2.5 การรับรู้ความเจ็บป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี จะสามารถรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง ทำให้เกิดการควบคุมความดันโลหิตสูงของตนเองได้ดีขึ้น (Perez, 2015)

3. ตัวบ่งชี้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีผลในการสอบถามการปฏิบัติตัวจากแพทย์ ผู้รักษา แต่ยังพบว่าความไว้วางใจแพทย์จากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงนั้นไม่เกี่ยวข้องกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Mcnaughton *et al.*, 2014)

4. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่มีผลต่อการตัดสินใจในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ทักษะการสื่อสารในการรักษามีผลต่อการตัดสินใจในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Heizomi *et al.*, 2020)

5. ผลลัพธ์อื่นๆ ซึ่งประกอบด้วย

5.1 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ในช่วงเวลาของชีวิตที่เปลี่ยนแปลงเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ที่เกี่ยวข้องกับอาการของการเจ็บป่วย ผลการวินิจฉัยโรค การทำงานของร่างกาย จิตใจ สังคม และความคิดเห็นต่อสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีและยังส่งผลกับสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ หากความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Naimi *et al.*, 2017; Shi *et al.*, 2017)

5.2 การระบุชื่อยา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีจะสามารถระบุชื่อยาในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้อง (Lenahan *et al.*, 2013) เนื่องจากมีความรู้ความเข้าใจ

ในการวิเคราะห์ ประเมินการ จัดการตนเองใน การรับประทานยาได้ (กองสุศึกษา, 2561)

ในการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีทำให้เกิด การควบคุมความดันโลหิตที่ดีเช่นกัน ซึ่งพบว่าการสื่อสารและการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจในการรักษา และการระบุข้อยาในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงถูกต้อง (Lenahan *et al.*, 2013) ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิด พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการตัดสินใจรักษา (ปราณี ทัดศรี และคณะ, 2566; Heizomi *et al.*, 2020) ทำให้สามารถรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง และทำให้เกิดการควบคุมความดันโลหิตสูงของตนเอง ได้ดีขึ้น (Perez, 2015) นอกจากนี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลโดยตรงต่อความสม่ำเสมอในการ รับประทานยา (Hall *et al.*, 2016) และยังส่งผลกับ สุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Naimi *et al.*, 2017)

ยังพบว่าการเกิดผลลัพธ์ทางคลินิก ความดันโลหิต ที่ลดลงไม่เกี่ยวกับการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Ahn *et al.*, 2016) ไม่เกี่ยวข้องกับความไว้วางใจแพทย์ จากผู้ป่วย (Mcnaughton *et al.*, 2014) หากแต่เกิด จากการดูแลตนเองโดยปฏิบัติตามแนวทางการดูแล ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเนื่องจากการรับรู้ ว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษา ให้หายขาดได้ จำเป็นต้องรักษาด้วยการรับประทานยา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อ

ตนเอง จึงทำให้เกิดการดูแลตนเองและการรักษาโรค (กรณิการ์ การีสรรรพ์ และคณะ, 2562) จาก การศึกษานี้พบว่า หลักฐานยังไม่เพียงพอที่จะกล่าว ได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาส่วนใหญ่มีการวัดผลเพียงครั้งเดียว ซึ่งอาจทำให้ไม่เห็นถึงประสิทธิผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ควรมีการศึกษาที่มีผลระยะยาวมากขึ้น เพื่อสนับสนุนประสิทธิผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2. บุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถจัดการส่งเสริม และพัฒนาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อ พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้พึ่งตนเองได้และเป็นองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสนับสนุนการพัฒนาปรับเปลี่ยน พฤติกรรมป้องกันโรค จัดการสุขภาพอย่างครบวงจร ต่อเนื่องยั่งยืน

3. คณาจารย์ทางด้านสุขภาพในสถาบันการศึกษา สามารถนำผลการทบทวนวรรณกรรมเป็นข้อมูล เชิงประจักษ์ประกอบการเรียนการสอน สร้างความตระหนักให้นักศึกษาเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปรับพฤติกรรม สุขภาพเพื่อส่งเสริมและป้องกันโรค

เอกสารอ้างอิง

กรณิการ์ การีสรรรพ์, พรทิพย์ มาลาธรรม, และ นุชนาฏ สุทธิ. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้าน สุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. ราชบัณฑิตยบาลสาร, 25(3), 280-295. [สืบค้นเมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2566]; แหล่งข้อมูล:

<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/download/179176/161084/794786>

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2565). รายงานประจำปี 2565 กองโรคไม่ติดต่อ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

กองสุศึกษา. (2561). การสร้างเสริมและประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มประชาชน อายุ 15 ปี ขึ้นไป. กรุงเทพมหานคร: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

- กำไร เฝียดสูงเนิน. (2562). การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่ตำบล
กุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัด นครราชสีมา, 4(2), 26-39. [สืบค้นเมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2566]; แหล่งข้อมูล:
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/article/view/247510>
- ปราณี ทัดศรี, ประสงค์ทิพย์ อุจะรัตน์, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ, จุฬาลักษณ์ อินทะนิล และ กันยนา
มีสารภี. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
ที่เป็นความดันโลหิตสูง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 5(1), 1-16. [สืบค้นเมื่อ 22
กุมภาพันธ์ 2566]; แหล่งข้อมูล:
<https://rsujournals.rsu.ac.th/index.php/ajnh/article/download/3021/2339/>
- นริศรา แก้วบรรจกร, ประไพจิตร ชุมแวงวาปี และ กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์. (2563). ปัจจัยความรู้ทาง
สุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโคกสี
อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 3(3), 1-15. [สืบค้นเมื่อ
22 กุมภาพันธ์ 2566]; แหล่งข้อมูล:
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/%20article/view/240966>
- อัมภากร หาญณรงค์, ชัญชีดาอุษฎิ ทูลศิริ และ สมสมัย รัตนกริธากุล. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ
พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา, 25(3), 52-65. [สืบค้นเมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2566]; แหล่งข้อมูล:
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/101426>
- อามานี แดมะยู, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และ พนิดา จันทโสภีพันธ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้
ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วารสารสภาการ
พยาบาล, 35(3), 85 - 105. [สืบค้นเมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2566]; แหล่งข้อมูล:
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/240100>
- Aboumatar, H. J., Carson, K. A., Beach, M. C., Roter, D. L., & Cooper, L. A. (2013).
The impact of health literacy on desire for participation in healthcare, medical visit
communication, and patient reported outcomes among patients with hypertension.
Journal of General Internal Medicine, 28(11), 1469–1476. [cited 2022 April 4]; Available
from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23690237/>
- Ahn, Y. H., & Ham, O. K. (2016). Factors Associated with Medication Adherence Among
Medical-Aid Beneficiaries with Hypertension. Western Journal of Nursing Research,
38(10), 1298-1312. [cited 2022 April 4]; Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27272159/>
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health
literacy and health outcomes: An updated systematic review. Annals of Internal
Medicine, 155(2), 97-107. [cited 2022 April 4]; Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21768583/>

- Chajae, F., Pirzadeh, A., Hasanzadeh, A., & Mostafavi, F. (2018). Relationship between health literacy and knowledge among patients with hypertension in Isfahan province, Iran. *Electronic Physician*, 10(3), 6470-6477. [cited 2022 June 15]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29765571/>
- Darvishpour, J., Omid, S., & Farmanbar, R. (2016). The Relationship between Health Literacy and Hypertension Treatment Control and Follow-up. *Caspian Journal of Health Research*, 2(1), 1-8. [cited 2022 April 4]; Available from: <https://cjhrgums.ac.ir/article-1-39-en.html>
- Du, S., Zhou, Y., Fu, C., Wang, Y., Du, X., & Xie, R. (2018). Health literacy and health outcomes in hypertension: An integrative review. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(3), 301-309. [cited 2022 June 15]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31406840/>
- Hall, E., Lee, S. Y., Clark, P. C., & Perilla, J. (2016). Social Ecology of Adherence to Hypertension Treatment in Latino Migrant and Seasonal Farmworkers. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(1), 33-41. [cited 2022 June 15]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24855134/>
- Heizomi, H., Iraj, Z., Vaezi, R., Bhalla, D., Morisky, D. E., & Nadrian, H. (2020). Gender Differences in the Associations Between Health Literacy and Medication Adherence in Hypertension: A Population-Based Survey in Heris County, Iran. *Vascular Health and Risk Management*, 16, 157-166. [cited 2022 June 15]; Available from: <https://doi.org/10.2147/VHRM.S245052>
- Huang, Y., Cai, X., Zhang, J., Mai, W., Wang, S., Hu, Y., Ren, H., & Xu, D. (2014). Prehypertension and Incidence of ESRD: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Kidney Diseases*, 63(1), 76-83. [cited 2022 June 15]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24074825/>
- Ingram, R. R., & Ivanov, L. L. (2013). Examining the association of health literacy and health behaviors in African American older adults: does health literacy affect adherence to antihypertensive regimens?. *Journal of Gerontological Nursing*, 39(3), 22-33. [cited 2022 June 15]; Available from: <https://doi.org/10.3928/00989134-20130201-01>
- Kitagawa, K., Yamamoto, Y., Arima, H., *et al.* (2019). Effect of Standard vs Intensive Blood Pressure Control on the Risk of Recurrent Stroke: A Randomized Clinical Trial and Meta-analysis. *JAMA Neurology*, 76(11), 1309-1318. [cited 2022 June 22]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31355878/>
- Ko, Y., Balasubramanian, T. D., Wong, L., *et al.* (2013). Health literacy and its association with disease knowledge and control in patients with hypertension in Singapore. *International Journal of Cardiology*, 168(4), 116-117. [cited 2022 June 22]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23992931/>

- Lenahan, J. L., McCarthy, D. M., Davis, T. C., Curtis, L. M., Serper, M., & Wolf, M. S. (2013). A drug by any other name: patients' ability to identify medication regimens and its association with adherence and health outcomes. *Journal of Health Communication*, 18 (Suppl 1), 31-39. [cited 2022 June 22]; Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10810730.2013.825671>
- McNaughton, C. D., Jacobson, T. A., & Kripalani, S. (2014). Low literacy is associated with uncontrolled blood pressure in primary care patients with hypertension and heart disease. *Patient Education and Counseling*, 96(2), 165-170. [cited 2022 June 22]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24882088/>
- Naimi, A. J., Naderiravesh, N., Bayat, Z. S., Shakeri, N., & Matbouei, M. (2017). Correlation between health literacy and health-related quality of life in patients with hypertension, in Tehran, Iran, 2015-2016. *Electronic Physician*, 9(11), 5712-5720. [cited 2022 June 22]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5783119/>
- Nutbeam D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078. [cited 2022 June 15]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18952344/>
- Perez A. (2015). Acculturation, Health Literacy, and Illness Perceptions of Hypertension among Hispanic Adults. *Journal of Transcultural Nursing*, 26(4), 386-394. [cited 2022 June 22]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24810516/>
- Poulter, N. R., Prabhakaran, D., & Caulfield, M. (2015). Hypertension. *Lancet* (London,England), 386(9995), 801-812. [cited 2022 June 22]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25832858/>
- Rao, V. N., Sheridan, S. L., Tuttle, L. A., *et al.* (2015). The effect of numeracy level on completeness of home blood pressure monitoring. *Journal of Clinical Hypertension* (Greenwich, Conn.), 17(1), 39-45. [cited 2022 June 22]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25439279/>
- Shi, D., Li, J., Wang, Y., *et al.* (2017). Association between health literacy and hypertension management in a Chinese community: a retrospective cohort study. *Internal and Emergency Medicine*, 12(6), 765-776. [cited 2022 June 22]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28303441/>
- Willens, D. E., Kripalani, S., Schildcrout, J. S., *et al.* (2013). Association of brief health literacy screening and blood pressure in primary care. *Journal of Health Communication*, 18 (Suppl 1), 129-142. [cited 2022 July 10]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24093351/>

- Wang, C., Lang, J., Xuan, L., Li, X., & Zhang, L. (2017). The effect of health literacy and self-management efficacy on the health-related quality of life of hypertensive patients in a western rural area of China: a cross-sectional study. *International Journal for Equity in Health*, 16(1), 58. [cited 2022 July 10]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28666443/>
- Wannasirikul, P., Termsirikulchai, L., Sujirarat, D., Benjakul, S., & Tanasugarn, C. (2016). Health literacy, medication adherence, and blood pressure level among hypertensive older adults treated at primary health care centers. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 47(1), 109-120. [cited 2022 July 10]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27086432/>
- World Health Organization (WHO). (1998). Health Promotion Glossary [online]. [cited 2022 July 10]; Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/64546>
- World Health Organization (WHO). (2023). Hypertension [online]. [cited 2022 July 10]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

