กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

E – ISSN: 2985-1823

วารสารวิชาการ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

Journal of the office of disease prevention and control 9 Nakhon Ratchasima

ปีที่ 31 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน – ธันวาคม 2568 (Volume 31 Number 3 September – December 2025)

- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามหลัก 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองแวง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์
- ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดบุรีรัมย์
- ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสุขภาพและดัชนีมวลกายในบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนในชุมชนหนาแน่นแออัด เขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุรินทร์
- ความไวต่อสารเคมี Deltamethrin 0.05% ของยุงก้นปล่อง *Anopheles dirus* ในพื้นที่อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือน อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา
- รูปแบบการดูแลสุขภาวะชุมชนด้วยสถานีสุขภาพชุมชน: กรณีศึกษา ชุมชนทุ่งบอน ตำบลบุ่งหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลลำทับ อำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่

TCI ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย Thai-Journal Citation Index Centre

วารสารผ่านการรับรองคุณภาพจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่บทความวิชาการที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และเพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างนักวิชาการและบุคลากรทางด้านสาธารณสุข

สำนักงาน

กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9
อ.เมือง จ.นครราชสีมา
โทร. 044 – 212900 ต่อ 312
โทรสาร 044 – 218018
E-mail : Journaldpc9@gmail.com
Website: http://odpc9.ddc.moph.go.th/

ที่ปรึกษา

นพ.กฤษฎา มโหทาน

บรรณาธิการอำนวยการ

นพ.ทวีชัย วิษณุโยธิน

บรรณาธิการ

นพ.ทวีชัย วิษณุโยธิน

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางอินท์ฉัตร สุขเกษม

ฝ่ายจัดการ

1. นางสาวนันท์นภัส สุขใจ
2. นางสาวทิพยรัตน์ สิงห์ทอง
3. นางสาวกรรณิกา บัวทะเล
4. นางสาวฉัตรสุดา ลัดสูงเนิน
5. นายอนุพงศ์ สุขใจ

กองบรรณาธิการนอกหน่วยงาน

1. รศ.ดร.โยธิน แสวงดี	มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รศ.ดร.มณฑา เก่งการพานิช	มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รศ.ดร.ทัศนีย์ ศิลาวรรณ	มหาวิทยาลัยมหิดล
4. รศ.ดร.จรณิต แก้วกังวาล	มหาวิทยาลัยมหิดล
5. รศ.ดร.ไกรชาติ ตันตระการอาภา	มหาวิทยาลัยมหิดล
6. รศ.ดร.สารนาถ ล้อพูลศรี	มหาวิทยาลัยมหิดล
7. อ.ดร.พลัง โคตรศิริ	มหาวิทยาลัยมหิดล
8. อ.ดร.สังสิทธิ์ สังวรโยธิน	มหาวิทยาลัยมหิดล
9. รศ.ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
10. รศ.ดร.เชษฐา งามจรัส	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
11. รศ.ดร.สมรภพ บรรหารักษ์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
12. ผศ.ดร.หนึ่งฤทัย ขอผลกลาง	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
13. ผศ.ดร.ชลาลัย หาญเจนลักษณ์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
14. ผศ.ดร.ชัยยา นรเคชานันท์	มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม
15. ผศ.ดร.ฐาวรี ขันสำโรง	มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
16. ผศ.ดร.อักษรา ทองประชุม	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
17. ผศ.ดร.สุชาดา รัชชุกูล	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
18. ผศ.ดร.วัลลภ ดิษสุวรรณ์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
19. รศ.ดร.อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
20. อ.ดร.ศิวาพร มหาทำนุโชค	มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน
21. อ.ดร.สมร นุ่มผ่อง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
22. ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
23. รศ.ดร.อรุณ จิรวัฒน์กุล	นักวิชาการอิสระ
24. ผศ.ดร.ศุภวรรณ มโนสุนทร	นักวิชาการอิสระ
25. นพ.สุรชัย ศิลาวรรณ	นักวิชาการอิสระ
26. นพ.บุญเลิศ ศักดิ์ชัยนานนท์	นักวิชาการอิสระ
27. พญ.เพชรวรรณ พึ่งรัศมี	นักวิชาการอิสระ
28. นพ.เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์	นักวิชาการอิสระ
29. นพ.ธีรวัฒน์ วลัยเสถียร	นักวิชาการอิสระ
30. นายยุทธิชัย เกษตรเจริญ	นักวิชาการอิสระ
31. นางสาวศศินัดดา สุวรรณโณ	นักวิชาการอิสระ
32. นางอัญชนา ประศาสน์วิทย์	นักวิชาการอิสระ
33. ดร.ศิมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวทย์	นักวิชาการอิสระ
34. นายอภิรัตน์ โสกำปัง	นักวิชาการอิสระ

กองบรรณาธิการในหน่วยงาน

1. นพ.วีรวัฒน์ มโนสุทธิ	สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค
2. ดร.ธนิษฐา ดิษสุวรรณ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา
3. ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นม.
4. พญ.คนึงนิจ เยื่อใย	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นม.
5. พญ.นันท์นภัส ประดุจเดชา	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นม.
6. นางนันทนา แต้ประเสริฐ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นม.

เผยแพร่

1. เว็บไซต์ ThaiJo https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9/index
2. เว็บไซต์ สคร.9 นครราชสีมา http://odpc9.ddc.moph.go.th/

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ตีพิมพ์ปีละ 3 ฉบับ (ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – เมษายน, ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม, ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน – ธันวาคม) เผยแพร่บทความวิชาการเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รายละเอียดเกี่ยวกับการส่งบทความหรือรายงานการวิจัยเพื่อลงตีพิมพ์ ศึกษาได้จากคำแนะนำสำหรับผู้เขียนซึ่งอยู่ด้านท้ายของวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ทุกฉบับ ทางกองบรรณาธิการจะไม่พิจารณาตีพิมพ์บทความหรือรายงานการวิจัย ถ้าไม่ได้เขียนในรูปแบบคำแนะนำ และบทความที่ได้ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ไม่สามารถนำไปเผยแพร่ในวารสารวิชาการอื่น ๆ ได้

ส่งผลงาน/บทความ/รายงานการวิจัยมายัง

กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

ต.หนองบัวศาลา อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

ลิขสิทธิ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา http://odpc9.ddc.moph.go.th/

สารบัญ / Content

ปีที่ 31 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน – ธันวาคม 2568 (Volume 31 Number 3 September – December 2025)

1. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามหลัก 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองแวง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์
   Predictive Factors of Non-Communicable Disease Prevention Behaviors Based on the "3E-2S" Principle among Village Health Volunteers in Nong Waeng Subdistrict, Lahan Sai District, Buriram Province
   วุฒิฌาน ห้วยทราย, นันทพร อุ้มรัมย์, กิตติยา ศรีมาฤทธิ์*..... 5
2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดบุรีรัมย์
   The Association between Perception and Dengue Fever Prevention Practices among Residents in High Morbidity Rate Districts, Buriram Province
   จิรปรียา บุญสงค์*, วรรณภา ทองโม้..... 18
3. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสุขภาพและดัชนีมวลกายในบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม
   Effect of Behavior Modification Program on Health Behavior and Body Mass Index in Overweight Public Health Personnel, in Public Health Agencies of Nakhon Phanom Province
   พิมพ์รภัช แท่งทองหลาง*, เขมิกา สมบัติโยธา, ธิดารัตน์ สมดี..... 32
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนในชุมชนหนาแน่นแออัด เขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุรินทร์
   Factors Associated with Hypertension Prevention Behaviors among Residents of Overcrowded Communities in Mueang Municipality, Surin Province
   พรพิมล เพชรกลั่น*, ธันวดี รู้รอบ, พรรณนิภา ยางศรี, ธีรศักดิ์ พรหมพันใจ..... 49
5. ความไวต่อสารเคมี Deltamethrin 0.05% ของยุงก้นปล่อง *Anopheles dirus* ในพื้นที่อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์
   Susceptibility of *Anopheles dirus* to 0.05% Deltamethrin in Buachet district, Surin province
   สุนันทา พันขุนคีรี*, ปรเมศร์ เวือนประโคน, สาวิตรี บุญหวา..... 66
6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา
   Factors Related to Household Waste Management Behavior in Dan Khun Thot District, Nakhon Ratchasima Province
   นพเก้า บัวงาม*, พัชรี ศรีกุตา, สิริสุดา ฐานะปัตโต, นฤพร พร่องครบุรี..... 77
7. รูปแบบการดูแลสุขภาวะชุมชนด้วยสถานีสุขภาพชุมชน: กรณีศึกษา ชุมชนทุ่งบอน ตำบลบุ่งหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
   Community Health Care Model through Community Health Station: A Case Study of Thung Bon Community, Bung Wai Subdistrict, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province
   กุลธิดา กุลประฑีปัญญา , อรุณศรี ผลเพิ่ม*..... 91
8. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลลำทับ อำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่
   Factors Related to Anemia in Pregnant Women Receiving Delivery Services at Lamthap Hospital in Lam Thap District, Krabi Province
   รุจิรา ประคีตะวาทินี..... 104

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน..... 116

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ดำเนินงานเผยแพร่เข้าสู่ปีที่ 31 ฉบับที่ 3 (เดือนกันยายน – ธันวาคม ปี พ.ศ. 2568) ยังคงมุ่งเน้นสร้างองค์ความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคให้กับผู้อ่าน โดยนำเสนอบทความทางวิชาการหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ วิจัยเชิงปริมาณ วิจัยเชิงคุณภาพ มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม รายงานการสอบสวนโรค รวมถึงงานเชิงระบบ เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างนักวิชาการและบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ทุกบทความถูกประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน/บทความ เพื่อให้บทความมีคุณภาพและน่าสนใจ โดยวารสารฉบับนี้ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับโรคและภัยคุกคามสุขภาพทุกมิติ ตัวอย่างบทความ เช่น ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสุขภาพและดัชนีมวลกายในบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะน้ำหนักเกิน, ความไวต่อสารเคมี Deltamethrin 0.05% ของยุงก้นปล่อง *Anopheles dirus* ในพื้นที่อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์, การศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาวะชุมชนด้วยสถานีสุขภาพชุมชนทุ่งบอน ตำบลบุ่งหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

กองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้นิพนธ์ทุกท่านที่ส่งบทความวิชาการมาเผยแพร่ และขอเชิญชวนท่านที่สนใจส่งบทความวิชาการเพื่อเผยแพร่ ผ่านระบบการยื่นบทความออนไลน์ (online submission) ทางเว็บไซต์ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9/index ยิ่งไปกว่านั้นกองบรรณาธิการขอแสดงความขอบคุณผู้อ่านทุกท่านที่ให้ความสนใจ และเลือกอ่านบทความวิชาการในวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา และขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่า ข้อเสนอแนะของท่านมีประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพบทความ ท้ายนี้ขอขอบพระคุณผู้บริหารและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่มิได้กล่าวถึง ณ ที่นี้ กองบรรณาธิการรู้สึกภูมิใจและเป็นเกียรติอย่างยิ่ง หากเนื้อหาในบทความวิชาการนี้ถูกนำไปใช้ประโยชน์ในการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพให้กับประชาชนต่อไป

นายแพทย์ทวีชัย วิษณุโยธิน
บรรณาธิการ

กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

ISSN 2985-1823 (Online)

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

Homepage: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9
ปีที่ 31 ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม 2568) หน้า [5–17]

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามหลัก 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองแวง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์

Predictive Factors of Non-Communicable Disease Prevention Behaviors Based on the "3E-2S" Principle among Village Health Volunteers in Nong Waeng Subdistrict, Lahan Sai District, Buriram Province

วุฒิฌาน ห้วยทราย[1], นันทพร อุ้มรัมย์[2], กิตติยา ศรีมาฤทธิ์[1*]
Wuttichan Huaisai[1], Nanthaphon Aumram[2], Kittiya Srimarit[1*]
[1]วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[2]โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง
[1]Sirindhorn College of Public Health Ubon Ratchathani,
Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute.
[2]Ban Nong Waeng Subdistrict Health Promoting Hospital
*Corresponding author: Kittiya@scphub.ac.th
(Received: Oct 7, 2024 / Revised: Aug 25, 2025/ Accepted: Nov 19, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ทางสุขภาพพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในตำบลหนองแวง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 142 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.44 มีอายุเฉลี่ย 50.97 ปี (SD = 9.80) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.30 สถานภาพสมรส ร้อยละ 78.87 มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 อาชีพหลักคือเกษตรกร ร้อยละ 69.72 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 6,331.69 บาท (SD = 4,739.67) ไม่เป็นโรคเรื้อรัง ร้อยละ 77.46 ดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 25.32 กก./ม.^{2} (SD = 4.07) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 83.80 และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ระดับพอใช้ ร้อยละ 85.21 โดยตัวแปรที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ เพศ (β = -5.950, p = 0.017) อายุ (β = 0.164, p = 0.039) อาชีพ (β = -9.504, p = 0.009) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (β = 1.060, p = 0.029) ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถอธิบายความผันแปรของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ ร้อยละ 8.60 ดังนั้นจึงควรมีการออกแบบและจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมให้กับ อสม. โดยเน้นให้อสม. เข้ามามีบทบาทในการตัดสินใจมากกว่าการให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียว และกระตุ้นให้ อสม. มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อเป็นต้นแบบให้กับชุมชนอื่นต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.

Abstract

The study was a cross-sectional analytical study. The objectives were to investigate the level of health literacy and prevention behaviors for non-communicable diseases (NCDs), and to examine the influence of personal factors and health literacy on these prevention behaviors among Village Health Volunteers (VHVs) in Nong Waeng Subdistrict, Lahan Sai District, Buriram Province. A sample of 142 VHVs was selected using a simple random sampling method. The data were collected using a questionnaire and analyzed using descriptive statistics and multiple linear regression analysis. The results showed that most participants were female (89.44%), with an average age of 50.97 years (SD = 9.80). Most were Buddhist (99.30%) and married (78.87%). The highest level of education attained was primary school (50%), and the primary occupation was farming (69.72%). The average monthly income was 6,331.69 THB (SD = 4,739.67). Additionally, 77.46% of the participants had no NCDs, and the average body mass index (BMI) was 25.32 kg/m^2 (SD = 4.07). Health literacy was at a very good level (83.80%), while NCD prevention behavior was at a fair level (85.21%). The variables that could significantly predict NCD prevention behavior were male gender (β = -5.950, p = 0.017), age (β = 0.164, p = 0.039), occupation (β = -9.504, p = 0.009), health literacy (β = 1.060, p = 0.029). All independent variables explained 8.6% of the variation in the NCD prevention behavior score. Therefore, appropriate health-promoting activities should be designed and organized for VHVs. These activities must emphasize their involvement in decision-making rather than merely receiving information. This approach will encourage them to adopt proper health behaviors and serve as role models for the community.

Keywords: Health Literacy, Non-communicable Disease Prevention Behavior, Village Health Volunteers (VHVs), Health Behaviors 3E-2S

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรคเรื้อรัง เป็นโรคที่มีการเจ็บป่วยสะสมเป็นเวลานานและคร่าชีวิตคนบนโลกสูงถึง ร้อยละ 74 จากสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด โดยโรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่เสียชีวิต ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน โดยมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และการดื่มแอลกอฮอล์[1]

จากรายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่าปี พ.ศ. 2559–2563 ประเทศไทยมีอัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คิดเป็น 114.10 114.66 113.93 123.84 และ 124.65 คน ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง[2] จังหวัดบุรีรัมย์เป็นอีกหนึ่งจังหวัดที่มีแนวโน้มการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน โดยในปี พ.ศ. 2562–2566 มีอัตราความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 18.43 18.95 21.93 22.98 และ 23.20 ตามลำดับ[3] เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์รายตำบล พบว่า พื้นที่ตำบลหนองแวง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ มีอัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ.2562–2566 พบอัตราป่วยเป็นร้อยละ 12.84 14.21 15.66 17.69 และ 18.58 ตามลำดับ[3] โรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขที่ต้องได้รับการป้องกันควบคุมโรคจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดอัตราอุบัติการณ์การเกิดโรคในพื้นที่

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายพัฒนางาน มุ่งเน้นให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมกัน ลดความเหลื่อมล้ำ และสามารถเข้าถึงหน่วยบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและรวดเร็ว[4] และได้กำหนดนโยบาย “คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน” โดยให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนตามหลักสาธารณสุขมูลฐาน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[5] โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้ามามีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ให้คำแนะนำ ถ่ายทอดความรู้ รวมทั้งการให้สุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งการติดตาม ช่วยเหลือแก้ไขปัญหาสาธารณสุข เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และประสานงานบริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ[4,6]

อสม. จึงเป็นกำลังสำคัญของระบบสาธารณสุขไทยที่ทำหน้าที่สื่อสารและส่งเสริมสุขภาพในชุมชน จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า อสม. หลายคนยังขาดความรู้ ความเข้าใจ หรือมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค ไม่สม่ำเสมอหรือไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ[7] จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลสามารถเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย เช่น ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม ตลอดจนสภาพแวดล้อม สังคมวัฒนธรรม และเศรษฐกิจ อย่างไรก็ตาม ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ส่งผลโดยตรงต่อการจัดการสุขภาพของบุคคล คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพไปใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม[8] ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกลไกสำคัญในการเปลี่ยนผ่านจาก “ความรู้” ไปสู่ “พฤติกรรม” กระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอวิถีชีวิตประจำวัน[8] แนวคิดนี้สอดคล้องกับนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน มีเป้าหมายให้ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเอง มีส่วนร่วมในการตัดสินใจทางสุขภาพ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาวะที่ดีได้อย่างยั่งยืน[9] ในประเทศไทยมีการรณรงค์ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส.ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และการไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แต่ยังพบว่ายังมีงานวิจัยจำนวนน้อยที่ศึกษาเฉพาะ การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามหลักพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.ของ อสม. โดยตรง และยังไม่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพยากรณ์ เพื่อระบุปัจจัย

ที่เป็นตัวทำนายสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคดังกล่าว

ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามหลัก 3อ.2ส.ของ อสม. ตำบลหนองแวง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ มุ่งเน้นศึกษาระดับความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม. เพื่อนำไปสู่การพัฒนากลยุทธ์การเสริมสร้างศักยภาพ อสม. และยกระดับคุณภาพการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ทางสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม. ตำบลหนองแวง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์

2. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอสม. ตำบลหนองแวง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (cross-sectional analytical study) เก็บรวบรวมข้อมูลจาก อสม. ในพื้นที่ตำบลหนองแวง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ โดยแบบสอบถาม ใช้ระยะเวลาในการศึกษาจำนวน 1 เดือน คือ เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ อสม.ในพื้นที่ตำบลหนองแวง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 224 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ อสม.ในพื้นที่ตำบลหนองแวง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบประชากรขนาดเล็กหรือทราบจำนวนประชากรโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของเครจซี่และมอร์แกน[10] ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 142 คน รายละเอียดดังนี้ คือ

$$s = \frac{X^2 \cdot N \cdot P(1-P)}{d^2(N-1) + X^2 \cdot P(1-P)}$$

s คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่ยอมรับได้

χ^2 คือ ค่ามาตรฐานที่ระดับนัยสำคัญที่สถิติระดับ 0.05 มีค่าเท่ากับ 3.8416 (χ = 1.96)

N คือ จำนวนประชากร

P คือ สัดส่วนประชากรตามลักษณะที่สนใจ (ถ้าไม่ทราบขนาดประชากร แทนค่า 0.5 จะเป็นจำนวนที่ส่งผลให้ได้กลุ่มตัวอย่างมากที่สุด)

d คือ ความคลาดเคลื่อนของสัดส่วนประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (0.05)

แทนค่า

$$s = \frac{(3.8416)(224)(0.5)(0.5)}{0.05^2(224-1) + (3.8416)(0.5)(0.5)}$$

s = 141.728441

s = 142 คน

เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างแล้ว ทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน แบ่งตามสัดส่วนประชากรของ อสม. แยกตามโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ขึ้นทะเบียน 4 แห่ง ในพื้นที่ตำบลหนองแวง อำเภอละหานทราย ดังนี้ 1) รพ.สต.บ้านหนองแวง 2) รพ.สต.หงอนไก่ 3) รพ.สต.ศรีทายาท และ 4) รพ.สต.ราษฎร์รักแดน

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

1. เป็นผู้ปฏิบัติงาน อสม. ในพื้นที่ตำบลหนองแวง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์

2. เป็นผู้ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็น อสม. ตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

1. ผู้ที่ไม่สามารถอ่านออก เขียนได้หรือผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบไปด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และดัชนีมวลกาย (BMI)

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน พัฒนาขึ้นโดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ ไม่เคยทำ ทำได้ยากมาก ทำได้ยาก ทำได้ง่าย และทำได้ง่ายมาก ครอบคลุม 4 องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ 2) การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ 3) การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งสิ้น จำนวน 16 ข้อ การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับดังนี้ ระดับไม่ดี คือ น้อยกว่าร้อยละ 60 (4–11 คะแนน) ระดับพอใช้ คือ ร้อยละ 60–69 (12–13 คะแนน) ระดับดี คือ ร้อยละ 70–79 (14–15 คะแนน) และระดับดีมาก คือ ร้อยละ 80 ขึ้นไป (16–20 คะแนน)[11]

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามของอัญชลี สามงามมี[12] โดยเป็นแบบสอบถามความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรม จำนวน 27 ข้อ แบ่งระดับพฤติกรรมตามเกณฑ์ของบลูม[13] เป็น 3 ระดับดังนี้ ระดับควรปรับปรุง คือ น้อยกว่าร้อยละ 60 (27–80 คะแนน) ระดับพอใช้ คือ ร้อยละ 60–79 (81–107 คะแนน) และระดับดี คือ ร้อยละ 80 ขึ้นไป (108 คะแนนขึ้นไป)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.67–1.00 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) ในพื้นที่ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 0.96 และพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเท่ากับ 0.82 (เป็นไปตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) กรณีเป็นตัวแปรไม่ต่อเนื่อง จะนำเสนอด้วยความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด กรณีเป็นข้อมูลต่อเนื่อง นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับสถิติเชิงอนุมาน จะดำเนินการดังนี้ 1) การวิเคราะห์ครั้งละปัจจัยเพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่สนใจศึกษาและตัวแปรตามด้วย bivariate linear regression 2) วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมฯ ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ โดยคำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยอื่น ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุ (multiple linear regression) โดยใช้วิธีการนำเข้าตัวแปรแบบ stepwise พิจารณาค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ และรายงานค่า regression coefficient (b), standard Error (SE), β, t-test, และ 95%CI 3) แสดงสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

$$\hat{y} = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \ldots + \beta_p x_p + \varepsilon_i$$

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี หมายเลขใบรับรอง SCPHUB I002 ลงวันที่ 4 มิถุนายน พ.ศ. 2567–3 มิถุนายน พ.ศ.2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการศึกษาพบว่า อสม.ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 89.44 มีอายุเฉลี่ย 50.97 ปี (SD = 9.80) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.30 สถานภาพสมรส ร้อยละ 78.87 มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ที่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 69.72 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 6,331.69 บาท (SD= 4,739.67) ไม่เป็นโรคเรื้อรัง ร้อยละ 77.46 และค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย (BMI) เท่ากับ 25.32 (SD = 4.07) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 142)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	15	10.56
หญิง	127	89.44
อายุ (ปี)	$\bar{X}$ = 50.97, SD = 9.80, min = 27, max = 72	
ศาสนา		
พุทธ	141	99.30
คริสต์	1	0.70
สถานภาพสมรส		
โสด	17	11.98
สมรส	112	78.87
หย่า หม้าย	13	9.15
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	2.11
ประถมศึกษา	71	50.00
มัธยมศึกษา	55	38.73
อนุปริญญา/ปวช.	6	4.23
ปริญญาตรี	7	4.93
อาชีพ		
เกษตรกร	99	69.72
ค้าขาย	7	4.93
พนักงาน/ลูกจ้างหน่วยงานของรัฐ	3	2.11
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7	4.93
พนักงาน/ลูกจ้างหน่วยงานเอกชน	1	0.70
รับจ้างทั่วไป	25	17.61
รายได้ต่อเดือน	$\bar{X}$ = 6,331.69, SD = 4,739.67, min = 1,000, max = 30,000	

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 142)	ร้อยละ
โรคเรื้อรัง		
ไม่มีโรคเรื้อรัง	110	77.46
มีโรคเรื้อรัง	32	22.54
ดัชนีมวลกายเฉลี่ย (BMI)	$\bar{X}$ = 25.32, SD = 4.07, min = 18, max = 38	

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 66.66 คะแนน (SD = 5.80) มีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 64 คะแนน (ค่าสูงสุดเท่ากับ 80 คะแนน และค่าต่ำสุด เท่ากับ 55 คะแนน) เมื่อนำมาจัดเป็นระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพพบว่า ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 83.80 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมของ อสม.

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวม	จำนวน (n = 142)	ร้อยละ
ดีมาก	119	83.80
ดี	19	13.38
พอใช้	4	2.82

เมื่อพิจารณาแยกรายองค์ประกอบ พบว่า องค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ย 16.82 คะแนน (SD = 1.66) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ย 16.51 คะแนน (SD = 1.59) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพแยกรายองค์ประกอบ อสม.

องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับความรอบรู้/ช่วงคะแนน			$\bar{X}$	SD
	พอใช้ จำนวน (ร้อยละ)	ดี จำนวน (ร้อยละ)	ดีมาก จำนวน (ร้อยละ)		
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	3 (2.11)	12 (8.45)	127 (89.44)	16.68	1.65
การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	1 (0.70)	18 (12.68)	123 (86.62)	16.65	1.81
การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	2 (1.41)	11 (7.75)	129 (90.85)	16.51	1.59
การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	2 (1.41)	8 (5.63)	132 (92.96)	16.82	1.66

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เท่ากับ 89.35 คะแนน (SD = 9.37) ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 88.50 คะแนน (ค่าสูงสุดเท่ากับ 115 คะแนน และค่าต่ำสุด เท่ากับ 62 คะแนน) เมื่อนำมาจัดเป็นระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 85.21 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม.

ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	จำนวน (n = 142)	ร้อยละ
ควรปรับปรุง	15	10.56
พอใช้	121	85.21
ดี	6	4.23

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม.

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอสม. ทีละตัวแปร พบว่า เพศ อายุ อาชีพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ ($p > 0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม.

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	Mean difference			*p*-value
			Un-adjusted	Adjusted	95%CI	
เพศ						0.04
หญิง	127	89.44	0	0		
ชาย	15	10.56	-5.082	-6.281	-10.088, 0.076	
อายุ (ปี)			0.112	0.196	-0.047, 0.271	0.01
ศาสนา						0.43
คริสต์	1	0.70	0	0		
พุทธ	141	99.30	7.397	11.110	-11.224, 26.018	
สถานะภาพ						0.87
สมรส	112	78.87	0	0		
โสด	17	11.98	0.410	2.130	-4.397, 5.217	
หม้าย	13	9.15	1.991	0.925	-3.410, 7.392	
ระดับการศึกษา						0.99
ประถมศึกษา	71	50.00	0	0		

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม. (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	Mean difference			*p*-value
			Un-adjusted	Adjusted	95%CI	
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	2.11	-0.012	1.149	-10.864, 10.840	
มัธยมศึกษา	55	38.73	-1.157	0.196	-4.354, 2.041	
อนุปริญญา/ปวช.	6	4.23	1.380	1.180	-6.374, 9.134	
ปริญญาตรี	7	4.93	-1.114	-1.265	-8.320, 6.092	
อาชีพ						0.04
เกษตรกร	99	69.72	0	0		
ไม่ประกอบอาชีพ	7	4.93	-6.674	-9.644	-13.796, 0.448	
ค้าขาย	7	4.93	-1.114	2.720	-8.320, 6.092	
พนักงาน/ลูกจ้างหน่วยงานของรัฐ	3	2.11	3.734	4.824	-7.100, 14.568	
พนักงาน/ลูกจ้างหน่วยงานเอกชน	1	0.70	2.674	3.062	-15.983, 21.330	
รับจ้างทั่วไป	25	17.61	0.989	1.815	-3.105, 5.083	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			-0.0001	-5.259	-0.0004, 0.0001	0.36
ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง			0.006	0.007	-0.034, 0.045	0.78
ดัชนีมวลกายเฉลี่ย (BMI)			-0.029	-0.078	-0.414, 0.355	0.88
องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ						0.03
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ			0.332	-0.183	-0.614, 1.278	
การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ			0.571	0.577	-0.289, 1.431	
การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ			0.827	1.215	-0.150, 1.803	
การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ			0.390	-0.619	-0.550, 1.331	

จากการวิเคราะห์ multiple linear regression คัดเลือกตัวแปรอิสระที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม.ที่มีค่า $p < 0.05$ เข้าโมเดล พบว่า มีปัจจัยจำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ร้อยละ 8.60 (adjusted $R^2 = 0.086$)

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$\hat{y}_{(\text{พฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง})} = 64.594 - 5.950$ (เพศ) + 0.164 (อายุ) – 9.504 (อาชีพ) + 1.060 (ความรอบรู้ด้านสุขภาพ)

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอสม. ในพื้นที่ตำบลหนองแวง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 66.66 คะแนน (SD = 5.80) ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 83.80 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินข้อมูล และประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของสายชล ศรีพนมวรรณ[14]ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทของ อสม. ในการป้องกันโรคเรื้อรัง อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของพัดชา คุณวุฒิ[15] ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของ อสม.พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. อยู่ระดับดีมากเช่นเดียวกัน เนื่องมาจาก อสม.เป็นกลุ่มบุคคลที่ได้รับการอบรมและพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังมีประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับประชาชนในชุมชน ทำให้มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพใหม่ ๆ อยู่เสมอ รวมถึงได้รับการสนับสนุนจากทีมสหสาขาวิชาชีพในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้สามารถเข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม แต่ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก แต่กลับพบว่ามีพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 85.21 สอดคล้องกับการศึกษาของวิชุดา นพเสริฐ[16] ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานอายุ 45–59 ปีในอำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ พบว่าพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ เนื่องจากการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการนำไปปฏิบัติจริง เนื่องจากความรอบรู้สุขภาพนั้นเป็นเพียงปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเท่านั้น โดยยังมีปัจจัยอื่น ๆ เข้ามาเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพร่วมด้วย ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยแวดล้อมภายนอก เช่น ระบบเศรษฐกิจ การเมือง ซึ่งส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงานที่ต้องเผชิญกับข้อจำกัดด้านเวลา ภาระงาน และความเครียดจากการดำเนินชีวิต ส่งผลให้ไม่สามารถนำความรู้ด้านสุขภาพไปปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอ

เมื่อทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโมเดลสุดท้าย ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถอธิบายความผันแปรของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ร้อยละ 8.60 ในส่วนของตัวแปรเพศนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑาภรณ์ สว่างเมฆ[17] ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของ อสม.ในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้นแบบ จังหวัดกระบี่ พบว่าเพศมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของนพมาศ โกศล และคณะ[18] ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. พบว่า พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเพศ ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับวัชรา จันทร์กระจ่าง[19] ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชน

กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร พบว่าเพศ มีอิทธิพลทางบวกต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชน กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p = 0.006)

ตัวแปรด้านอายุ พบว่า อสม. ที่มีอายุเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น 0.164 คะแนน เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผ่านการใช้ชีวิต ผ่านประสบการณ์ในการดำรงชีวิตมากพอสมควร และเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะเพิ่มขึ้น การคิดและการตัดสินที่ดี ทำให้รู้แนวทางในการปฏิบัติตนเพื่อให้สุขภาพของตนอยู่ในสภาวะที่สมบูรณ์ สอดคล้องกับทฤษฎีของ Becker & Maiman[20] แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ได้อธิบายว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีผลโดยอ้อมต่อแนวโน้มการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับ พรรณรัตน์ เป็นสุข และคณะ[21] ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา ประจำปี 2564 พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($p < 0.05$)

ตัวแปรด้านอาชีพ พบว่า ประเภทของอาชีพส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของวัชรา จันทร์กระจ่าง[19] ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร พบว่า อาชีพ มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตัวแปรด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ทุกๆ คะแนนที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนนจะส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น สอดคล้องตามแนวคิดทฤษฎีของนัทบีม Nutbeam[22] ที่กล่าวว่า การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ การตัดสินใจโดยการตัดสินใจที่รอบคอบและมีข้อมูลสนับสนุนจะนำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม ส่งผลให้บุคคลมีแนวโน้มในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ ภมร ดรุณ[23] ได้ศึกษาปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ พบว่า องค์ประกอบการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

ควรมีการออกแบบและจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมให้กับ อสม.โดยเน้นให้อสม.เข้ามามีบทบาทในการตัดสินใจมากกว่าการให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียว และกระตุ้นให้ อสม. มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อเป็นต้นแบบให้กับชุมชนอื่นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งถัดไป

ควรทำการวิจัยกึ่งทดลอง โดยออกแบบโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อวัดประสิทธิผลของโปรแกรม และนำโปรแกรมที่ได้มาพัฒนาเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืนในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะ ขอบพระคุณผู้นำชุมชน อสม.ในพื้นที่ตำบลหนองแวง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ ที่ให้ความอนุเคราะห์และให้ความร่วมมืออย่างดีในการเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. 2022 [cited 2024 Oct 4]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. จำนวนและอัตราตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ (NCD) ปี 2559–2563 [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ตุลาคม 4]. เข้าถึงได้จาก: http://

www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14220&tid=32&gid=1-020

3. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เขตสุขภาพที่ 9. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ตุลาคม 4]. เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go.th/brm/public/standard-subcatalog/b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b
4. วรธา มงคลสืบสกุล. การเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข: ภาพสะท้อนและความเหลื่อมล้ำของกลุ่มเปราะบางทางสังคม. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์ 2565;6(1):55–69.
5. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่ หลักสูตรฝึกอบรม สมาร์ท อสม. และอสม. หมอประจำบ้าน ปีงบประมาณ 2565. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2564.
6. สมตระกูล ราศิริ, สุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา, ชิติรัตน์ ราศิริ. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขไทย. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2564;7(2):80–97.
7. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012;12(80):1–13
8. อังศินันท์ อินทรกำแหง. รายงานวิจัย เรื่องการสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรอบรู้ด้านสุขภาพคนไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2560.
9. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค. คู่มือกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ.พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัท อาร์ เอ็น พี พี วอเทอร์ จำกัด; 2564.
10. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement 1970;30(3):607–10.
11. กองสุขศึกษา. เครื่องมือสำหรับแกนนำสุขภาพ (อสม., แกนนำนักเรียน, ยุว อสม.) [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ตุลาคม 4]. เข้าถึงได้จาก: https://hed.hss.moph.go.th/tool-hlhb/
12. อัญชลี สามงามมี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของบุคลากรสายสนับสนุนในมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง [ปริญญานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ลำปาง: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2562.
13. Bloom B. Mastery learning: UCLA–CSEIP evaluation. Los Angeles: University of California at Los Angeles; 1968.
14. สายชล ศรีพนมวรรณ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคเรื้อรัง อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช 2567;4(2):1–13.
15. พัดชา คุณวุฒิ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.). วารสารวิชาการ วิจัย และนวัตกรรม มสธ. (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์) 2566; 3(2):94–106.
16. วิชุดา นพเสริฐ, นิศาชล บุปผา, อรุณณี ใจ

เที่ยง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานอายุ 45-59 ปี ในอำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์. วารสารพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2566; 50(1):256–70.

17. จุฑาภรณ์ สว่างเมฆ. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจาหมู่บ้าน (อสม.) หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้นแบบ จังหวัดกระบี่. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2564;6(3):121–30.

18. นพมาศ โกศล, ประนอม อุบลกาญจน์, เชาวลิต ลิ่มวิจิตรวงศ์, นิติยา ศิริแก้ว. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานสำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ: กรณีศึกษาชุมชน บ้านวังหิน อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช. การประชุมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติครั้งที่ 10; 2562 กรกฎาคม 12–13; มหาวิทยาลัยหาดใหญ่. สงขลา; 2562.: 1600–11.

19. วัชรา จันทร์กระจ่าง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร[สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต].พิษณุโลก:มหาวิทยาลัยนเรศวร;2565.

20. Becker MH, Maiman LA. The health belief model: origins and correlation in psychological theory. Health Educ Monogr 1975;2:336–85.

21. พรรณรัตน์ เป็นสุข, นิรันตา ไชยพาน, จันทกานต์ วลัยเสถียร. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา ประจำปี 2564. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา 2564;29(3): 5–18.

22. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med 2008; 67(12):2072–8.

23. ภมร ดรุณ. ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2562;15(3):71–82.

กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

ISSN 2985-1823 (Online)

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

Homepage: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9
ปีที่ 31 ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม 2568) หน้า [18-31]

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดบุรีรัมย์

The Association between Perception and Dengue Fever Prevention Practices among Residents in High Morbidity Rate Districts, Buriram Province

จิรปรียา บุญสงค์*, วรรณภา ทองโม้
Jirapreeya Bunsong*, Wannapha Thongmo
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา
Office of Disease Prevention and Control 9 Nakhon Ratchasima
*Corresponding author: bun.jjirapreeya@gmail.com
(Received: Aug 20, 2024/ Revised: Sep 11, 2025 / Accepted: Nov 19, 2025)

บทคัดย่อ

โรคไข้เลือดออก เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศรวมถึงประเทศไทย เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี มียุงลาย (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะนำโรค ในช่วง10 ปีที่ผ่านมามีการแพร่ระบาดที่ไม่แน่นอน ทำให้ต้องมีการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน รวมถึงการศึกษาการรับรู้ และพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูง คัดเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 385 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.60 อายุระหว่าง 41–50 ปี ร้อยละ 28.80 สถานภาพสมรส ร้อยละ 69.10 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 73.20 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 75.30 และไม่มีประวัติเป็นโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 97.10 การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวม ส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.72, SD = 0.13) พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกภาพรวม ส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นประจำ ($\bar{X}$ = 2.46, SD = 0.30) และจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ($r = -0.128$, $p = 0.012$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ($r = 0.179$, $p < 0.001$) และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ($r = 0.159$, $p = 0.002$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนการรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติตนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก ดังนั้นหน่วยงานภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่และผู้เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักและเห็นความสำคัญ รวมถึงสามารถกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในครัวเรือนตนเองได้ เพื่อให้เกิดการป้องกันควบคุมโรคที่ยั่งยืน

คำสำคัญ: การรับรู้, พฤติกรรมการป้องกัน, โรคไข้เลือดออก, อำเภอที่มีอัตราป่วยสูง

Abstract

Dengue fever is an important public health problem in many countries, including Thailand. It is caused by the dengue virus and spread by the *Aedes aegypti* mosquito. In the past 10 years, outbreaks have been unpredictable, requiring continuous surveillance, prevention, and control. The study was descriptive research. The objectives were to examine the relationship between perception and dengue fever prevention practices among the public, and to study the levels of perception and dengue fever prevention practices in districts with high morbidity rates in Buriram Province. A sample of 385 participants was selected using multi-stage sampling from high-incidence districts. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and the Pearson correlation coefficient. The results showed that most participants were female (62.60%), aged 41–50 years (28.80%), married (69.10%), had a primary education level (73.20%), were farmers (75.30%), and had no history of dengue fever (97.10%). The overall level of health belief perceptions was found to be at a high level ($\bar{x}$ = 2.72, SD = 0.13). The overall dengue prevention behavior was practiced regularly ($\bar{x}$ = 2.46, SD = 0.30). The study of the relationship between perception and dengue fever prevention practices among the public showed that awareness of disease severity (r = -0.128, p = 0.012), perceived risk (r = 0.179, $p < 0.001$), and perceived benefits of prevention (r = 0.159, p = 0.002) had statistically significant correlations with prevention behavior ($p < 0.05$). However, perceived barriers to performing the behavior had no relation to prevention behavior. Therefore, local authorities and stakeholders should promote activities to raise awareness and emphasize the importance of eliminating mosquito breeding sites in households to achieve sustainable dengue prevention and control.

Keywords: Perception, Prevention Behavior, Dengue Hemorrhagic Fever, High Morbidity Rate Districts

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกีที่มียุงลาย (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะนำโรค และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทย ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาองค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่ามีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมากกว่า 100 ล้านรายต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ในปัจจุบันมีการแพร่ระบาดที่ไม่แน่นอน ส่งผลให้เกิดความสูญเสียทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม การติดเชื้อสามารถทำให้เกิดอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตโดยเฉพาะในเด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว หากเข้ารับการรักษาล่าช้า มักเกิดภาวะแทรกซ้อนและยากต่อการรักษา[1]

จากสถานการณ์โรคไข้เลือดออกของประเทศไทยย้อนหลังในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2561–2565 พบว่าอัตราป่วยมีแนวโน้มลดลงโดย ปี พ.ศ. 2561 อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 131.58 ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2562 อัตราป่วย เท่ากับ 197.27 ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2563 อัตราป่วยเท่ากับ 109.26 ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2564 อัตราป่วย เท่ากับ 16.04 ต่อประชากรแสนคน และปี พ.ศ. 2565 อัตราป่วย เท่ากับ 64.03 ต่อประชากรแสนคน และมีรายงานอัตราป่วยตายเท่ากับ 0.04 ต่อประชากรแสนคน[2] แต่ในปี พ.ศ. 2566 พบว่าประเทศไทยมีอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นมาจากเดิมถึง 3 เท่า คือ 193.31 ต่อประชากรแสนคน[3] สำหรับเขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ พบว่าในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยสะสมจำนวน 10,344 ราย อัตราป่วย 149.39 ต่อประชากรแสนคน ทั้งนี้พบมากในกลุ่มอายุ 10–14 ปี และผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 9 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.09 จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูง ได้แก่ จังหวัดสุรินทร์ รองลงมาคือจังหวัดบุรีรัมย์ จังหวัดชัยภูมิ และจังหวัดนครราชสีมา ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างปี พ.ศ. 2565–2566 การเกิดโรคไข้เลือดออกเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยสะสมจำนวน 2,349 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 148.96 ต่อประชากรแสนคน โดยกลุ่มอายุ 10–14 ปี มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด นอกจากนี้ยังมีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 3 ราย อัตราป่วยตาย เท่ากับ ร้อยละ 0.13 อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ อำเภอชำนิ อัตราป่วยเท่ากับ 489.82 ต่อประชากรแสนคน[4] สำหรับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่อำเภอชำนิ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะดำเนินการร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และภาคีเครือข่ายทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ประชาสัมพันธ์และให้สุขศึกษากับประชาชนเป็นประจำทุกปี อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานดังกล่าวก็ยังได้ผลลัพธ์ด้านการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่ดีเท่าที่ควร จากการเก็บข้อมูลงานวิจัยของพรทิพย์ แก้วชิณ[5] พบว่าประชาชนในพื้นที่อำเภอชำนิ ส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัวป้องกันโรคไข้เลือดออกระดับต่ำ ร้อยละ 62.10 นอกจากนี้พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ได้แก่ ความรู้ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร การจัดการเงื่อนไขตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ

การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกให้เกิดการเปลี่ยนแปลงถึงระดับพฤติกรรมนั้น มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายอย่างร่วมกัน ทั้งในมิติการบริหารจัดการและมิติด้านสุขศึกษา จากงานวิจัยของชลธิชา หล่าอุดม[6] ซึ่งดำเนินการในพื้นที่อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้แก่ ด้านความเพียงพอของทรัพยากร (β = 0.30) ด้านการได้รับแรงจูงใจ ข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำ (β = 0.25) และด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก (β = 0.12) โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 21.70 ($p < 0.05$) สอดคล้องกับงานวิจัยของประภาศิ ศรีคง[7] ที่พบว่า ประชาชนในพื้นที่ซึ่งมีอัตราอุบัติการณ์โรคไข้เลือดออกต่ำจะมีทักษะและความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

รวมทั้งยังร่วมหาสาเหตุปัญหาและติดตามประเมินผลตามแผนงาน/โครงการไข้เลือดออกได้ดีกว่าประชาชนในพื้นที่ที่มีอัตราอุบัติการณ์สูง อย่างไรก็ตาม ยังไม่เคยมีการศึกษาที่มุ่งเน้นพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์โดยเฉพาะอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง ซึ่งมีลักษณะเฉพาะทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น ๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการศึกษา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับบริบทพื้นที่และสามารถนำไปใช้ในการวางแผนควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาครั้งนี้จึงได้นำกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model, HBM) ของ Becker และ Maiman และ Rosenstock[8] มาประยุกต์ใช้

ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้มีความสำคัญ เนื่องจากจะช่วยให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการวิจัยจะสามารถใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อวางแผนป้องกันและควบคุมโรคที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ รวมทั้งเป็นแนวทางให้กับหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการกำหนดมาตรการเชิงนโยบายเพื่อป้องกันการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดบุรีรัมย์

2. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอชำนิ จังหวัดบุรีรัมย์ อายุระหว่าง 20–60 ปี ซึ่งเป็นพื้นที่มีอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกสูงสุด จำนวน 9,456 คน ใช้ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม–10 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอชำนิ จังหวัดบุรีรัมย์ คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรของเครซี่และมอร์แกน[9] ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 385 คน ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง ดังนี้

$$n = \frac{x^2Np(1-p)}{e^2(N-1)+x^2p(1-p)}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากรอายุระหว่าง 20–60 ปี ของอำเภอชำนิ จังหวัดบุรีรัมย์ (9,456 คน)

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (0.05)

χ^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% (χ^2 = 3.841)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (p = 0.5)

n = 349.88 ≈ 350 คน

แต่เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในขณะเก็บข้อมูลและลดปัญหาการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ หรือมีข้อมูลสูญหาย ผู้วิจัยจึงสุ่มสำรองตัวอย่างไว้ร้อยละ 10 รวมเป็น 385 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ทำการสุ่มเลือกจังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 ประกอบด้วยจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ ด้วยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยพื้นที่ที่สุ่มได้ คือ จังหวัดบุรีรัมย์

ขั้นตอนที่ 2 เลือกอำเภอในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยเลือกอำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุด 1 อำเภอ คืออำเภอชำนิ และเลือกตำบลที่มีอัตราป่วยสูงสุดในอำเภอชำนิ คือตำบลเมืองยาง

ขั้นตอนที่ 3 เลือกพื้นที่ตำบลที่มีอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกสูงสุด 3 ลำดับแรก โดยผู้วิจัยดำเนินการ

จัดสรรขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากร (proportion to size)

ขั้นตอนที่ 4 ทำการสุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลากบ้านเลขที่ในแต่ละหมู่บ้าน จนได้ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ และเลือกกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามหลังละ 1 คน (1 คน/ 1 หลัง) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายหมู่บ้าน

ตำบล	จำนวนหลังคาเรือน	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
บ้านประคอง	231	133
บ้านโนนสมบูรณ์	267	154
บ้านราษฎร์พัฒนา	169	98
รวม	667	385

เกณฑ์คัดเข้าร่วมโครงการ (inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) ประชาชนอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอชำนิ จังหวัดบุรีรัมย์ ตัวแทนหลังคาเรือนละ 1 คน มีอายุอยู่ระหว่าง 20–60 ปี 2) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และ 3) รับรู้การสื่อสาร อ่านออกเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์คัดออกจากโครงการ (exclusion criteria) 1) ผู้มีคุณลักษณะบางประการที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัย เช่น ไม่สะดวกให้ข้อมูลและปฏิเสธความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และ 2) ผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้ที่บกพร่องทางสติปัญญา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) มีค่า IOC ระหว่าง 0.50–1.00 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับประชาชนที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับพื้นที่ที่ศึกษา ได้แก่ ประชาชนในพื้นที่อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีการของ Cronbach's alpha coefficient[10] ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 0.72–0.96

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพ 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพ และ 6) ประวัติการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (check list)

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค 2) ความรู้เกี่ยวกับการติดต่อการแพร่กระจาย 3) ความรู้เกี่ยวกับอาการและความรุนแรงของโรค และ 4) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนสูงกว่า 6.70–10.00 แปลผล มีความรู้อยู่ในระดับสูง

คะแนน 3.40–6.60 แปลผล มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนต่ำกว่า 0.00–3.30 แปลผล มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มี 4 ด้าน รวมจำนวน 33 ข้อ ประกอบด้วย

1) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และ 4) การรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติตน มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) จำนวน 3 ตัวเลือก แปลผลจากคะแนนเฉลี่ยตามแนวคิดของ Best[11] ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.33–3.00 แปลผล การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ระดับเห็นด้วยมาก

คะแนนเฉลี่ย 1.67–2.32 แปลผล การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ระดับเห็นด้วยน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.66 แปลผล การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ระดับไม่เห็นด้วย

ส่วนที่ 4 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน จำนวน 8 ข้อ และแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านเครื่องมือ การแปลความหมายแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

คะแนนเฉลี่ย 2.33–3.00 แปลผล ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 1.67–2.32 แปลผล ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับได้รับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.66 แปลผล ไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ การป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 6 ข้อ และการควบคุมยุงพาหะนำโรค จำนวน 7 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเกณฑ์เป็น 3 ระดับ และแปลผลจากคะแนนเฉลี่ยตามแนวคิดของ Best[11] ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.33–3.00 แปลผล มีพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นประจำ

คะแนนเฉลี่ย 1.67–2.32 แปลผล มีพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นบางครั้ง

คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.66 แปลผล มีพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกน้อย/ไม่มี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) ในการทดสอบความสัมพันธ์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากร

จากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.60 มีอายุระหว่าง 41–50 ปี ร้อยละ 28.80 สถานภาพสมรส ร้อยละ 69.10 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.20 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 75.30 และไม่เคยมีประวัติเป็นโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 97.10 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (n = 385)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	241	62.60
ชาย	144	37.40
อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	18	4.80

ตารางที่ 2 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (n = 385)	ร้อยละ
21–30 ปี	29	7.50
31–40 ปี	76	19.70
41–50 ปี	111	28.80
51–60 ปี	67	17.40
60 ปี ขึ้นไป	84	21.80
สถานภาพ		
โสด	64	16.60
สมรส	266	69.10
หม้าย/หย่า	55	14.30
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	25	6.50
ประถมศึกษา	282	73.20
มัธยมศึกษา	54	14.00
ปวช./ปวส.	12	3.10
ปริญญาตรี	10	2.60
สูงกว่าปริญญาตรี	2	0.60
อาชีพ		
นักเรียน/นักศึกษา	14	3.60
รับราชการ	14	3.60
พนักงานบริษัทเอกชน	2	0.60
รับจ้างทั่วไป	39	10.10
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	3	0.80
เกษตรกร	290	75.30
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	10	2.60

ตารางที่ 2 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (n = 385)	ร้อยละ
เกษตกรเกษียณ	2	0.60
ว่างงาน	11	2.80
ประวัติการเป็นโรคไข้เลือดออก		
เคย	11	2.90
ไม่เคย	374	97.10

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 7.10 คะแนน (SD = 1.45) เมื่อทำการจัดระดับของค่าคะแนน พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับความรู้สูง ร้อยละ 56.60 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	จำนวน (n = 385)	ร้อยละ
ระดับความรู้สูง (คะแนน 6.70–10.00)	218	56.60
ระดับความรู้ปานกลาง (คะแนน 3.40–6.60)	167	43.40
$\bar{x}$ = 7.10, SD = 1.45, median = 7.00, min = 4, max = 10		

ส่วนที่ 3 การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

จากการศึกษา พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เท่ากับ 2.72 คะแนน (SD = 0.13) ซึ่งอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาแยกรายด้าน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ 2.86 คะแนน (SD = 0.15) รองลงมาคือการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.84 คะแนน (SD = 0.17) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	$\bar{x}$	SD	ระดับการรับรู้
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค	2.78	0.22	มาก
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	2.84	0.17	มาก
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค	2.86	0.15	มาก
การรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติตน	2.39	0.34	มาก
รวม	2.72	0.13	มาก

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.46 คะแนน (SD = 0.30) ซึ่งอยู่ในระดับการปฏิบัติเป็นประจำ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมการควบคุมยุงพาหะนำโรค มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงเป็นลำดับแรก เท่ากับ 2.60 คะแนน (SD = 0.37) รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	$\bar{X}$	SD	ระดับพฤติกรรม
การควบคุมยุงพาหะนำโรค	2.60	0.37	ปฏิบัติเป็นประจำ
การป้องกันโรคไข้เลือดออก	2.31	0.35	ปฏิบัติบางครั้ง
รวม	2.46	0.30	ปฏิบัติเป็นประจำ

ส่วนที่ 5 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมภาพรวม เท่ากับ 2.77 คะแนน (SD = 0.22) ซึ่งอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 2.94 คะแนน (SD = 0.22) รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	SD	ระดับการได้รับแรงสนับสนุน
แรงสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน	2.80	0.28	มาก
แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	2.94	0.22	มาก
แรงสนับสนุนด้านเครื่องมือ	2.55	0.33	มาก
รวม	2.77	0.22	มาก

ส่วนที่ 6 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก คือ การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (p = 0.012) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (p < 0.001) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค (p = 0.002) รายละเอียดดังตารางที่ 7

สรุปและอภิปรายผล

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูง ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.60 สอดคล้องกับงานวิจัยของศุภวรรณ พรหมเพรา ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยกับหมู่บ้านที่ไม่มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในตำบลเคร็ง อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาพบว่า มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง[12]

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก

ตัวแปร	ค่าความสัมพันธ์	*p*-value
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค	-0.128	0.012
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	0.179	<0.001
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค	0.159	0.002
การรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติตน	-0.057	0.263

เนื่องจากประชาชนในพื้นที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้และข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ทั้งในรูปแบบของการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ การจัดกิจกรรมให้ความรู้โดย อสม.และสื่อสังคมออนไลน์ อีกทั้งประชาชนมีประสบการณ์ตรงจากการพบผู้ป่วยในชุมชน ทำให้เกิดความตระหนักรู้ถึงความรุนแรงของโรคและมีการเรียนรู้วิธีการป้องกันอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

2. การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของตัวแทนครัวเรือน ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูง ภาพรวมมีการรับรู้อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.72, SD = 0.13) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมีการรับรู้สูงสุดเป็นอันดับแรก โดยมีการรับรู้อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.86, SD = 0.15) สอดคล้องกับการศึกษาของสอดคล้องกับการศึกษาของ นพวรรณ ปานะวงศ์ ที่พบว่า ประชาชนมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับสูง และส่งผลต่อการมีพฤติกรรมป้องกันที่เหมาะสม[13] และจากการศึกษาพบว่าการรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติตน อยู่ในระดับต่ำที่สุด มีการรับรู้อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.39, SD = 0.34) สอดคล้องกับการศึกษาของบุญประจักษ์ จันทร์วิน และคณะ ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง ขณะที่การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับต่ำที่สุดเช่นกัน[14] เนื่องจากการรับรู้เป็นปัจจัยสำคัญและมีอิทธิพลต่อการรับรู้ ความเข้าใจและความรู้สึกนึกคิดต่อการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะโน้มน้าวและกระตุ้นให้บุคคลเกิดการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้องเหมาะสม ทั้งนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรสนับสนุนงบประมาณ ตลอดจนวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกับกรรมการหมู่บ้าน ควรเป็นแกนนำในการดำเนินงานด้านการป้องกันโรค และส่งเสริมให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

3. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของตัวแทนครัวเรือนภาพรวมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการเสริม หรือเป็นการกระตุ้นให้กระทำเป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากคน หรือบุคคล หรือกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น ในเรื่องการยอมรับหรือไม่ยอมรับพฤติกรรมสุขภาพนั้น สอดคล้องกับงานวิจัยของศุภวรรณ พรหมเพราได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยกับหมู่บ้านที่ไม่มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในตำบลเคร็ง อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาพบว่า มีการได้รับแรงสนับสนุนอยู่ในระดับมาก โดยถ้าบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวได้ดี และถูกต้องยิ่งขึ้น[12]

4. พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกภาพรวมมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคอยู่ใน

ระดับปฏิบัติเป็นประจำ ($\bar{X}$ = 2.46, SD = 0.30) สอดคล้องกับงานวิจัยของ บุญประจักษ์ จันทร์วิน ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า มีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคอยู่ในระดับปฏิบัติเป็นประจำ[14] และสอดคล้องกับงานวิจัยของศุภวรรณ พรหมเพรา ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยกับหมู่บ้านที่ไม่มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในตำบลเคร็ง อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก โดยมีการปฏิบัติเป็นประจำ[12] และสอดคล้องกับงานวิจัยของจิราพร พัฒน์มณี ที่ศึกษาการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนที่อาศัยในพื้นที่มีการระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก ตำบลพลูเถื่อน อำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยได้ปฏิบัติเป็นประจำ[16] ทั้งนี้เนื่องจากการที่บุคคลจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรค ก็ต่อเมื่อเขามีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ทราบความรุนแรงของโรค การรับรู้จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการรับรู้ ความเข้าใจ และความรู้สึกนึกคิดต่อการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะกระตุ้นให้บุคคลมีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้องเหมาะสม

5. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ดังนี้ 1) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r = -0.128, p = 0.012) สอดคล้องกับการศึกษาของบุญประจักษ์ จันทร์วิน ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าการรับรู้ความรุนแรง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ[14] เนื่องจากโรคไข้เลือดออกเป็นโรคประจำถิ่นที่มีการระบาดต่อเนื่องในทุกปี และหากเกิดโรคแล้วสามารถทำให้เสียชีวิตได้โดยเฉพาะหากมีโรคประจำตัว และเข้ารับการรักษาช้า และโรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่มีการระบาดอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยเฉพาะอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง ซึ่งหากรักษาไม่ถูกต้องและไม่ทันท่วงทีจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของชนิดา มัททวางกูร และคณะ ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสายสี่ จังหวัดสมุทรสาคร[17] แตกต่างกับการศึกษาของภาคภูมิ อุณหเลขจิตร และคณะ ที่พบว่าการรับรู้ความรู้ความรุนแรงของประชาชนคลองถ้ำตะบัน ตำบลระแหง อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี ไม่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก[18] 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (r = 0.179, p <0.001) และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค (r = 0.159, p =0.002) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เนื่องจากบุคคลจะหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคก็ต่อเมื่อเขามีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค พร้อมกับหาวิธีเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความรู้สึกนึกคิดต่อการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะโน้มน้าวและกระตุ้นให้บุคคลเกิดความรับผิดชอบ เอาใจใส่ในการกระทำ สอดคล้องกับการศึกษาของบุญประจักษ์ จันทร์วิน ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าตนเองเสี่ยงต่อการเกิดโรคและมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองที่ไม่ถูกต้อง บุคคลนั้นจะมีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค โดยจะต้องมีการปฏิบัติตนให้สามารถลดภาวะคุกคามที่อาจจะเกิดโรคไข้เลือดออกได้[14] เช่นเดียวกับการศึกษาของชนิดา มัททวางกูร และคณะ ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุม

โรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสายสี่ จังหวัดสมุทรสาคร แต่การรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กันกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก[17] 3) การรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติตนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก ($r = -0.057$, $p = 0.263$) เนื่องจากการรับรู้ในสิ่งที่ขัดขวางหรือสิ่งที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้ ประกอบกับความเคยชินในการกระทำสิ่งเดิม ไม่สนใจหรือคิดว่าเป็นหน้าที่ของหน่วยงาน หรือมีค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรค เมื่อบุคคลไม่สนใจ หรือไม่กระทำเมื่อพบกับอุปสรรคเหล่านี้ ก็จะทำให้มีแนวโน้มสูงที่จะไม่ปฏิบัติตน สอดคล้องกับการศึกษาของสกฤษดิ์เดช เจริญไชยและคณะ ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยงสูง อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี[19] เช่นเดียวกับการศึกษาของภาคภูมิ อุณหเลขจิตร และคณะ ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคของประชาชนชุมชนคลองถ้ำตะบัน ตำบลระแหง อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก[18]

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ และผู้เกี่ยวข้อง ควรจัดกิจกรรม ส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักและเห็นความสำคัญในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน และสามารถกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในครัวเรือนตนเองได้ เพื่อให้เกิดการป้องกันควบคุมโรคที่ยั่งยืน

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย วางแผน จัดสรรงบประมาณ และสิ่งสนับสนุนต่าง ๆ ให้เพียงพอและครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงส่งเสริมการจัดกิจกรรม เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันควบคุมโรค และเพื่อเป็นแบบอย่างให้กับพื้นที่อื่น ๆ

3. อสม. ควรมีการเฝ้าระวังการระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

4. ควรมีการส่งเสริมบทบาทของผู้นำชุมชุนในการควบคุมกำกับดูแลสภาพแวดล้อมในชุมชน ให้มีความสะอาดและเรียบร้อย และเป็นการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ซึ่งเป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออก

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรศึกษาปัจจัยสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก เพื่อนำมาวางแผนในการควบคุมโรคไข้เลือดออกตามบริบทของพื้นที่ต่อไป

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันโรค เพื่อเป็นรูปแบบมาตรฐานในการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชน

3.ควรศึกษารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมของประชาชน เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมหรือสนับสนุนให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยยุงลาย สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พ.ศ. 2564. พิมพ์ครั้งที่ 1.นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564
2. กองโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการจัดการโรคติดต่อนำโดยแมลงระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566–2570) ภายใต้กรอบยุทธศาสตร์การจัดการโรคติดต่อนำโดยแมลง พ.ศ. 2566–2575. พิมพ์ครั้งที่ 1.นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2566
3. สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. สรุปรายงานเหตุการณ์ที่สำคัญทางระบาดวิทยา. [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2566 พฤศจิกายน 19]. เข้าถึงได้จาก https://www.

ddc.moph.go.th/uploads/publish/1473820230927092221.pdf
4. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. ระบบรายงานและฐานข้อมูล R506 [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2566 พฤศจิกายน 22]. เข้าถึงได้จาก http://doe1.moph.go.th/surdata/disease.php?ds=26
5. พรทิพย์ แก้วชิณ, ชัญญานุช ไพรวงษ์, ธนาคาร เสถียรพูนสุข, วิฑูรย์ เจียกงูเหลือม, ภาวินี ทิพย์กระโทก,เสาวลักษณ์ บุตรศรี และคณะ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลละลวด อำเภอชำนิ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น 2564;2(3):70–84.
6. ชลธิชา หล่าอุดม, จิรปรียา บุญสงค์, กรณ์ทอง เวียงแก้ว. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในอำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา 2567;30(1):95–106.
7. ประภาศิ ศรีคง. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนและการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกระหว่างตำบลที่มีอุบัติการณ์ของโรคต่ำและสูงอำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557
8. Rosenstock IM. Historical Origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs 1974;2(4):328–35.
9. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970;30(3):607–10.
10. ธานินทร์ ศิลป์จารุ. การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. พิมพ์ครั้งที่ 18. กรุงเทพมหานคร: บริษัท วี. อินเตอร์ พริ้นท์; 2563.
11. Best JW. Research in Education. New York: Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1977.
12. ศุภวรรณ พรหมเพรา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยกับหมู่บ้านที่ไม่มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในตำบลเคร็ง อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช. ทุนสนับสนุนงานวิจัยจากงบประมาณแผ่นดิน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช; 2561.
13. นพวรรณ ปานะวงศ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในภาคใต้ [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2561.
14. บุญประจักษ์ จันทร์วิน. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2565;8(4):141–56.
15. จิราพร พัฒน์มณี. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนที่อาศัยในพื้นที่มีการระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก ตำบลพลูเถื่อน อำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต].สงขลา: มหาวิทยาลัยทักษิณ; 2564.
16. ชนิดา มัททวางกูร, ปรียานุช พลอยแก้ว, อโนทัย ถวัลย์เสรีวัฒนา, อำพร สิทธิจาด, ธำรงเดช น้อยสิริวัฒนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ

ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสายสี่ จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม 2560;18(34):34–48

17. ภาคภูมิ อุณหเลขจิตร, เจริญชัย อึ้งเจริญสุข, เจนจิรา นักฆ้อง, อมิตา เหมาเพ็ชร, ณัฐสุดา ฟักเจริญ, ปวีณา วรวงษ์ และคณะ. พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนชุมชนคลองถ้าตะบัน ตำบลระแหง อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี. ประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 6 และระดับนานาชาติ ครั้งที่ 1;2562 กุมภาพันธ์ 9; มหาวิทยาลัยปทุมธานี. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยปทุมธานี; 2562.

18. สฤษดิ์เดช เจริญไชย, วิชัย สุขภาคกิจ, มาสริน ศุกลปักษ์. การพัฒนารูปแบบกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการในพื้นที่เสี่ยงสูงเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563;29(3): 517–27.

กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

ISSN 2985-1823 (Online)

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

Homepage: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9
ปีที่ 31 ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม 2568) หน้า [32-48]

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสุขภาพและดัชนีมวลกายในบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

Effect of Behavior Modification Program on Health Behavior and Body Mass Index in Overweight Public Health Personnel, in Public Health Agencies of Nakhon Phanom Province

พิมพ์รภัช แท่งทองหลาง[1*], เขมิกา สมบัติโยธา[2], ธิดารัตน์ สมดี[2]
Phimraphat Theangthonglang[1*], Kemika Sombateyotha[2], Thidarat Somdee[2]
[1]นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
[2]คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
[1]Graduate students, Master Degree of Public Health Program, Faculty of Public Health, Mahasarakham University
[2]Faculty of Public Health, Mahasarakham University
*Corresponding author: 65011481018@msu.ac.th
(Received: Feb 25, 2025 / Revised: Aug 24, 2025 / Accepted: Nov 19, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสุขภาพและดัชนีมวลกายในบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน 58 คน ประกอบด้วย กลุ่มทดลอง จำนวน 29 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 29 คน ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน–พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 8 สัปดาห์ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มี 5 ขั้นตอน 17 กิจกรรม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระจากกันด้วยสถิติ Wilcoxon signed-ranks test และกลุ่มที่เป็นอิสระจากกันใช้สถิติเชิงอนุมาน Mann-Whitney test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน และด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่ไม่พบความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ และภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้กิจกรรมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยจัดกิจกรรมตามระดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ร่วมกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาการมีภาวะน้ำหนักเกินในบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดนครพนมได้

คำสำคัญ: โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, พฤติกรรมสุขภาพ, บุคลากรสาธารณสุข, ภาวะน้ำหนักเกิน, ดัชนีมวลกาย

Abstract

The study was a quasi-experimental research design using a two-group pretest–posttest design. The objective was to examine the effects of a behavior modification program on health behaviors and body mass index (BMI) among overweight public health personnel working in health agencies in Nakhon Phanom Province. The sample consisted of 58 overweight public health personnel working in public health agencies in Nakhon Phanom Province. The participants were divided into two groups: an experimental group (29 participants) and a comparison group (29 participants). The study was conducted between September and November 2024, with program activities implemented over a period of 8 weeks. The intervention applied the trans-theoretical model of behavior change in combination with the health belief model, consisting of 5 stages and 17 activities. Data were collected through questionnaires and analyzed using descriptive statistics. The Wilcoxon signed-ranks test was employed for dependent groups, while the Mann-Whitney U test was performed for independent groups, with a statistically significant level set at 0.05. The results showed that, after the program, the experimental group's average scores were higher in overweight perception, dietary behavior, and exercise behavior compared to their scores before the program. The experimental group's average scores were also higher than the comparison group's scores; however, there were no statistically significant differences between the groups. Moreover, after the program, the experimental group revealed a statistically significant lower average BMI than the comparison group ($p < 0.001$). Therefore, health behavior modification through activities that raise awareness about overweight, combined with health behavior modification, and organized according to the stages of behavior change using the health belief model, could serve as a guideline for addressing overweight problems among public health personnel in Nakhon Phanom Province.

Keywords: Behavior Modification Program, Health Behavior, Public Health Personnel, Overweight, Body Mass Index (BMI)

บทนำ

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลกที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นในปัจจุบัน เกิดจากภาวะที่ร่างกายมีน้ำหนักตัวมากกว่าปกติ โดยมีค่าดัชนีมวลกาย (body mass index, BMI) สูงกว่า 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งเป็นสาเหตุที่นำไปสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases, NCDs) โดยเฉพาะอย่างยิ่งส่งผลให้เกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคอ้วนลงพุง และโรคอัมพฤต อัมพาต เป็นต้น ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้ เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญ[1] องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2559 พบอัตราความชุกของปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในผู้ใหญ่เท่ากับร้อยละ 39 หรือมากกว่า 1.9 พันล้านคน ของจำนวนประชากรโลกทั้งหมด[2] และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2578 จะพบอัตราความชุกของปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนของประชากรโลกมากกว่าร้อยละ 50 และสัดส่วนประชากรที่มีภาวะอ้วนรุนแรงจะเพิ่มขึ้นจาก 1 คนต่อประชากร 7 คน เป็น 1 คนต่อประชากร 4 คนในอนาคต[3]

ประเทศไทย เป็นหนึ่งในประเทศแถบภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ที่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะน้ำหนักเกินมากที่สุด ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อน ต้องเข้าสู่ระบบการรักษา เกิดปัญหาในด้านการรักษาพยาบาล และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน[4] กระทรวงสาธารณสุขได้เห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้กำหนดนโยบายในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพของประเทศ และเป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน โดยได้ดำเนินโครงการตามประเด็นยุทธศาสตร์การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน เพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการของประชาชนวัยทำงานให้มีสุขภาพดี[5]

จังหวัดนครพนม เป็นหนึ่งในจังหวัดที่ประสบปัญหาในด้านสุขภาพ พบภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเพิ่มสูงขึ้น โดยมีอัตราความชุกของภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ ปี พ.ศ. 2563–2566 คิดเป็นร้อยละ 43.71 41.54 42.09 และ 42.91 ตามลำดับ[6] ส่วนใหญ่พบในกลุ่มวัยทำงาน อายุ 15–59 ปี มีน้ำหนักเกินเกณฑ์และภาวะอ้วนถึงร้อยละ 51.65 โดยมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน การเติมเครื่องปรุงรสเค็ม และการนั่งหรือนอนเอนกายเฉย ๆ ติดต่อกันนานเกิน 2 ชั่วโมง[7] จากผลการตรวจสุขภาพประจำปี พ.ศ. 2566 พบว่าบุคลากรสาธารณสุขมีค่าดัชนีมวลกายผิดปกติหรือเกินมาตรฐาน จำนวน 1,742 คน คิดเป็นร้อยละ 48.81[8] และจากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครพนมเบื้องต้น โดยผู้วิจัย พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การบริโภคอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม เป็นอาหารที่หาซื้อรับประทานได้ง่าย และการรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เข้าถึงแหล่งอาหารได้ง่าย การมีร้านสะดวกซื้อและมีบริการส่งอาหารถึงที่ วิถีชีวิตที่ทำให้มีกิจวัตรประจำวันลดน้อยลง และการมีสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ จึงส่งผลให้บุคลากรสาธารณสุขจังหวัดนครพนมมีแนวโน้มเกิดภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากการดำเนินงานของหน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดนครพนมที่ผ่านมา ได้มีนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข ตามกิจกรรมองค์กรแห่งความสุข ทั้ง 9 มิติ ซึ่งผู้บริหารได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากรให้มีสุขภาพดี โดยเฉพาะมิติ Happy Body ออกกำลังกายดี เพื่อให้บุคลากรมีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับประชาชนได้ แต่กลับพบว่าการดำเนินงานตามโครงการยังขาดความต่อเนื่อง กิจกรรมที่ดำเนินการยังไม่มีรูปแบบของกิจกรรมที่เหมาะสมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงทำให้เกิดความไม่ยั่งยืนในการเข้าร่วมกิจกรรม[9]

จากการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดทฤษฎีที่

นิยมนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพพบว่า สามารถช่วยให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้นได้ เช่น การประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสามารถช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ สามารถควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายได้[10–13] และแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถเพิ่มการรับรู้ด้านสุขภาพให้สูงขึ้น ทั้งในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง กลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุงให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง และเป็นวิธีที่เหมาะสมในการช่วยป้องกันโรคได้[14-16] รวมถึงทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stages of change theory) ของโปรชาสกา ดีคลีแมนและนอร์คลอส[17] ซึ่งมีโครงสร้างขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงที่เป็นหัวใจหลักในการอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่เพียงเหตุการณ์หนึ่ง ๆ เท่านั้น ร่วมกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ของโรเซนสต็อก[18] เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับอิทธิพลของปัจจัยด้านความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าปัจจัยอื่น ๆ สามารถนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้บุคคลเข้าใจและยอมรับการบริการสาธารณะด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ร่วมกัน เพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อหรือทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้นจากภาวะน้ำหนักเกิน และสามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขไปสู่พฤติกรรมใหม่ได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสุขภาพและดัชนีมวลกาย ในบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stages of change theory) และแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะน้ำหนักเกินและค่าดัชนีมวลกายในบุคลากรสาธารณสุข เพื่อแก้ไขปัญหาภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังในอนาคต และนำผลที่ได้ไปประยุกต์ใช้และขยายผลเพื่อเป็นแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานอื่น ๆ และกลุ่มเป้าหมายอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสุขภาพและดัชนีมวลกายในบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยวัดแบบสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง ดำเนินการในพื้นที่อำเภอเมืองนครพนม และอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ร่วมกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน 17 กิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม จำนวน 8 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม จำนวน 4,120 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน[19] ได้จำนวนไม่น้อยกว่า 27 คนต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มเป็นกลุ่มละ 30 คน โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (cluster random sampling) ได้อำเภอเมืองนครพนม และอำเภอธาตุพนม แล้วจึงนำ 2 อำเภอดังกล่าวมาจับฉลากเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ได้กลุ่มทดลองคือ อำเภอเมืองนครพนม และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ อำเภอธาตุพนม และเพื่อ

ลดตัวแปรกวน (confounding factor) ระหว่างการวิจัย จึงได้มีการจับคู่ (match pair) ของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ (เพศเดียวกัน) และอายุ (แตกต่างกันได้ไม่เกินกว่า 5 ปี)

เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก

เกณฑ์การคัดเข้า

1. บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม มีอายุระหว่าง 21–40 ปี

2. มีค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน คือ ระหว่าง 23–30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

3. มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ไม่อยู่ในระหว่างการลดน้ำหนักด้วยวิธีการใช้ยาหรือสารเคมีใดๆ

4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. เป็นผู้ที่อยู่ระหว่างตั้งครรภ์หรือมีปัญหาสุขภาพอื่นๆ ในขณะดำเนินการวิจัย

2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามที่กำหนด

3. ไม่เป็นผู้ที่ย้าย ลาออก หรือเสียชีวิตในระหว่างการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะน้ำหนักเกิน เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของโปรแกรมโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 0.50 ขึ้นไปทุกข้อ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มี 5 ขั้นตอน 17 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ มีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ขั้นไม่สนใจจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยการสร้างสัมพันธภาพ ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ตรวจประเมินภาวะสุขภาพก่อนเริ่มโปรแกรม กิจกรรม “รู้เท่าทัน พิชิตโรคอ้วน” และขั้นสนใจและขั้นเตรียมตัวที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และขั้นการทำพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ กิจกรรม “สืบให้รู้” การฝึกบันทึกข้อมูลลงในสมุดบันทึกพฤติกรรม “สุขภาพดีเริ่มที่ตัวเรา Fight to Fat” การตั้งเป้าหมายการลดภาวะน้ำหนักเกิน และกิจกรรม “คู่หู คู่ซี้ พิชิตอ้วน”

สัปดาห์ที่ 2–6 ประกอบด้วย กิจกรรมลดอ้วนลดพุง ด้วย “โปรแกรม IF แบบ16/8” ออกกำลังกายขยับชีวี บันทึกข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ “สุขภาพดีเริ่มที่ตัวเรา” ติดตามและเสริมแรงทุกสัปดาห์ผ่านไลน์กลุ่มเร้าพลัง “ชุมนุมคนสุขภาพดี”

สัปดาห์ที่ 7 ประกอบด้วย กิจกรรม “ฉันบอกเล่า เราแลกเปลี่ยน” และกิจกรรม “ให้กำลังใจเราทำได้”

สัปดาห์ที่ 8 ประกอบด้วย ประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 (สิ้นสุดโปรแกรม) การตรวจประเมินภาวะสุขภาพหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม กิจกรรม “บุคคลต้นแบบสุขภาพดี ลดอ้วน ลดพุง” และสรุปผลการประเมินภาวะสุขภาพ ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน–พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะไม่ได้รับกิจกรรมใดๆ ตามโปรแกรม ซึ่งจะมีการวัดผลโดยการประเมินภาวะสุขภาพและเก็บแบบสอบถามทั้งก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสุขภาพและดัชนีมวลกายในบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงและพัฒนามาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง[20–21] แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้อง ความตรงของเนื้อหา และได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) เพื่อหาค่า

ความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามกับบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.88 ซึ่งเป็นค่าที่สามารถยอมรับได้ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน และอายุงาน จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว และค่าดัชนีมวลกาย จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 24 ข้อ ตัวเลือกเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตามแบบ Likert scale มีตัวเลือก 4 ระดับ ได้แก่ จริงมาก จริง จริงบ้าง และไม่จริง โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านการรับรู้เกี่ยวกับด้านพฤติกรรมสุขภาพ และด้านการรับรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน 40 ข้อ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน ตัวเลือกเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตามแบบ Likert scale มีตัวเลือก 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร และด้านการออกกำลังกาย ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าตามแบบ Likert scale มีตัวเลือก 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

2.2 สมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง "สุขภาพดีเริ่มที่ตัวเรา Fight to Fat" ใช้ในการบันทึกข้อมูลสุขภาพ บันทึกการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย โดยจะมีการบันทึกข้อมูลสุขภาพทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม การบันทึกการรับประทานอาหาร จะเป็นการบันทึกเมนูอาหารที่รับประทานอาหารในแต่ละมื้อของทุกวัน คำนวณปริมาณแคลอรี ระยะเวลาที่เริ่มรับประทานในมื้อแรกและสิ้นสุดในมื้อสุดท้าย และการบันทึกการออกกำลังกาย โดยจะต้องบันทึกกิจกรรมที่เลือกออกกำลังกายในแต่ละวัน โดยจะต้องออกกำลังกายให้ได้ไม่น้อยกว่า 30 นาที อย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ และจำนวนแคลอรี่ที่เผาผลาญในแต่ละวัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป นำเสนอค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ ระดับการรับรู้ และค่าดัชนีมวลกาย กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม สถิติเชิงอนุมาน โดยได้ทำการทดสอบการแจกแจงข้อมูลโดยใช้ Shapiro-Wilks test ซึ่งเมื่อทดสอบหาค่า *p*-value พบว่ามีค่า $p < 0.05$ แสดงว่าข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบเป็นปกติ จึงต้องทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วยสถิติ non-parametric จึงใช้สถิติเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระจากกัน โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-ranks test และใช้สถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกันโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 489-457/2567 เมื่อวันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ. 2567 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่การรับรอง REC 027/67 เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2567

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 58 คน ประกอบด้วย กลุ่มทดลอง จำนวน 29 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 29 คน ในระหว่างการวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้ถูกคัดออกจากการศึกษา กลุ่มละ 1 คน เนื่องจากลาออก และย้ายสถานที่ทำงาน จากการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.66 อายุเฉลี่ย 34.52 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 62.07 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 79.31 เป็นข้าราชการ ร้อยละ 68.97 ระดับผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 100 อายุการทำงานเฉลี่ย 9.21 ปี รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 23,778.79 บาท ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 93.10 เคยลดน้ำหนัก ร้อยละ 62.07 โดยใช้วิธีคุมอาหาร ร้อยละ 50.00 มีน้ำหนักตัวก่อนทดลองอยู่ระหว่าง 61–70 กิโลกรัม ร้อยละ 48.28 น้ำหนักตัวหลังทดลองอยู่ระหว่าง 51–60 กิโลกรัม ร้อยละ 37.93 มีส่วนสูงอยู่ระหว่าง 156–160 เซนติเมตร ร้อยละ 44.83 กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.66 มีอายุเฉลี่ย 34.45 ปี สถานภาพคู่ ร้อยละ 51.72 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 89.66 เป็นข้าราชการ ร้อยละ 68.97 ระดับผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 100 อายุการทำงานเฉลี่ย 9.41 ปี รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 21,708.62 บาท ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 89.66 เคยลดน้ำหนัก ร้อยละ 68.97 โดยวิธีการออกกำลังกาย ร้อยละ 50.00 มีน้ำหนักตัวก่อนทดลองอยู่ระหว่าง 61–70 กิโลกรัม ร้อยละ 44.83 น้ำหนักตัวหลังทดลองอยู่ระหว่าง 51–60 กิโลกรัม ร้อยละ 44.83 มีส่วนสูงมากกว่า 160 เซนติเมตรขึ้นไป ร้อยละ 44.83 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 29)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 29)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	3 (10.34)	3 (10.34)
หญิง	26 (89.66)	26 (89.66)
อายุ (ปี)		
20–25 ปี	2 (6.90)	0 (0.00)
26–30 ปี	4 (13.79)	6 (20.69)
31–35 ปี	9 (31.03)	8 (27.59)
36–40 ปี	14 (48.28)	15 (51.72)
	$\bar{x}$ = 34.52, SD = 5.00, min = 24.00, max = 40.00	$\bar{x}$ = 34.45, SD = 3.99, min = 27.00, max = 40.00
สถานภาพ		
โสด	18 (62.07)	13 (44.83)

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 29)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 29)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
คู่	10 (34.48)	15 (51.72)
หย่าร้าง	1 (3.45)	1 (3.45)
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	23 (79.31)	27 (93.10)
ปริญญาโท	6 (20.69)	2 (6.90)
ประเภทการจ้างงาน		
ข้าราชการ	20 (68.97)	20 (68.97)
พนักงานราชการ	4 (13.79)	4 (13.79)
ลูกจ้าง	5 (17.24)	5 (17.24)
ระดับของตำแหน่งในการปฏิบัติงาน		
ระดับผู้ปฏิบัติงาน	29 (100.00)	29 (100.00)
อายุการทำงาน (ปี)		
1–5 ปี	8 (27.59)	9 (31.03)
6–10 ปี	9 (31.03)	6 (20.69)
11–15 ปี	8 (27.59)	10 (34.48)
15–20 ปี	4 (13.79)	4 (13.79)
	$\bar{x}$ = 9.21, SD = 5.29, min = 1.00, max = 20.00	$\bar{x}$ = 9.41, SD = 5.41, min = 1.00, max = 16.00
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
< 10,000 บาท	1 (3.45)	6 (20.69)
10,001–20,000 บาท	13 (44.83)	5 (17.24)
20,001–30,000 บาท	9 (31.03)	13 (44.83)
30,001–40,000 บาท	5 (17.24)	5 (17.24)

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 29)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 29)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
40,001–50,000 บาท	1 (3.45)	0 (0.00)
	$\bar{X}$ = 23,778.79, SD = 9,139.52, min = 10,000, max = 42,000	$\bar{X}$ = 21,708.62, SD = 8,738.12, min = 9,030, max = 40,000
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	27 (93.10)	26 (89.66)
มีโรคประจำตัว	2 (6.90)	3 (10.34)
การลดน้ำหนัก		
ไม่เคย	11 (37.93)	9 (31.03)
เคย ระบุ วิธี	18 (62.07)	20 (68.97)
ออกกำลังกาย	5 (27.78)	10 (50.00)
ควบคุมอาหาร	9 (50.00)	7 (35.00)
ออกกำลังกายร่วมกับควบคุมอาหาร	4 (22.22)	3 (15.00)
น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)		
ก่อนทดลอง		
51–60	6 (20.69)	13 (44.83)
61–70	14 (48.28)	12 (41.38)
71–80	6 (20.69)	2 (6.90)
>80 ขึ้นไป	3 (10.34)	2 (6.90)
	$\bar{X}$ = 65.80, SD = 9.22, min = 52.00, max = 92.00	
หลังทดลอง	13 (44.83)	5 (17.24)
< 50	1 (3.45)	0 (0.00)
51–60	11 (37.93)	13 (44.83)

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 29)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 29)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
61–70	10 (34.48)	11 (37.93)
71–80	5 (17.24)	3 (10.34)
>80 ขึ้นไป	2 (6.90)	2 (6.90)
	$\bar{X}$ = 64.29, SD = 9.23, min = 47.00, max = 89.00	
ส่วนสูง (เซนติเมตร)		
146–150	2 (6.90)	2 (6.90)
151–155	4 (13.79)	6 (20.69)
156–160	13 (44.83)	8 (27.58)
> 160 ขึ้นไป	10 (34.48)	13 (44.83)
	$\bar{X}$ = 160.02, SD = 5.92, min = 148.00, max = 175.00	

ส่วนที่ 2 ระดับขั้นของพฤติกรรมสุขภาพ

กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในขั้นลังเลใจ ร้อยละ 58.60 หลังการทดลองส่วนใหญ่ปรับเปลี่ยนมาอยู่ในขั้นกระทำพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 37.93 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในขั้นลังเลใจ และขั้นตัดสินใจและเตรียมตัว ร้อยละ 44.83 เท่ากัน หลังการทดลองส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในขั้นตัดสินใจและเตรียมตัวมากที่สุด ร้อยละ 37.93 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ส่วนที่ 3 ด้านการรับรู้เกี่ยวกับด้านพฤติกรรมสุขภาพ และด้านการรับรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้านพฤติกรรมสุขภาพ และด้านการรับรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า คะแนนรวมด้านพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองมีค่า mean rank เท่ากับ 26.57 ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีค่า mean rank เท่ากับ 32.43 และคะแนนรวมด้านการรับรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินของกลุ่มทดลองมีค่า mean rank เท่ากับ 31.72 ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีค่า mean rank เท่ากับ 27.28 ซึ่งทั้งด้านการรับรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน และด้านพฤติกรรมสุขภาพไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปรที่ศึกษา รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 การเปลี่ยนแปลงระดับขั้นของพฤติกรรมสุขภาพในบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ขั้นของพฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	ก่อนทดลอง (n = 29)	หลังทดลอง (n = 29)	ก่อนทดลอง (n = 29)	หลังทดลอง (n = 29)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ขั้นไม่สนใจปัญหา	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (6.90)
ขั้นลังเลใจ	17 (58.62)	5 (17.25)	13 (44.83)	9 (31.03)
ขั้นตัดสินใจและเตรียมตัว	9 (31.03)	10 (34.48)	13 (44.83)	11 (37.93)
ขั้นลงมือปฏิบัติ	2 (6.90)	3 (10.34)	3 (10.34)	7 (24.14)
ขั้นกระทำพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง	1 (3.45)	11 (37.93)	0 (0.00)	0 (0.00)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้านการรับรู้เกี่ยวกับด้านพฤติกรรมสุขภาพ และด้านการรับรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	Mean rank	Sum of rank	Mann-Whitney U	Z	Asymp. sig. (2-tailed)
ด้านพฤติกรรมสุขภาพ					
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร					
กลุ่มทดลอง	30.29	878.50	397.50	-0.359	0.719
กลุ่มเปรียบเทียบ	28.71	832.50			
พฤติกรรมการออกกำลังกาย					
กลุ่มทดลอง	28.79	835.00	400.00	-0.319	0.749
กลุ่มเปรียบเทียบ	30.21	876.00			
ภาพรวมคะแนนด้านพฤติกรรมสุขภาพ					
กลุ่มทดลอง	26.57	770.50	355.50	-1.324	0.189
กลุ่มเปรียบเทียบ	32.43	940.50			
ด้านการรับรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน					
การรับรู้โอกาสเสี่ยง					
กลุ่มทดลอง	31.24	906.00	370.00	-0.792	0.429

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้านการรับรู้เกี่ยวกับด้านพฤติกรรมสุขภาพ และด้านการรับรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

ตัวแปร	Mean rank	Sum of rank	Mann-Whitney U	Z	Asymp. sig. (2-tailed)
กลุ่มเปรียบเทียบ	27.76	805.00			
การรับรู้ความรุนแรง					
กลุ่มทดลอง	29.48	855.00	420.00	-0.008	0.994
กลุ่มเปรียบเทียบ	29.52	856.00			
การรับรู้ประโยชน์					
กลุ่มทดลอง	31.88	924.50	351.50	-1.125	0.260
กลุ่มเปรียบเทียบ	27.12	786.50			
การรับรู้อุปสรรค					
กลุ่มทดลอง	32.52	943.00	333.00	-1.363	0.173
กลุ่มเปรียบเทียบ	26.48	768.00			
ภาพรวมคะแนนด้านการรับรู้					
กลุ่มทดลอง	31.72	920.00	356.00	-1.004	0.316
กลุ่มเปรียบเทียบ	27.28	791.00			

ส่วนที่ 4 ค่าดัชนีมวลกายของบุคลากรสาธารณสุข

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนทดลองกลุ่มทดลอง มีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 25.78 (IQR = 6.42) หลังการทดลองมีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 24.61 (IQR = 6.11) ซึ่งหลังการทดลอง ค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองลดลง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองมีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 24.14 (IQR = 2.83) หลังการทดลองมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 24.22 (IQR = 2.70) ซึ่งค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มเปรียบเทียบเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 4

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายที่ลดลงของบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะน้ำหนักเกินหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่า mean rank เท่ากับ 41.17 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่า mean rank เท่ากับ 17.83 แสดงให้เห็นว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายที่ลดลงของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย		n	Median	IQR	Z	Asymp. sig. (2-tailed)
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	29	25.78	6.42	-4.258[b]	<0.001*
	หลังการทดลอง		24.61	6.11		
กลุ่มเปรียบเทียบ	ก่อนการทดลอง	29	24.14	2.83	-1.958[b]	<0.05**
	หลังการทดลอง		24.22	2.70		

b. Based on negative ranks. *$p < 0.001$, **$p < 0.05$

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายที่ลดลงของบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะน้ำหนักเกิน หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้ Mann-Whitney U Test

ค่าดัชนีมวลกาย(kg/m^2)	Mean rank	Sum of rank	Mann-Whitney U	Z	Asymp. sig. (2-tailed)
กลุ่มทดลอง	41.17	1194	82	-5.359	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	17.83	517			

*$p < 0.001$

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสุขภาพและดัชนีมวลกายในบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ร่วมกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน 17 กิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม จำนวน 8 สัปดาห์ สามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

1. ระดับขั้นของพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับขั้นพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในขั้นกระทำพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องมากกว่าก่อนการทดลอง และส่วนใหญ่ปรับอยู่ในระดับขั้นที่ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งระดับของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคลากร สามารถช่วยบอกระดับความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละบุคคลได้ ซึ่งจะช่วยให้เกิดความตระหนักและกระตุ้นให้เกิดความต้องการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มขึ้น และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง จากการศึกษางานวิจัย[11,22] พบว่า การนำทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้บุคคลสามารถเพิ่มหรือคงพฤติกรรมได้อย่างสม่ำเสมอ จึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้เป็นแนวทางจัดกิจกรรมสร้างเสริมพฤติกรรมได้

2. ด้านการรับรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินและด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยด้านพฤติกรรมสุขภาพ และด้านการรับรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งมีความรู้ในเรื่องของโรคและภัยสุขภาพ จึงทำให้มีการรับรู้ในเรื่องของภาวะน้ำหนักเกินทั้ง 4 ด้านไม่แตกต่างกัน

ประกอบกับระยะเวลาที่ทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลาเพียง 8 สัปดาห์ จึงทำให้การรับรู้ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[15,23] ที่พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ดังนั้นการจัดกิจกรรมเสริมสร้างการรับรู้ ตามทฤษฎีแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพช่วยให้กลุ่มทดลองเพิ่มระดับการรับรู้ได้ แต่รูปแบบการจัดกิจกรรมควรเพิ่มระยะเวลาการเสริมสร้างการรับรู้เพิ่มมากขึ้น และควรเน้นกิจกรรมเกี่ยวกับการรับรู้ให้ครอบคลุมในแต่ละด้านเพิ่มขึ้น

3. ค่าดัชนีมวลกาย พบว่า ภายหลังทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่า mean rank กลุ่มทดลอง เท่ากับ 41.17 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเท่ากับ 17.83 อธิบายได้จากการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีการนำกิจกรรมลดอ้วน ลดพุง ด้วย “โปรแกรม IF แบบ16/8” เป็นโปรแกรมการรับประทานอาหารแบบจำกัดระยะเวลา (intermittent fasting, IF) โดยกำหนดให้รับประทานอาหารได้ในช่วงเวลา 8 ชั่วโมง และจะต้องอดอาหารในช่วง 16 ชั่วโมง มาใช้ในโปรแกรม ซึ่งมีความแตกต่างจากงานวิจัยอื่น ๆ ที่จะใช้วิธีการควบคุมปริมาณแคลอรี่ที่รับประทานในแต่ละมื้อ[24–26] จากการศึกษาของสำราญ กาศสุวรรณและคณะ[27] ได้อธิบายว่าการควบคุมภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานโดยใช้วิธีการควบคุมอาหาร เช่น low carbohydrate, intermittent fasting สามารถช่วยลดน้ำหนักได้ประมาณ 3–8% ที่ระยะเวลาประมาณ 6 เดือน มีกิจกรรมการ “ออกกำลังกายขยับชีวี” ให้กลุ่มตัวอย่างออกกำลังกายสร้างสุขภาพตามหลัก FITT ตามความถนัดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 30 นาที มีการติดตามและเสริมแรงทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และมีการสร้างไลน์กลุ่มเร้าพลัง “ชุมนุมคนสุขภาพดี” กิจกรรม “ฉันบอกเล่า เราแลกเปลี่ยน” เป็นการดำเนินกิจกรรมการอภิปรายกลุ่ม โดยจัดให้มีการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และกิจกรรม “ให้กำลังใจ เราทำได้” ซึ่งผู้วิจัยมีการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างและให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง จึงช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถลดค่าดัชนีมวลกายได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[25,28] ที่มีการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการลดน้ำหนัก มีการบรรยายภาพประกอบสไลด์เรื่องความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง ค่าดัชนีมวลกาย การลดน้ำหนัก การเลือกรับประทานอาหาร กิจกรรมออกกำลังกายรวมกันทุกสัปดาห์ ๆ ละ 5 วัน การจัดกิจกรรมสร้างแรงบันดาลใจ โดยให้ผู้ที่เคยเจ็บป่วยจากโรคมาบอกเล่าประสบการณ์ เพื่อให้เป็นต้นแบบด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง มีการตั้งไลน์กลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และกิจกรรมสนทนากลุ่มเพื่อร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการเลือกใช้วิธีปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมกิจกรรมต่ำกว่าก่อนการทดลอง

ข้อจำกัดในการศึกษา

เนื่องจากระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาสั้นเกินไป จึงทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านการรับรู้ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จึงควรปรับเพิ่มระยะเวลาที่ใช้ในศึกษาให้มีความเหมาะสมในการศึกษาครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

1. หน่วยงานสามารถนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนี้ ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกินให้สามารถลดค่าดัชนีมวลกาย และลดน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับประชาชนในฐานะเป็นผู้นำทางด้านสุขภาพ (health model)

2. ควรจัดกิจกรรมตามโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และให้ความสำคัญกับกิจกรรม

"ลดอ้วน ลดพุงด้วยโปรแกรม IF แบบ 16/8" ซึ่งเป็นกิจกรรมสำคัญที่ช่วยให้กลุ่มทดลองสามารถลดค่าดัชนีมวลกายได้อย่างชัดเจน และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง

3. ควรมีการนำโปรแกรมนี้ไปขยายผลกับบุคลากรอื่น ๆ ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน หรือนำไปใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในหน่วยงานอื่น ๆ ได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มระยะเวลาในการทำกิจกรรม เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จริง และควรมีการศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น การวัดองค์ประกอบของร่างกาย ผลการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีต่อสุขภาวะในด้านอื่น ๆ ด้วย

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในการทดสอบการปรับเปลี่ยนตามระดับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงตามทฤษฎี Stages of Change ในการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม ผู้บริหาร และหัวหน้ากลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม สาธารณสุขอำเภอเมืองนครพนม สาธารณสุขอำเภอธาตุพนม เจ้าหน้าที่งานวิชาการ จากกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ และอาสาสมัครผู้ร่วมกระบวนการวิจัยทุกท่านที่เอื้ออำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สุพิณญา คงเจริญ.โรคอ้วน: ภัยเงียบในยุคดิจิทัล.วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2560;11(3):22–9.
2. สถานีสุขภาพ. "โรคอ้วน" ปัญหาระดับโลกเสี่ยงสารพัดโรค เร่งอัตราเสียชีวิต 7–10 ปี [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2567 มีนาคม 20]. เข้าถึงได้จาก https://www.pptvhd36.com/health/care/3494
3. สถานีสุขภาพ. ภายในปี 2035 คนครึ่งโลกจะมีภาวะน้ำหนักเกิน-โรคอ้วน [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2567 มีนาคม 20]. เข้าถึงได้จาก https://www.pptvhd36.com/health/news/2924
4. BBC News ไทย. ยูเอ็นเตือนวิกฤติ "โรคอ้วน" ในเด็กประเทศเอเชียแปซิฟิก ไทยติดอันดับสูงในอาเซียน [อินเตอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2567 มีนาคม 20]. เข้าถึงได้จาก https://www.bbc.com/thai/thailand-43695753
5. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (ปี พ.ศ. 2560–2579). พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี:กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
6. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เขตสุขภาพที่ 8. รายงานโภชนาการ วัยทำงาน อายุ 15–59 ปี [อินเตอร์เน็ต].2566 [เข้าถึงเมื่อ 2567 กุมภาพันธ์ 12]. เข้าถึงได้จาก https://hdc.moph.go.th/npm/public/standard-subcatalog/46522b5d1e06d24a5bd81917257a93c
7. ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี. รายงานระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน [อินเตอร์เน็ต].2566 [เข้าถึงเมื่อ 2567 กุมภาพันธ์ 12]. เข้าถึงได้จาก https://hpc8.anamai.moph.go.th/th/workingage66/download?id=98864&mid=36707&mkey=m_document&lang=th&did=33595
8. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ

(HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เขตสุขภาพที่ 8. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 19-59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ [อินเตอร์เน็ต].2566 [เข้าถึงเมื่อ 2567 กุมภาพันธ์ 12]. เข้าถึงได้จาก https://hdc.moph.go.th/npm/public/standard-report-detail/64baebe49ae9f932bdde7660b8ff9d0d

9. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.แนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T. นครพนม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม; 2566.

10. พิพัฒน์พงศ์ แปดด่านจาก, นิลจิรา ทูลธรรม, ณัฏฐวุฒิ แก้วพิทูลย์.ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มวัยเรียน อายุ 12–14 ปี ตำบลหนองบุนนาก อำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา.วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2563;27(2):103–16.

11. พรรณี ปานเทวัญ, อายุพร ประสิทธิเวชชากูร. การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่. วารสารพยาบาลทหารบก 2557; 15(1):36–44.

12. จารุณี นุ่มพูล. การประยุกต์ทฤษฎีขั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้ป่วยกลุ่มอาการเมแทบอลิกวัยผู้ใหญ่. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย 2563;13(2):15–28.

13. จีรารักษณ์ โสกัณฑัต. การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมการออกกำลังกายโดยใช้ทฤษฎีรูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรรมสำหรับครูและบุคลากรทางการศึกษาสูงอายุ [วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2562.

14. สุตาภัทร ประดับแก้ว, จินตนา สรายุทธ-พิทักษ์, ถนอมวงศ์ กฤษณ์เพ็ชร์. การพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษา.วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ 2563;12(2):269–81.

15. วิไลรัตน์ บุญราศรี. แบบแผนความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานโรงไฟฟ้าแม่เมาะที่มีภาวะอ้วนลงพุง [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี:มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.

16. กรรณิการ์ เงินดี. ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา; 2564.

17. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. Am Psychol 1992;47(9): 1102–14.

18. Rosenstock IM. Historical origins of the Health Belief Model. Health Educ Monogr 1974;2(4):328–35.

19. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์; 2558: 167–9.

20. สุภาพ พุทธปัญโญ, นิจฉรา ทูลธรรม, นันทิ-พัฒน์ พัฒนโชติ. ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพต่อความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมการลดน้ำหนัก และน้ำหนักของบุคลากรที่มีภาวะโภชนาการเกินในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2559;9(4):42–59.

21 สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. หลักสูตรการพัฒนาบุคลากรสุขภาพแกนนำ เพื่อส่งเสริมความ

รอบรู้ด้านสุขภาพและปรับพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพอเพียงสำหรับประชุมชนกลุ่มวัยทำงานที่เสี่ยงโรค [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567 มีนาคม 5]. เข้าถึงได้จาก: https://bsri.swu.ac.th/health-literacy/

22. ชุลีพร หีตอักษร, รุ่งนภา จันทรา, อัศนี วันชัย, จิริยา อินทนา. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย: การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560; 35(4):25–33.

23. ณินญากร ใจยอด, อนุกูล มะโนทน. ประสิทธิผลการประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการลดภาวะโรคอ้วนของบุคลากรโรงพยาบาลสุโขทัย อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2566;9(1):54–68.

24. รุสนี วาอายีตา, กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ, บุญสิทธิ์ ไชยชนะ, ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ. ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการลดน้ำหนักของบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกินโรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2558;24(2): 90–104.

25. วิชาญ มีเครือรอด. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิตของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร 2563;1(1):70–85.

26. สุภาพร ทิพย์กระโทก, ธนิดา ผาติเสนะ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะอ้วนลงพุง. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2563; 14(34):210–23.

27. สำราญ กาศสุวรรณ, ทัศนีย์ บุญอริยเทพ, รุ่งกิจ ปินใจ. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลร้องเข็ม อำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่ 2565;30(2):27–42.

28. วิดาพร ทับทิมศรี,จินตนา รักษา. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อดัชนีมวลกายและพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2564;37(2):251–62.

ISSN 2985-1823 (Online)
วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา
Homepage: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9
ปีที่ 31 ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม 2568) หน้า [49-65]

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนในชุมชนหนาแน่นแออัด เขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุรินทร์

Factors Associated with Hypertension Prevention Behaviors among Residents of Overcrowded Communities in Mueang Municipality, Surin Province

พรพิมล เพชรกลั่น*, ธันวดี รู้รอบ, พรรณนิภา ยางศรี, ธีรศักดิ์ พรหมพันใจ
Pornpimol Petklan*, Tanwadee Rurob, Phannipha Yangsri, Teerasak Prompanjai
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา
Office of Disease Prevention and Control 9 Nakhon Ratchasima
*Corresponding author: Petklan.p@gmail.com
(Received: Mar 17, 2025/ Revised: Jun 13, 2025/ Accepted: Nov 24, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนในชุมชนหนาแน่นและแออัด เขตเทศบาลเมืองจังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในชุมชนหนาแน่นและแออัด เขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ จำนวน 216 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ multiple logistic regression ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.33 อายุเฉลี่ย 48 ปี (SD =15.53) ส่วนใหญ่มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 52.31 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 79.81 และครอบครัวไม่มีประวัติป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 75.00 และในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาเคยได้รับการตรวจวัดระดับความดันโลหิต ร้อยละ 89.81 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ผู้ที่มีรายได้ 5,000 บาทขึ้นไป มีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตที่เหมาะสม เป็น 2.08 เท่า เมื่อเทียบกับผู้มีรายได้ต่ำกว่า (AOR = 2.08, 95%CI: 1.08–3.38) ผู้ที่วัดความดันโลหิตใน 1 ปีที่ผ่านมา มีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตที่เหมาะสม เป็น 3.27 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยตรวจวัด (AOR =3.27, 95%CI: 1.26–8.49) และผู้ที่มีแรงจูงใจในระดับสูงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตที่เหมาะสม เป็น 2.22 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีแรงจูงใจในระดับต่ำกว่า (AOR = 2.22, 95%CI: 1.15–4.31) ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุข ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชนหนาแน่นและแออัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ที่มีรายได้น้อย เพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูล การบริการสุขภาพ เน้นการให้ความรู้ เสริมสร้างแรงจูงใจ และจัดหน่วยบริการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น พัฒนาทักษะ อสม. และประชาชนในพื้นที่ ให้สามารถตรวจวัดและประเมินผลด้วยตนเองได้

คำสำคัญ: ชุมชนหนาแน่นและแออัด, พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

Abstract

The study was a cross-sectional analytical study. The objective was to investigate factors associated with hypertension prevention behaviors among residents of dense and overcrowded communities in Mueang municipality, Surin province. The sample consisted of 216 participants who were people aged more than 15 years living in dense and overcrowded communities in Mueang Surin municipality. The participants were selected using systematic random sampling. Data were collected using questionnaires and analyzed using multiple logistic regression. The results showed that 58.33% of participants were female, with a mean age of 48 years (SD = 15.53). Less than 5,000 baht was the monthly income for 52.31% of participants. Furthermore, 79.81% had no underlying disease, and 75% of participants reported that their families had no record of hypertension. Finally, 89.91% of participants had measured their blood pressure level within the past year. After statistical analysis, the results revealed several factors significantly associated with hypertension prevention behaviors ($p < 0.05$). Specifically, participants with a monthly income of 5,000 baht or more were 2.08 times more likely to have appropriate hypertension prevention behaviors compared to those with lower incomes (AOR = 2.08, 95%CI: 1.08–3.38). Participants who had their blood pressure measured within the past year were 3.27 times more likely to engage in appropriate hypertension prevention behaviors compared to those who had never done so (AOR = 3.27, 95%CI: 1.26–8.49). Furthermore, participants with high motivation were 2.22 times more likely to exhibit appropriate hypertension prevention behaviors compared to those with lower motivation levels (AOR = 2.22, 95%CI: 1.15–4.31). Therefore, public health agencies should implement proactive health promotion activities in densely-populated and overcrowded communities, particularly targeting low-income residents to improve their access to health service information. These interventions should emphasize knowledge enhancement, strengthen motivation, and support basic health screening services for community residents. Moreover, programs should develop the skills of village health volunteers and residents so they can perform self-measurement and self-assessment.

Keywords: Overcrowded Communities, Hypertension Prevention Behaviors, Associated Factors

บทนำ

จากรายงานข้อมูลองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ในปี พ.ศ.2567 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1.4 ล้านคน พบมากในกลุ่มอายุ 30–79 ปี อาศัยในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง และผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองป่วย ร้อยละ 46 และมีเพียงร้อยละ 21 เท่านั้นที่ทราบและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2583 จะพบภาวะความดันโลหิตสูงเป็น 1 ใน 3 ของปัจจัยเสี่ยงการสูญเสียปีสุขภาวะ เนื่องจากผู้ป่วยมากกว่าครึ่งไม่รู้ตัวว่าป่วย ไม่ตระหนักในการป้องกัน ส่วนใหญ่ไม่มีอาการ จึงเข้ารับรักษาเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง โรคความดันโลหิตสูง ถือเป็น “ฆาตกรเงียบ”[1] ประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปีพ.ศ.2561–2565 โดยพบอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 13.13 14.21 14.22 14.48 และ15.43 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ[2] จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 ปี พ.ศ. 2562–2563 พบความชุกโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.4 พบสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ76.8 พบผู้ป่วยสูงสุดในภาคกลาง ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 27.2 27.5 และ 24.3 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาล ร้อยละ 26.7 และร้อยละ 24.2 ตามลำดับ[3] สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นเมือง ความเครียด ความเร่งรีบ ทำให้รับประทานอาหารไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย ดื่มสุราและสูบบุหรี่ ทำให้ความชุกโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น เขตสุขภาพที่ 9 พบว่ามีอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่มีแนวโน้มสูงขึ้นต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562–2566 โดยมีอัตราป่วยเท่ากับ 1,248.78 1,248.78 1,385.95 1,335.06 และ 1,402.82 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และปีพ.ศ. 2566 อัตราป่วยตาย ร้อยละ 2.36 สูงเป็นอันดับสองของประเทศ จังหวัดที่มีอัตราป่วยตายสูงที่สุด คือจังหวัดสุรินทร์ ร้อยละ 3.11[4] จังหวัดสุรินทร์มีการขยายตัวความเป็นเมืองด้านโครงสร้างพื้นฐาน เศษฐกิจและสังคมสภาพที่อยู่อาศัยที่หลากหลาย ได้แก่ หมู่บ้านจัดสรร ชุมชนการเคหะ และชุมชนหนาแน่น แออัด ในปี พ.ศ. 2565 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา สำรวจข้อมูลสุขภาพประชาชนในชุมชนหนาแน่น แออัด เขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ พบปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ร้อยละ 41.17 สูบบุหรี่ ร้อยละ 17.65 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 25.59 และขาดการออกกำลังกาย ร้อยละ 67.64 โรคประจำตัวที่พบสูงสุดคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 16.76 โรคเบาหวาน ร้อยละ 16.18 และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 1.18 ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2567 ผลการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง มีผู้ป่วยรายใหม่ ร้อยละ 10.52 กลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 31.57 ปัญหาที่พบคือประชาชนไม่เข้ารับการตรวจคัดกรอง[5] จากการศึกษาที่ผ่านมาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงคือ ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ รายได้ ปัจจัยนำ ความรู้ ทัศนคติ และปัจจัยเอื้อ คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจากสื่อ[6] ตามแนวคิด PRECEDE MODEL อธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพบุคคลเกิดจากปัจจัยภายในและภายนอก ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ[7]

อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมาเน้นศึกษาปัจจัยเสี่ยงพื้นฐานระดับบุคคลทั่วไปเท่านั้น ขาดการศึกษาปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมชุมชนหนาแน่น แออัด ที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study) ค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับกำหนดนโยบาย มาตรการ และจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงให้เหมาะสมตามบริบทของชุมชนหนาแน่น แออัด เพื่อลดความชุก

โรคความดันโลหิตสูงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนชุมชนหนาแน่น แออัด ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุรินทร์

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study) ซึ่งทำการเก็บข้อมูลจากประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป ในพื้นที่ชุมชนหนาแน่นและแออัด เขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ จำนวน 216 คน ด้วยการสุ่มอย่างเป็นระบบ (systematic random sampling) ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม–30 มิถุนายน พ.ศ.2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่อาศัยในชุมชนหนาแน่น แออัด เขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณตัวอย่างแบบ multiple logistic regression[8] ดังต่อไปนี้

$$n_1 = \frac{P(1-P)\left(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}\right)^2}{B(1-B)(P_0 - P_1)^2}$$

n_1 คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้นก่อนทำการปรับขนาดตัวอย่าง

P คือ สัดส่วนผู้ที่มีพฤติกรรมป้องกันอยู่ในระดับดี = (1-B) P_0 + BP_1

P_0 คือ สัดส่วนผู้ที่มีการรับข้อมูลข่าวสารจากสื่ออยู่ในระดับปานกลางและต่ำที่มีพฤติกรรมป้องกันอยู่ในระดับดี เท่ากับ 0.25

P_1 คือ สัดส่วนผู้ที่มีการรับข้อมูลข่าวสารจากสื่ออยู่ในระดับสูงที่มีพฤติกรรมป้องกันอยู่ในระดับดี เท่ากับ 0.55

B คือ สัดส่วนผู้ที่มีการรับข้อมูลข่าวสารจากสื่ออยู่ในระดับสูง เท่ากับ 0.25

$Z_{(1-\alpha)}$ คือ ค่าสถิติจากการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.96

$Z_{(1-\beta)}$ คือ ค่าสถิติการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานเมื่อกำหนดอำนาจการเท่าสอบที่ 0.90 เท่ากับ 1.28

เมื่อแทนค่าในสูตรข้างต้น จะได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 138 คน ซึ่งต้องทำการปรับขนาดตัวอย่างตามการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistic regression)[8] ใช้สูตรดังนี้

$$n_p = n_1/(1-p^2_{1,2,3,...,p})$$

โดย n_p คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่างหลังการปรับค่า

$p^2_{1,2,3,...,p}$ คือ ค่ากำลังสองของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงซ้อน ($p^2_{1,2,3,...,p}$ = 0.6)

ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา ทั้งหมด 216 คน

เกณฑ์คัดเข้า ประกอบด้วย 1) อายุ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในชุมชนหนาแน่นแออัด ในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ ไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) ไม่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ 3) การรับรู้ปกติ สามารถสื่อสารเข้าใจและมีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์คัดออก ประกอบด้วย 1) อาสาสมัครย้ายที่อยู่ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาวิจัย 2) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ขึ้นทะเบียนและรับยาต่อเนื่องในสถานพยาบาล และ 3) ออกจากการศึกษาทุกกรณี

เครื่องมือที่ใช้ศึกษา

คือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องตามแนวคิด “PRECEDE MODEL”[7] แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

<u>ส่วนที่ 1</u> ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ ความรู้ ทัศนคติและแรงจูงใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

ตอนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ แปลผลใช้เกณฑ์ของ Bloom[9]

ตอนที่ 2 ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ แปลผลใช้เกณฑ์ของ Best[10]

ตอนที่ 3 แรงจูงใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ แปลผลใช้เกณฑ์ของ Best[10]

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ แปลผลใช้เกณฑ์ของ Best[10]

ส่วนที่ 4 การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ แปลผลใช้เกณฑ์ของ Best[10]

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ แปลผลตามเกณฑ์ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ[11]

การแปลผล

1. เกณฑ์ของ Bloom[9] แบ่งเป็นค่าคะแนน 3 ระดับ คือ 1) ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60) 2) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60–79) และ 3) ระดับสูง (ตั้งแต่ร้อยละ 80)

2. เกณฑ์ของ Best[10] ดำเนินการแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00–2.33 คะแนน) 2) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34–3.66 คะแนน) และ 3) ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67–5.00 คะแนน)

3. เกณฑ์ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ[11] แบ่งคะแนนออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1) ระดับพฤติกรรมไม่ดี (12.00–35.99 คะแนน) 2) ระดับพฤติกรรมพอใช้ (36.00–41.99 คะแนน) 3) ระดับพฤติกรรมดี (42.00–47.99 คะแนน) และ 4) ระดับพฤติกรรมดีมาก (48.00–60.00 คะแนน)

ในกรณีวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบ่งพฤติกรรมการป้องกันเป็น 2 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับไม่เหมาะสม (12.00–41.99 คะแนน) และ 2) ระดับเหมาะสม (42.00–60.00 คะแนน)

การตรวจสอบเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้วยค่าความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าระหว่าง 0.5–0.1 และตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำเครื่องมือทดลองใช้กับกลุ่มประชาชนในชุมชนหนาแน่นและแออัด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 คน มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.82 และแบบทดสอบความรู้ ผ่านการทดสอบมีค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.75

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ไม่ได้เสนอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย แต่ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ 1) การทำหนังสือชี้แจงและขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้บริหารระดับจังหวัด และระดับชุมชน 2) ชี้แจงวัตถุประสงค์การเก็บข้อมูล และ 3) ขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ อาสาสมัครสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

การเก็บข้อมูลและการเข้าถึงข้อมูล: ข้อมูลถูกเก็บไว้เป็นความลับ ซึ่งมีเพียงผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลดังกล่าว และจะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น

วิธีการเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยประสานและจัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงหน่วยงานในพื้นที่ ได้แก่ สสจ.สุรินทร์ รพ.สุรินทร์ ศูนย์สุขภาพชุมชนศุภกาญจน์ เทศบาลเมืองสุรินทร์และประธานชุมชน

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ แจ้งการพิทักษ์สิทธิอาสาสมัคร

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วน เพื่อนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา กรณีตัวแปรแจงนับ นำเสนอข้อมูล ความถี่ ร้อยละ กรณีตัวแปรต่อเนื่อง นำเสนอข้อมูล ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) กรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกตินำเสนอ ค่ามัธยฐาน (median) ค่าต่ำสุด (min) และค่าสูงสุด (max)

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น (1 ตัว) และตัวแปรตาม (1 ตัว) โดยใช้สถิติ simple logistic regression นำเสนอขนาดความสัมพันธ์อย่างหยาบด้วยค่า crude odds ratio (OR) ช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% และค่า *p*-value ทั้งนี้จะเลือกตัวแปรที่มีระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.25 ($p < 0.25$)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นหลายตัวแปรและตัวแปรตาม ด้วยสถิติ multiple logistic regression ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์แบบขจัดออกทีละตัวแปร (backward elimination) นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า adjusted odds ratio (AOR) ช่วงความเชื่อมั่น 95% และค่า *p*-value (ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05)

ผลการศึกษา

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

จากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.33 อายุเฉลี่ย 48 ปี (SD =15.53) อายุเฉลี่ย 48.15 ปี (SD = 15.53) สถานภาพคู่ ร้อยละ 64.81 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 59.26 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 37.50 รายได้ครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 47.69 ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย ระหว่าง 18.50–22.99 kg/m^2 (สมส่วน) ร้อยละ 58.33 และขนาดรอบเอวน้อยกว่า 80 เซนติเมตร ร้อยละ 55.09 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 79.81 และครอบครัวหรือญาติสายตรงไม่มีประวัติป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 75.00 อีกทั้งในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาเคยได้รับการตรวจวัดระดับความดันโลหิต ร้อยละ 89.81 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n = 216)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	90	41.67
หญิง	126	58.33
อายุ (ปี)		
อายุน้อยกว่า 30 ปี	31	14.35
อายุ 30.0–59.9 ปี	126	58.33

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n = 216)	ร้อยละ
อายุ 60 ปีขึ้นไป	59	27.32
$\bar{X}$ = 48.15, SD = 15.53, median = 49, min = 16, max = 81		
สถานภาพในปัจจุบัน		
โสด	44	20.37
แต่งงาน/คู่/อยู่ด้วยกัน	140	64.82
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	32	14.81
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้ศึกษา	21	9.72
ประถมศึกษา	107	49.54
มัธยมศึกษาตอนต้น	47	21.76
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	27	12.50
อนุปริญญา/ปวส.	7	3.24
ปริญญาตรีขึ้นไป	7	3.24
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงาน/แม่บ้าน พ่อบ้าน	58	26.85
เกษตรกร	3	1.39
รับจ้าง	81	37.50
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	62	28.70
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	1.85
นักเรียน/นักศึกษา	5	2.32
อื่น ๆ	3	1.39
รายได้ของครอบครัว/เดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน	103	47.69
5,001–10,000 บาท/เดือน	75	34.72

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n = 216)	ร้อยละ
10,001–20,000 บาท/เดือน	33	15.28
มากกว่า 20,000 บาท/เดือน	5	2.31
ความเพียงพอของรายได้ภายในครอบครัว		
ไม่เพียงพอ เป็นหนี้	83	38.43
เพียงพอ	133	61.57
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2)		
<18.50 (ผอม หรือน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์)	35	16.20
18.50–22.99 (สมส่วน)	91	42.13
23.00–24.99 (ภาวะน้ำหนักเกิน หรือโรคอ้วนระดับที่ 1)	42	19.45
≥25 (โรคอ้วน หรือโรคอ้วนระดับที่ 2)	48	22.22
$\bar{x}$ = 22.74, SD = 4.77, median = 22.06, min = 15.24, max = 47.61		
ขนาดรอบเอว		
น้อยกว่า 80 เซนติเมตร	119	55.09
80–89 เซนติเมตร	63	29.17
≥ 90 เซนติเมตร	34	15.74
$\bar{x}$ = 79.36, SD = 11.65, median = 78, min = 42, max = 120		
โรคประจำตัว		
ไม่มี	165	76.39
มี	51	23.61
ญาติสายตรงป่วยโรคความดันโลหิตสูง		
ไม่มี	162	75.00
มี	54	25.00
การตรวจวัดความดันโลหิตในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา		
ไม่เคยตรวจ	22	10.19
เคยตรวจ	194	89.81

2. ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ด้านปัจจัยนำ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.94 มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.34 และมีแรงจูงใจในการป้องกันอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 74.07 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีแรงจูงใจอยู่ในระดับต่ำ **ด้านปัจจัยเสริม** กลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.72 **ด้านปัจจัยเอื้อ** กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงบริการและการสื่อสารสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 45.37 **ด้านพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง** กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันอยู่ในระดับเหมาะสม ร้อยละ 65.28 และมีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงไม่เหมาะสม ร้อยละ 34.72 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	จำนวน (n = 216)	ร้อยละ
ปัจจัยนำ		
ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง		
ระดับต่ำ	25	11.57
ระดับปานกลาง	68	31.48
ระดับสูง	123	56.95
$\bar{X}$ = 7.49, SD = 1.78, min = 1, max =10		
ระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง		
ระดับต่ำ	1	0.46
ระดับปานกลาง	126	58.34
ระดับสูง	89	41.20
$\bar{X}$ = 14.20, SD = 2.39, min = 9, max =20		
ระดับแรงจูงใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง		
ระดับต่ำ	0	0
ระดับปานกลาง	56	25.93
ระดับสูง	160	74.07
$\bar{X}$ = 31.59, SD = 3.95, min = 23, max = 40		
ปัจจัยเสริม		
ระดับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม		

ตารางที่ 2 ลักษณะปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน (n = 216)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	21	9.72
ระดับปานกลาง	129	59.72
ระดับสูง	66	30.56
$\bar{X}$ = 26.17, SD = 6.20, min = 12, max = 40		
ปัจจัยเอื้อ		
ระดับการเข้าถึงบริการและการสื่อสารสุขภาพ		
ระดับต่ำ	98	45.37
ระดับปานกลาง	78	36.11
ระดับสูง	40	18.52
$\bar{X}$ = 13.12, SD =5.39, min = 5, max =25		
พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง		
ระดับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงไม่เหมาะสม	75	34.72
ระดับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเหมาะสม	141	65.28
$\bar{X}$ = 43.54, SD = 6.30, min = 22, max =59		

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดี่ยว (univariate Analysis)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.25$) ได้แก่ เพศ สถานภาพในปัจจุบัน รายได้ของครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัว การเคยตรวจวัดความดันโลหิตในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แรงจูงใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ลักษณะ	พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (n = 216)		OR	95%CI	*p*-value
	เหมาะสม (n = 141) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เหมาะสม (n = 75) จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ					0.096

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

ลักษณะ	พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (n = 216)		OR	95%CI	*p*-value
	เหมาะสม (n = 141) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เหมาะสม (n = 75) จำนวน (ร้อยละ)			
ชาย	53 (58.89)	37 (41.11)	1		
หญิง	88 (69.84)	38 (30.16)	1.62	0.92, 2.85	
อายุ (ปี)					0.931
น้อยกว่า 35 ปี	25 (56.82)	19 (43.18)	1		
อายุ 35.0–59.9 ปี	75 (66.37)	38 (33.63)	1.50	0.73, 3.06	
อายุ 60 ปีขึ้นไป	41 (69.49)	18 (30.51)	1.73	0.76, 3.91	
สถานภาพในปัจจุบัน					0.242
โสด	24 (54.55)	20 (45.45)	1		
แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน	96 (68.57)	44 (31.43)	1.82	0.90, 3.63	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	21 (65.63)	11 (34.37)	1.59	0.62, 4.07	
ระดับการศึกษาสูงสุด					0.897
ต่ำกว่าประถมศึกษาหรือประถมศึกษา	84 (65.63)	44 (34.37)	1		
มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป	57 (64.77)	31 (35.23)	0.96	0.54, 1.70	
อาชีพ					0.440
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงาน/ แม่บ้าน	40 (65.57)	21 (34.43)	1		
รับจ้าง	49 (60.49)	32 (39.51)	0.80	0.40, 1.60	
ไม่ได้รับจ้าง (อาชีพอื่น ๆ)	52 (70.27)	22 (29.73)	1.24	0.60, 2.56	
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน					0.025
น้อยกว่า 5,000 บาท	75 (72.82)	28 (27.18)	1		
5,000 บาทขึ้นไป	66 (58.41)	47 (41.59)	1.92	1.15, 3.93	

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

ลักษณะ	พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (n = 216)		OR	95%CI	*p*-value
	เหมาะสม (n = 141) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เหมาะสม (n = 75) จำนวน (ร้อยละ)			
ความเพียงพอของรายได้ภายในครอบครัว					0.957
ไม่เพียงพอ เป็นหนี้	54 (65.06)	29 (34.94)	1		
เพียงพอ	87 (65.41)	46 (34.59)	1.01	0.57, 1.80	
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2)					0.716
น้อยกว่า 23	81 (64.29)	45 (35.71)	1		
มากกว่าหรือเท่ากับ 23	60 (66.67)	30 (33.33)	1.11	0.63, 1.96	
รอบเอว					0.939
น้อยกว่า 90 เซนติเมตร	119 (65.38)	63 (34.62)	1		
≥ 90 เซนติเมตร	22 (64.71)	12 (35.29)	0.97	0.45, 2.09	
โรคประจำตัว					0.020
ไม่มีโรคประจำตัว	101 (61.21)	64 (38.79)	1		
มีโรคประจำตัว	40 (78.43)	11 (21.57)	2.30	1.10, 4.81	
ญาติสายตรงป่วยโรคความดันโลหิตสูง					0.804
ไม่มี	105 (64.81)	57 (35.19)	1		
มี	36 (66.67)	18 (33.33)	1.08	0.57, 2.08	
การเคยตรวจวัดความดันโลหิตในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา					0.003
ไม่เคยตรวจ	8 (36.36)	14 (63.64)	1		
เคยตรวจ	133 (68.56)	61 (31.44)	3.81	1.52, 9.57	
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง					0.174
ระดับต่ำและระดับปานกลาง	56 (60.22)	37 (39.78)	1		
ระดับสูง	85 (69.11)	38 (30.89)	1.48	0.84, 2.60	

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

ลักษณะ	พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (n = 216)		OR	95%CI	*p*-value
	เหมาะสม (n = 141) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เหมาะสม (n = 75) จำนวน (ร้อยละ)			
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง					0.793
ระดับต่ำและระดับปานกลาง	82 (64.57)	45 (35.43)	1		
ระดับสูง	59 (66.29)	30 (33.71)	1.08	0.61, 1.90	
แรงจูงใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง					0.015
ระดับต่ำและระดับปานกลาง	29 (51.79)	27 (48.21)	1		
ระดับสูง	112 (70.00)	48 (30.00)	2.17	1.16, 4.05	
แรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม					0.062
ระดับต่ำและระดับปานกลาง	92 (61.33)	58 (38.67)	1		
ระดับสูง	49 (74.24)	17 (25.76)	1.82	0.96, 3.45	
การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ					0.684
ระดับต่ำและระดับปานกลาง	116 (65.91)	60 (34.09)	1		
ระดับสูง	25 (62.50)	15 (37.50)	0.86	0.42, 1.75	

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบพหุตัวแปร (multivariate analysis)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ รายได้ของครอบครัว การตรวจวัดความดันโลหิตใน 1 ปี ที่ผ่านมา และระดับแรงจูงใจในการป้องกัน กล่าวคือ เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่น ๆ ในสมการสุดท้าย พบว่าผู้ที่มีรายได้ของครอบครัว 5,000 บาทขึ้นไป มีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเหมาะสมเป็น 2.08 เท่าเมื่อเทียบกับผู้มีรายได้ต่ำกว่า (AOR = 2.08, 95%CI: 1.08–3.38) ผู้ที่เคยตรวจวัดความดันโลหิตใน 1 ปีที่ผ่านมามีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเหมาะสมเป็น 3.27 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ไม่เคยตรวจ (AOR = 3.27, 95%CI: 1.26–8.49) และผู้ที่มีแรงจูงใจอยู่ในระดับสูงมีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเหมาะสมเป็น 2.22 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีแรงจูงใจในระดับต่ำกว่า (AOR = 2.22, 95%CI: 1.15–4.31) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่น ๆ โดยใช้สถิติ multivariable logistic regression

ลักษณะ	พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (n = 216)		OR	AOR	95%CI	*p*-value
	เหมาะสม (n = 141) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เหมาะสม (n = 75) จำนวน (ร้อยละ)				
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน						0.016
น้อยกว่า 5,000	75 (72.82)	28 (27.18)	1	1		
5,000 ขึ้นไป	66 (58.41)	47 (41.59)	1.92	2.08	1.08, 3.38	
การตรวจวัดความดันโลหิตในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา						0.015
ไม่เคยตรวจ	8 (36.36)	14 (63.64)	1	1		
เคยตรวจ	133 (68.56)	61 (31.44)	3.81	3.27	1.26, 8.49	
แรงจูงใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง						0.018
ระดับต่ำและปานกลาง	29 (51.79)	27 (48.21)	1	1		
ระดับสูง	112 (70.00)	48 (30.00)	2.17	2.22	1.15, 4.31	

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน ชุมชนหนาแน่นและแออัด เขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ ได้แก่ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน การตรวจวัดความดันโลหิตในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา และแรงจูงใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาในลำปาง พบว่ารายได้เฉลี่ยของครอบครัวเป็นปัจจัยป้องกันการป่วยโรคความดันโลหิตสูง รายได้หรือสถานภาพทางเศรษฐกิจที่มั่นคงทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่ดีในการดูแลสุขภาพของตนเอง[12] จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ที่มีรายได้สูงมีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตสูงลดลง เนื่องจากมีโอกาสเข้าถึงระบบบริการสุขภาพหรือทรัพยากรที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เช่น อาหารสุขภาพ พื้นที่ออกกำลังกาย ทำให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสม[13] และการศึกษาในประเทศจีน พบว่าผู้ที่มีรายได้สูงมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ลดลง[14] และมีความแตกต่างจากการศึกษาชุมชนแออัดในบังกลาเทศ ที่พบว่าผู้มีรายได้สูงมีพฤติกรรมบริโภคอาหารแปรรูปที่มีไขมันและโซเดียมสูง มีภาวะเนือยนิ่ง (sedentary lifestyle) ความชุกของโรคอ้วนที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มที่มีรายได้สูงทำให้มีโอกาสป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ[15] และการเคยตรวจวัดความดันโลหิตในรอบ 1 ปีที่ผ่านมามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ผู้ที่เคยตรวจวัดความดันโลหิต มีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเหมาะสมเป็น 3.27 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ไม่เคยตรวจ จากการศึกษาความชุกโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนในชุมชนแออัด ประเทศอินเดีย พบว่า ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 36 ไม่เคยตรวจวัดระดับความดันโลหิตในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา และร้อยละ 46 ไม่เคย

รับการรักษาหรือได้รับให้คำแนะนำในการป้องกัน ข้อจำกัดการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรอง ไม่ทราบว่าตนเองป่วย จึงขาดการป้องกัน[16] ดังนั้นผู้ที่เคยตรวจวัดความดันโลหิต จึงมีการรับรู้สถานะเสี่ยงของตนเอง ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

สำหรับปัจจัยแรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนชุมชนหนาแน่นและแออัด สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินโดนีเซีย พบว่า แรงจูงใจมีบทบาทสำคัญในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้สูงอายุที่มีแรงจูงใจที่ดีเป็นแรงผลักดันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง เช่น ลดบริโภคอาหารที่มีโซเดียม น้ำตาลและไขมันสูง ออกกำลังกายสม่ำเสมอ การจัดการอารมณ์และความเครียด เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง[17] และการศึกษาพฤติกรรมกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดเชียงราย พบว่าแรงจูงใจภายในของบุคคล การมีอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง[18]

ด้านปัจจัยเสริมและปัจจัยเอื้อ ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม การเข้าถึงบริการและการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนชุมชนหนาแน่นและแออัด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในกลุ่มบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและการได้รับข่าวสารจากสื่อ ทำให้บุคลากรมีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น[6] เนื่องจากบริบทชุมชนหนาแน่นและแออัด ประชาชนส่วนใหญ่ ร้อยละ 59.72 มีระดับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมอยู่ในระดับปานกลางและร้อยละ 45.37 มีระดับการเข้าถึงบริการและการสื่อสารสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ โดยปัจจัยดังกล่าวฯ ถือเป็นปัจจัยภายนอก ซึ่งเกิดจากสิ่งแวดล้อมและสังคม จากแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE MODEL) อธิบายว่าการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เริ่มจากปัจจัยภายในบุคคลก่อน[19]

การศึกษาครั้งนี้จึงสะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้รับอิทธิพลจากแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับปัจจัยส่วนบุคคล เช่น รายได้ และการเข้ารับบริการสุขภาพหรือการตรวจวัดความดันโลหิตเป็นประจำทุกปี ปัจจัยเหล่านี้ช่วยให้ประชาชนในชุมชนที่มีความหนาแน่นและแออัด มีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เหมาะสมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้

1. หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชนหนาแน่นแออัดให้ครอบคลุมโดยเฉพาะกลุ่มที่มีรายได้ต่ำ ให้สามารถเข้าถึงบริการและข้อมูลด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

2. เน้นการจัดกิจกรรมให้ความรู้ ความเสี่ยงและผลกระทบด้านสุขภาพ เพื่อสร้างแรงจูงใจระดับบุคคลในการจัดการสุขภาพตนเอง ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

3. สนับสนุนให้ประชาชนได้รับการตรวจวัดระดับความดันโลหิตอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยจัดจุดบริการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นในชุมชนหนาแน่นแออัด และจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ พัฒนาทักษะอสม. แกนนำด้านสุขภาพและประชาชนในการตรวจวัดและแปลผลระดับความดันโลหิตได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งถัดไป

ควรศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ cohort study ติดตามกลุ่มที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม โดยตรวจวัดค่าระดับความดันโลหิตควบคู่กับสังเกตพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติจริง

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลในช่วงเวลาสั้นๆ จึงไม่สามารถระบุได้ว่าตัวแปรที่ศึกษาเกิดก่อนผลลัพธ์หรือไม่ เนื่องจากเก็บข้อมูลปัจจัยและผลลัพธ์พร้อมกันทำให้เกิด reverse causality bias ควรมีการศึกษาในรูปแบบที่มีการติดตามข้อมูลไปข้างหน้า

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผอ.สคร.9 จ.นครราชสีมา สสจ.สุรินทร์ เทศบาลเมืองสุรินทร์ สสอ.เมืองสุรินทร์ ศูนย์สุขภาพชุมชนศุภกาญจน์ รพ.สุรินทร์ ประธานชุมชนและอสม.ที่ทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Hypertension [Internet]. 2023 [cited 2023 November 2]. Available from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension
2. กองโรคไม่ติดต่อ. จำนวนและอัตราตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ (ปี 2561–2565) [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2568 มีนาคม 15]. เข้าถึงได้จาก https://www.ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=39911
3. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ.2562–2563. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
4. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เขตสุขภาพที่ 9.อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรในปีงบประมาณ [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2566 พฤศจิกายน 2]. เข้าถึงได้จาก https://hdc.moph.go.th/nma/public/standard-report-detail/29eec762c9591d1f8092da14c7462361
5. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา. ผลสำรวจข้อมูลสถานะสุขภาพประชาชนหมู่บ้านจัดสรรชุมชนหนาแน่นแออัดพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสุรินทร์ ปี 2565.ประชุมราชการเพื่อสรุปผลและวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสุรินทร์; 2566 สิงหาคม 11; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. สุรินทร์:สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา; 2566.
6. อัญชลี สามงามมี, เกษร สำเภาทอง, นนท์ธิยา หอมขำ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของบุคลากรสายสนับสนุนในมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง 2563;64(2):97–108.
7. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: An Educational and Ecological Approach. 4th Edition. New York: McGraw-Hill, 2005.
8. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Stat Med 1998;17(14):1623–34.
9. Bloom B. Taxonomy of Educational Objectives, Handbook 1: Cognitive Domain. New York: David Mckay; 1975.
10. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.
11. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องมือและโปรแกรม

ประเมิน HL และ HB [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2566 พฤศจิกายน 2]. เข้าถึงได้จาก https://hed.hss.moph.go.th/tool-hlhb/

12. รุจิรา ธรรมใจกูล, ณัฏฐ์ฐภรณ์ ปัญจขันธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน จังหวัดลำปาง.วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร 2563;1(2):41–53.
13. Fan Z, Yang C, Zhang J, Huang Y, Yang Y, Zeng P, et al. Trends and influence factors in the prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension among US adults from 1999 to 2018. PLoS One 2023;18(9): e0292159.
14. Luo T, Lin S, Zhang W, Li X, Wang Y, Zhou J, et al. Relationship between socioeconomic status and hypertension incidence among adults in southwest China: a population-based cohort study. BMC Public Health 2024;24(1): 1211
15. Mistry SK, Hossain MB, Parvez M, Gupta RD, Arora A. Prevalence and determinants of hypertension among urban slum dwellers in Bangladesh. BMC Public Health 2022;22(1):2063.
16. Rakesh PS, Renjini BA, Mohandas S, Menon J, Numpelil M, Sreedevi A, et al. Hypertension in urban slums of southern India: Burden, awareness, health seeking, control and risk factor profile. Indian Heart J 2023;75(4):258–62.
17. Wahyudi DT. Diet knowledge, Self-Efficacy and Motivation for Hypertension Prevention Behavior. IJNHS 2020;3(4):533–9.
18. เบญญลักษมิ์ หมุดดี, ญาณัชฌาน์ แก้วตา, สาวิตรี จีระยา. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจภายในกับพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดเชียงราย. วารสารพยาบาลตำรวจ 2566;15(2):279–288.
19. นรลักขณ์ เอื้อกิจ, ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี.การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการสร้างเสริมสุขภาพ. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย 2562;12(1):38–48.

กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

ISSN 2985-1823 (Online)

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

Homepage: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9
ปีที่ 31 ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม 2568) หน้า [66-76]

ความไวต่อสารเคมี Deltamethrin 0.05% ของยุงก้นปล่อง *Anopheles dirus* ในพื้นที่อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์

Susceptibility of *Anopheles dirus* to 0.05% Deltamethrin in Buachet district, Surin province

สุนันทา พันขุนคีรี*, ปรเมศร์ เวือนประโคน, สาวิตรี บุญหวา
Sunanta Punkunkeeree*, Poramete Vuanprakhon, Sawittree Boonwa
ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 9.3 จังหวัดสุรินทร์
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา
Vector Borne Disease Control Center 9.3 Surin
Office of Disease Prevention and Control 9 Nakhon Ratchasima
*Corresponding author: punkunkeeree@yahoo.com
(Received: May 20, 2025/ Revised: Oct 4, 2025/ Accepted: Nov 27, 2025)

บทคัดย่อ

โรคไข้มาลาเรีย เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขในหลายประเทศ โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้รวมทั้งประเทศไทย พาหะนำโรคสำคัญในการแพร่กระจายเชื้อไข้มาลาเรีย คือ ยุงก้นปล่องสกุล *Anopheles* การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความไวของยุงก้นปล่อง *Anopheles dirus* ต่อสารเคมี deltamethrin 0.05% ในพื้นที่อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ โดยนำยุงก้นปล่อง *Anopheles dirus* จากแหล่งธรรมชาติ จำนวน 34 ตัว มาทดสอบความไวต่อสารเคมี deltamethrin 0.05% ในห้องปฏิบัติการตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ เพื่ออธิบายอัตราการสลบและอัตราตาย สถิติเชิงอนุมานใช้การวิเคราะห์ probit analysis เพื่อคำนวณค่าช่วงเวลาที่ทำให้ยุงสลบร้อยละ 50 (KT_{50}) ผลการศึกษาพบว่า หลังสัมผัสสารเคมี deltamethrin 0.05% เป็นเวลา 20 นาที ยุงสลบร้อยละ 15.63 และหลังสัมผัสสารเคมี deltamethrin 0.05% เป็นเวลา 40 50 และ 60 นาที ยุงสลบร้อยละ 100 ทั้ง 3 ช่วงเวลา ค่าช่วงเวลาที่ทำให้ยุงสลบร้อยละ 50 (KT_{50}) เท่ากับ 23.06 นาที เมื่อนำยุงที่สลบไปเลี้ยงต่อ 24 ชั่วโมง พบว่า อัตราตายของยุงอยู่ที่ร้อยละ 100 แสดงว่ายุงก้นปล่อง *Anopheles dirus* ในพื้นที่ศึกษา มีความไวต่อสารเคมี deltamethrin 0.05% ดังนั้น สารเคมี deltamethrin 0.05% จึงมีประสิทธิภาพที่จะนำมาใช้กำจัดยุงก้นปล่อง *Anopheles dirus* ได้ แสดงให้เห็นว่าสารเคมี deltamethrin 0.05% สามารถนำไปใช้ในการวางแผนควบคุมยุงพาหะของโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ควรเฝ้าระวังความไวของยุงก้นปล่องต่อสารเคมีอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะดื้อต่อสารเคมี

คำสำคัญ: ความไว, ยุงก้นปล่อง, มาลาเรีย

Abstract

Malaria remains a major public health problem in many countries, particularly in Southeast Asia, including Thailand. The primary vectors responsible for malaria transmission are *Anopheles* mosquitoes. The study was an experimental research study. The objective was to assess the susceptibility of *Anopheles dirus* mosquitoes to 0.05% deltamethrin in Buachet district, Surin province. A total of 34 *Anopheles dirus* mosquitoes were collected from natural sources. The mosquitoes were tested for susceptibility to 0.05% deltamethrin in the laboratory, following WHO guidelines. Data were analyzed using descriptive statistics (including frequency and percentage) to describe knockdown and mortality rates, while probit analysis was employed to calculate the knockdown time for 50% (KT_{50}) of mosquitoes. The results showed that after 20 minutes of exposure to 0.05% deltamethrin, 15.63% of mosquitoes were knocked down. Mosquitoes were 100% knocked down at 40, 50, and 60 minutes. The KT_{50} was 23.06 minutes. After rearing the knocked-down mosquitoes for 24 hours, the mortality rate was 100%. The findings demonstrated that *Anopheles dirus* mosquitoes in this study area are susceptible to 0.05% deltamethrin. Therefore, 0.05% deltamethrin is effective in eliminating *Anopheles dirus* mosquitoes. This indicated that 0.05% deltamethrin could be used in strategic planning and effective control measures for the malaria vector. Moreover, the insecticide susceptibility of *Anopheles* mosquitoes should be monitored to prevent the development of resistance in vector populations.

Keywords: Susceptibility, *Anopheles* Mosquitoes, Malaria

บทนำ

โรคไข้มาลาเรีย ปัญหาสาธารณสุขในหลายภูมิภาคทั้งในแอฟริกาอเมริกายุโรปเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และแปซิฟิกตะวันออก ข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี พ.ศ. 2566 พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรียประมาณ 263 ล้านคนทั่วโลก และมีผู้เสียชีวิตกว่า 597,000 คน[1] สำหรับสถานการณ์โรคไข้มาลาเรียในประเทศไทย ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2557–2567 พบผู้ป่วยจำนวน 34,612 21,500 19,082 11,596 6,728 5,431 3,946 3,268 10,153 16,674 และ 14,683 ราย ตามลำดับ และมีผู้เสียชีวิตในช่วงระยะเวลาดังกล่าว รวมจำนวน 161 ราย[2] โรคไข้มาลาเรียนับเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อสุขภาพประชากรในหลายประเทศ รวมทั้งส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจโดยต้องหยุดงานและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงถึง 12,000 ล้านเหรียญสหรัฐต่อปี ในประเทศที่มีการระบาดสูง[3]

โรคไข้มาลาเรีย เกิดจากพาหะนำโรคที่สำคัญ คือ ยุงก้นปล่อง สกุล *Anopheles* ติดต่อโดยยุงเพศเมียที่มีเชื้อจะแพร่เชื้อไปยังมนุษย์ผ่านการกัด สำหรับยุงก้นปล่องสายพันธุ์ *Anopheles dirus* เป็นหนึ่งในพาหะหลักที่มีบทบาทสำคัญในการแพร่เชื้อโรคไข้มาลาเรียในประเทศไทยและหลายประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เนื่องจากมีชีวนิสัยชอบกัดดูดเลือดมนุษย์เป็นหลัก พบมากในป่าดิบชื้นและพื้นที่ชายแดน บินได้ระยะไกล และสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ดี[4,5] จึงทำให้การควบคุมและกำจัดยุงก้นปล่องเป็นเรื่องที่ท้าทาย วิธีกำจัดยุงก้นปล่องที่ใช้อย่างแพร่หลายคือการใช้สารเคมีกำจัดแมลง (insecticides) โดยเฉพาะสารไพรีทรอยด์สังเคราะห์ (synthetic pyrethroids) เช่น alphacypermethrin cyfluthrin deltamethrin etofenprox lambdacyhalothrin permethrin เป็นต้น เนื่องจากเป็นสารเคมีที่สังเคราะห์คล้ายสารไพริทรินในดอกเบญจมาศ มีพิษต่ำต่อสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม แต่มีประสิทธิภาพในการฆ่าแมลงอย่างเฉียบพลัน โดยออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนปลายและส่วนกลาง ทำให้มีอาการสั่น กล้ามเนื้อไม่ทำงาน อัมพาต และเสียชีวิตในที่สุด[6] โดยสาร deltamethrin 0.05% เป็นสารไพรีทรอยด์ที่ได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายในการพ่นกำจัดยุงและเคลือบมุ้ง เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไข้มาลาเรีย[7] แต่จากข้อมูลการเฝ้าระวังการดื้อต่อสารเคมีของยุงก้นปล่อง ปี พ.ศ. 2561–2566 ใน 64 ประเทศทั่วโลก พบว่า ยุงก้นปล่องดื้อต่อสารไพรีทรอยด์ จำนวน 55 ประเทศ คิดเป็นร้อยละ 86[1] ซึ่งส่งผลให้ประสิทธิภาพในการกำจัดยุงก้นปล่องลดลง และอาจนำไปสู่การแพร่ระบาดของโรคไข้มาลาเรียที่รุนแรงขึ้นได้

จังหวัดสุรินทร์เป็นหนึ่งในหลายจังหวัดของประเทศไทยที่พบผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียมาอย่างต่อเนื่อง ที่ผ่านมาได้ดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคตามแนวทางที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยดำเนินการทั้งมาตรการต่อคน เชื้อโรคและยุงพาหะ สำหรับการควบคุมยุงพาหะนำโรคไข้มาลาเรียนั้นแต่เดิมใช้สารเคมี DDT 75% ชนิดผงละลายน้ำพ่นตามบ้านเรือนมาเป็นเวลานานกว่า 40 ปี จนกระทั่งในปีพ.ศ. 2540 กรมควบคุมโรคติดต่อมีนโยบายนำสารเคมี deltamethrin มาใช้ในการควบคุมโรคไข้มาลาเรียทั่วประเทศ เพราะมีประสิทธิภาพในการฆ่าแมลง เกิดพิษต่อคนน้อยและราคาไม่แพง[6] จากรายงานสถานการณ์โรคไข้มาลาเรียในจังหวัดสุรินทร์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557–2567 พบผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย จำนวน 262 284 82 43 19 16 0 1 2 2 และ 0 ราย ตามลำดับ ซึ่งสถานการณ์พบผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากในปัจจุบันมีการใช้สาร deltamethrin 0.05% เป็นสารเคมีหลักในการกำจัดยุงก้นปล่อง เพื่อการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย[2] แต่สถานการณ์ดังกล่าวก็ยังไม่สามารถวางใจได้ เนื่องจากจังหวัดสุรินทร์มีพื้นที่ชายแดนติดต่อกับประเทศกัมพูชา มีลักษณะเป็นป่าเขา มีแอ่งน้ำ ลำห้วยลำธาร ซึ่งเป็นลักษณะภูมิประเทศที่เหมาะกับการเพาะพันธุ์ของยุงก้นปล่อง ประกอบกับในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ได้มีการสำรวจพบยุงก้นปล่องเป็นพาหะนำโรคไข้มาลาเรียหลายชนิด โดยเฉพาะ

ยุงก้นปล่องชนิด *Anopheles dirus*[2] หากมีผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียเดินทางเข้าไปในพื้นที่ที่มียุงก้นปล่อง ซึ่งเป็นพาหะนำโรค อาจทำให้เกิดการระบาดได้ ดังนั้นการเฝ้าระวังความต้านทานสารเคมีของยุงก้นปล่อง *Anopheles dirus* จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง อีกทั้งจากการสืบค้นข้อมูลพบว่า ยังไม่มีการศึกษาความไวต่อสารเคมีของยุงชนิดนี้ในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ จึงมีความจำเป็นต้องทำการศึกษา เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนควบคุมยุงพาหะอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความไวต่อสารเคมี deltamethrin 0.05% ของยุงก้นปล่อง *Anopheles dirus* ในพื้นที่อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงทดลอง (experimental study) โดยการนำยุงก้นปล่องชนิด *Anopheles dirus* ระยะตัวเต็มวัยที่จับได้จากพื้นที่อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 จำนวน 34 ตัว มาทำการทดสอบความไวต่อสารเคมี deltamethrin 0.05% ในห้องปฏิบัติการ มีขั้นตอน ดังนี้

1. การเตรียมยุงก้นปล่องชนิด *Anopheles dirus* สำหรับทำการทดสอบ

1.1 เลือกพื้นที่ที่เคยเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรคไข้มาลาเรีย และเคยมีการสำรวจพบยุงก้นปล่อง *Anopheles dirus* ในพื้นที่ ได้เป็นพื้นที่ ตำบลจรัส อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์

1.2 ลงพื้นที่จับยุงมาทำการทดสอบ เริ่มตั้งแต่เวลา 18.00–24.00 น. (ใช้ระยะเวลา 2 คืน) โดยการใช้หลอดแก้วครอบยุงตัวเต็มวัยที่เกาะตามที่พักอาศัยทั้งบริเวณด้านในและด้านนอก ได้ยุงก้นปล่องทั้งสิ้น จำนวน 65 ตัว

1.3 นำยุงก้นปล่องที่จับได้ทั้งหมด จำนวน 65 ตัวมาจำแนกชนิดได้ *Anopheles dirus* จำนวน 64 ตัว และ *Anopheles nivipes* จำนวน 1 ตัว ทั้งนี้เลือกเฉพาะ *Anopheles dirus* เท่านั้น มาทำการทดสอบความไวต่อสารเคมี

1.4 นำยุงก้นปล่องชนิด *Anopheles dirus* ทั้ง 64 ตัว ใส่ลงไปในกรงเก็บยุง และเลี้ยงให้อาหารด้วยน้ำหวาน 10% เป็นระยะเวลา 1 วัน ภายในกล่องมีการควบคุมอุณหภูมิที่เหมาะสม เพื่อให้ยุงที่จะทำการทดสอบมีความแข็งแรง

1.5 เมื่อครบกำหนด 1 วัน ทำการคัดเลือกยุงก้นปล่องชนิด *Anopheles dirus* ที่แข็งแรงได้จำนวน 34 ตัว จากนั้นนำไปทดสอบความไวต่อสารเคมีต่อไป

2. การทดสอบความไวต่อสารเคมี deltamethrin 0.05% (WHO susceptibility test)

2.1 เตรียมกระบอกทดสอบ holding tube จำนวน 5 กระบอก แบ่งเป็นกระบอกควบคุม 1 กระบอก และกระบอกทดสอบ 4 กระบอก (ทดสอบ 4 ซ้ำ) โดยทุกกระบอกบุด้านในด้วยกระดาษสีขาวยึดด้วยคลิป (silver clip) ให้แนบสนิทกับผนังกระบอก ปิดฝาเกลียวตาข่ายด้านหนึ่งให้มิดชิด ส่วนอีกด้านต่อเข้ากับแผ่นเปิด-ปิดยุง แล้วปิดให้แน่น และติดฉลากระบุรายละเอียดแต่ละกระบอกให้เรียบร้อย

2.2 นำยุงจากกรงเก็บยุง ปล่อยเข้ากระบอกทดสอบ holding tube ทั้ง 5 กระบอก โดยใส่ในกระบอกควบคุม 1 กระบอก จำนวน 2 ตัว และกระบอกทดสอบ 4 กระบอก กระบอกละ 8 ตัว (รวม 32 ตัว) แล้ววางตั้งในที่แสงไฟสลัว 60 นาที เพื่อให้ปรับตัวเข้ากับสภาพภายนอก

2.3 เตรียมกระบอกทดสอบ exposure tube จำนวน 4 กระบอก (ทดสอบ 4 ซ้ำ) โดยทุกกระบอกบุด้านในด้วยกระดาษชุบสารเคมี deltamathrin 0.05% ยึดด้วยคลิป (copper clip) ให้แนบสนิทกับผนังกระบอก ปิดฝาเกลียวตาข่ายด้านหนึ่งให้มิดชิด และเตรียมกระบอกควบคุม control tube จำนวน 1 กระบอก โดยบุด้านในกระบอกด้วยกระดาษ PY-control ยึดด้วยคลิป (copper clip) ให้แนบสนิทกับผนังกระบอก ปิดฝาเกลียวตาข่ายด้านหนึ่งให้มิดชิด

2.4 เมื่อกระบอกทดสอบ holding tube ที่

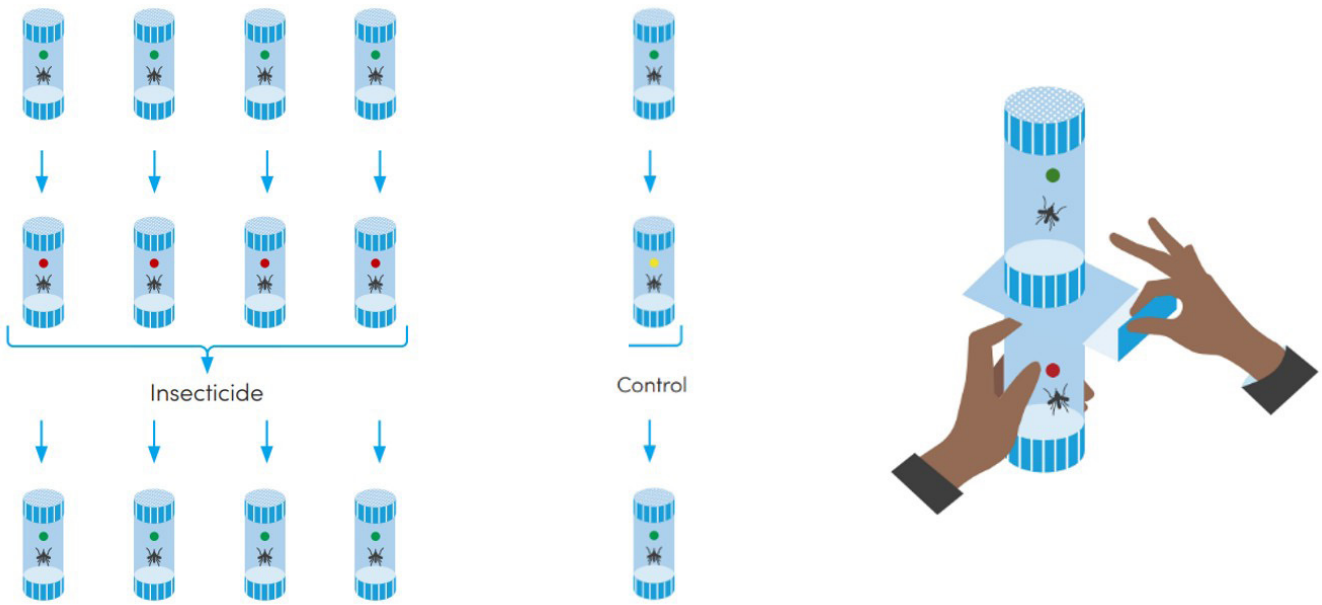
วางตั้งในที่แสงไฟสลัวครบ 60 นาที ให้นำกระบอกทดสอบ exposure tube จำนวน 4 กระบอก และกระบอกควบคุม control tube จำนวน 1 กระบอก ต่อเข้ากับกระบอกทดสอบ holding tube ให้ครบจำนวน 5 กระบอก และหมุนเกลียวให้แน่น

2.5 ทำการปล่อยยุงเข้าทดสอบทีละกระบอก โดยเลื่อนแผ่นเปิด-ปิดยุงให้อยู่ตำแหน่งเปิด เป่าลมเข้ากระบอกทดสอบ holding tube บริเวณฝาเกลียวตาข่ายเบาๆ เพื่อให้ยุงทุกตัวเคลื่อนไปอยู่ที่กระบอกควบคุม control tube และกระบอกทดสอบ exposure tube จากนั้นเลื่อนแผ่นเปิด-ปิดยุงให้อยู่ตำแหน่งปิด ถอดกระบอกทดสอบ holding tube ออกให้หมด แล้ววางกระบอกควบคุม control tube และกระบอกทดสอบ exposure tube ตั้งขึ้น

2.6 เริ่มจับเวลาทดสอบ และจดบันทึกจำนวนยุงสลบ ณ นาทีที่ 10 20 30 40 50 และ 60

2.7 เมื่อครบเวลา 60 นาที นำกระบอกทดสอบ holding tube มาต่อเข้ากับกระบอกควบคุม control tube และกระบอกทดสอบ exposure tube ตามเดิม เลื่อนแผ่นเปิด-ปิดยุงให้อยู่ตำแหน่งเปิดแล้วเป่าลมบริเวณฝาเกลียวตาข่ายเบา ๆ เพื่อให้ยุงทุกตัวเคลื่อนไปอยู่ที่กระบอกทดสอบ holding tube เลื่อนแผ่นเปิด-ปิดยุงให้อยู่ตำแหน่งปิด จากนั้นถอดกระบอกควบคุม control tube และกระบอกทดสอบ exposure tube ออกให้หมด

ภาพที่ 1 กระบอกทดสอบ exposure tube (ซ้าย) และกระบอกทดสอบ holding tube (ขวา)[8]



ภาพที่ 2 กระบวนการทดสอบความไวต่อสารเคมีของยุงตัวเต็มวัย[8]

2.8 นำยุงในกระบอกทดสอบ holding tube ทั้ง 5 กระบอก มาเลี้ยงต่ออีก 24 ชั่วโมง โดยใช้สำลีชุบน้ำหวาน 10% วางบนฝาเกลียวตาข่าย ควบคุมอุณหภูมิ 25±2 องศาเซลเซียส และความชื้น 70±10%

2.9 เมื่อครบเวลา 24 ชั่วโมง นับจำนวนยุงตายและรอดชีวิตในแต่ละกระบอก

3. การวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล

3.1 คำนวณช่วงเวลาที่ทำให้ยุงทดสอบสลบร้อยละ 50.00 (knockdown time 50 หรือ KT_{50}) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ probit analysis

3.2 คำนวณอัตราตายของยุงทดสอบที่ 24 ชั่วโมง

อัตราตาย (%) = (จำนวนยุงทดสอบตาย/จำนวนยุงทดสอบทั้งหมด) x 100

เกณฑ์การแปลผลขององค์การอนามัยโลก (WHO) ค.ศ. 2022[8] คือ

- อัตราตาย ≥ ร้อยละ 98 : ยุงมีความไวต่อสารเคมี (susceptibility)
- อัตราตายร้อยละ 90–97 : ยุงอาจจะต้านทานต่อสารเคมี (possible resistance)
- อัตราตาย < ร้อยละ 90 : ยุงมีความต้านทานต่อสารเคมี (confirmed resistance)

หมายเหตุ: ถ้ายุงในกระบอกควบคุมตายร้อยละ 5–20 ให้ปรับค่าเป็นอัตราตายจริงโดยใช้ Abbott's formula และถ้าพบว่ายุงในกระบอกควบคุมตายมากกว่า ร้อยละ 20 ถือว่าการทดสอบล้มเหลวต้องทำการทดสอบใหม่

ผลการวิจัย

จากการนำยุงก้นปล่องชนิด *Anopheles dirus* ที่แข็งแรง จำนวน 34 ตัว มาทำการทดสอบความไวต่อสารเคมี deltamethrin 0.05% โดยจำแนกเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 2 ตัว และกลุ่มทดลอง จำนวน 32 ตัว พบว่า กลุ่มทดลองมียุงที่สลบสะสม (knocked down) ตามช่วงเวลาต่างๆ ดังนี้ นาทีที่ 10 ไม่พบยุงที่สลบ (ร้อยละ 0.00) นาทีที่ 20 พบจำนวน 5 ตัว (ร้อยละ 15.63) นาทีที่ 30 พบจำนวน 31 ตัว (ร้อยละ 96.88) นาทีที่ 40 50 และ 60 พบจำนวน 32 ตัวเท่ากัน (ร้อยละ 100.00) และอัตรายุงสลบภายหลังสัมผัสสารเคมีครบ 60 นาที คิดเป็นร้อยละ 100.00 ส่วนยุงในกลุ่มควบคุมไม่มีการสลบตลอดช่วงเวลาที่ทดสอบ และเมื่อคำนวณเวลาที่ทำให้ยุงสลบ ร้อยละ 50.00 (KT_{50}) เท่ากับ 23.06 นาที รายละเอียดตารางที่ 1

เมื่อนำยุงก้นปล่องชนิด *Anopheles dirus* ในกลุ่มควบคุม จำนวน 2 ตัว และกลุ่มทดลองที่สลบ จำนวน 32 ตัว ไปเลี้ยงต่อ 24 ชั่วโมง พบว่า ยุงทดลองจำนวน 32 ตัว ตายทั้งหมด อัตราตาย ร้อยละ 100.00 ในขณะที่ยุงควบคุมรอดชีวิตทั้งหมด จึงไม่มีการปรับค่าอัตราตายจริงด้วย Abbott's formula และเมื่อนำผลการทดสอบไปแปลผล แสดงให้เห็นว่ายุงก้นปล่องชนิด Anopheles dirus มีความไวต่อสารเคมี deltamethrin 0.05% รายละเอียดดังตารางที่ 2

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาความไวของยุงก้นปล่องชนิด *Anopheles dirus* ต่อสารเคมี deltamethrin 0.05% ในพื้นที่อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ ไม่มีการปรับค่าอัตราตายจริงด้วย Abbott's formula ตามข้อกำหนดขององค์การอนามัยโลก เนื่องจากยุงในกลุ่มควบคุมรอดชีวิตทุกตัว คิดเป็นร้อยละ 100.00 (องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้ใช้ Abbott's formula ก็ต่อเมื่อยุงในกระบอกควบคุมตายในอัตราร้อยละ 5–20 เพื่อให้ผลการทดสอบมีความแม่นยำยิ่งขึ้น)[8] จากผลการศึกษาพบว่า ยุงก้นปล่องชนิด *Anopheles dirus* เริ่มสลบหลังสัมผัสสารเคมีในเวลา 20 นาที ร้อยละ 15.63 และหลังสัมผัสสารเคมีในเวลา 40 นาที ยุงสลบร้อยละ 100.00 ซึ่งการที่อัตรายุงสลบในนาทีที่ 20 น้อยกว่านาทีที่ 40 นั้น เนื่องจากในช่วงแรกสารเคมียังไม่สามารถซึมผ่านเข้าสู่เนื้อเยื่อสำคัญของยุงได้มากพอ แต่เมื่อเวลาผ่านไปนานขึ้น สารเคมีจะซึมผ่านและเกิดการสะสมในตัวยุงมากขึ้น ทำให้ระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เกิดความเสียหายและมีโอกาสตายมากขึ้น[9,10,11]

ตารางที่ 1 อัตราการสลบของยุงก้นปล่อง *Anopheles dirus* หลังสัมผัสสารเคมี deltamethrin 0.05% ระยะเวลา 60 นาที

กลุ่มที่ศึกษา	จำนวนซ้ำ	จำนวนยุงทดสอบ	จำนวนยุงที่สลบสะสม (knocked down)						KT_{50} (95%CI)
			10 นาที	20 นาที	30 นาที	40 นาที	50 นาที	60 นาที	
กลุ่มควบคุม (ร้อยละ)	1	2	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0.00
กลุ่มทดลอง (ร้อยละ)	1	8	0	1	8	8	8	8	23.06 (21.63, 24.80)
	2	8	0	1	8	8	8	8	
	3	8	0	1	8	8	8	8	
	4	8	0	2	7	8	8	8	
	รวม	32	0 (0.00)	5 (15.63)	31 (96.88)	32 (100.00)	32 (100.00)	32 (100.00)	

ตารางที่ 2 อัตราตายของยุงก้นปล่องชนิด *Anopheles dirus* หลังนำไปเลี้ยงต่ออีก 24 ชั่วโมง

กลุ่มที่ศึกษา	จำนวนซ้ำ	จำนวนยุงทดสอบ	ที่ 24 ชม. หลังสัมผัสสารเคมี			การแปลผล
			จำนวนตาย	อัตราตาย (%)	Abbott's formula (%)	
กลุ่มควบคุม	1	2	0	0	-	-
กลุ่มทดลอง	4	32	32	100.00	-	มีความไวต่อสารเคมี

โดยเวลาที่ทำให้ยุงสลบ ร้อยละ 50.00 (KT_{50}) ของการทดสอบนี้คือ 23.06 นาที และเมื่อนำยุงก้นปล่องชนิด *Anopheles dirus* ที่สลบไปเลี้ยงต่ออีก 24 ชั่วโมง พบว่า อัตราตายอยู่ที่ร้อยละ 100.00 จากการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ายุงก้นปล่องชนิด *Anopheles dirus* ในพื้นที่อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ มีความไวต่อสารเคมี deltamethrin 0.05% อาจเนื่องจากพื้นที่ที่ใช้ในการจับยุงมีลักษณะเป็นป่าเขา ไม่มีการพ่นสารเคมีแบบฤทธิ์ตกค้างที่พักอาศัยเป็นเวลาหลายปี และอยู่ห่างไกลจากพื้นที่สวนยางพาราราว 15 กิโลเมตร ทำให้ยุงไม่ค่อยได้สัมผัสสารเคมี หรือสัมผัสสารเคมีในกลุ่มออร์แกโนฟอสเฟต กลุ่มคาร์บาเมต และอื่นๆ[12] ที่ไม่ใช่สารในกลุ่มไพรีทรอยด์ ทำให้ไม่ถูกกระตุ้นให้สร้างความต้านทานต่อสารเคมี ซึ่งการใช้สารเคมีกำจัดแมลงเป็นระยะเวลานานและใช้หลากหลายชนิด รวมทั้งการใช้สารเคมีไม่ถูกต้อง การใช้ในอัตราเข้มข้นไม่เหมาะสม ล้วนเป็นสาเหตุสำคัญที่ช่วยกระตุ้นให้ยุงสร้างความต้านทานต่อสารเคมี โดยมีกลไกสร้างความต้านทาน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของตัวยุงหรือผิวหนังภายนอก เช่น ผนังผิวหนังที่หนาขึ้น ปริมาณไขมันในผิวหนังมากขึ้น ทำให้สารเคมีซึมผ่านได้ยากและมีชั้นกักเก็บไขมันได้มากขึ้น[13,14] การเพิ่มหรือเปลี่ยนแปลงเอนไซม์ cytochrome P450

monooxygenases, carboxylesterases, glutathione S-transferases ในยุง เพื่อย่อยสลายหรือเปลี่ยนสารเคมีให้มีฤทธิ์ลดลงและการกลายพันธุ์หรือเปลี่ยนแปลงในยีนที่เกี่ยวข้อง ทำให้สารเคมีจับกับยีนเป้าหมายได้ยากขึ้น[15,16]

จากผลการศึกษา พบว่า ยุงก้นปล่องชนิด *Anopheles dirus* ในพื้นที่อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ มีความไวต่อสารเคมี deltamethrin 0.05% สอดคล้องกับการศึกษาในหลายพื้นที่ อาทิเช่น การศึกษาของ Anchana Sumarnrote และคณะ พบว่า ยุงก้นปล่องชนิด *Anopheles dirus* ในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี มีความไวต่อสารเคมี deltamethrin 0.05% โดยมีอัตราตาย ร้อยละ 100.00[17] การศึกษาของ Dechen Pemo และคณะ พบว่า ยุงรุ่น F1 ของยุงก้นปล่องชนิด *Anopheles dirus* ในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี มีความไวต่อสารเคมี deltamethrin 0.05% โดยมีอัตราตาย ร้อยละ 100.00[9] การศึกษาของ Suntorn Pimnon และ Adisak Bhumiratana พบว่า ยุงก้นปล่องชนิด *Anopheles dirus* ในพื้นที่ป่าสวนยางพารา อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด มีความไวต่อสารเคมี deltamethrin 0.05% โดยมีอัตราตาย ร้อยละ 100.00[18] การศึกษาของ วนิดา เลิศวิจิตรธนา พบว่า ยุงก้นปล่องชนิด *Anopheles* (*Cellia*) *dirus* เมื่อสัมผัสสารเคมี deltamethrin 0.01% เป็นเวลา 60 นาที ยุงเพศผู้จากสายพันธุ์จังหวัดอุดรธานี และจังหวัดนครศรีธรรมราช มีอัตราตาย ร้อยละ 100.00 และ 86.40 ตามลำดับ ส่วนยุงเพศเมียจากสายพันธุ์จังหวัดอุดรธานี และจังหวัดนครศรีธรรมราช มีอัตราตาย ร้อยละ 92.00 และ 79.20 ตามลำดับ[19] นอกจากนี้ การศึกษาในประเทศเพื่อนบ้าน เช่น เมือง Kayin ประเทศเมียนมาร์ พบยุงก้นปล่องชนิด *Anopheles dirus* มีความไวต่อสารเคมี Deltamethrin 0.05% โดยมีอัตราตาย ร้อยละ 100.00 แสดงให้เห็นว่า สารเคมี deltamethrin 0.05% มีประสิทธิภาพสูงในการควบคุมยุงก้นปล่องในหลายพื้นที่[20] ในขณะเดียวกันก็พบการรายงาน ว่ายุงก้นปล่องหลายชนิดเริ่มมีความต้านทานต่อสารเคมี deltamethrin 0.05% เช่น การศึกษาของ Daibin Zhong และคณะ พบว่า ยุงก้นปล่องจากเมือง Banmauk ประเทศเมียนมาร์ *Anopheles barbirostris, Anopheles hyrcanus, Anopheles vagus* มีความต้านทานต่อสารเคมี deltamethrin 0.05% ได้เช่นกัน[21] การศึกษาของ Sebastien Marcombe และคณะ พบว่า ในประเทศลาว ยุงก้นปล่องชนิด *Anopheles vagus* มีความต้านทานต่อสารเคมี deltamethrin 0.05% ในขณะที่ยุงก้นปล่องชนิดอื่นยังมีความไวต่อสารเคมี[10] การศึกษาของ Victor Chaumeau และคณะ ที่ศึกษาความต้านทานสารเคมีของยุงพาหะนำโรคไข้มาลาเรียบริเวณชายแดนไทย-พม่า พบว่า ยุงก้นปล่องชนิด *Anopheles vagus*, *Anopheles hyrcanus Anopheles jamesii*, *Anopheles barbirostris* และ *Anopheles maculatus* มีความต้านทานต่อ deltamethrin 0.05% ส่วนยุงก้นปล่องชนิด *Anopheles minimus* มีความไวต่อ deltamethrin 0.05% ลดลง[22] ดังนั้นจึงควรมีการเฝ้าระวังความไวต่อสารเคมีของยุงก้นปล่องอย่างต่อเนื่อง

การศึกษาครั้งนี้มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งส่งผลต่อจำนวนยุงก้นปล่องชนิด *Anopheles dirus* ที่ใช้ในการทดสอบความไวต่อสารเคมีหลายประการ ได้แก่ 1) ฤดูกาล การจับยุงในเดือนพฤศจิกายน เป็นช่วงฤดูหนาวทำให้ยุงมีปริมาณน้อย ซึ่งโดยทั่วไปยุงก้นปล่องชนิด *Anopheles dirus* จะชุกชุมในช่วงฤดูฝน เนื่องจากมีน้ำขัง สภาพแวดล้อมเหมาะต่อการวางไข่และขยายพันธุ์[23,24,25] 2) ช่วงเวลาในการจับยุง ตั้งแต่เวลา 18.00–24.00 น. (รวม 6 ชั่วโมง) ยังไม่ครอบคลุมช่วงเวลาออกหากินของยุงก้นปล่องชนิด *Anopheles dirus* ซึ่งส่วนใหญ่จะออกหากินช่วงหัวค่ำถึงเวลา 05.00 น.[26] และ 3) สถานที่ในการทดสอบ เนื่องจากในพื้นที่ภาคสนามมีการควบคุมอุณหภูมิและความชื้นได้ไม่เหมาะสมเท่าที่ควร จึงต้องมีการขนย้ายยุงมาทำการทดสอบที่ห้องปฏิบัติการ ทำให้ยุงบางตัวอ่อนแอหรือเกิดการบาดเจ็บได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

1. สารเคมี deltamethrin 0.05% ยังมีประสิทธิภาพสูงในการกำจัดยุงก้นปล่องชนิด *Anopheles dirus* จึงสามารถนำมาใช้ป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ได้

2. ควรมีการเฝ้าระวังความไวต่อสารเคมีของยุงก้นปล่องอย่างต่อเนื่อง เพื่อจะได้ตรวจจับความต้านทานต่อสารเคมีอย่างรวดเร็ว

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. เปลี่ยนช่วงเวลาในการจับยุงเป็นช่วงฤดูฝน ระหว่างเดือนพฤษภาคม-ตุลาคม และใช้เวลาในการจับยุงนานขึ้นหรือตลอดคืน เพื่อให้ได้ยุงมาทดสอบในปริมาณมาก

2. เพิ่มพื้นที่ศึกษาความไวต่อสารเคมีให้มากขึ้น เพื่อเป็นการเฝ้าระวังอย่างครอบคลุม

3. ศึกษาความไวในพื้นที่ภาคสนาม เพื่อลดความเสียหายของยุงและจะได้สะท้อนประสิทธิภาพของสารเคมีในสภาพจริง

4. ควรศึกษาความไวต่อสารเคมีชนิดอื่นหรือสารเคมีที่มีสารเสริมฤทธิ์ เพื่อหลีกเลี่ยงการใช้ซ้ำซากซึ่งจะทำให้เกิดการต้านทานต่อสารเคมีได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ กองกำกับการตำรวจตระเวนชายแดนที่ 21 จังหวัดสุรินทร์ และฐานปฏิบัติการเนิน 429 ที่ดูแลความปลอดภัยในขณะเข้าพื้นที่จับยุงก้นปล่อง ขอขอบคุณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจรัส อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ ที่ช่วยประสานงานและให้ความอนุเคราะห์ที่พัก และอุปกรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World malaria report 2024 [internet]. 2024 [cited 2025 February 14]. Available from: https://www.who.int/teams/global-malaria-programme/reports/world-malaria-report-2024
2. กรมควบคุมโรค. โครงการกำจัดโรคมาลาเรียประเทศไทย [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ตุลาคม 20]. เข้าถึงได้จาก: https://malaria.ddc.moph.go.th/malariar10/home.php
3. The Roll Back Malaria Partnership. The global malaria action plan for a malaria-free world [internet]. 2008 [cited 2024 October 20]. Available from: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/Gmapfull.pdf
4. Trung HD, Bortel WV, Sochantha T, Keokenchanh K, Briët OJ, Coosemans M. Behavioural heterogeneity of *Anopheles* species in ecologically different localities in Southeast Asia: a challenge for vector control. Trop Med Int Health 2005;10(3):251–62.
5. Sinka ME, Bangs MJ, Manguin S, Chareonviriyaphap T, Patil AP, Temperley WH, et al. The dominant *Anopheles* vectors of human malaria in the Asia-Pacific region: occurrence data, distribution maps and bionomic précis. Parasit & Vectors 2011;4:89.
6. กองมาลาเรีย กรมควบคุมโรคติดต่อ. คู่มือการใช้เดลตามิทรินในการควบคุมมาลาเรีย [อินเตอร์เน็ต]. 2540 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ตุลาคม 30]. เข้าถึงได้จาก: https://e-lib.ddc.moph.go.th/pdf/Metamitrin/Metamitrin.pdf
7. World Health Organization. Global plan for insecticide resistance management in malaria vectors [internet]. 2012 [cited 2024 October 20]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/78095/W
8. World Health Organization. Standard

operating procedure for testing insecticide susceptibility of adult mosquitoes in WHO tube tests [internet]. 2022 [cited 2024 November 3]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352316/9789240043831-eng.pdf

9. Pemo D, Komalamisra N, Sungvornyothin S, Attrapadung S. Efficacy of three insecticides against *Anopheles dirus* and *Anopheles minimus*, the major malaria vectors, in Kanchanaburi province, Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health 2012;43(6): 1339–45.
10. Marcombe S, Bobichon J, Somphong B, Phommavan N, Maithaviphet S, Nambanya S, et al. Insecticide resistance status of malaria vectors in Lao PDR. PLoS ONE 2017;12(4):1–13.
11. Saeung M, Ngoen-Klan R, Yan C, Kerdsawang J, Nararak J, Manguin S, et al. Effects of mosquito age and batch size on knockdown and mortality of laboratory-reared *Anopheles dirus*, *Anopheles minimus*, and wild-caught *Anopheles harrisoni* (Diptera: Culicidae) exposed to transfluthrin using WHO tube and CDC bottle bioassay. Journal of Medical Entomology 2024; 61(2):427–41.
12. องค์การกองทุนสัตว์ป่าโลกสากล สำนักงานประเทศไทย. คู่มือการจัดการสวนยางพาราอย่างยั่งยืนสำหรับเกษตรกรรายย่อย เพื่อมุ่งสู่มาตรฐานการจัดการป่าไม้อย่างยั่งยืน (FSCTM) [อินเตอร์เน็ต].2564 [เข้าถึงเมื่อ 2568 พฤษภาคม 8]. เข้าถึงได้จาก: https://wwfasia.awsassets.panda.org/downloads/1__e_book__wwf_sr4sh_edit_20211116_nk_ss_1.pdf
13. Hemingway J, Hawkes NJ, McCarroll L, Ranson H. The molecular basis of insecticide resistance in mosquitoes. Insect Biochem Mol Biol 2004;34(7): 653–65.
14. Balabanidou V, Kampouraki A, MacLean M, Blomquist GJ, Tittiger C, Juárez MP, et al. Cytochrome P450 associated with resistance to pyrethroids metabolizes cuticular hydrocarbons in *Anopheles gambiae*. PNAS 2016;113(33):9268–73.
15. Vontas J, Kioulos E, Pavlidi N, Morou E, della Torre A, Ranson H. Insecticide resistance in the major dengue vectors *Aedes albopictus* and *Aedes aegypti*. Pesticide Biochemistry and Physiology 2012;104(2):126–31.
16. Li X, Schuler MA, Berenbaum MR. Molecular mechanisms of metabolic resistance to synthetic and natural xenobiotics. Annu Rev Entomol 2007; 52(1):231–53.
17. Sumarnrote A, Overgaard HJ, Marasri N, Fustec B, Thanispong K, Chareonviriyaphap T, et al. Status of insecticide resistance in Anopheles mosqui toes in Ubon Ratchathani province, Northeastern Thailand. Malaria Journal 2017;16(1):1–13.
18. Pimnon S, Bhumiratana A. Adaptation of *Anopheles* vectors to anthropogenic malaria-associated rubber plantations and indoor residual spraying: establishing population dynamics and insecticide susceptibility. Can J Infect

Dis Med Microbiol 2018:9853409.
19. วนิดา เลิศวิจิตรธนา, ชูศักดิ์ ประสิทธิสุข. ความไวและความต้านทานของยุงก้นปล่อง *Anopheles* (*Cellia*) *dirus* สามสายพันธุ์จากท้องถิ่น ต่อดีดีทีและสารฆ่าแมลงบางชนิด [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2529.
20. Mya MM, Thaung S, Than Kyi NT, Hsan Oo KA, Oo NN. Distribution, survivability and susceptibility status of *Anopheles* mosquitoes in Kamamaung Township, Kayin State in Myanmar. MEJAST 2024; 7(1):146–62.
21 .Zhong D, Aung PL, Mya MM, Wang X, Qin Q, Soe MT, et al. Community structure and insecticide resistance of malaria vectors in northern-central Myanmar. Parasit Vectors 2022;15(1): 155.
22. Chaumeau V, Cerqueira D, Zadrozny J, Kittiphanakun P, Andolina C, Chareonviriyaphap T, et al. Insecticide resistance in malaria vectors along the Thailand-Myanmar border. Parasit & Vectors 2017;10:165.
23. Sumruayphol S, Chaiphongpachara T, Samung Y, Ruangsittichai J, Cui L, Zhong D, et al. Seasonal dynamics and molecular differentiation of three natural Anopheles species (Diptera: Culicidae) of the Maculatus group (Neocellia series) in malaria hotspot villages of Thailand. Parasites & Vectors 2020;13:574.
24. Saeung A. Anopheles (Diptera: Culicidae) species complex in Thailand: identification, distribution, bionomics and malaria-vector importance. International Journal of Parasitology Research. 2012; 4(1):75–82.
25. Marasri N, Overgaard HJ, Sumarnrote A, Thanispong K, Corbel V, Chareonviriyaphap T. Abundance and distribution of Anopheles mosquitoes in a malaria endemic area along the Thai-Lao border. Journal of Vector Ecology 2017;42(2):325–34.
26. Yanmanee S, Seethamchai S, Kuamsab N, Karaphan S, Suwonkerd W, Jongwutiwes S, et al. Natural vectors of *Plasmodium knowlesi* and other primate, avian and ungulate malaria parasites in Narathiwat Province, Southern Thailand. Sci Rep 2023;13: 8875.

กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

ISSN 2985-1823 (Online)

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

Homepage: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9
ปีที่ 31 ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม 2568) หน้า [77-90]

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา

Factors Related to Household Waste Management Behavior in Dan Khun Thot District, Nakhon Ratchasima Province

นพเก้า บัวงาม, พัชรี ศรีกุตา*, สิริสุดา ฐานะปัตโต, นฤพร พร่องครบุรี
Noppakao Buangam, Phatcharee Srikuta*, Sirisuda Thanapatto, Narueporn Prongkhonburi
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University
*Corresponding author: phatcharee.s@nrru.ac.th
(Received: June 4, 2024 / Revised: Nov 18, 2024 / Accepted: Nov 27, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือน อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างคือ ครัวเรือนที่มีทะเบียนบ้านอยู่ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแปรง อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเป็นระบบตามสัดส่วนของครัวเรือน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 339 ครัวเรือน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์ใช้ multiple logistic regression ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านการจัดการขยะมูลฝอย อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.2 มีส่วนร่วมด้านการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.1, SD = 0.6) และมีพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับไม่เหมาะสม ร้อยละ 51.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน ได้แก่ อายุ (AOR = 3.19, 95%CI: 1.65–6.18) จำนวนสมาชิกในครอบครัว 1–3 คน (AOR = 1.82, 95%CI: 1.10–3.01) ครัวเรือนที่มีขยะรีไซเคิล (AOR = 3.09, 95%CI: 1.70-5.60) ความรอบรู้ด้านการจัดการขยะมูลฝอย (AOR = 3.92, 95%CI: 1.79–8.53) ทักษะการจัดการตนเอง (AOR = 6.04, 95%CI: 2.83–12.88) และการมีส่วนร่วมด้านการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน (AOR = 2.99, 95%CI: 1.57–5.69) ดังนั้น ควรจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านการจัดการขยะมูลฝอยและการมีส่วนร่วมในชุมชน เพื่อเป็นการสร้างเสริมทักษะและพัฒนาศักยภาพให้เกิดพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านการจัดการขยะ, การมีส่วนร่วมการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน, พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย

Abstract

The study was a cross-sectional analytical study. The objective was to investigate factors associated with household waste management behavior in Dan Khun Thot District, Nakhon Ratchasima Province. The sample consisted of 339 households located in the Ban Prang Subdistrict Administrative Organization in Dan Khun Thot District, Nakhon Ratchasima Province. The households were selected using systematic random sampling with proportionate allocation. Data were collected using questionnaires. Descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and analytic statistics using multiple logistic regression were used to analyze the data. The results found that 57.2% of the sample had a moderate level of waste management literacy and also showed a moderate level of community waste management participation ($\bar{x}$ = 2.13, SD = 0.59). Additionally, 51.3% were found to have inappropriate waste management behavior. Factors significantly associated with waste management behavior included age (AOR = 3.19, 95%CI: 1.65–6.18), family members, 1–3 persons (AOR = 1.82, 95%CI: 1.10–3.01), household producing recyclable waste (AOR = 3.09, 95%CI: 1.70–5.60), waste management literacy (AOR = 3.92, 95%CI: 1.79–8.53), self-management skill (AOR = 6.04, 95%CI: 2.83–12.88), and community waste management participation (AOR = 2.99, 95%CI: 1.57–5.69). Therefore, activities should be organized to promote waste management literacy and participation in the community to strengthen skills and develop the potential for appropriate waste management behaviors.

Keywords: Waste Management Literacy, Community Waste Management Participation, Waste Management Behavior

บทนำ

สถานการณ์ขยะมูลฝอยประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 มีปริมาณขยะทั้งหมด 25.70 ล้านตัน โดยพบว่าปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกนำไปกำจัดอย่างไม่ถูกต้อง และขยะมูลฝอยตกค้าง มีปริมาณรวมกันถึง 17.01 ล้านตัน คิดเป็นร้อยละ 66.15 ของปริมาณขยะทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2566 มีปริมาณขยะทั้งหมด 26.95 ล้านตัน ซึ่งพบว่าปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกนำไปกำจัดอย่างไม่ถูกต้อง จำนวน 7.47 ล้านตัน และขยะมูลฝอยตกค้าง จำนวน 27.62 ล้านตัน เมื่อเทียบกันแล้วจะเห็นว่าปริมาณขยะมูลฝอยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี[1] ในปีพ.ศ. 2566 จังหวัดนครราชสีมา มีปริมาณขยะ 0.94 ล้านตัน ส่วนใหญ่เป็นขยะมูลฝอยที่ถูกกำจัดอย่างไม่ถูกต้อง และขยะมูลฝอยตกค้าง มีปริมาณรวมกันถึง 0.87 ล้านตัน เมื่อพิจารณาลักษณะของขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นพบว่า มีขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น 2,588 ตัน/วัน ขยะมูลฝอยที่ถูกกำจัดไม่ถูกต้อง 857 ตัน/วัน และขยะมูลฝอยตกค้าง 558,240 ตัน[1]

อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา เป็นอำเภอหนึ่งที่ประสบปัญหาการจัดการขยะมูลฝอย พบว่า มีปริมาณขยะ 7,380 ตัน/ปี เป็นขยะมูลฝอยตกค้าง 1,800 ตัน/ปี[1] และจากการสัมภาษณ์ประชาชนที่เป็นตัวแทนครัวเรือนในพื้นที่ตำบลบ้านแปรง อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา พบว่ามีปริมาณขยะเกิดขึ้นต่อครัวเรือนต่ำสุด 900 กรัม/วัน และมีปริมาณสูงสุดต่อครัวเรือน 5 กิโลกรัม/วัน ผู้วิจัยจึงใช้การคำนวณหาอัตราการเกิดขยะมูลฝอยเพื่อคาดการณ์ปริมาณขยะมูลฝอยรวมรายปี 2567 ได้ประมาณ 2,000 ตัน/ปี (ค่าเฉลี่ยนี้ หมายถึง 1 ครัวเรือนผลิตขยะประมาณ 2.95 กิโลกรัม/วัน ด้วยปริมาณขยะที่ต้องกำจัดสูงถึง 2,000 ตัน/ปี[2] องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแปรง อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา (อบต.บ้านแปรง) เป็นหน่วยงานราชการ ที่มีบทบาทสำคัญในการจัดการขยะตั้งแต่ต้นทางจนถึงปลายทาง ทั้งการเก็บ ขน กำจัด ให้ความรู้ และควบคุมมลพิษ เพื่อให้ชุมชนสะอาด น่าอยู่และลดผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน แต่เนื่องจากปริมาณขยะที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถจัดการขยะได้ตามหลักวิชาการได้เท่าที่ควร ส่งผลให้ขยะบางส่วนถูกกำจัดอย่างไม่ถูกต้อง เช่น การเทกอง การเผา เนื่องมาจากพื้นที่ยังไม่ได้กำหนดจุดรวมขยะอันตรายและการเก็บรวบรวมขยะมูลฝอยที่ชัดเจน และประชาชนไม่มีการคัดแยกขยะก่อนทิ้ง ส่งผลให้เกิดปัญหาขยะตกค้างและผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมเร็วขึ้น เกิดปัญหาเหตุรำคาญ รวมถึงปัญหาสุขภาพอื่นๆ แก่ประชาชน เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ และโรคภูมิแพ้[3] จากการศึกษาองค์ประกอบขยะมูลฝอย ณ สถานที่กำจัดขยะมูลฝอย พบว่า ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ขยะอาหารและขยะพลาสติกมีปริมาณมากขึ้น และเป็นสัดส่วนหลักของปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกนำไปกำจัด แต่พบว่าระบบการคัดแยกขยะมูลฝอยนั้นยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ซึ่งเป็นปัญหาต่อระบบกำจัดขยะมูลฝอย ส่งผลให้สถานที่กำจัดขยะมูลฝอยหลายแห่งเต็มเร็วกว่ากำหนดหรือเกินศักยภาพที่จะรองรับ[4] จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนที่สำคัญ คือ ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ ดังนั้นหากสามารถค้นหาปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนของประชาชนที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลได้ จะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้อย่างยั่งยืน ปัจจุบันมีการนำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล (access skill) 2) ความรู้ความเข้าใจ (cognitive skill) 3) ทักษะการสื่อสาร(communication skill) 4) ทักษะการจัดการตนเอง (self-management skill) 5) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ (media literature) มาเป็นแนวทางในการสร้างความเข้าใจให้กับประชาชนเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งในระดับบุคคลไปถึงระดับชุมชน นำไปสู่การตัดสินใจในการสร้างเสริมสุขภาพและสร้าง

สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพดี[5]

ผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดวิธีการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนในชุมชน การบริหารจัดการขยะมูลฝอย ตลอดจนสร้างการมีส่วนร่วมด้านการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านการจัดการขยะมูลฝอย การมีส่วนร่วมด้านการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน ของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแปรง อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ด้านการจัดการขยะมูลฝอย การมีส่วนร่วมด้านการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแปรง อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม–กรกฎาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ครัวเรือนที่มีทะเบียนบ้านอยู่ในตำบลแปรง อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 12 หมู่บ้าน มีทั้งสิ้น 1,855 ครัวเรือน[6] ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง[7] ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 339 ครัวเรือน สุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (systematic random sampling) ตามสัดส่วนของครัวเรือน เพื่อให้ทุกครัวเรือนมีโอกาสได้รับการสุ่มตัวอย่างอย่างเท่าเทียมกัน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ที่ทำหน้าที่จัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน ได้แก่ หัวหน้าครัวเรือน แม่บ้าน หรือผู้สูงอายุ

2. สามารถสื่อสาร ฟัง พูดและเข้าใจภาษาไทย

3. มีความสมัครใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก

1. ย้ายที่อยู่อาศัยไปอยู่ต่างพื้นที่ หรือไม่อยู่อาศัยในพื้นที่

2. ขอถอนตัวขณะตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มี 4 ส่วน รวม 55 ข้อ ประกอบด้วย <u>ส่วนที่ 1</u> ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน ประเภทของขยะที่เกิดขึ้นในครัวเรือน <u>ส่วนที่ 2</u> ความรอบรู้ด้านการจัดการขยะมูลฝอย จำนวน 27 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (rating scale) ได้แก่ น้อย ปานกลาง มาก ใช้เกณฑ์การจำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย[8] 3 ระดับ ได้แก่ น้อย ปานกลาง มาก <u>ส่วนที่ 3</u> การมีส่วนร่วมด้านการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัตินานๆครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ใช้เกณฑ์พิจารณาภาพรวมตามเกณฑ์ของ Best[9] 3 ระดับ ได้แก่ น้อย ปานกลาง มาก <u>ส่วนที่ 4</u> พฤติกรรมด้านการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน จำนวน 13 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัตินานๆครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ใช้เกณฑ์การจำแนกระดับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย[8] เป็น 2 ระดับ ได้แก่ ไม่เหมาะสม และเหมาะสม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ทุกข้อคำถามมีค่า IOC

ตั้งแต่ 0.6 ขึ้นไป นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถาม มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.78 0.75 และ 0.79 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากหน่วยจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เลขที่ HE-061-2566 ลงวันที่ 29 มีนาคม พ.ศ. 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistic regression) โดยมีขั้นตอนดังนี้ วิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างหยาบ (crude analysis) เป็นการวิเคราะห์ตัวแปรทีละคู่ (bivariate) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับตัวแปรตามทีละคู่ โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบของตัวแปรอื่น ๆ นำเสนอค่า crude odds ratio (OR) พร้อมช่วงเชื่อมั่น 95% และค่า *p*-value ซึ่งใช้สำหรับคัดกรองตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน เข้าโมเดลในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลายตัวแปร (multivariable analysis)ใช้วิธีการคัดเลือกตัวแปรอิสระออกจากสมการทีละตัวแปรโดยวิธีขจัดออกทีละตัวแปร (backward elimination method) ในขั้นต่อไป นำเสนอด้วยค่า adjusted odds ratio (AOR) พร้อมช่วงเชื่อมั่น 95% และค่า *p*-value[10]

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 339 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.3 อายุเฉลี่ย 48 ปี จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 51.7 อาชีพเกษตรกรรม/ชาวสวน/ชาวไร่ ร้อยละ 68.4 รายได้เฉลี่ย 7,966 บาทต่อเดือน มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3–4 คน ร้อยละ 56.6 ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนเฉลี่ย 41 ปี และเมื่อพิจารณาชนิดขยะที่เกิดขึ้นในแต่ละครัวเรือนส่วนใหญ่เป็นขยะอินทรีย์ ร้อยละ 98.8 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 339)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	121	35.7
หญิง	218	64.3
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 40 ปี	88	26.0
40-59 ปี	181	53.4

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 339)	ร้อยละ
60 ปีขึ้นไป	70	20.6
($\bar{X}$ = 48.1, SD = 12.7, min = 20, max = 80)		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	6	1.8
ประถมศึกษา	175	51.7
มัธยมศึกษา	129	38.0
ปริญญาตรี	29	8.5
อาชีพ		
เกษตรกรรม/ชาวสวน/ชาวไร่	232	68.4
พนักงานบริษัท/ลูกจ้าง	11	3.2
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	47	13.9
รับจ้างทั่วไป	28	8.3
ว่างงาน	21	6.2
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 2,000 บาท	14	4.1
2,000–5,000 บาท	190	56.1
5,001–10,000 บาท	76	22.4
มากกว่า 10,000 บาท	59	17.4
($\bar{X}$ = 7,966, SD = 13264.3, min = 1,000, max = 20,000)		
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1–2 คน	61	18.0
3–4 คน	192	56.6
มากกว่า 5 คน	86	25.4
($\bar{X}$ = 4, SD = 1.27, min = 1, max = 9)		

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 339)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน (ปี)		
น้อยกว่า 5 ปี	15	4.4
5–10 ปี	16	4.7
11–20 ปี	21	6.2
มากกว่า 20 ปี	287	84.7
($\bar{x}$ = 41.2, SD = 17.6, min= 1, max = 80)		
ชนิดของขยะที่เกิดขึ้นในครัวเรือน		
ขยะอินทรีย์ (n = 339)	335	98.8
ขยะทั่วไป (n = 339)	73	21.5
ขยะรีไซเคิล (n = 339)	252	74.3
ขยะอันตราย (n = 339)	180	53.1

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านการจัดการขยะมูลฝอย

กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านการจัดการขยะมูลฝอยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.2 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรอบรู้ด้านการจัดการขยะมูลฝอย

ความรอบรู้ด้านการจัดการขยะมูลฝอย	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน (ร้อยละ)		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านการจัดการขยะมูลฝอย	83 (24.5)	171 (50.4)	85 (25.1)
ทักษะความรู้ความเข้าใจข้อมูลด้านการจัดการขยะมูลฝอย	84 (24.8)	170 (50.2)	85 (25.1)
ทักษะการสื่อสารด้านการจัดการขยะมูลฝอย	68 (20.1)	182 (53.7)	89 (26.2)
ทักษะการจัดการตนเองด้านการจัดการขยะมูลฝอย	83 (24.5)	185 (54.6)	71 (20.9)
ทักษะการตัดสินใจด้านการจัดการขยะมูลฝอย	75 (22.1)	206 (60.8)	58 (17.1)

ตารางที่ 2 ระดับความรอบรู้ด้านการจัดการขยะมูลฝอย (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านการจัดการขยะมูลฝอย	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน (ร้อยละ)		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
ทักษะการรู้เท่าทันสื่อด้านการจัดการขยะมูลฝอย	67 (19.8)	203 (59.9)	69 (20.3)
ภาพรวม	**86 (25.4)**	**194 (57.2)**	**59 (17.4)**

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมด้านการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน

กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมด้านการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.1, SD = 0.6) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมด้านการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนอยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับการมีส่วนร่วมด้านการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน

การมีส่วนร่วมด้านการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน	$\bar{x}$	SD	ระดับ
การมีส่วนร่วมในการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแก้ไขปัญหาขยะของชุมชน	2.1	0.6	ปานกลาง
การเข้าร่วมประชุม อบรม ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการจัดการขยะชุมชน	2.1	0.6	ปานกลาง
การร่วมการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนด้วยการคัดแยกขยะ	2.2	0.6	ปานกลาง
การทิ้งขยะมูลฝอยลงในถังขยะสีต่างๆ ตามประเภทขยะที่แยกไว้	2.1	0.6	ปานกลาง
การให้คำแนะนำเพื่อนบ้านคัดแยกขยะมูลฝอยก่อนทิ้ง	2.1	0.6	ปานกลาง
การปรึกษาหารือกับแกนนำชุมชน เรื่องการจัดการขยะชุมชน	2.1	0.6	ปานกลาง
การให้ความร่วมมือในการจัดการขยะชุมชน	2.3	0.7	ปานกลาง
ภาพรวม	**2.1**	**0.6**	**ปานกลาง**

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมด้านการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยโดยรวมไม่เหมาะสม ร้อยละ 51.3 เมื่อพิจารณาตามหลักการ 3R พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการขยะไม่เหมาะสมมากที่สุด คือ การลดการเกิดขยะมูลฝอย (reduce) ร้อยละ 69.3 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแปรง อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา ด้วยการวิเคราะห์แบบ 2 ตัวแปร (bivariate analytical) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

ตารางที่ 4 ระดับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน

พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย	ระดับพฤติกรรมการจัดการขยะ	
	เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)
การลดการเกิดขยะมูลฝอย (reduce)	104 (30.7)	235 (69.3)
การนำกลับมาใช้ซ้ำ (reuse)	120 (35.4)	219 (64.6)
การหมุนเวียนนำกลับมาใช้ใหม่ (recycle)	131 (38.6)	208 (61.4)
ภาพรวม	**165 (48.7)**	**174 (51.3)**

การจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน ประกอบด้วย อายุ (OR = 2.47, 95%CI: 1.41–4.33, p = 0.001) ระดับการศึกษา (OR = 1.54, 95%CI: 1.00–2.36, p = 0.048) รายได้ต่อเดือน (OR = 2.02, 95%CI: 1.21–3.39, p = 0.007) จำนวนสมาชิก (OR = 1.70, 95%CI: 1.10–2.61, p = 0.016) ประเภทของขยะที่เกิดขึ้นในครัวเรือน ได้แก่ ขยะทั่วไป (OR = 1.95, 95%CI: 1.15–3.32, p = 0.016) ขยะรีไซเคิล (OR = 3.25, 95%CI: 1.90–5.53, p < 0.001) ความรอบรู้ด้านการจัดการขยะ (OR = 1.77, 95%CI: 1.08–2.91, p = 0.23) และการมีส่วนร่วมด้านการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน (OR = 3.76, 95%CI: 2.20–6.41, p < 0.001)

ผลการวิเคราะห์ด้วย multiple logistic regression เพื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอื่น พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน ประกอบด้วย อายุ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ประเภทของขยะที่เกิดขึ้นในครัวเรือน ความรอบรู้ด้านการจัดการขยะภาพรวม ทักษะการจัดการตนเอง และการมีส่วนร่วมด้านการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน พบว่า ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี มีพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนเหมาะสมมากกว่าผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็น 3.19 เท่า (AOR = 3.19, 95%CI: 1.65–6.18) ครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-3 คน มีพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนเหมาะสมมากกว่าครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 3 คน เป็น 1.82 เท่า (AOR = 1.82, 95%CI: 1.10–3.01) ครัวเรือนที่มีขยะรีไซเคิล มีพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนเหมาะสมมากกว่าครัวเรือนที่ไม่มีขยะรีไซเคิล เป็น 3.09 เท่า (AOR = 3.09, 95%CI: 1.70–5.60) ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านการจัดการขยะมูลฝอยในระดับน้อยถึงปานกลาง มีพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนเหมาะสมมากกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านการจัดการขยะมูลฝอยในระดับมาก เป็น 3.92 เท่า (AOR = 3.92, 95%CI: 1.79–8.53) ผู้ที่มีทักษะการจัดการตนเองในระดับมาก มีพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนเหมาะสมมากกว่าผู้ที่มีทักษะการจัดการตนเองในระดับน้อยถึงปานกลาง เป็น 6.04 เท่า (AOR = 6.04, 95%CI: 2.83–12.88) และผู้ที่มีส่วนร่วมด้านการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนในระดับมากมีพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนเหมาะสม มากกว่าผู้ที่มีส่วนร่วมด้านการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนในระดับน้อยถึงปานกลาง เป็น 2.99 เท่า (AOR = 2.99, 95%CI: 1.57–5.69) รายละเอียดดังตารางที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ พบว่าประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแปรง อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน วิเคราะห์แบบหลายตัวแปร

ปัจจัย	ผู้ที่มีพฤติกรรมเหมาะสม (n = 339)		OR	AOR	95%CI of AOR	*p*-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ				
อายุ (ปี)						0.001
60 ปีขึ้นไป	70	31.4	1	1		
น้อยกว่า 60 ปี	269	53.2	2.47	3.19	1.65, 6.18	
จำนวนสมาชิกในครอบครัว						0.019
มากกว่า 3 คน	181	42.5	1	1		
1–3 คน	158	55.7	1.70	1.82	1.10, 3.01	
ประเภทของขยะที่เกิดขึ้นในครัวเรือน (มี/ไม่มี)						< 0.001
ไม่มีขยะรีไซเคิล	86	44.3	1	1		
มีขยะรีไซเคิล	253	55.7	3.25	3.09	1.70, 5.60	
ความรอบรู้ด้านการจัดการขยะมูลฝอยภาพรวม						0.001
ระดับมาก	86	59.3	1	1		
ระดับน้อยถึงปานกลาง	253	45.1	1.77	3.92	1.79, 8.53	
ทักษะการจัดการตนเอง						< 0.001
ระดับน้อยถึงปานกลาง	256	39.5	1	1		
ระดับมาก	83	50.0	5.16	6.04	2.83, 12.88	
การมีส่วนร่วมด้านการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน						0.001
ระดับน้อยถึงปานกลาง	253	40.7	1	1		
ระดับมาก	86	72.1	3.76	2.99	1.57, 5.69	

ร้อยละ 57.2 และมีพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนไม่เหมาะสม ร้อยละ 51.3 โดยเฉพาะพฤติกรรมการลดการเกิดขยะมูลฝอย (reduce) ร้อยละ 69.3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรี ศรีกุตา และคณะ[11] ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยที่ไม่เหมาะสม การจัดการขยะส่วนใหญ่มักปฏิบัติเป็นบางครั้งตามความสะดวกของแต่ละบุคคล เช่นเดียวกับการศึกษาของจักรพันธ์ เพ็ชรภูมิและคณะ[12] เนื่องจากประชาชนยังขาดการคำนึงถึงผลกระทบของการจัดการขยะที่ไม่ถูกต้อง และประชาชนยังขาดความรู้ในเรื่องการจัดการขยะที่ถูกต้อง ดังนั้นควรเพิ่มความรอบรู้ด้าน

การจัดการขยะในครัวเรือน และรณรงค์การจัดการขยะตั้งแต่ต้นทาง เพื่อสร้างความตระหนักให้กับประชาชนในการจัดการขยะที่ถูกต้อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแปรง อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา สามารถอธิบายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ด้านข้อมูลทั่วไป พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแปรง อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วย อายุ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และประเภทขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นในครัวเรือน โดยพบว่า 1) อายุ (p = 0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของทิวากรณ์ ราชูธรและคณะ[13] พบว่าอายุเป็นตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะโดยกลุ่มวัยที่อายุน้อยกว่ามีพฤติกรรมจัดการขยะที่เหมาะสมกว่า เช่นเดียวกับการศึกษาของอนาวิน ภัทรภาคินวรกุลและคณะ[14] พบว่าอายุสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการลดขยะมูลฝอยในครัวเรือนโดยผู้ที่อยู่ในช่วงวัยแรงงานมีแนวโน้มมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับหลักสุขาภิบาลมากกว่ากลุ่มสูงอายุ ร้อยละ 85.6 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของโสมสกาว เพชรานนท์ และอุ่นกัง แซ่ลิ้ม[15] พบว่า กลุ่มอายุที่น้อยกว่ามีแนวโน้มยอมรับพฤติกรรมด้านสิ่งแวดล้อมและการจัดการขยะที่ถูกต้องมากกว่า เนื่องจากเข้าถึงแหล่งข้อมูล ข่าวสาร และมาตรการรณรงค์ของภาครัฐได้ง่ายกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้สูงอายุที่อาจมีข้อจำกัดด้านความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ข้อมูลและสมรรถภาพทางกาย ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติตามขั้นตอนการจัดการขยะที่ต้องใช้ความเข้าใจและทักษะที่เฉพาะเจาะจง 2) จำนวนสมาชิกในครอบครัว (p = 0.019) สอดคล้องกับการศึกษาของวริษฐา แสงยางใหญ่ และคณะ[16] ที่พบว่า จำนวนสมาชิกในครัวเรือนมีผลต่อการลดปริมาณขยะครัวเรือนของประชาชนในเขตเทศบาลจังหวัดสมุทรปราการ เช่นเดียวกับการศึกษาของศราวุฒิ ทับผดุง[17] ที่พบว่า จำนวนสมาชิกในครัวเรือนมีผลต่อพฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลที่ไม่มีการบริหารจัดการขยะมูลฝอย โดยสมาชิกในครัวเรือนมีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือให้คำแนะนำตลอดจนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน จึงส่งผลให้พฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอยอยู่ในระดับสูงด้วย และ 3. ประเภทขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นในครัวเรือน (p < 0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mc-Donald[18] ที่พบว่า ครัวเรือนที่มีการแยกขยะรีไซเคิลมีพฤติกรรมการจัดการขยะที่เหมาะสมมากขึ้น ซึ่งสามารถเชื่อมโยงกับอัตราการรีไซเคิลที่สูงขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Schultz.et al[19] พบว่าครัวเรือนที่มีการรีไซเคิลจะมีการจัดการขยะอย่างเหมาะสมช่วยลดปริมาณขยะที่ส่งไปยังสถานที่ฝังกลบหรือการเผาขยะ ซึ่งจะช่วยลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม และช่วยให้ครัวเรือนสามารถจัดการขยะได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ความรอบรู้ด้านการจัดการขยะมูลฝอย (p = 0.001) ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ด้วยช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ (knowledge-action gap) ซึ่งได้รับการกล่าวถึงอย่างชัดเจนในงานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Xuejuan Zhang[20] พบว่าพฤติกรรมการคัดแยกขยะของประชาชนได้รับอิทธิพลจากปัจจัยเชิงโครงสร้าง เช่น ความสะดวกในการแยกถัง ระบบรวบรวมของท้องถิ่น และบรรทัดฐานทางสังคมมากกว่าระดับความรู้เพียงอย่างเดียว ทำให้บุคคลที่มีความรอบรู้น้อยกว่าแต่มีบริบทสนับสนุนที่ดีมีแนวโน้มปฏิบัติตามพฤติกรรมที่เหมาะสมมากกว่า เช่นเดียวกับการศึกษาของ Yang.et al.[21] พบว่าพฤติกรรมด้านสิ่งแวดล้อมมักถูกขับเคลื่อนโดยปัจจัยเชิงปฏิบัติและสถานการณ์ มากกว่าปัจจัยด้านความรู้หรือทัศนคติ ความรู้ที่สูงขึ้นอาจไม่ได้แปลเป็นระดับการปฏิบัติที่สูงขึ้นเสมอไป หากเงื่อนไขทางปฏิบัติไม่เอื้ออำนวย เช่น ขาดโครงสร้างพื้นฐาน

ที่สนับสนุน หรือมีอุปสรรคด้านเวลาและความสะดวก นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Liu et al.[22] พบช่องว่างระหว่างความรู้และพฤติกรรมอย่างชัดเจน โดยระบุว่าผู้ที่มีความรู้ด้านการแยกขยะสูงอาจยังไม่ปฏิบัติจริง หากขาดแรงสนับสนุนจากสภาพแวดล้อม เช่น ความสะดวกหรือระบบจัดการที่เหมาะสม ทำให้กลุ่มที่มีความรอบรู้น้อยหรือปานกลางแต่มีแรงจูงใจจากบริบทกลับมีพฤติกรรมที่ดีกว่าผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนว่า ความรอบรู้เพียงอย่างเดียวไม่ใช่ตัวกำหนดพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยแต่พฤติกรรมขึ้นอยู่กับการผสมผสานของปัจจัยเชิงบริบท สภาพแวดล้อม และแรงสนับสนุนทางสังคมด้วย

3. การมีส่วนร่วมด้านการจัดการขยะชุมชน (p = 0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของศุภษร วิเศษชาติและคณะ[23] ที่พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์การคัดแยกขยะมูลฝอยมีส่วนช่วยให้ประชาชนคัดแยกขยะมูลฝอยได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของจักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ[12] ที่พบว่าการได้รับการสนับสนุนระบบการจัดการขยะในชุมชนมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการจัดการขยะในครัวเรือน และการศึกษาของกัญจน์ณิชา สุดชารี[24] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสัมพันธ์ต่อการจัดการขยะในชุมชนซึ่งจะช่วยสร้างความตระหนักและเสริมสร้างทักษะในการจัดการขยะในครัวเรือนที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

1. ควรให้ความสำคัญกับความรอบรู้ด้านการจัดการขยะมูลฝอยโดยเฉพาะทักษะการจัดการตนเอง และการมีส่วนร่วมการจัดการขยะชุมชน โดยจัดกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านการจัดการขยะมูลฝอยในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และประชาชนทั่วไปในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการลดการเกิดขยะมูลฝอย (reduce) ซึ่งจะช่วยลดปริมาณขยะที่ไปสู่หลุมฝังกลบและส่งผลดีต่อสิ่งแวดล้อม

2. ควรจัดกิจกรรมการรณรงค์หรือการมีส่วนร่วมในการดำเนินการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน เช่น การสร้างชุมชนต้นแบบด้านการจัดการขยะมูลฝอยที่เป็นรูปธรรมเพื่อเป็นพื้นที่นำร่องและขยายไปยังพื้นที่อื่นต่อไป

3. ใช้เป็นข้อมูลหรือแนวทางสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมและพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินการจัดการขยะมูลฝอยที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้ผลการศึกษาที่พบและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอย และศึกษาผลของการใช้โปรแกรมหรือรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนโดยพิจารณาเพิ่มปัจจัยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และระบบการจัดการของท้องถิ่น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมมลพิษ. ระบบสารสนเทศด้านการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2567 มกราคม 6]. เข้าถึงได้จาก: https://www.pcd.go.th/wp-content/uploads/2023/03/pcd-new-2023-03-16_08-23-32_505468.pdf
2. กรมควบคุมมลพิษ. คู่มือการกรอกข้อมูลการจัดการขยะมูลฝอยตามแบบ คพ.1 2 และ 3 ปี พ.ศ.2561 [อินเตอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2568 ตุลาคม 15]. เข้าถึงได้จาก: https://www.pcd.go.th/garbage
3. มธุรส บุญติ๊บ, สามารถ ใจเตี้ย, สิวลี รัตนปัญญา. ผลกระทบสุขภาพจากการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน กรณีศึกษาเทศบาลตำบลเมืองยาว อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2565;18(2): 77–90.

4. กรมควบคุมมลพิษ. รายงานสถานการณ์สถานที่กำจัดขยะมูลฝอยชุมชนของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565. [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2566 มกราคม 6]. เข้าถึงได้จาก: https://www.pcd.go.th/publication/29509.
5. กฤษฎา จันทมา, รชานนท์ โสมานันท์, ทัตสุพล ปิดตาระเต, ธีรภัทร์ แดงกระจ่าง, พิจิตรา ศักดิ์ศรยุทธ,พัชนา เฮ้งบริบูรณ์พงศ์-ใจดี. ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะมูลฝอยต่อพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนตำบลท่าบุญมี อำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2568;18(2):190–204.
6. องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแปรง อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา.ข้อมูลทั่วไป. [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2566 มกราคม 6].เข้าถึงได้จาก: https://banpranglocal.go.th/index.php
7. อรุณ จิรวัฒน์กุล.ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
8. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. เกณฑ์ให้คะแนนจำแนกความรอบรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง ปี 2561 [อินเตอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2566 มกราคม 6]. เข้าถึงได้จาก: http://www.nkp-hospital.go.th/th/H.ed/mFile/20180627124525.pdf.
9. Best JW. Research in education [Internet].1977 [cited 2023 Jan 6]. https://archive.org/details/researchineducat0003best/page/302/mode/2up
10. ญาณิศา อึงสะกาว, วรรณพร จันโทภาส. ตัวแบบการถดถอยลอจิสติกทางด้านการแพทย์ [อินเตอร์เน็ต].2560 [เข้าถึงเมื่อ 2566 มีนาคม 29]. เข้าถึงได้จาก:https://sc2.kku.ac.th/stat/statweb/images/Eventpic/60/Seminar/01_12_.pdf.
11. พัชรี ศรีกุตา, นรา ระวาดชัย, ทิวากรณ์ ราชูธร, ปัณรดา ฐานะปัตโต, นพเก้า บัวงาม, ปวีณา ภูริศิริวัชรกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมด้านการจัดการขยะมูลฝอยของแกนนำชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลจระเขหิน อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการสำนักงานควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา 2564; 27(3):63–73.
12. จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, บรรณกร เสือสิงห์, วัฒนศักดิ์ จันทร์แปลง, วิเชียร พุทธภูมิ, บุญชนัฏฐา พงษ์ปรีชา. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะในครัวเรือนของแม่บ้านในอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2561;20(1):203–12.
13. ทิวากรณ์ ราชูธร, เอนก ศรีสุวรรณ, นรา ระวาดชัย, พัชรี ศรกี กุตา, Sim Samphors. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชน จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย 2022;5(1):72–80.
14. อนาวิน ภัทรภาคินวรกุล, ทัศน์กร อินทจักร์, ปรภัทร คงศรี. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการลดขยะมูลฝอยครัวเรือนของประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์ปกาเกอะญอ จังหวัดแม่ฮ่องสอน. วารสารเทคโนโลยี ภาคใต้ 2566;16(1):88–98.
15. โสมสกาว เพชรานนท์, อุ่นกัง แซ่ลิ้ม. ปัจจัยที่

ส่งผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของประชาชนในกรุงเทพมหานคร. วารสารเศรษฐศาสตร์ประยุกต์และกลยุทธ์การจัดการ 2568;12(1): 205–23.

16. วริษฐา แสงยางใหญ่, ศรีรัตน์ ล้อมพงศ์, บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์.ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการลดขยะครัวเรือนของประชาชนในเขตเทศบาลจังหวัดสมุทรปราการ. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2560;12(1): 76–87.
17. ศราวุฒิ ทับผดุง, จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลที่ไม่มีการบริหารจัดการขยะมูลฝอย อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข ภาคใต้ 2565;9(3):86–97.
18. McDonald S.Waste Management and the Influence of Age on Household Recycling Behaviors. Journal of Environmental Psychology 2016;48:87–96.
19. Schultz P, Oskamp S, Mainieri T. Who Recycles and When? A Review of Personal and Situational Factors. Journal of Environmental Psychology 2004;24(3):301–18.
20. Xuejuan Zhang. A systematic literature review on individuals' waste separation behavior. Journal of Environment and Sustainability 2023;14:100137.
21. Yang, X, Chen S, Liu T, Luo J, Tang Y. Practice Primacy: Revisiting the Knowledge-Action Gap in Pro-Environmental Behavior with eXplainable AI Practice Primacy: Revisiting the Knowledge-Action Gap in Environmental Behavior. Journal of Sustainability 2025;17(21):9916.
22. Liu S, Liu X, Li Y, Yang D, Li F and Yang J. College students' knowledge, attitudes, and practices of garbage sorting and their associations: a cross-sectional study of several universities in Beijing, China. Frontiers in Public Health 2024;12:1–16.
23. ศุภษร วิเศษชาติ, สมบัติ ศิลา, สุนิศา แสงจันทร์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยของประชาชนชุมชนที่ 2 เทศบาลเมืองวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต 2560;5(2):422–33.
24. กัญจน์ณิชา สุดชารี, นิรุวรรณ เทิร์นโบล์, ธีรศักดิ์ พาจันทร์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการมูลฝอยในชุมชนขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2562;16(2): 13–22.

กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

ISSN 2985-1823 (Online)

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

Homepage: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9
ปีที่ 31 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม 2568) หน้า [91-103]

รูปแบบการดูแลสุขภาวะชุมชนด้วยสถานีสุขภาพชุมชน: กรณีศึกษา ชุมชนทุ่งบอน ตำบลบุ่งหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

Community Health Care Model through Community Health Station: A Case Study of Thung Bon Community, Bung Wai Subdistrict, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province

กุลธิดา กุลประฑีปัญญา , อรุณศรี ผลเพิ่ม*
Kunthida Kulprateepunya, Arunsri Pholperm*
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี
Boromarajonani College of Nursing Sanpasitthiprasong Ubon Ratchathani Province
*Corresponding author: arunsripholperm@gmail.com
(Received: Oct 20, 2024 / Revised: May 8, 2025 / Accepted: Dec 3, 2025)

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาวะชุมชนด้วยสถานีสุขภาพชุมชน โดยใช้กรอบแนวคิด 3ก 1ข 3ส และแนวคิดทุนทางสังคม ประกอบด้วย มิติด้านโครงสร้าง และมิติด้านบริการ ใช้เทคนิคการวิจัยแบบผสมผสาน กลุ่มตัวอย่างเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พยาบาลวิชาชีพ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (ส.อบต.) จำนวน 13 คน และประชาชนผู้รับบริการ จำนวน 35 คน รวมทั้งสิ้น 48 คน สุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เชิงลึก คุณภาพความเที่ยงตรง IOC = 0 .67 ความเชื่อมั่น = 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า 1) มิติด้านโครงสร้าง ประกอบด้วย ก ที่ 1 คือ คณะกรรมการ ก ที่ 2 กองทุน มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.68, SD = 0.79) แสดงถึงความความพร้อมของคณะกรรมการชุมชนแม้ไม่ได้แต่งตั้งอย่างเป็นทางการ การบริหารจัดการ และการสนับสนุนจากภาคส่วนต่าง ๆ และ 2) มิติด้านการบริการ ประกอบด้วย ก ที่ 3 คือ กิจกรรมของชุมชน ข ที่ 1 ข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ ส ที่ 1 สร้างความร่วมมือ ส ที่ 2 สื่อสารและให้ข้อมูล และ ส ที่ 3 สู่ความยั่งยืน มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.65, SD = 0.61) สะท้อนถึงความเข้มแข็งของระบบบริการของสถานีสุขภาพชุมชน โดยประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่ายและต่อเนื่อง ผลวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบ 3 ธีมสำคัญ คือ 1) พลังจิตอาสาและทุนทางสังคม 2) บริการใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ และ 3) การสื่อสารและความร่วมมือคือหัวใจของความยั่งยืน การสังเคราะห์เชิงระบบนำสู่ต้นแบบ “THUNG-BON MODEL” เพื่อการจัดการสุขภาวะชุมชนอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาวะ, ระบบสาธารณสุขมูลฐาน, สถานีสุขภาพชุมชน

Abstract

The study was a survey research study. The purpose was to investigate a community health model using the community health station framework, guided by the 3G-1K-3S model and the concept of social capital (including structural and service dimensions). A mixed-methods approach was conducted in this study. The sample consisted of 48 participants selected through stratified random sampling. The participant pool included 13 key informants (village health volunteers, professional nurses, directors of Subdistrict Health Promoting Hospitals, village chiefs, assistant village chiefs, and members of the Subdistrict Administrative Organization) and 35 community residents. The research tools consisted of a questionnaire and an in-depth interview guide. The content validity (IOC = 0.67) and reliability (α = 0.87) of the tools were validated prior to use in this study. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, and qualitative data were analyzed using content analysis. The results showed two major dimensions. Dimension 1, the structural dimension (comprising G1: community governance committee and G2: community health fund), showed a high level of appropriateness ($\bar{x}$ = 3.68, SD = 0.79). The findings indicate the readiness of community committees, functional management, and support from multiple sectors, despite the absence of formal appointments. Dimension 2, the service dimension (comprising G3: community activities, K1: data and information, S1: collaboration, S2: communication, and S3: sustainability), showed the highest level of appropriateness ($\bar{x}$ = 4.65, SD = 0.61). The findings highlight the effectiveness of the community health station, enabling the public to access services easily and consistently. Qualitative data analysis identified three key themes: 1) volunteer spirit and social capital as key drivers, 2) services perceived as close-to-home and person-centered, and 3) communication and collaboration as foundations for sustainability. The systemic synthesis of these findings led to the development of the "THUNG-BON MODEL" as a blueprint for sustainable community health management.

Keywords: Wellness Care, Primary Health Care System, Community Health Station

บทนำ

ปัจจุบันคนไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต คือ มีระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุม แต่ประชาชนกลับมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น ส่วนหนึ่งมาจากความล่าช้าของการเข้าถึงบริการ และระยะเวลาในการรับบริการเป็นเวลานาน ซึ่งผู้ป่วยบางรายมีระยะเวลาที่ค่อนข้างจำกัด ทำให้ไม่สามารถที่จะรอเข้ารับบริการได้ส่งผลให้ไม่มาตามนัด และไม่ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง จึงเกิดเป็นปัญหาของระบบสุขภาพในชุมชน[1] ปัจจุบันระบบสุขภาพชุมชนในสังคมไทยมีการขยายตัว วิถีชีวิตในสังคมเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงไป การสนับสนุนระบบสุขภาพชุมชนจึงส่งผลให้เกิด "กระบวนการเรียนรู้และปรับตัว" ภายใต้บริบทของชุมชนที่ต้องร่วมกันสร้างสังคมให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดีและเกิดระบบสุขภาพที่เข้มแข็งในชุมชน[2] งานสาธารณสุขมูลฐานมีแนวคิดจัดการคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 3ก 1ข 3ส โดยกิจกรรม 3ก ได้แก่ กรรมการ กองทุน กิจกรรม 1ข ได้แก่ ข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ และกิจกรรม 3ส ได้แก่ สร้างความร่วมมือ สื่อสาร และสู่ความยั่งยืนเพื่อให้เกิดชุมชนที่เข้มแข็ง และเป็นการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ สุขภาวะและหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงที่สร้างสุขภาวะมูลฐานและเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพ จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม มีเป้าหมายการทำงาน "ดูแลใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ" ดูแลให้ได้รับบริการต่อเนื่อง ลดการแออัด ลดการรอคอย มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เสริมสร้างสุขภาพ และการดูแลสุขภาพองค์รวมให้ใกล้ชิดกับประชาชนมากยิ่งขึ้น มีหลักการทำงานเชื่อมโยงกับระบบ 3 หมอที่ช่วยดูแลและขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาวะ ประกอบด้วย หมอคนที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข (พยาบาลระดับตำบล) และหมอคนที่ 3 หมอครอบครัว (แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว) จึงได้มีการจัดตั้งสถานีสุขภาพชุมชน (health station) ขึ้น เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงความรู้ในการดูแลสุขภาพ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเบื้องต้นได้สะดวกและรวดเร็ว รวมถึงการส่งเสริมให้ประชาชนใส่ใจดูแลสุขภาพของตนมากยิ่งขึ้น[3] หากพบกลุ่มเสี่ยงจะนำเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยทำงานร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิ และสำหรับกลุ่มที่สงสัยป่วยจะมีการกำกับติดตาม และส่งต่อแพทย์เพื่อเข้ารับการวินิจฉัยอย่างทันท่วงที[4] ซึ่งจะช่วยให้ผู้เข้ารับบริการได้รับความสะดวกสบาย ลดการแออัด ลดการรอคอย และได้รับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยมี อสม. ทำหน้าที่หลักในสถานีสุขภาพชุมชน[5]

ชุมชนทุ่งบอน หมู่ที่ 2 ตำบลบุ่งหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นชุมชนที่มีการจัดการด้านสุขภาพที่เข้มแข็ง โดยได้มีการนำรูปแบบนโยบาย 3 หมอ มาใช้ร่วมกับการจัดตั้งสถานีสุขภาพชุมชน ดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ มีการบริหารจัดการโดยชุมชนเอง มีการเข้าถึงบริการสุขภาพสะดวก รวดเร็ว ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงทำการศึกษาเรื่องรูปแบบการดูแลสุขภาวะชุมชนด้วยสถานีสุขภาพชุมชน ครอบคลุมทั้งมิติด้านโครงสร้างการทำงาน การดูแลสุขภาพชุมชน บทบาทหน้าที่ของบุคคลที่เกี่ยวข้องในสถานีสุขภาพ สิ่งอำนวยความสะดวก และรูปแบบมิติด้านการให้บริการรวมถึงการสื่อสารให้ข้อมูลเพื่อเป็นรูปแบบในการพัฒนาชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาวะชุมชนด้วยสถานีสุขภาพชุมชนทุ่งบอน ตำบลบุ่งหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย มิติด้านโครงสร้าง และมิติด้านบริการ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. การศึกษาเชิงปริมาณ

1.1 บุคลากรที่เป็นคณะทำงานในสถานีสุขภาพชุมชนทุ่งบอน โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ (purposive sampling) ประกอบด้วย สมาชิกองค์การบริหาร

ส่วนตำบล (ส.อบต.) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ผอ.รพสต.) พยาบาลวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน รวมทั้งสิ้น จำนวน 13 คน

1.2 ประชาชนที่เข้ารับบริการจากสถานีสุขภาพชุมชนทุ่งบอน จำนวนทั้งสิ้น 417 คน

คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรของ Krejcie& Morgan[6] ดังนี้

$$n = \frac{x^2Np(1-p)}{e^2(N-1)+x^2p(1-p)}$$

n = ขนาดตัวอย่างที่ต้องการ

N = ขนาดของประชากร มีค่าเท่ากับ 417 คน

p = ค่าสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร มีค่าเท่ากับ 0.50

χ^2 = ค่าสถิติไคสแควร์ที่ df = 1 มีค่าเท่ากับ 3.841

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ มีค่าเท่ากับ 0.05

เมื่อแทนค่าในสูตร พบว่าได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 35 คน จากนั้นทำการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified random sampling) จากประชาชนในครัวเรือนที่อาศัยอยู่จริงในชุมชนทุ่งบอน โดย แบ่งตาม อสม. ที่ดูแลครัวเรือนประชาชนผู้รับบริการ แล้วทำการสุ่มอย่างง่าย โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นประชาชนที่เคยมารับบริการที่สถานีสุขภาพชุมชน และ 2) มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ประชาชนที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ เช่น ผู้ป่วยจิตเวช และ 2) ประชาชนที่ไม่สมัครใจให้ข้อมูล

2. การศึกษาเชิงคุณภาพ

ทำการศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกคณะทำงานในสถานีสุขภาพชุมชนทุ่งบอน ประกอบด้วยสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (ส.อบต.) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ผอ.รพสต.) พยาบาลวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน รวมจำนวน 13 คน

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้

1. แบบสอบถามการดำเนินงานและการดูแลสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ

ส่วนที่ 2 การดูแลสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย 2 มิติ คือมิติทางด้านโครงสร้าง และมิติด้านการให้บริการ รวมจำนวน 28 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ แปลผลใช้เกณฑ์ของนพพร ธนชัยขันธ์[7] ดังนี้ ระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.50 คะแนน) ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.51–2.50 คะแนน) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.51–3.50 คะแนน) ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.51–4.50 คะแนน) และระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.51–5.00 คะแนน)

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วยประเด็นมิติทางด้านโครงสร้างและมิติด้านการให้บริการ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามการดำเนินงานและการดูแลสุขภาพชุมชนฯ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดหลักการสาธารณสุขมูลฐาน 3ก 1ข 3ส และแนวคิดทุนทางสังคมร่วมกับข้อมูลชุมชน 2 มิติ คือ มิติด้านโครงสร้างและมิติด้านการให้บริการ โดยผ่านการตรวจสอบค่าความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พบว่ามีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชาชน และคณะกรรมการสุขภาพชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกันกับกลุ่มที่ศึกษา มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ไปถึง รพ.สต.ทุ่งบอน และกำนันตำบลบุ่งหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

2. ลงพื้นที่เก็บข้อมูลร่วมกับผู้นำชุมชน อสม. พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึก

3. ลงพื้นที่เก็บข้อมูลจากประชาชนผู้รับบริการจากสถานีสุขภาพของหมู่บ้านทุ่งบอน ตำบลบุ่งหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้แบบสอบถาม

4. นำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลแบบการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้การรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2567-74 โดยมีการชี้แจงต่ออาสาสมัครให้ได้รับทราบถึงการเข้าร่วมการวิจัย มีการป้องกันความเสี่ยง ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ซึ่งมีเพียงผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวและนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น

ผลการศึกษา

จากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยคณะทำงานในสถานีสุขภาพชุมชนทุ่งบอน และประชาชนผู้รับบริการ จำนวน 48 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.92 อายุเฉลี่ย 54.46 ปี (SD = 12.56) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 46.58 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 48.25 และผลการศึกษาการดูแลสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย 2 มิติ คือมิติทางด้านโครงสร้าง และมิติด้านการให้บริการ ดังนี้

1. มิติด้านโครงสร้าง ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมเท่ากับ 3.68 คะแนน (SD = 0.79) โดยพบว่าด้านคณะทำงาน มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 4.56 คะแนน (SD = 0.64) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลการดูแลสุขภาพชุมชน มิติด้านโครงสร้าง

การดูแลสุขภาพชุมชน มิติด้านโครงสร้าง (รายประเด็น)	คะแนนเฉลี่ย (SD)	การแปลผล
การดำเนินงานด้านคณะทำงาน	4.56 (0.64)	มากที่สุด
งบประมาณ	2.96 (0.82)	ปานกลาง
การจัดอัตรากำลังและพัฒนาบุคลากร	4.54 (0.79)	มากที่สุด
การจัดการยา เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ และเครื่องมือ	3.68 (0.79)	มาก

เมื่อทำการศึกษาในแต่ละประเด็น พบรายละเอียด ดังนี้

1. การดำเนินงานด้านคณะทำงาน เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า สถานที่จัดตั้งมีความสะดวกสบายและเหมาะสมในการบริการ มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ 4.83 คะแนน (SD = 0.54) รายละเอียดดังตารางที่ 2

2. ด้านงบประมาณ พบว่า กองทุนที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานที่มีความพอเพียงระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.96 คะแนน (SD = 0.82) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ข้อมูลการดำเนินงานด้านคณะทำงานในสถานีสุขภาพชุมชนทุ่งบอน

ประเด็นการดำเนินงานด้านคณะทำงาน	คะแนนเฉลี่ย (SD)	การแปลผล
การแต่งตั้งคณะทำงานภายในสถานีสุขภาพชุมชนมีความครอบคลุม	4.46 (0.49)	มาก
บทบาทหน้าที่ในการทำงานมีขอบเขตชัดเจน	4.48 (0.69)	มาก
โครงสร้างการบริหารงานมีความครอบคลุมและชัดเจน	4.46 (0.82)	มาก
สถานที่จัดตั้งมีความสะดวกสบายและเหมาะสมในการบริการ	4.83 (0.54)	มากที่สุด

ตารางที่ 3 ข้อมูลด้านงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน

ประเด็นด้านงบประมาณ	คะแนนเฉลี่ย (SD)	การแปลผล
งบประมาณและแหล่งเงินสนับสนุนเพียงพอ	2.96 (0.82)	ปานกลาง

3. การจัดอัตรากำลังและพัฒนาบุคลากร เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า การกำหนดตารางเวลาให้ อสม. หมุนเวียนปฏิบัติงานที่เหมาะสม มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 4.71 คะแนน (SD = 0.82) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลด้านการจัดอัตรากำลังและพัฒนาบุคลากร

ประเด็นด้านการจัดอัตรากำลังและพัฒนาบุคลากร	คะแนนเฉลี่ย (SD)	การแปลผล
การกำหนดตารางเวลาให้ อสม.หมุนเวียนปฏิบัติงานที่เหมาะสม	4.71 (0.82)	มากที่สุด
อสม.ได้รับการพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ	4.38 (0.76)	มาก

4. ด้านยา เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า การมีแหล่งสนับสนุนและจัดหายา เวชภัณฑ์วัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือ มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 3.90 คะแนน (SD = 0.77) รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ข้อมูลประเด็นด้านยา เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ

ประเด็นด้านยา เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ	คะแนนเฉลี่ย (SD)	การแปลผล
มีการจัดเตรียมยา เวชภัณฑ์ที่จำเป็น	2.60 (0.63)	ปานกลาง
ยามีความเพียงพอต่อการให้บริการ	1.48 (0.47)	น้อยที่สุด
วัสดุอุปกรณ์มีความเพียงพอและสามารถใช้งานได้	2.65 (0.56)	ปานกลาง
การมีแหล่งสนับสนุนและจัดหายา เวชภัณฑ์วัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือ	3.90 (0.77)	มาก

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้เกี่ยวข้องในมิติด้านโครงสร้าง พบข้อมูลเพิ่มเติม ดังนี้

1. การดำเนินงานด้านคณะทำงาน พบว่า สถานีสุขภาพชุมชนทุ่งบอนยังไม่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการอย่างเป็นทางการ การดำเนินงานเป็นการร่วมมือกัน มีแพทย์เวชปฏิบัติทำหน้าที่ในการรักษา พยาบาลมีหน้าที่ในการดูแลคัดกรองเบื้องต้นและให้ความรู้แก่ อสม. ด้านการทำงานและด้านสถานที่มีความเหมาะสม ปลอดภัย มีความสะดวก รวดเร็วแก่ประชาชนที่มารับบริการ

"มีการจัดตั้งคณะกรรมการ ได้แก่ ประธาน รองประธาน เหรัญญิก ประชาสัมพันธ์ ไม่มีหนังสือแต่งตั้ง" (VH1-8)

"สถานที่ตั้งมีความเหมาะสม เดิมเป็นศาลากลางบ้าน สะดวกต่อการให้บริการ คนในชุมชนสามารถเดินทางมารับบริการได้อย่างสะดวก" (VH2)

2. ด้านงบประมาณ พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) สนับสนุนงบประมาณดำเนินงานชุมชน สำหรับองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) สนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ในส่วนการกิจกรรมอื่น ๆ ได้รับงบประมาณจากกองทุนหมู่บ้าน

"กองทุนได้จากอนามัยไม่เพียงพอ จัดการโดยผู้ใหญ่บ้านเอาเงินกองกลาง อสม. ออกมาใช้" (VH4)

"ทางรพสต.มาช่วยและเงินงบประมาณจากผู้ใหญ่บ้าน อบต. อบจ. สส.จ ต้องทำเรื่องของบประมาณปีละ 1 ครั้ง" (VH6, 8)

3. การจัดอัตรากำลังและพัฒนาบุคลากร พบว่า การจัดอัตรากำลังของ อสม. มีทั้งหมด 8 คน รับผิดชอบ 108 หลังคาเรือน มอบหมายให้ อสม. 1 คน รับผิดชอบ 13–15 หลังคาเรือน นอกจากนี้ยังมีการอบรมปีละ 1–2 ครั้ง โดยแพทย์เวชปฏิบัติหรือพยาบาล

"มีการอบรมอสม. ปีละ 1–2 ครั้ง และมีการประชุม อสม. ทุกวันที่ 10 ของเดือน ตรงกับวันหยุดเลื่อนออกไป มีกิจกรรมบ่อย สอนใช้อุปกรณ์ สอนเรื่อง stoke ให้ อสม.ไปเรียน CPR ที่ รพสต." (VH1-3)

4. ด้านยา เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ และเครื่องมือ พบว่า ยาในการให้บริการยังไม่เพียงพอ นอกจากนี้ยาและเวชภัณฑ์ไม่มีในสถานีสุขภาพชุมชน ในส่วนของวัสดุ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก อุปกรณ์และเครื่องมือ ยังมีไม่เพียงพอต่อการบริการ

"เวชภัณฑ์ไม่ค่อยเพียงพอต่อการใช้งาน เบิกจาก รพสต. เดือนละ 2 ครั้ง ถ้าหากยาหมด ประธานจะเป็นคนเบิกยา" (VH3, 8)

2. มิติด้านการให้บริการ ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมเท่ากับ 4.65 คะแนน (SD = 0.61) อยู่ในระดับมากที่สุด โดยประเด็นการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน ข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ และการสื่อสารและให้ข้อมูล มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 4.56 คะแนน (SD = 0.64) รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การดูแลสุขภาพชุมชน ด้านการให้บริการ

การดูแลสุขภาพชุมชน ด้านการให้บริการ	คะแนนเฉลี่ย (SD)	การแปลผล
กิจกรรมของชุมชนและการสร้างความร่วมมือในการจัดการสุขภาพชุมชน	4.68 (0.59)	มากที่สุด
การจัดบริการสุขภาพ	4.69 (0.85)	มากที่สุด
การจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน ข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ และการสื่อสารและให้ข้อมูล	4.70 (0.62)	มากที่สุด

เมื่อทำการศึกษาในแต่ละประเด็น พบรายละเอียด ดังนี้

1. กิจกรรมของชุมชนและการสร้างความร่วมมือในการจัดการสุขภาพชุมชน เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า การมีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้คำแนะนำด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 4.67 คะแนน (SD = 0.34) รายละเอียดดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ข้อมูลด้านกิจกรรมของชุมชนและการสร้างความร่วมมือในการจัดการสุขภาพชุมชน

กิจกรรมของชุมชน และการสร้างความร่วมมือ	คะแนนเฉลี่ย (SD)	การแปลผล
มีกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมสุขภาวะชุมชน	4.56 (0.67)	มากที่สุด
มีกิจกรรมที่ช่วยป้องกันสุขภาวะชุมชน	4.58 (0.67)	มากที่สุด
มีกิจกรรมที่ช่วยเฝ้าระวังและติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย	4.77 (0.31)	มากที่สุด
มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้คำแนะนำด้านสุขภาพ	4.83 (0.37)	มากที่สุด
มีแผนพัฒนาสุขภาพ/ การแก้ไขปัญหาสุขภาพ จัดกิจกรรมรณรงค์ แก้ไขปัญหาสุขภาพ	4.67 (0.34)	มากที่สุด

2. การจัดบริการสุขภาพ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ประชาชนในชุมชนเข้าถึงการคัดกรองสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 4.77 คะแนน (SD = 0.68) รายละเอียดดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ข้อมูลด้านการจัดบริการสุขภาพ

ประเด็นการจัดบริการสุขภาพ	คะแนนเฉลี่ย (SD)	การแปลผล
ประชาชนในชุมชนเข้าถึงการคัดกรองสุขภาพ	4.77 (0.68)	มากที่สุด
คัดกรองกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน	4.71 (0.31)	มากที่สุด
คัดกรองกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง	4.69 (0.76)	มากที่สุด
คัดกรองกลุ่มสงสัยป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด	4.69 (0.31)	มากที่สุด
คัดกรองกลุ่มผู้สูงอายุเสี่ยงพลัดตกหกล้ม	4.71 (0.42)	มากที่สุด
คัดกรองกลุ่มผู้สูงอายุสงสัยสมองเสื่อม	4.56 (0.67)	มากที่สุด

3. การจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน ข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ และการสื่อสารและให้ข้อมูล เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การมีบันทึกให้บริการและจัดเก็บข้อมูลที่สามารถสืบค้นได้ คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 4.65 คะแนน (SD= 0.68) รายละเอียดดังตารางที่ 9

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้เกี่ยวข้องในมิติด้านการให้บริการ พบข้อมูลเพิ่มเติม ดังนี้

1.ด้านกิจกรรมของชุมชนและการสร้างความร่วมมือในการจัดการสุขภาพชุมชน พบว่า ในชุมชนมีกิจกรรมฝึกอาชีพ มีการออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วัน เช่น การเต้นแอโรบิก การเต้นบาสโลบ การเต้น

ตารางที่ 9 ข้อมูลด้านการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานฯ

การจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานฯ	คะแนนเฉลี่ย (SD)	การแปลผล
การปฐมพยาบาลและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น	4.48 (0.67)	มาก
การจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน	4.38 (0.78)	มาก
การคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น	4.60 (0.47)	มากที่สุด
การสื่อสารด้านสุขภาพให้ประชาชนในชุมชน	4.60 (0.67)	มากที่สุด
มีบันทึกการให้บริการและจัดเก็บข้อมูลที่สามารถสืบค้นได้	4.65 (0.68)	มากที่สุด

ในตาราง 9 ช่อง ออกกำลังกายด้วยไม้กวาด มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การส่งต่อความรู้ในการป้องกันโรค จากแพทย์ พยาบาลสู่ อสม. และ อสม.ส่งต่อประชาชน เมื่อออกเยี่ยมบ้าน

2. การจัดบริการสุขภาพ พบว่า มีการคัดกรองประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป เน้นในเรื่องโรคไม่ติดต่อ โรคความดันโลหิตสูง หากพบว่ามีความเสี่ยงจะนัดติดตามอาการทุก 2 สัปดาห์ และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตน

"คัดกรองทุกวันเสาร์ วันอาทิตย์ ใครอยากมาก็ได้เลย ส่วนมากถ้ามีอาการเล็กน้อยก็จะมาตรวจดูว่าเป็นยังไง ประหยัดเวลาในการไปหาหมอ มีการตรวจวัดความดัน เจาะน้ำตาล ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดส่วนสูง ถ้านัดแล้วไม่ว่างจะนัดวันถัดไปเพื่อเก็บตก ถ้ายังผิดปกติก็จะส่งชื่อไปที่รพสต. รพสต. คัดกรองอีกรอบ จากนั้นส่งให้หมอ" (VH1-8)

3. การจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน ข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ และการสื่อสารและให้ข้อมูล พบว่า ในพื้นที่มีการส่งเสริมทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาล การติดตามเยี่ยมบ้าน การลงบันทึกสมุดรายงานของ อสม. เมื่อมีการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิต หากมีอาการเปลี่ยนแปลงในแต่ละครั้งจะทำการลบข้อมูลเดิมแล้วเขียนเพิ่มใหม่หลังจากนั้นจึงส่งรายงานให้กับ รพสต. มีการติดต่อสื่อสารโดยการโทรแจ้ง อสม. เมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน จะมีไลน์กลุ่มในการติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์ พยาบาล และอสม. กลุ่มไลน์ผู้ป่วยเบาหวานกับกลุ่มอสม.และกลุ่มไลน์ระหว่าง อสม. กับสมาชิกในครัวเรือน นอกจากนี้มีหอกระจายข่าวในการประชาสัมพันธ์ข้อมูล

3. รูปแบบการดูแลสุขภาพชุมชนด้วยสถานีสุขภาพชุมชน จากการเก็บข้อมูลต่าง ๆ ได้สรุปผลรูปแบบการดูแลสุขภาพฯ โดยใช้ตัวย่อ "THUNG BON Model" แทนความหมายของแต่ละองค์ประกอบดังนี้

องค์ประกอบ	ความหมาย	กลไกการดำเนินงาน
T-team collaboration	การสร้างทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน	มีคณะกรรมการสุขภาพชุมชนที่รวมตัวแทนจาก อสม., รพ.สต., ผู้นำหมู่บ้าน, อบต., และประชาชน ทำหน้าที่วางแผน กำกับ และติดตามงานด้านสุขภาพ

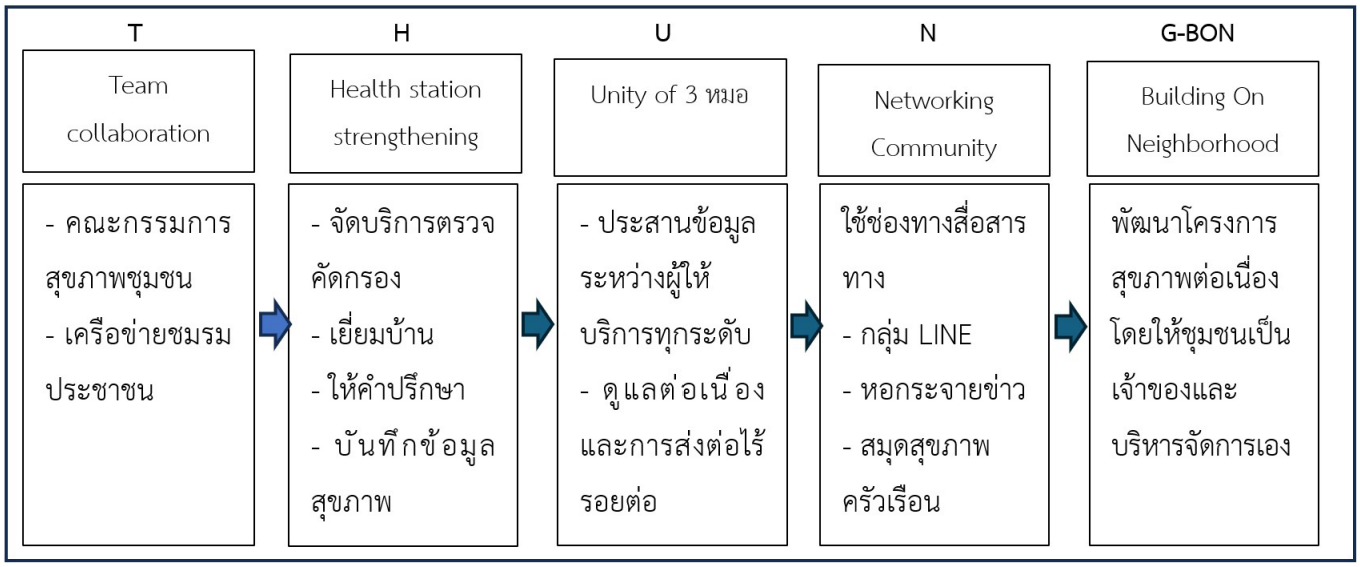
องค์ประกอบ	ความหมาย	กลไกการดำเนินงาน
H-health station strengthening	การเสริมความเข้มแข็งของสถานีสุขภาพชุมชนให้เป็น “จุดบริการสุขภาพปฐมภูมิใกล้บ้าน” ซึ่งสอดคล้องกับหลักการดูแลสุขภาพขั้นปฐมภูมิ (primary health care, PHC)	จัดบริการตรวจคัดกรอง เยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษา และบันทึกข้อมูลสุขภาพอย่างเป็นระบบ เน้นบริการแบบ “ใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ”
U-unity of 3 หมอ	การบูรณาการการทำงานของหมอ 3 ระดับ (อสม. พยาบาล แพทย์ครอบครัว)	กำหนดบทบาทชัดเจนและประสานข้อมูลระหว่างผู้ให้บริการทุกระดับ เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง และการส่งต่อไร้รอยต่อ (continuum of care)
N-networking community	เครือข่ายชุมชนและสังคมท้องถิ่นที่สร้างจาก “ทุนทางสังคม (social capital)” ทั้งในมิติ bonding bridging และ linking	ใช้ช่องทางสื่อสาร เช่น กลุ่ม line หอกระจายข่าว สมุดสุขภาพครัวเรือน เป็นโครงสร้างข้อมูลสุขภาพระดับครัวเรือนเชื่อมกับ รพ.สต. เพิ่มความไว้วางใจและการมีส่วนร่วมของประชาชน
G-BON-building on neighbor-hood wellbeing	การต่อยอดจากทุนทางสังคมไปสู่ความเป็นอยู่ดีของชุมชน (well-being neighborhood)”	พัฒนาโครงการสุขภาพต่อเนื่อง (เช่น ออกกำลังกาย ดูแลผู้สูงอายุ ป้องกันโรคไม่ติดต่อ) โดยให้ชุมชนเป็นเจ้าของและบริหารจัดการเอง เกิดความยั่งยืนของระบบสุขภาพท้องถิ่น

จากแนวคิดดังกล่าว ได้สรุปผลรูปแบบการดูแลสุขภาพชุมชนด้วยสถานีสุขภาพชุมชน “THUNG BON Model” รายละเอียดดังภาพที่ 1

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาวะชุมชนด้วยสถานีสุขภาพชุมชน โดยใช้กรอบแนวคิด 3ก 1ข 3ส ผสมผสานกับแนวคิดทุนทางสังคม และวิเคราะห์ทั้งมิติด้านโครงสร้างและมิติด้านบริการ ข้อมูลเชิงปริมาณชี้ให้เห็นว่าการดำเนินงานอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ขณะที่ข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนพลวัตของชุมชน การมีส่วนร่วมของ อสม. และความสัมพันธ์เชิงระบบระหว่างชุมชน หน่วยบริการ และองค์กรท้องถิ่น ส่วนนี้จะอภิปรายผลการวิจัยโดยเชื่อมโยงกับกรอบแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ

1. มิติด้านโครงสร้าง: กลไกชุมชนและทุนทางสังคม มิติด้านโครงสร้าง พบว่าอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะคณะกรรมการและกลไกชุมชนที่มีบทบาทกำกับ ติดตาม และสนับสนุนการดำเนินงานสถานีสุขภาพชุมชน ผลวิจัยนี้สอดคล้องกับกรอบแนวคิด WHO health system building blocks



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลสุขภาพชุมชนด้วยสถานีสุขภาพชุมชน “THUNG BON Model”

ซึ่งระบุว่าระบบสุขภาพที่ดีต้องมีความเข้มแข็งของผู้นำ การบริหาร และเครือข่ายบุคลากร[8] ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า ความไว้วางใจ ความสมัครใจ และการร่วมแรงร่วมใจของคนในชุมชน มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนงานสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทุนทางสังคมของ Putnam ที่ชี้ว่าความไว้วางใจและเครือข่ายทางสังคมช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของนโยบายและการจัดการชุมชน[9] ผลการวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับงานของ เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ และปนัดดา ปริยฑฤฆ ซึ่งระบุว่าระบบสุขภาพชุมชนจะเข้มแข็งเมื่อมีคณะกรรมการสุขภาพและกลไกภาคประชาชนร่วมสนับสนุน[5] รวมถึงงานของ วารุณี เสี่ยงบุญ ที่พบว่าความร่วมมือของ อปท. ผู้นำชุมชน อสม. เป็นปัจจัยกำหนดความยั่งยืนของระบบสุขภาพระดับตำบล[10] แม้พบข้อจำกัดเกี่ยวกับเวชภัณฑ์และงบประมาณ แต่ชุมชนสามารถชดเชยด้วยการประสานงานและปรับตัวผ่านเครือข่ายความร่วมมือ ซึ่งอธิบายได้ด้วยแนวคิด Complex Adaptive Systems (CAS) ที่มองระบบสุขภาพชุมชนเป็นระบบที่เรียนรู้และปรับตัวร่วมกันผ่านปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง[11]

2. มิติด้านบริการ: ความเข้มแข็งของระบบสุขภาพปฐมภูมิ มิติด้านบริการอยู่ในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะบริการเชิงรุก เช่น การคัดกรองโรคไม่ติดต่อ (NCDs) การเยี่ยมบ้าน และการติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของดูแลสุขภาพขั้นปฐมภูมิ (primary health care, PHC) ที่มุ่งเน้นบริการสุขภาพที่เข้าถึงง่าย เป็นมิตร และต่อเนื่อง[12] ผลวิจัยนี้สอดคล้องกับงานของ Penchan และ Panadda ที่พบว่าชุมชนที่มีระบบบริการปฐมภูมิคุณภาพสูงสามารถลดภาระโรงพยาบาลและเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันของประชาชนได้ [13] เช่นเดียวกับงานของ Manyazewal ซึ่งระบุว่าประเทศกำลังพัฒนาที่มีบริการปฐมภูมิแข็งแรงจะทำให้ระบบสุขภาพโดยรวมมีประสิทธิภาพมากขึ้น[14]

3. ผลข้อมูลเชิงคุณภาพ: ความร่วมมือ-การสื่อสาร-ความไว้วางใจ ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพพบ 3 แนวคิดหลัก ได้แก่ 1) พลังจิตอาสาและทุนทางสังคม 2) บริการ “ใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” และ 3) การสื่อสารและความร่วมมือคือหัวใจของความยั่งยืน ผลนี้สะท้อนว่าชุมชนมีพลังร่วมและมีระบบข้อมูลข่าวสารที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวคิดของ WHO ที่มองระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง[8] นอกจากนี้ งานของ Jiaviriyaboonya และคณะ ยังพบว่า อสม. ทำหน้าที่เป็น “ตัวกลางของความไว้วางใจ” ระหว่างระบบสุขภาพและประชาชน ทำให้ข้อมูลสุขภาพ

ถูกสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและทำงานในบริบทชุมชนได้ดีขึ้น[15]

4. การสังเคราะห์สู่รูปแบบ THUNG-BON MODEL สะท้อนระบบสุขภาพชุมชนแบบบูรณาการ โดยมีทุนทางสังคม การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชน ทีมสุขภาพ และระบบข้อมูล ลักษณะของรูปแบบนี้สอดคล้องกับแนวคิด community empowerment ของ Labonte ที่ย้ำว่าการเสริมพลังชุมชนจะเกิดขึ้นเมื่อชุมชนมีอำนาจในการกำหนดและควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง[16] และสอดคล้องกับแนวคิด CAS ที่มองว่าระบบสุขภาพเป็นระบบที่สามารถเรียนรู้และปรับตัวอย่างต่อเนื่อง[11]

จากการศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การผสานทุนทางสังคม บริการปฐมภูมิคุณภาพสูง และระบบข้อมูลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เป็นรากฐานของระบบสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน และ THUNG-BON MODEL สามารถเป็นแนวทางต้นแบบให้พื้นที่อื่นนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1. นำผลการศึกษาวิจัยไปเป็นแบบอย่างในการพัฒนาชุมชนอื่นๆโดยนำรูปแบบการปฏิบัติงานสถานีสุขภาพชุมชน เกิดชุมชนเข้มแข็งจัดการสุขภาพตนเอง
2. นำไปแก้ไขปัญหาการขาดแคลนของอุปกรณ์ทางการแพทย์
3. ในการปฏิบัติงานทุกคนควรปฏิบัติได้ทุกหน้าที่

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. การเพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่างการศึกษา ให้ครอบคลุมถึงผู้รับบริการ
2. พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาวะชุมชนด้วยสถานีสุขภาพชุมชนเพื่อการดูแลการให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเชื่อมระบบกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ

เอกสารอ้างอิง

1. เริงวิชญ์ นิลโคตร, นิภาวรรณ เจริญลักษณ์. การพัฒนาสุขภาวะชุมชนโดยประยุกต์ใช้บริบทชุมชนเป็นฐาน: กรณีศึกษาการฟ้อนไทยทรงดำบ้านดอนทอง ตำบลดอนข่อย อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม.กระแสวัฒนธรรมวารสาร 2564;7(9):94–110.
2. พงษศักดิ์ นาต๊ะ. การบูรณาการในระบบสุขภาพชุมชน. วารสารนวัตกรรมไทย 2562; 11(1):79–85.
3. กระทรวงมหาดไทย.การสาธารณสุขมูลฐาน [อินเตอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2567 กุมภาพันธ์ 14]. เข้าถึงได้จาก: https://images.app.goo.gl/DTGYXtv5AMRAz5pr8.
4. ประพันธ์ ใยบุญมี. ชมรมสาธารณสุขฯ หนุน Health Station ผุดตำบลละ 1 แห่ง อีกกลไกช่วงเปลี่ยนผ่านถ่ายโอนรพ.สต. [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2567 กุมภาพันธ์ 1]. เข้าถึงได้จาก:https://www.hfocus.org/content/2023/10/28720.
5. เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ, ปนัดดา ปริยฑฤฆ. กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชน: กรณีศึกษาในชุมชนพื้นที่ภาคกลาง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2557;28(1) 3–14:1–15.
6. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas 1970;30:607–10.
7. นพพร ธนชัยขันธ์. สถิติเบื้องต้นสำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ: วิทยาพัฒน์; 2555.
8. World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes–WHO's framework for action. Geneva: WHO; 2007.
9. Putnam RD. Making democracy work: civic traditions in modern Italy. Princeton

(NJ): Princeton University Press; 1993.
10. วารุณี เสี่ยงบุญ. การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพชุมชน จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารแพทย์เขต 4–5 2566;42(3):445–50.
11. Paina L, Peters DH. Understanding pathways for scaling health services through CAS lens. Health Policy Plan 2012;27(5):365–73.
12. World Health Organization. A vision for primary health care in the 21st century. Geneva: WHO; 2018.
13. Penchan S, Panadda P. Development process of community health care system. J Public Health Nurs 2014; 28(1):3–14.
14. Manyazewal T. Using WHO's health system building blocks to determine performance of public healthcare facilities. BMC Res Notes 2017;10:251.
15. Jiaviriyaboonya P, et al. Anthropological study of village health volunteers' roles. Heliyon 2022;8(11):e11234.
16. Labonte R. Health promotion and empowerment. Health Educ Q 1994; 21(2):253–68.

กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

ISSN 2985-1823 (Online)

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

Homepage: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9
ปีที่ 31 ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม 2568) หน้า [104-115]

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอด ในโรงพยาบาลลำทับ อำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่

Factors Related to Anemia in Pregnant Women Receiving Delivery Services at Lamthap Hospital in Lam Thap District, Krabi Province

รุจิรา ประคีตะวาทิน
Rujira Prakeetavatin
โรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่
Lamthap Hospital, Krabi Province
*Corresponding author: rrprakeetavatin@gmail.com
(Received: Nov 25, 2024 / Revised: Nov 18, 2025/Accepted: Dec 4, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลลำทับ อำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลลำทับ อำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครซี่และมอร์แกน ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 114 ฉบับ เก็บข้อมูลในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2567 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) ปัจจัยทางสูติกรรม และ 3) การเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ฯ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า 1) ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ฯ ได้แก่ ระดับการศึกษา (χ^2 = 22.73, p <0.01) และด้านดัชนีมวลกายเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก (χ^2 = 32.34, p <0.01) 2) ปัจจัยด้านสูติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ฯ ได้แก่ อายุเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก (χ^2 = 7.60, p <0.02) ผลการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย (χ^2 = 28.02, p <0.01) และการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ (χ^2 = 9.70, p <0.01) จากผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าควรมีการกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์เข้ารับการฝากครรภ์ให้ครบถ้วนตามเกณฑ์ ส่งเสริมภาวะโภชนาการ รวมถึงการทานยาเสริมธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจางและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดในหญิงตั้งครรภ์ได้ในอนาคต

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์, ภาวะโลหิตจาง, ปัจจัยด้านสูติกรรม

Abstract

The study was a retrospective descriptive study. The objective was to investigate the factors associated with the occurrence of anemia among pregnant women who delivered at Lam Thap Hospital, Lam Thap District, Krabi Province. The sample consisted of 114 pregnant women who received delivery services at the hospital. The sample size was calculated using the formula by Krejcie and Morgan. Data were collected between October 2022 and September 2024 using a data collection form that included three main categories: 1) personal factors, 2) obstetric factors, and 3) the occurrence of anemia among pregnant women. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage) and inferential statistics employing the chi-square test to examine associations at a statistical significance level of $p < 0.05$. The results showed that personal factors were significantly associated with the occurrence of anemia among pregnant women ($p < 0.01$). These factors included educational level ($\chi^2 = 22.73$, $p < 0.01$) and body mass index (BMI) at the first antenatal care (ANC) visit ($\chi^2 = 32.34$, $p < 0.001$). Moreover, obstetric factors were also statistically significantly associated with anemia ($p < 0.01$). These factors included age at the first ANC visit ($\chi^2 = 7.60$, $p < 0.02$), thalassemia screening results ($\chi^2 = 28.02$, $p < 0.01$), and completing ANC visits as scheduled ($\chi^2 = 9.70$, $p < 0.01$). From these findings, it is recommended to promote complete adherence to the ANC schedule, encourage improved nutritional status, and emphasize the consistent intake of iron supplements among pregnant women to prevent anemia and associated complications.

Keywords: Pregnant Women, Anemia in Pregnancy, Obstetric Factors

บทนำ

ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยพบความชุกของการเกิดภาวะโลหิตจางในระยะตั้งครรภ์มากกว่าร้อยละ 20 ของทุกประเทศทั่วโลก เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในขณะตั้งครรภ์ ทำให้มีปริมาณพลาสมาในร่างกายมากกว่าจำนวนเม็ดเลือดแดง (erythrocytes) ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางเพิ่มมากขึ้น โดยประเทศที่กำลังพัฒนาจะมีความชุกของการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์สูงและมีความรุนแรงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว[1] ภาวะโลหิตจางนี้ ส่งผลกระทบและมีความรุนแรงโดยตรงต่อหญิงตั้งครรภ์ ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ทั้งต่อตัวหญิงตั้งครรภ์เองและทารกในครรภ์ โดยหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การคลอดก่อนกำหนด และเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดหรือหลังคลอดได้ เช่น การตกเลือดหลังคลอด เสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ (pre-eclampsia) และติดเชื้อได้ง่ายกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติ รวมถึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อก (shock) และหัวใจวายได้ ส่วนผลกระทบต่อทารกในครรภ์ คือ ทารกคลอดก่อนกำหนด (preterm birth) มีน้ำหนักตัวน้อย และมีภูมิต้านทานต่ำ ทำให้เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยได้ง่าย ดังนั้นหากหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยตั้งแต่แรกเริ่ม และทราบสาเหตุของการเกิดภาวะโลหิตจาง จะสามารถแก้ไขและเข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้[2]

จากการสำรวจสถานการณ์ภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565–2567 พบหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 29.45 30.89 และ 32.45 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเมื่อจำแนกรายเขตสุขภาพ พบว่า ในปี พ.ศ. 2566–2567 เขตสุขภาพที่ 11 พบหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางเป็นลำดับที่ 3 ของประเทศ มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 32.78 โดยจังหวัดกระบี่ มีอุบัติการณ์ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์สูงถึงร้อยละ 25.49 และในพื้นที่อำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ พบหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางสูงสุดเป็นลำดับที่ 1 ร้อยละ 21.54 ส่วนใหญ่พบในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 79.45 ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายของงานอนามัยแม่และเด็ก ตามนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560–2569) คือ ไม่เกินร้อยละ 10 ต่อปีเท่านั้น[3]

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลลำทับ อำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ และเป็นข้อมูลในการสนับสนุนเพื่อให้เกิดแนวทางการพัฒนาระบบการบริการ รวมถึงมาตรการในการป้องกันควบคุมการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลลำทับ อำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (retrospective descriptive study) ดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ เวชระเบียนของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลลำทับ อำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567 จำนวน 161 ฉบับ ซึ่งในจำนวนนี้จะใช้ตารางการประมาณขนาดตัวอย่าง (จำนวนเวชระเบียน) ตามสูตรของเครซี่และมอร์แกน[4] ได้จำนวนทั้งสิ้น 114 ฉบับ จากนั้นสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย

(simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากหมายเลขประจำตัวผู้ป่วย (hospital number, HN) จากข้อมูลเวชระเบียนที่มีความถูกต้องครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือแบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว และดัชนีมวลกายเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก (BMI) รวมจำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยทางสูติกรรม ได้แก่ อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ระยะห่างระหว่างตั้งครรภ์จากครรภ์ประวัติการแท้งบุตร ผลการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียและการฝากครรภ์ รวมจำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 การเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลลำทับ อำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ จำนวน 1 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีค่า IOC ทั้งฉบับเท่ากับ 0.98 จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษา จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha) ของแบบสอบถามส่วนที่ 1 เท่ากับ 0.984 ส่วนที่ 2 เท่ากับ 0.983 และส่วนที่ 3 เท่ากับ 0.983 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยพัฒนาและทดลองเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการดำเนินงาน

2. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตใช้ข้อมูลกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำทับ อำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอดในช่วงเวลาที่กำหนดด้วยแบบบันทึกข้อมูล

4. ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูล และบันทึกข้อมูลด้วย Microsoft Excel

5. วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) กรณีเป็นตัวแปรไม่ต่อเนื่องจะนำเสนอด้วยความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด กรณีเป็นข้อมูลต่อเนื่อง นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ (chi-square test)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา หมายเลขใบรับรอง SCPHYLIRB-2567/400 วันที่ให้การรับรอง 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 โดยให้เก็บข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

จากการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลลำทับ อำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 26–35 ปี ร้อยละ 44.7 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 43.8 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 37.7 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 87.7 และดัชนีมวลกายเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก (BMI) อยู่ระหว่าง 18.5–25.0 kg/m^2 ร้อยละ 53.5 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยด้านสูติกรรม

จากการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลลำทับ อำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรกระหว่าง 1–14 สัปดาห์ ร้อยละ 64.9 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 63.2 โดยพบหญิงที่ตั้งครรภ์มากกว่า 1 ครั้ง จำนวน 42 คน ร้อยละ 36.84 และมีระยะการตั้งครรภ์ปัจจุบันห่างจากครรภ์ก่อนหน้ามากกว่า 2 ปี ร้อยละ 54.76 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการแท้งบุตร ร้อยละ 95.6 ไม่เป็นโรคธาลัสซีเมีย

ร้อยละ 80.7 และฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ 5 ครั้ง ร้อยละ 59.6 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n = 114)	ร้อยละ
อายุ		
น้อยกว่า 15 ปี	11	9.7
16–25 ปี	47	41.2
26–35 ปี	51	44.7
36 ปีขึ้นไป	5	4.4
ระดับการศึกษา		
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	19	16.7
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย	45	39.5
ระดับปริญญาตรี	50	43.8
อาชีพ		
เกษตรกร	43	37.7
พนักงานเอกชน	37	32.5
ข้าราชการ	20	17.5
อื่น ๆ	14	12.3
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	100	87.7
มีโรคประจำตัว	14	12.3
ดัชนีมวลกายเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก (BMI)		
น้อยกว่า 18.5 kg/m^2	20	17.5
ระหว่าง 18.5–25.0 kg/m^2	61	53.5
ระหว่าง 26.0–30.0 kg/m^2	29	25.4
ระหว่าง 30.0–35.0 kg/m^2	3	2.7
มากกว่า 35.0 kg/m^2	1	0.9

ตารางที่ 2 ข้อมูลปัจจัยด้านสูติกรรม

ข้อมูลปัจจัยด้านสูติกรรม	จำนวน (n = 114)	ร้อยละ
อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก		
1–14 สัปดาห์	74	64.9
15–28 สัปดาห์	35	30.7
29–42 สัปดาห์	5	4.4
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์		
ตั้งครรภ์ครั้งแรก	72	63.2
ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2	39	34.2
ตั้งครรภ์มากกว่า 2 ครั้ง	3	2.6
ระยะห่างระหว่างตั้งครรภ์จากครรภ์ก่อนหน้านี้ (n = 42)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ปี	19	45.24
มากกว่า 2 ปี	23	54.76
ประวัติการแท้งบุตร		
มีประวัติการแท้งบุตร	5	4.4
ไม่มีประวัติการแท้งบุตร	109	95.6
ผลการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย		
เป็นโรคธาลัสซีเมีย	5	4.4
เป็นพาหะโรคธาลัสซีเมีย	17	14.9
ไม่เป็นโรคธาลัสซีเมีย	92	80.7
การฝากครรภ์		
ครบตามเกณฑ์ 5 ครั้ง	68	59.6
ไม่ครบตามเกณฑ์	46	40.4

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์

จากผลการศึกษา พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลลำทับ อำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565–วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567 จำนวน 114 คน พบภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 12.3 และไม่เป็นภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 87.7 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์

การเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์	จำนวน (n = 114)	ร้อยละ
เกิดภาวะโลหิตจาง	14	12.3
ไม่เกิดภาวะโลหิตจาง	100	87.7

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอด

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาและการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.05 พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ดังนี้ <u>ด้านปัจจัยส่วนบุคคล</u> ได้แก่ ระดับการศึกษา (χ^2 = 22.73, p < 0.01) และด้านดัชนีมวลกายเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก (χ^2 = 32.34, p < 0.01) <u>ด้านสูติกรรม</u> ได้แก่ อายุเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก (χ^2 = 7.60, p < 0.02) ผลการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย (χ^2 = 28.02, p < 0.01) และการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ (χ^2 = 9.70, p < 0.01) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลลำทับ อำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่

ลักษณะ	เกิดภาวะโลหิตจาง (n = 14)		ไม่เกิดภาวะโลหิตจาง (n = 100)		χ^2	*p*-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ปัจจัยส่วนบุคคล						
อายุ					4.23	0.23
น้อยกว่า 15 ปี	3	21.4	8	8.0		
16–25 ปี	7	50.0	40	40.0		
26–35 ปี	4	28.6	47	47.0		
36 ปีขึ้นไป	0	0	5	5.0		
ระดับการศึกษา					22.73	< 0.01
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	8	57.1	11	11.0		
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย	6	42.9	39	39.0		
ระดับปริญญาตรี	0	0	50	50.0		
อาชีพ					2.02	0.56
เกษตรกร	7	50.0	36	36.0		
พนักงานเอกชน	5	35.7	32	32.0		

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลลำทับ อำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ (ต่อ)

ลักษณะ	เกิดภาวะโลหิตจาง (n = 14)		ไม่เกิดภาวะโลหิตจาง (n = 100)		χ^2	*p*-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ข้าราชการ	1	7.1	19	19.0		
อื่น ๆ	1	7.1	13	13.0		
โรคประจำตัว					2.23	0.14
ไม่มีโรคประจำตัว	14	100.0	86	86.0		
มีโรคประจำตัว	0	0	14	14.0		
ดัชนีมวลกายเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก (BMI)					32.34	< 0.01
น้อยกว่า 18.5 kg/m^2	10	71.4	10	10.0		
ระหว่าง 18.5–25.0 kg/m^2	2	14.3	59	59.0		
ระหว่าง 26.0–30.0 kg/m^2	2	14.3	27	27.0		
ระหว่าง 30.0–35.0 kg/m^2	0	0	3	3.0		
มากกว่า 35.0 kg/m2	0	0	1	1.0		
ปัจจัยด้านสูติกรรม						
อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก					7.60	0.02
1–14 สัปดาห์	5	35.7	69	69.0		
15–28 สัปดาห์	7	50.0	28	28.0		
29–42 สัปดาห์	2	14.3	3	3.0		
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์					0.74	0.69
ตั้งครรภ์ครั้งแรก	10	71.4	62	62.0		
ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2	4	28.6	35	35.0		
ตั้งครรภ์มากกว่า 2 ครั้ง	0	0	3	3.0		
ระยะห่างระหว่างตั้งครรภ์จากครรภ์ก่อนหน้านี้ (n = 42)					0.49	0.48

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลลำทับ อำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ (ต่อ)

ลักษณะ	เกิดภาวะโลหิตจาง (n = 14)		ไม่เกิดภาวะโลหิตจาง (n = 100)		χ^2	*p*-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ปี	3	60.0	16	38.1		
มากกว่า 2 ปี	2	40.0	21	61.9		
ประวัติการแท้งบุตร					3.73	0.05
มีประวัติการแท้งบุตร	2	14.3	3	3.0		
ไม่มีประวัติการแท้งบุตร	12	85.7	97	97.0		
ผลการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย					28.02	< 0.01
เป็นโรคธาลัสซีเมีย	2	14.3	3	3.0		
เป็นพาหะโรคธาลัสซีเมีย	8	57.1	9	9.0		
ไม่เป็นโรคธาลัสซีเมีย	4	28.6	88	88.0		
การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์					9.70	< 0.01
ครบตามเกณฑ์ 5 ครั้ง	3	21.4	65	65.0		
ไม่ครบตามเกณฑ์	11	78.6	35	35.0		

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา และด้านดัชนีมวลกายเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก และปัจจัยทางสูติกรรม ได้แก่ อายุเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก ผลการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย และการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลลำทับ อำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมณีรัศมิ์ พัฒนสมบัติสุข[5] ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในจังหวัดยะลา พบว่า ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล และประวัติทางสูติกรรม มีความสัมพันธ์กับภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ โดยปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อสุขภาพ โภชนาการ และการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ ซึ่งหากหญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงจากปัจจัยดังกล่าว มักมีโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางสูงขึ้นกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติ เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละปัจจัยเพิ่มเติม สามารถอภิปรายผลดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ระดับการศึกษาและด้านดัชนีมวลกายเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของธัญญารัตน์ สิงห์แดง[6] ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ระดับการศึกษาของหญิงตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR = 4.224,

95%CI: 1.023–17.446, $p < 0.05$) เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาต่ำมีแนวโน้มได้รับความรู้เกี่ยวกับโภชนาการและการป้องกันภาวะซีดน้อยกว่า อาจขาดความเข้าใจในการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก หรือไม่รับประทานยาบำรุงเลือดตามคำแนะนำ และสอดคล้องกับการศึกษาของโอทนี สุวรรณมาลี[7] ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยเสี่ยงของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดในโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ พบว่า ดัชนีมวลกายของหญิงตั้งครรภ์เป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR = 2.284, 95%CI: 1.15–4.50) เนื่องจากการมีค่าดัชนีมวลกายต่ำบ่งบอกถึงภาวะทุพโภชนาการ หรือขาดแคลนสารอาหารที่จำเป็นต่อการสร้างเม็ดเลือดแดง โดยเฉพาะธาตุเหล็ก กรดโฟลิก และวิตามินบี 12 ในทางกลับกัน หญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายสูง (BMI ≥ 25 kg/m²) บางรายอาจมีการอักเสบในระดับต่ำเรื้อรัง (chronic inflammation) ซึ่งรบกวนการสร้างเม็ดเลือดแดง

ส่วนปัจจัยด้านอายุ อาชีพ และโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลลำทับ อำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ อาจเนื่องมาจากหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์ ประกอบอาชีพที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน เช่น เกษตรกรรมหรือพนักงานเอกชน และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง ทำให้ไม่พบความแตกต่างของความเสี่ยงระหว่างกลุ่มดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญ

2. ปัจจัยทางสูติกรรม พบว่า อายุเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก ผลการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย และการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของพรวิไล อักษร[8] ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นธาลัสซีเมีย มีความชุกการเกิดภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 60.90 และมีโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางเป็น 3.02 เท่า เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้เป็นพาหะธาลัสซีเมีย (95%CI :1.96–4.65, p <0.01) เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นธาลัสซีเมียพาหะหรือมีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางสูง เนื่องจากความผิดปกติในการสร้างฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง ส่งผลให้เม็ดเลือดแดงมีประสิทธิภาพในการนำออกซิเจนต่ำ แม้จะได้รับธาตุเหล็กเพียงพอ แต่ก็อาจนำไปสู่ภาวะซีดที่รุนแรงในระหว่างตั้งครรภ์ได้ ทำให้ต้องส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์เข้ารับการตรวจคัดกรองพร้อมกับให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์ในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย และสอดคล้องกับการศึกษาของวราภรณ์ ปู่วัง[9] ศึกษาเรื่องความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดโรงพยาบาลหนองคาย สะท้อนให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ฝากครรภ์ครบถ้วนตามเกณฑ์ หรือขาดนัด มักมีโอกาสขาดการเฝ้าระวังและการให้คำแนะนำที่เหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์

ส่วนปัจจัยด้านสูติกรรม อื่นๆ ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ระยะห่างระหว่างตั้งครรภ์จากครรภ์ ประวัติการแท้งบุตร ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโลหิตจาง เนื่องจากจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และระยะห่างของการตั้งครรภ์อาจไม่ได้มีผลต่อระดับฮีโมโกลบินหรือความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากระบบการฝากครรภ์ปัจจุบันมีมาตรฐานการดูแลที่ชัดเจน หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการจะได้รับการคัดกรองภาวะโลหิตจาง การให้ยาเสริมธาตุเหล็ก และการประเมินโภชนาการตามเกณฑ์ที่เท่าเทียมกัน ทำให้ลดความแตกต่างของความเสี่ยงระหว่างผู้ที่ฝากครรภ์เร็วและช้าได้ และประวัติการแท้งบุตร อาจไม่ใช่ปัจจัยที่กำหนดความเสี่ยงของภาวะซีดในครรภ์ปัจจุบันอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้เป็นไปได้ว่าผู้หญิงที่เคยมีประสบการณ์แท้งบุตรมักได้รับการดูแลสุขภาพและติดตามจากบุคลากรสาธารณสุขอย่างใกล้ชิดระหว่างตั้งครรภ์ครั้งถัดไป รวมถึงได้รับคำแนะนำด้านโภชนาการ การเสริมธาตุเหล็ก และการตรวจคัดกรองความผิดปกติของเลือดอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ระดับฮีโมโกลบินไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ควรมีการส่งเสริมและติดตามให้หญิงตั้งครรภ์เข้ารับการฝากครรภ์ให้ครบตามเกณฑ์ เพื่อเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจาง และภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์

2. ควรมีการพัฒนาการส่งเสริมภาวะโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ และการทานยาเสริมธาตุเหล็ก เพื่อป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจางในหหญิงตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อให้ทราบปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลลำทับ อำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ และนำผลที่ได้มาปรับปรุงกระบวนการจัดบริการคลินิกอนามัยแม่และเด็กต่อไป

2. ควรเพิ่มตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาเพิ่มเติม เช่น ความรู้เรื่องการป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ หรือความรู้เรื่องโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้การศึกษามีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยเรื่องนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี โดยได้รับความกรุณาจากบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลลำทับ อำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ โรงพยาบาลกระบี่และผู้เกี่ยวข้อง ที่ให้คำแนะนำ สนับสนุน และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้อย่างดีตลอดมา จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ชลธิชา ตานา, ชเนนทร์ วนาภิรักษ์. ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ [อินเตอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ตุลาคม 12]. เข้าถึงได้จาก: https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/topic-review/5679/
2. ปรัชญา กาญจนโสภณ. ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ที่คลอด ณ โรงพยาบาลกระบี่: ความชุก ปัจจัยเสี่ยง.วารสารวิชาการแพทย์ 2558;29(2):219–25.
3. ระบบสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ระดับเขตสุขภาพ [อินเตอร์เน็ต].2565 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ตุลาคม 12]. เข้าถึงได้จาก: https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/anemia1549n/index?year=2025
4. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. EPM 1970;30(3):607–10.
5. มณีรัศมิ์ พัฒนสมบัติสุข, สุวรรณี กอ-วิวัฒนาการ, ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในจังหวัดยะลา. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2563;13(1):56–72.
6. ธัญญารัตน์ สิงห์แดง, ไพฑูรย์ พรหมเทศ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2566;8(2):101–9.
7. โอทนี สุวรรณมาลี. ปัจจัยเสี่ยงของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดในโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ 2566;13(2):81–98.
8. Aksorn P. Anemia and Thalassemia Trait in Pregnant Women Attending Sanpatong Hospital, Chiang Mai Province. Journal of Health Systems Research. 2008;2(1):115–21.
9. วราภรณ์ ปู่วัง. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดโรง

พยาบาลหนองคาย.วารสารการพยาบาล
สุขภาพและการศึกษา 2563;3(1):18–27.

ท้ายเล่ม

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลวิจัยเกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและภัยคุกคามสุขภาพ ตลอดจนผลงานควบคุมโรคต่าง ๆ โดยเน้นเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน ทุกผลงานวิชาการที่ลงตีพิมพ์เผยแพร่จะต้องผ่านการพิจารณากลั่นกรองจากผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาและรูปแบบการวิจัย จำนวน 3 ท่าน ที่จะช่วยพัฒนาต้นฉบับให้มีคุณภาพมากขึ้น ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อลงตีพิมพ์

1.บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ ควรเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วัสดุและวิธีการ ผลการศึกษา สรุปและอภิปรายผล กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง พิมพ์ด้วยตัวอักษร Angsana New ขนาดตัวอักษร 16 ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์กระดาษ A4

รายงานผู้ป่วย ควรเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ บทคัดย่อ (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) บทนำ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลวิจารณ์ ผลสรุป ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

รายงานผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ ผลสรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

บทความฟื้นวิชา ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจ ที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่าง ๆ ประกอบด้วย บทความย่อ บทนำ ความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียน วิจารณ์ หรือวิเคราะห์ ความรู้หรือข้อมูลที่นำมาเขียน สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย

รายงานการสอบสวนโรคฉบับสมบูรณ์ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ผู้รายงานและทีมสอบสวนโรค บทคัดย่อ บทนำหรือความเป็นมา วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการสอบสวนโรค มาตรการควบคุมและป้องกันโรค วิจารณ์ ผล ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวน สรุป ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

ย่อเอกสาร อาจย่อจากบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทยที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

2. การเตรียมบทความเพื่อลงตีพิมพ์

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง โดยมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช้คำย่อ) ระบุสถานที่ทำงานให้ชัดเจน

บทคัดย่อ คือ การย่อเนื้อหาสำคัญ ไม่อธิบายยาว ไม่วิจารณ์ละเอียด เขียนเฉพาะเนื้อหาที่จำเป็น ระบบตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคที่สมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้วไม่แบ่งเป็นข้อ ๆ การเขียนบทคัดย่อควรมีส่วนประกอบดังนี้ วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลและวิจารณ์ผลหรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ เนื้อหาในบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษต้องสอดคล้องกัน ความยาวไม่เกิน 350 คำ ระบุคำสำคัญ 3–5 คำ

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการศึกษาค้นคว้า กรณีเป็นการวิจัย ต่อยอดจากผลการวิจัยก่อนหน้า ควรระบุช่องว่างความรู้ที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา เพื่อค้นหาคำตอบและแนวทางแก้ไข ระบุวัตถุประสงค์การวิจัย สมมุติฐาน ขอบเขตการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย ระบุเป้าหมายของการศึกษา เพื่ออะไร โดยใคร ที่ไหน เมื่อไร อย่างไร ให้ครอบคลุมและชัดเจน

วิธีการศึกษา อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล การสุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ การวิเคราะห์ข้อมูลหรือการใช้สถิติที่นำมาประยุกต์

ผลการศึกษา อธิบายข้อค้นพบที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งแปลความหมายของข้อค้นพบต่าง ๆ

สรุปและอภิปรายผล ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัย โดยใช้แนวคิดทฤษฎีประกอบการอธิบาย วิเคราะห์ผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด ความสอดคล้องหรือความแตกต่างจากข้อค้นพบของงานวิจัยก่อนหน้านี้ โดยระบุแหล่งอ้างอิงที่สามารถสืบค้นเพิ่มเติมได้ บทสรุป (ถ้ามี) ควรเขียนเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขต การวิจัย วิธีการวิจัยสั้น ๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะ ประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง ใช้รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บยกไว้หลังข้อความ หรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงลำดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

3. การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

3.1 การอ้างอิงวารสาร

ก. ภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย

ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง. ชื่อย่อวารสาร ปี ค.ศ.;ปีที่พิมพ์ (Volume):หน้า.

กรณีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาพ (,) แต่ถ้าเกินให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก แล้วเติม et al.

ตัวอย่างการอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

Fisschl MA, Dickinson GM, Scott GB. Evaluation of heterosexual partners in children household contacts of adult with ALDS. JAMA 1987;25:640–4.

ข. ภาษาไทย ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนชื่อเต็ม ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม

กรณีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาพ (,) แต่ถ้าเกินให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก แล้วเติมคำว่า “และคณะ”

ตัวอย่าง

ธีระ รามสูต, อารดา โอวาทตระกูล, ทวีฤทธิ์ สิทธิเวคิน. โรคเรื้อนชนิดทิวเบอร์คิวลอยด์และโรคสะเก็ดเงิน. การศึกษาเปรียบเทียบด้านคลินิกและจุลพยาธิวิทยา. วารสารสถาบันบำราศนราดูร 2561;12(2):101–2.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ก. การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรของชื่อย่อ). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

Joman K. Tuberculosis case-finding and chemotherapy. Geneva: World Health Organization; 1979.

ข. การอ้างบทหนึ่งในหนังสือตำรา

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์: หน้า.

ตัวอย่าง

ศรีชัย หลูอารีย์สุวรรณ. การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน: ศรีชัย หลูอารีย์สุวรรณ, ดนัย บุนนาค, คุณหญิงตระหนักจิต หิรินสุต, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: รวมทรรศน์; 2553: 115–20.

3.3 การอ้างอิงวิทยานิพนธ์

ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา.

ตัวอย่าง

อังคาร ศรีชัยรัตนกูล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้เป็นโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

3.4 การอ้างอิงจากเว็บไซต์

- การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ [อินเตอร์เน็ต/Internet]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก: http://...

ตัวอย่าง

สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กรมวิชาการเกษตร. ปริมาณและมูลค่าการนำเข้าวัตถุอันตรายทางการเกษตร [อินเตอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มีนาคม 12]. เข้าถึงได้จาก: http://oaezone.oae.go.th/view/1/ปัจจัยการผลิต/TH-TH.

3.5 หนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม

ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor/editors. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; ปี เดือน วันที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง

นเรนทร์ โชติรสนิรมิต, บรรณาธิการ. New frontier in surgery. การประชุมวิชาการส่วนภูมิภาค ครั้งที่ 22; 2551 มกราคม 8; มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะแพทยศาสตร์, ภาควิชาศัลยศาสตร์; 2551.

3.6 เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์ (เช่น จุลสาร เอกสารอัดสำเนา)

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเอกสาร [จุลสาร]. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเอกสาร [เอกสารอัดสำเนา]. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์

ตัวอย่าง

หน่วยควบคุมโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. แนะนำโรคเอดส์ [เอกสารอัดสำเนา]. ขอนแก่น: โรงพยาบาล; [ม.ป.ป.]

กองควบคุมโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. โรคเอดส์: ป้องกันไว้ก่อนดีกว่าไม่มีทางแก้ [จุลสาร]. กรุงเทพมหานคร: กองควบคุมโรคติดต่อ; [ม.ป.ป.]

Lynn A. Living after AIDS threat of dying imposes stress [unpublished]. Chicago: University of Illinois; 1994.

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 พิมพ์ดีดหน้าเดียวลงบนกระดาษสั้น ขนาด A4 (21*29.7 ซม.) ใช้ตัวอักษร Angsana new ขนาดตัวอักษร 16 จำนวน 12 แผ่น

4.2 การตั้งค่าหน้ากระดาษ กั้นหน้า (ซ้าย) กั้นหลัง (ขวา) บน-ล่าง 2.54 ซม. (Margins Normal) ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 ระยะ

4.3 การเขียนต้นฉบับควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้น คำภาษาไทยที่แปลงไม่ได้หรือแปลงแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน

4.4 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพลายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกบนกระดาษหน้ามัน ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์ หรืออาจใช้ภาพโปสการ์ดแทนได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก ไม่เขียนลงในภาพ

4.5 สูตรที่ใช้ในการคำนวณ ให้เป็นตัวพิมพ์ ไม่ควรใช้ไฟล์ภาพ

4.6 การส่งบทความประเภทไฟล์ Word เพื่อตีพิมพ์ผ่านระบบออนไลน์ทางเว็บไซต์ ThaiJo

ขั้นตอนการส่งบทความ

1. เข้าไปที่เว็บไซต์ http://www.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9/index

2. สมัครสมาชิก Register สร้าง Username และ Password สร้าง Profile จากนั้นเข้าสู่ระบบ login และไปยังขั้นตอนการ Submission

3. Submission คลิก New Submission

ขั้นตอนที่ 1 เลือกทุกช่องทางเพื่อเป็นยืนยันว่าบทความของท่านเป็นไปตามเงื่อนไขที่วารสารกำหนด

ขั้นตอนที่ 2 อัปโหลดบทความเป็นไฟล์ .doc หรือ .docx เท่านั้น

ขั้นตอนที่ 3 กรอกรายละเอียดข้อมูลต่าง ๆ สำหรับบทความของท่าน เช่น ข้อมูล Author, Title, Abstract, Keywords, Reference

ขั้นตอนที่ 4 ยืนยันการส่งบทความ

ขั้นตอนที่ 5 เสร็จสิ้นการ Submission และเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบโดยบรรณาธิการ (Editor)

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้นิพนธ์ทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับการพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ

5.3 เรื่องที่ได้รับการพิจารณาลงตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบและทำหนังสือรับรองการตีพิมพ์ส่งให้ผู้นิพนธ์ทางไปรษณีย์/ระบบออนไลน์ทางเว็บไซต์ ThaiJo

6. ช่องทางการติดต่อวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ติดต่อได้ที่

6.1 ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ E-mail address: journaldpc9@gmail.com

6.2 ติดต่อด้วยเอกสารทางไปรษณีย์ ถึง

กองบรรณาธิการ วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา
กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา
ต.หนองบัวศาลา อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000
โทร. 044 – 212900 ต่อ 312

7. จริยธรรมการตีพิมพ์ผลงานในวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

บทบาทและหน้าที่ของผู้นิพนธ์

1. ผู้นิพนธ์ต้องรับรองว่าผลงานที่ส่งมานั้นเป็นผลงานใหม่และไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน และไม่ส่งต้นฉบับบทความซ้ำซ้อนกับวารสารอื่น และผู้นิพนธ์ต้องไม่นำผลงานไปเผยแพร่หรือตีพิมพ์กับแหล่งอื่น ๆ หลังจากที่ได้รับการตีพิมพ์กับวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมาแล้ว

2. ผู้นิพนธ์ต้องรายงานข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นจากการทำวิจัย ไม่บิดเบือนข้อมูล

3. ผู้นิพนธ์ไม่ละเมิดหรือคัดลอกผลงานของผู้อื่น ผู้นิพนธ์ต้องอ้างอิงผลงานของผู้อื่น หากมีการนำผลงานเหล่านั้นมาใช้อ้างอิงในผลงานของตน

4. ผู้นิพนธ์ต้องเขียนบทความวิจัยให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดไว้ใน “คำแนะนำสำหรับผู้เขียน”

5. ผู้นิพนธ์ที่มีชื่อปรากฏในบทความทุกคน ต้องเป็นผู้ที่มีส่วนในการดำเนินการวิจัยจริง

6. ผู้นิพนธ์ส่งบทความ ปรับแก้ไขบทความ ผ่านทางระบบออนไลน์ทางเว็บไซต์ ThaiJo เท่านั้น

บทบาทหน้าที่ของกองบรรณาธิการ

1. บรรณาธิการวารสารมีหน้าที่พิจารณารูปแบบความครบถ้วนสมบูรณ์และคุณภาพของบทความก่อนเริ่มกระบวนการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

2. บรรณาธิการเป็นผู้ประเมินเบื้องต้นในการตัดสินใจคัดเลือกบทความเข้าสู่กระบวนการตีพิมพ์และพิจารณาตีพิมพ์บทความที่ผ่านกระบวนการประเมินบทความแล้ว

3. บรรณาธิการต้องไม่แก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงเนื้อหาบทความและผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ

4. บรรณาธิการมีหน้าที่ตรวจสอบการคัดลอกผลงานผู้อื่น (plagiarism) และหากตรวจพบการคัดลอกผลงานของผู้อื่น ต้องหยุดดำเนินการประเมินบทความ และติดต่อผู้นิพนธ์บทความนั้นทันที เพื่อขอคำชี้แจงประกอบการประเมินบทความนั้น ๆ

5. บรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้นิพนธ์ และผู้ประเมินบทความ

6. บรรณาธิการต้องไม่ปฏิเสธการตีพิมพ์บทความ เพราะความสงสัยหรือไม่แน่ใจ

7. บรรณาธิการต้องใช้เหตุผลทางวิชาการในการพิจารณาบทความโดยปราศจากอคติที่มีต่อบทความและผู้นิพนธ์ในด้านเชื้อชาติ เพศ ศาสนา การเมือง และสังกัดของผู้นิพนธ์

8. บรรณาธิการต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์หรือผู้ประเมินบทความ

9. บรรณาธิการต้องปฏิบัติตามกระบวนการและขั้นตอนต่างๆของวารสารอย่างเคร่งครัด

10. บรรณาธิการต้องรักษามาตรฐานของวารสาร รวมถึงพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพสะท้อนองค์ความรู้ใหม่ ๆ และมีความทันสมัยเสมอ

11. บรรณาธิการออกใบรับรองตีพิมพ์ให้ผู้นิพนธ์ภายหลังจากผู้นิพนธ์ปรับแก้ไขบทความเรียบร้อยแล้วเท่านั้น

12. บทความที่ไม่ผ่านการพิจารณาบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้นิพนธ์ทราบเป็นลายลักษณ์อักษร โดยไม่ส่งคืนต้นฉบับและค่าธรรมเนียม ทั้งนี้ผลการพิจารณาของกองบรรณาธิการถือเป็นอันสิ้นสุด ผู้เขียนไม่มีสิทธิ์เรียกร้องหรืออุทธรณ์ใด ๆ ทั้งสิ้น

บทบาทและหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

1. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาความลับและไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความ
2. ผู้ประเมินบทความควรประเมินบทความในสาขาวิชาที่ตนมีความเชี่ยวชาญ
3. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาระยะเวลาประเมินบทความ ตามกรอบเวลาการประเมินบทความตามที่วารสารกำหนด
4. ผู้ประเมินบทความต้องไม่แสวงหาประโยชน์จากผลงานทางวิชาการที่ตนเองได้ทำการประเมินบทความ และไม่นำข้อมูลบางส่วนหรือทุกส่วนของบทความไปเป็นผลงานของตนเอง

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ถือเป็นผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัย ตลอดจนความเห็นส่วนตัวของผู้นิพนธ์ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้นิพนธ์จำเป็นต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน และปฏิบัติตามจริยธรรมในการตีพิมพ์ของวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

หมายเหตุ: วารสารมีระบบการตรวจสอบการลอกเลียนวรรณกรรมทางวิชาการ โดยโปรแกรมอักขราวิสุทธิ์ หากตรวจพบการคัดลอกมากกว่าร้อยละ 30 ทางวารสารจะแจ้งให้ดำเนินการแก้ไข หรืออาจจะไม่รับพิจารณาลงตีพิมพ์เผยแพร่

8. การเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ (Article Processing Charges, APC)

• วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ไม่มีนโยบายการเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ใดๆ ในทุกขั้นตอน

• แต่กรณีที่บทความได้รับการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญแล้ว ผู้นิพนธ์ต้องแก้ไขให้แล้วเสร็จ และหากผู้นิพนธ์แก้ไขไม่แล้วเสร็จและขอยกเลิกการตีพิมพ์ ผู้นิพนธ์ต้องชำระค่าดำเนินการของวารสารฯ จำนวน 1,800 บาท/บทความ

วารสารวิชาการ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

Journal of the office of disease prevention and control 9 Nakhon Ratchasima

ลิขสิทธิ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

เว็บไซต์ http://odpc9.ddc.moph.go.th/
https://ddc.moph.go.th/odpc9/