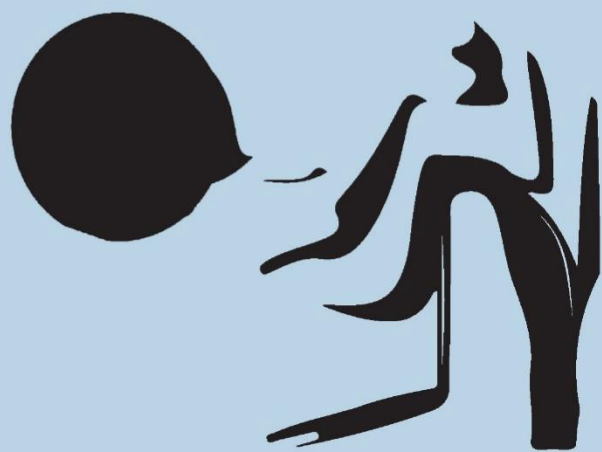




วารสารวิชาการสาธารณสุข

Academic
Journal of Community Public Health

Volume 10 Number 3 JULY – SEPTEMBER 2024

Academic Journal of Community Public Health

วารสารวิชาการสาธารณสุข Academic Journal of Community Public Health Volume 10 Number 3 JULY – SEPTEMBER 2024

วารสารวิชาการ สาธารณสุข



วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health : AJCPH)

วัตถุประสงค์วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

1. เพื่อรวบรวมและเผยแพร่ความรู้ทางการสาธารณสุขชุมชน นำไปสู่การสร้างนวัตกรรมและองค์ความรู้ใหม่
2. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนคุณภาพการวิจัยทางการสาธารณสุขชุมชน
3. เพื่อส่งเสริมการดำเนินงานทางวิชาการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ทั้งในภาครัฐและเอกชน
4. เพื่อเป็นสื่อวิชาการด้านการสาธารณสุขชุมชน สำหรับสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพชุมชน
5. เพื่อส่งเสริมคุณค่าและอัตลักษณ์ทางวิชาการของบุคลากรในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

ขอบเขตบทความตีพิมพ์

บทความตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชนควรสอดคล้องกับขอบเขตงานด้านสาธารณสุข สำหรับศตวรรษที่ 21 ได้แก่

1. การติดตามสถานการณ์สุขภาพในชุมชนเพื่อค้นหาปัญหา
2. การวินิจฉัยปัญหา การสืบสวนปัญหาและอันตรายด้านสุขภาพ
3. การแจ้งข่าว และการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน
4. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาสุขภาพ
5. การพัฒนานโยบายและแผน
6. กฎหมายและระเบียบเพื่อป้องกันสุขภาพ และสร้างเสริมความปลอดภัย
7. การเชื่อมประสานประชาชนกับการบริการสุขภาพ
8. การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพื่อให้มีความสามารถในการปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพ
9. การประเมินประสิทธิผลของโครงการ
10. การสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการแก้ปัญหาสุขภาพ

สำนักงานกองบรรณาธิการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2 - 4 อาคารรวมหน่วยงานราชการ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550

ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210

E-mail: editorial.ajcph@gmail.com Website: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph>

คณะกรรมการวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

คณะกรรมการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ นพ.ประเวศ วะสี

นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

นพ.ชูชัย ศรชำนิ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปรียา อุดมยานนท์

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

รองศาสตราจารย์ นพ.สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ

นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

นพ.วีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ

ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

พญ.สุพัตรา ศรีวนิชชากร

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ทุกแห่ง

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.นพ.ศาสตรี เสาวคนธ์

ศาสตราจารย์ ดร.นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์

ศาสตราจารย์ ดร.สธิกร พงศ์พานิช

รองศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา ขาดิบุญชัย

รองศาสตราจารย์พิพัฒน์ ลักษณะมีจรัสกุล

รองศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมพล ต้นสกุล

รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนา สำโรงทอง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทร แสนไชยสุริยา

คณบดีคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา

คณบดีสำนักวิชาสหเวชศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

นายประพัทธ์ ธรรมวงศา

นายธาดา วรธปียกุล

นายมงคล เงินแจ้

นายปิ่น นันทะเสน

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยชินวัตร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยทักษิณ

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประธานชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย

ประธานมูลนิธิเครือข่ายหมออนามัย

นายกสมาคมหมออนามัย

นายกสมาคมวิชาชีพสาธารณสุข

กองบรรณาธิการ

บรรณาธิการบริหาร

รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตย์พรต

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อาจารย์บุญเรือง ขาวนวล

มหาวิทยาลัยทักษิณ

นายปริญญา ระลึก

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บรรณาธิการวิชาการ

รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

กองบรรณาธิการวิชาการ

รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน

มหาวิทยาลัยนเรศวร

รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์

มหาวิทยาลัยทักษิณ

รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตย์พรต

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รองศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช

มหาวิทยาลัยทักษิณ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประจวบ แผลมหลัก

มหาวิทยาลัยพะเยา

ดร.รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ดร.พิทยา ศรีเมือง

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ดร.ธีรศักดิ์ พาจันทร์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ดร.ปริญญา จิตอร่าม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

ดร.กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา

ดร.อรทัย ศรีทองธรรม

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี

ดร.นภชา สิงห์วีรธรรม

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อาจารย์บุญเรือง ขาวนวล

มหาวิทยาลัยทักษิณ

ฝ่ายจัดการ

ดร.ภัทรพล โพนไพรสันต์

มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

นายปริญญา ระลึก

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นายสมบัติ ชัดโพธิ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

บรรณาธิการแถลง

เรียน ผู้นิพนธ์ ผู้อ่าน วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชนทุกท่าน

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน ในปีที่ 10 พร้อมเผยแพร่ผลงาน วิชาการ ผลงานวิจัยที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับเหตุการณ์ปัจจุบัน โดยฉบับนี้ ประกอบด้วยเนื้อหา เกี่ยวกับความรู้ และทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับความเต็มใจในการบริจาคโลหิตของกลุ่มนักเรียนนักศึกษาอายุ 17-20 ปี ในเขตกรุงเทพมหานครชื่อเรื่อง ระบาดวิทยาผู้สูงอายุบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม กรณีศึกษา เขตสุขภาพที่ 9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จังหวัดฉะเชิงเทรา และความหมายและองค์ประกอบความรู้ด้านอาหารและโภชนาการของวัยรุ่นตอนต้น ด้วยเนื้อหาและบทความได้ให้ความสำคัญกับคุณภาพของบทความ ซึ่งแต่ละบทความผ่านการพิจารณาผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อให้ผลงานมีคุณภาพ

สำหรับวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health: AJCPH) อยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ขอขอบคุณผู้นิพนธ์ที่ให้ความไว้วางใจในการให้ทางวารสารฯ เป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานของท่านสู่สาธารณะ จึงขอเชิญทุกท่านส่งบทความมาตีพิมพ์เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ที่เกิดจากการวิจัยทางด้านสาธารณสุขต่อไป

กองบรรณาธิการ

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

สารบัญ	หน้า Page	Contents
บทบรรณาธิการ		Editorial statement
บทความวิจัย		Academic article
1. ความรู้ และทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับความ เต็มใจในการบริจาคโลหิตของกลุ่มนักเรียน นักศึกษาอายุ 17-20 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร ศุจินน มังคลรังษี ปภาดา ประภาตะนันท์ ชัยรัตน์ รัตนสายใย ปวีรศา จิระวิฑูรกิจ พีรวัส โข ภัค บุญยบูล ธรรมธรณ์ จำรูญศรี ณัฐปวีณธิดา เจริญทองคำ	10	1. Knowledge and attitude related to willingness to donate blood among students aged 17-20 years old in Bangkok. Sujimon Mungkalarungsi Paphada Prabhatanan Chairat Rattanasaiyai Pavarisa Jivavitoonkit Phirawat Cho Pak Boonyubol Dharmatorn Chamroonsri Nattapaweethida Rienthongkham
2. ประสิทธิภาพของสบู่ผสมสารด้านแบคทีเรีย และแอลกอฮอล์เจลในการยับยั้งแบคทีเรีย ชุตินญา จิตบุญทวีสุข กชสร รัตนวิชัย ศุจินน มังคลรังษี	24	2. Efficiency of soap and alcohol gel in inhibiting bacteria. Chutiya Chitboonthaweek Kodchasorn Rattanaichai Sujimon Mungkalarungsi
3. ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมในประชาชนเขตอำเภอ เมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ณัฐปาณี อสิพงษ์ นกรินทร์ อสิพงษ์	34	3. Knowledge, attitude, and behavior to prevent environmental pollution problems in the people of Mueang Surin District, Surin Province. Nattapanee Asiphong Nakarin Asiphong

สารบัญ	หน้า Page	Contents
4. ระบาดวิทยาผู้สูงอายุบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม กรณีศึกษา เขตสุขภาพที่ 9 นิพา ศรีช้าง สุรศักดิ์ สิงธิมาศ ภัทรภร เลิศจิราการ ศุภวิชญ์ หอมหวาน กฤต เรียงไธสง	46	4. Epidemiology of elderly injured by falls based on the case study in Regional Health 9 Nipa Srichang Surakit Singthimat Phattaraporn Lertchirakarn Suppawit Homhuan Krit Riangthaisong
5. ประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการ ป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง ศิริรัตน์ ผ่านภพ จันทร์จิรา ยานะชัย กชภัฏ เหล็กบังวัน	57	5. Effectiveness of Behavioral Modification to Prevention of Cardiovascular Diseases among Diabetes Patients in Kokha District, Lampang Province. Sirirat Phanphop Janjeera Yanachai Kochaphat Lekbangwan
6. การศึกษาต้นทุนการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลในเขตอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2565 ชาญณรงค์ อัจฉิ่อม	73	6. The study of Unit cost service of Sub- district Health Promotion Hospitals in Chaloem Phra kiat District, Buriram Province, Fiscal year 2022 Channarong Artueam

สารบัญ	หน้า Page	Contents
7. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แบบมีส่วนร่วมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ตำบลบ้านโคก อำเภอสร้างคอม จังหวัด อุดรธานี สมัย พิลชาติ ปัญจมาพร รัตนหน	87	7. The development of Participatory Prevention model for Liver Fluke among Village Health Volunteers, Ban Khok Sub-District, Sang Khom District, Udon Thani Province. Samai Pilachart Panchamapohn Rattanaon
8. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโค โรนา 2019 (COVID-19) จังหวัดฉะเชิงเทรา มันทะนา มะเดื่อ	98	8. Factors Relating Care Behavior to Elderly Dependency of Caregivers under the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Chachoengsao Province Mantana Maduea
9. วิธีการที่เหมาะสมในการลดความเข้มข้น ของสาร ฟอร์มาลินที่ปนเปื้อนในอาหาร วรางคณา วิเศษมณี ธี จิราวรรณ บัวชุม กัญญาณัฐ คงเกาะทวด	109	9. The appropriate methods for reducing formalin contaminated in food Lamyai Narach Thidarat Somdee Kemika Sombatyotha
10. รูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชน อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี อลงกต ตั้งคะวานิช สุภาพร เป้ยอ	120	10. Model for Sewage management with community participation in Muang Sam Sip District Ubonratchathani Province Alongkot Thangkhawanit Supaporn Paeyo

สารบัญ	หน้า Page	Contents
11. ความหมายและองค์ประกอบความรู้ด้านอาหาร และโภชนาการของวัยรุ่นตอนต้น วรรณลี ยอดรักษ์ วัลลภา เชยบัวแก้ว สมเกียรติ สายธนู ศรีสุดา วนาลีสิน	130	11. Definition and components of food and nutrition literacy in An Early Adolescence Wanlee Yodrak Wallapa Choeibuakaew Somkiat Saithanoo Srisuda Vanaleesin
12. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในประชากรเพศหญิง กลุ่มอายุ 30-70 ปี เขตรับผิดชอบโรงพยาบาล เฉลิมพระเกียรติ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัด บุรีรัมย์ ละออ เชื้อฉุน	139	12. Effect of a Breast Self-Examination behavior enhancement program of women aged 30 – 70 years in the service area at Chalermprakiat Hospital, Chalermprakiat District, Buriram Province La-or Chuechoon
13. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพต่อ พฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย ตนเอง ในผู้หญิงวัยผู้ใหญ่บ้านเขียบ ตำบลขาม เรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ขนิษฐา แสงคำ ศิริภัทร์ โคตรสีวงษ์ สุมัทนา กลางคาร รุจิรา โนนสะอาด	152	13. The Relationship between Health Literacy and Self-screening Behavior on Breast Cancer in Women, Ban Kiap, Kham Rieng, Kantharawichai, Mahasarakham Province Kanittha Saengkham Sirapat Khodseewong Sumattana Glangkarn Rujira Nonsa-ard

สารบัญ	หน้า Page	Contents
14. การรับรู้ และทัศนคติต่อเซลล์บำบัด ในกลุ่มประชาชนคนไทยอายุ 15-60 ปี ชาลีลักษณ์ จันทราลักษณ์ ภูษนิศา อรุณฉาย ศรีเพชร นนท์ตา ศุจิมน มังคลรังษี	164	14. Perception and Attitude toward Stem Cell Therapy among Thai Aged 15-60 Chaleelak Chantralak Pusanisa Aroonschai Siphet Nonta Sujimon Mungkalarungsi
15. การประเมินผลโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูก ช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย อำเภอวัง สามสีบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้ตัวแบบ CIPPI MODEL สุภาพร เป้ยอ	177	15. Evaluation of the National Marriage Project; have children to help the nation, be happy, be smart and every life is safe by using the CIPPI MODEL. Muang Sam Sib District, Ubon Ratchathani Province Supaporn Paeyo

Received: 9 Dec.2023, Revised: 2 Feb. 2024

Accepted: 15 Feb. 2024

บทความวิจัย**ความรู้ และทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับความเต็มใจในการบริจาคโลหิตของกลุ่มนักเรียน****นักศึกษาอายุ 17-20 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร****ศุจิน มังคลรังษี^{1*}, ปภาดา ประภาตะนันท์², ชัยรัชต์ รัตนสายโย³, ปวีศา จิระวิฑูรกิจ⁴,
พีรวัส โข⁵, ภัค บุญยุบล⁶, ธรรมธรณ์ จำรูญศรี⁷, ณัฐปวิณริตา เจริญทองคำ⁸****บทคัดย่อ**

จากสถิติของศูนย์บริจาคโลหิต พบว่าผู้บริจาคโลหิตเพียงปีละ 1 ครั้งมีมากถึงร้อยละ 68.49 ซึ่งส่งผลให้ปริมาณโลหิตสำรองในประเทศไทยยังคงขาดแคลนในบางช่วงเวลาในขณะที่ผู้บริจาคโลหิต ช่วงอายุ 17-20 ปี มีเพียงร้อยละ 8.00 เท่านั้น การศึกษาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์การวิจัยนี้คือเพื่อศึกษา ความรู้ ทัศนคติ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเต็มใจบริจาค โลหิตของนักเรียนนักศึกษาอายุ 17-20 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร ทำการเก็บข้อมูลศึกษา ระหว่างเดือนเดือนมีนาคม - เมษายน 2566 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 386 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ออนไลน์ (Google Form) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดย Chi-Square ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้และทัศนคติต่อการบริจาคโลหิต อยู่ระดับสูง ร้อยละ 60.10 และ ร้อยละ 88.00 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทราบถึงความสำคัญของการ บริจาคโลหิต ร้อยละ 98.19 การนำโลหิตไปใช้ ร้อยละ 98.19 การงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก่อนบริจาคโลหิต ร้อยละ 95.34 ในทางกลับกันกลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่ทราบเกี่ยวกับหลักเกณฑ์สุขภาพการบริจาคโลหิต เช่น เกณฑ์น้ำหนักตัวที่บริจาคโลหิตได้ ร้อยละ 33.16 เกณฑ์อายุที่บริจาคโลหิตได้ 59.84 และ เกณฑ์การบริจาคโลหิตของผู้เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 71.50 ทางด้านความเต็มใจบริจาคโลหิตกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.60 “เต็มใจบริจาคโลหิต” ไม่แน่ใจ ร้อยละ 28.50 และ “ไม่เต็มใจร้อยละ 3.90 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเต็มใจบริจาคโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ($p<0.05$) สายอาชีพที่สนใจศึกษาต่อ ($p<0.05$) และเคยบริจาคโลหิต ($p<0.05$) ควรจัดหาหน่วยรับบริจาค ให้บริการตามจุดที่มีกลุ่มตัวอย่าง อายุ 17-20 ปี เช่น สถานศึกษา ระดับมหาวิทยาลัย หรือศูนย์การค้า ที่วัยรุ่นนิยมไป ท่องเที่ยวพักผ่อน ทั้งนี้เพื่ออำนวยความสะดวกและเพิ่มปริมาณโลหิตบริจาคจากกลุ่มเยาวชน

คำสำคัญ: บริจาคโลหิต, ความรู้, ทัศนคติ, ความเต็มใจบริจาคโลหิต

^{1*}มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญโรงเรียนสามเสนวิทยาลัย² โรงเรียนมงฟอร์ตวิทยาลัย³ โรงเรียนมัธยมสาธิตมหาวิทยาลัยนเรศวร⁴ โรงเรียนอัสสัมชัญศรีราชา⁵ โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา⁶ โรงเรียนสาธิตนานาชาติ มหาวิทยาลัยมหิดล⁷

*Corresponding author: e-mail: khunsujimon@gmail.com

Original Article

Knowledge and attitude related to willingness to donate blood among students aged 17-20 years old in Bangkok

Sujimon Mungkalarungsi^{1*}, Paphada Prabhatanan²,
Chairat Rattanasaiyai³, Pavarisa Jivavitoonkit⁴, Phirawat Cho⁵,
Pak Boonyubol⁶, Dharmatorn Chamroonsri⁷, Nattapaweethida Rienthongkham⁸

Abstract

According to the statistics of the blood donation center, it was found that 68.49% of the blood donors donated blood only once a year, which caused the blood reserves in Thailand to be in short supply at certain times. While there were blood donors aged 17-20 years only 8.00%. This research aims to study blood donation related knowledge and attitude toward willingness to donate blood among students aged 17-20 in Bangkok. The data were collected with an online questionnaire (Google Form) during March - April 2023. The sample group was 386 students aged 17-20 years living in Bangkok. Data were analyzed with descriptive statistics including frequency, percentage, mean and standard deviation and analyzed the relationship by Pearson's Chi-Square. The results showed that most participants had knowledge and attitude towards Blood donation at a high level, 60.10% and 88.00%, respectively. 98.19% of the participants knew the importance of donating blood, and knew the purpose of using blood, and 95.34% know that abstaining from alcohol must be done before donating blood. On the other hand, most of the participants did not know about blood donation health criteria, such as body weight criteria for donating blood 33.16%, age criteria for donating blood 59.84%, and blood donation criteria for people with diabetes 71.50%. For willingness to donate blood, most participants answer "yes" 67.60%, answer "not sure" 28.50% and answer "no" 3.90%. Factors related to willingness to donate blood were gender ($p<0.05$), occupational interest in further study ($p<0.05$), and previous blood donation ($p<0.05$) with statistical significance. Donation service units should be provided to serve at points where most adolescents 17-20 years old spend most of their time in, such as educational institutions or shopping centers. This is to facilitate and increase the amount of blood donated by adolescent groups.

Keywords : Blood Donation, Knowledge, Attitude, Willingness to donate blood

^{1*}Assumption University, ²Samsen Wittayalai School, ³Montfort College, ⁴Naresuan University
Secondary Demonstration School, ⁵Assumption College Sriracha, ⁶Triam Udom Suksa School,
⁷Mahidol University International Demonstration School

*Corresponding author: e-mail: khunsujimon@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันสถานการณ์การขาดแคลนโลหิตในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อหน่วยงาน สาธารณสุข หรือศูนย์บริการโลหิตที่ต้องจัดหาโลหิตสำหรับจ่ายให้กับโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศ ความต้องการโลหิตเฉลี่ย วันละ 8,000 ยูนิต แต่สามารถจ่ายโลหิตให้ได้เพียง 2,300 ยูนิตต่อวัน ร้อยละ 28.00 สำหรับใช้ในการรักษา พยาบาล ผู้ป่วย ทั้งจากอุบัติเหตุ ผู้ป่วยผ่าตัด และผู้ป่วยโรคเลือด ที่มีความจำเป็นต้องรับโลหิตอย่างต่อเนื่อง และความต้องการโลหิตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 90-95 ของโลหิตที่ได้รับบริจาค ได้รับจากผู้บริจาคโลหิตประจำ ซึ่งสามารถบริจาคได้ทุก ๆ 90 วันโลหิต ในขณะที่โลหิตที่บริจาคสามารถเก็บรักษาคุณภาพอยู่นอกร่างกายได้เพียง 35-42 วัน ทำให้ปริมาณโลหิตสำรองยังไม่สม่ำเสมอ มีการขาดแคลนโลหิตบางช่วงเวลา และบางเดือน

จากสถิติของศูนย์บริการโลหิต รายงานว่าผู้บริจาคโลหิต ปีละ 1 ครั้ง มีจำนวน 1,034,688 คน ร้อยละ 68.49 ผู้บริจาคโลหิตปีละ 2 ครั้ง จำนวน 277,299 คน ร้อยละ 18.36 ผู้บริจาคโลหิตปีละ 3 ครั้ง จำนวน 131,275 คน ร้อยละ 8.69 ผู้บริจาคโลหิตปีละ 4 ครั้ง จำนวน 61,710 คน คิดเป็นร้อยละ 4.06 และผู้บริจาค โลหิต มากกว่าปีละ 4 ครั้ง จำนวน 12,038 คน ร้อยละ 0.04 จากสถิติการบริจาคโลหิตจะ เห็นว่า กลุ่มผู้บริจาคโลหิตปีละ 1 ครั้ง มีจำนวนมาก และเป็นกลุ่มที่ เคยบริจาคโลหิตอยู่แล้ว ถ้าสามารถ เพิ่มความถี่เป็นอีก 1 ครั้งได้ จะส่งผลต่อปริมาณโลหิตสำรองที่เพิ่มขึ้น และเพียงพอใช้ ทั้งในยามปกติ และในกรณีเร่งด่วน จากสถิติการบริจาคพบว่าผู้บริจาคกลุ่ม 17-20 ปี มีเพียง ร้อยละ 8.00 เท่านั้น¹

ในช่วงการระบาดของ COVID-19 ปริมาณโลหิตสำรองขาดแคลนอย่างมาก² จำนวนผู้บริจาคโลหิตจากทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2563 ลดลง ร้อยละ 23.00 ถึง ร้อยละ 57.00 จากปัญหาดังกล่าว ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติได้ปรับกลยุทธ์ การรณรงค์จัดหาผู้บริจาคโลหิต โดยนำมาตรการป้องกันการถ่ายทอดโรคติดเชื้อ COVID-19 ทางโลหิต ในสถานะฉุกเฉินมาใช้ร่วมกับการประชาสัมพันธ์ข้อปฏิบัติการป้องกัน ตนเองของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย²⁻³ รวมทั้งได้ประชาสัมพันธ์เชิญชวนการบริจาคโลหิต ผ่านสื่อต่าง ๆ โดยเฉพาะสื่อสังคมออนไลน์และการส่งข้อความผ่านโทรศัพท์มือถือ เพื่อเชิญชวนผู้บริจาค โลหิตที่ครบกำหนด จัดทำการประชาสัมพันธ์ รณรงค์ให้ความรู้และสร้างความตระหนักให้ประชาชนทั่วไป เยาวชน ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ครู วิทยากร อาสาสมัคร เป็นผู้มีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสังคม เพิ่มการบูรณาการความร่วมมือขยายการจัดรับบริจาคโลหิตกับหน่วยงานในและขยายสถานที่รับบริจาคโลหิตเป็นห้อง รับบริจาคโลหิตประจำที่ (Fixed Station) ตามหัวเมือง เช่น ห้างสรรพสินค้า เพื่อเพิ่มความสะดวก ลดการเดินทาง ช่วยให้ผู้บริจาคโลหิตเข้าถึงการบริจาคโลหิตได้ง่ายขึ้น⁴

ทฤษฎี Knowledge, Attitude, Practice (KAP) อธิบายเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ ของผู้รับสารซึ่งมีผลกระทบต่อพฤติกรรมจากการรับสารนั้นๆ การเปลี่ยนแปลงทั้งสามตัวแปรนี้จะเกิดขึ้นในลักษณะต่อเนื่อง กล่าวคือ เมื่อผู้รับสารได้รับสารจะทำให้เกิดความรู้ เมื่อเกิดความรู้ขึ้นก็จะมีผลทำให้เกิดทัศนคติ หรือความเชื่อ และก่อให้เกิดการกระทำ ซึ่งมีลักษณะสัมพันธ์กันเป็นลูกโซ่⁵ สามารถกล่าวได้ว่า ความรู้ และทัศนคติต่อการบริจาคโลหิต มีความสัมพันธ์กับความเต็มใจในการบริจาคโลหิต^{2, 6}

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เหตุผลสำคัญในตัดสินใจบริจาคเลือดคือเพื่อต้องการช่วยเหลือผู้อื่น ต้องการทำบุญ สำหรับแรงจูงใจที่ให้อยากบริจาคเลือดมากที่สุด คือ ต้องการช่วยชีวิตเพื่อนมนุษย์ ผู้บริจาคส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการบริจาคเลือดและ มีความรู้เกี่ยวกับการบริจาคเลือดในระดับสูง มีความเชื่อถือ มั่นใจ และไว้วางใจในคุณภาพการรับบริจาคเลือดของโรงพยาบาล^{3, 7-8} ในด้านปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับมาบริจาคโลหิตซ้ำในผู้บริจาคโลหิตพบว่า ผู้บริจาคอย่างต้องการช่วยเหลือสังคมและเป็นความรับผิดชอบต่อสังคมที่ควรช่วยกันบริจาคโลหิตมีความรู้เกี่ยวกับกาบริจาค โลหิตอยู่ระดับสูง ผู้บริจาคโลหิต มีความพึงพอใจโดยรวมต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่รับบริจาค

โลหิตในระดับมาก สรุปได้ว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริจาคโลหิตจากการศึกษาข้างต้นได้แก่ ความรู้ ทักษะต่อการบริจาคโลหิต และความพึงพอใจในบริการรับบริจาคโลหิต ในขณะที่⁴ ปัจจัยพฤติกรรมและการตัดสินใจในการบริจาคโลหิต กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ และทักษะต่อการบริจาคโลหิตอยู่ระดับกลาง แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการตัดสินใจบริจาคโลหิตกับความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจเกี่ยวกับการบริจาคโลหิต

จากที่กลุ่มอายุ 17-20 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มคนรุ่นใหม่ ที่สามารถมาเป็นกำลังสำคัญในการเป็นผู้บริจาค โลหิตในอนาคตได้ จากข้อมูลของสภากาชาดไทย กลุ่มอายุ 17-20 ปี บริจาคโลหิตเพียงร้อยละ 8.00 เท่านั้น การศึกษานี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรู้ ทักษะ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเต็มใจบริจาค โลหิตของนักเรียนนักศึกษาอายุ 17-20 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาในกลุ่มนี้จะทำให้ทราบถึงข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เกี่ยวกับผู้บริจาคโลหิตรุ่นใหม่ ซึ่งสามารถกลายมาเป็นกำลังสำคัญในการบริจาคโลหิตได้ และผลการศึกษาจะช่วยทำให้ทราบข้อมูลเชิงลึกที่เป็นประโยชน์กับการออกแบบกลยุทธ์ การให้ความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิต การสร้างทัศนคติที่ถูกต้อง การส่งเสริมการบริจาคโลหิต และลดปัญหาโลหิตขาดแคลน ในอนาคตได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการบริจาคโลหิตของกลุ่มนักเรียนนักศึกษาอายุ 17-20 ปี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้และทัศนคติ กับการบริจาคโลหิต ของกลุ่มนักเรียนนักศึกษา อายุ 17-20 ปี

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เก็บข้อมูลด้วย แบบสอบถามออนไลน์ (Google form) ในช่วง เดือนมีนาคม - เมษายน 2566 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนนักศึกษาอายุ 17-20 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยทำการคัดเลือกอาสาสมัครด้วยคำถามในแบบสอบถาม ถามอายุของอาสาสมัคร ว่าอายุ 17-20 ปีหรือไม่ และถามจังหวัดที่อยู่อาศัย หากอาสาสมัครเลือกคำตอบจังหวัดที่อาศัยอยู่ เป็น กรุงเทพมหานคร สามารถเข้าร่วมการศึกษานี้ได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้คือเยาวชนอายุ 17-20 ปี ที่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ต ซึ่งไม่ทราบ จำนวนประชากรที่แน่นอน (Infinite Population) คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดย Cochran⁹ ดังนี้

$$n = \frac{P(1-P) Z^2}{e^2}$$

กำหนดให้ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

P = สัดส่วนของประชากรที่ผู้วิจัยจะสุ่ม

Z = ระดับความมั่นใจที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

Z มีค่าเท่ากับ 1.96 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (ระดับ .05)

Z มีค่าเท่ากับ 2.58 ที่ระดับความเชื่อมั่น 99% (ระดับ .01)

e = สัดส่วนของความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดให้สัดส่วนของประชากร คือนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ เท่ากับ 0.5 ต้องการระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และยอมให้มีความคลาดเคลื่อนได้ร้อยละ 5 จะมีขนาดของ กลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน ดังนี้

$$\begin{aligned} n &= \frac{(0.50)(1-0.50)(1.96)^2}{(0.05)^2} \\ &= \frac{(0.45)(0.50)(3.816)^2}{(0.0025)} \\ &= 345.744 \end{aligned}$$

จากการคำนวณ จะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 346 ตัวอย่าง โดยสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenient Sampling) โดยส่งบัตรเชิญเข้าร่วมการศึกษาในกลุ่มสังคมออนไลน์ เช่น กลุ่มการศึกษา กลุ่มกวดวิชา กลุ่มเล่นเกมส์ เมื่อทำการเก็บข้อมูลมีอาสาสมัครเต็มใจเข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 386 คน ทางผู้วิจัยจึงขอใช้ข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาในการศึกษาครั้งนี้

เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือแบบสอบถาม ซึ่งทางผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือ ตามขั้นตอน การพัฒนาเครื่องมือ โดยทำการศึกษเกี่ยวกับ 1) การบริจาคลอहित ธนาการเลียด กลุ่มเลียด สถานการณ์การบริจาคลอहित จากหน่วยงานสภาการศึกษาไทย กระทรวงสาธารณสุข และ 2) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องและพัฒนาเป็น เครื่อง เก็บข้อมูล โดยเครื่องมือในการเก็บข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ประกอบไปด้วย เพศ ระดับชั้นที่ กำลังศึกษา สายอาชีพ ที่สนใจ รายได้ครอบครัว โรคประจำตัว เคยบริจาคลอहित และ เคยรับลอहितบริจาค และข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิด และปลายปิด

ส่วนที่ 2 คำถามวัดความรู้เกี่ยวกับการบริจาคลอहित จำนวน 20 ข้อ ลักษณะของคำถาม เป็นแบบ 2 ตัวเลือก “ถูก” หรือ “ผิด” โดยข้อที่ตอบถูกจะนำมารวมคะแนนกัน โดยพิสัยของคะแนนคือ 0-20 คะแนน เกณฑ์การแปลผล ดังนี้ คะแนนที่ได้มากกว่าร้อยละ 80.00 หรือ คะแนน 16-20 แปลผล เป็นมีความรู้เกี่ยวกับการบริจาคลอहितอยู่ ระดับดี คะแนนที่ร้อยละ 60.00-79.00 หรือ คะแนน 12-15 แปลผลเป็นมีความรู้เกี่ยวกับการบริจาคลอहितอยู่ระดับ กลาง และ คะแนนที่ได้น้อยกว่าร้อยละ 60.00 หรือคะแนนต่ำกว่า 12 แปลผลเป็นมีความรู้เกี่ยวกับการบริจาคลอहितอยู่ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 เป็นคำถามวัดระดับทัศนคติเกี่ยวกับการบริจาคลอहित จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็น แบบมาตรวัด ความคิดเห็น (Likert Scale) จาก 1-4 ทั้ง 5 คำถามเป็นคำถามที่ข้อความเชิงบวกโดย 4 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด 3 หมายถึง เห็นด้วยมาก 2 หมายถึง ไม่ค่อยเห็นด้วย และ 1 หมายถึง ไม่เห็น ด้วยเลย พิสัยคะแนนคือ 5-20 และมีเกณฑ์การแปลผล¹⁰ ดังนี้ คะแนนที่ได้มากกว่าร้อยละ 80.00 หรือ 16-20 คะแนน แปลผลระดับทัศนคติต่อการบริจาคลอहितในระดับดี คะแนนที่ร้อยละ 60.00-79.00 หรือ 12-15 คะแนน แปลผลระดับทัศนคติต่อการบริจาคลอहितในระดับกลาง และ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60.00 หรือ ต่ำกว่า 12 คะแนน แปลผลระดับทัศนคติต่อการบริจาคลอहितในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 เป็นคำถามวัดความเต็มใจในการบริจาคลอहित จำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นตัวเลือก จาก 3 ตัวเลือก คือ “เต็มใจ” “ไม่แน่ใจ” และ “ไม่เต็มใจ”

การตรวจสอบเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ได้ผ่านการประเมินผู้เชี่ยวชาญด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ เทคนิคการแพทย์ 3 ท่าน ให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อ เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์¹¹⁻¹² ซึ่งพบว่าข้อคำถามแต่ละข้อที่นำไปใช้ในการวิจัยผ่านเกณฑ์ IOC เท่ากับ 0.9 และ 0.8 คำถามเหล่านี้ถูกนำไปทดสอบ (Try out) กับกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายจำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจก่อนนำมาใช้จริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับความเต็มใจบริจาคโลหิต ใช้สถิติ Chi-Square

วิธีเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยได้ส่งบัตรเชิญเข้าร่วมการศึกษาในกลุ่มสังคมออนไลน์ เช่น กลุ่มการศึกษา กลุ่มกวดวิชา กลุ่มเล่นเกม ในการเก็บข้อมูลในศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนแก่อาสาสมัครก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การทำวิจัย การนำข้อมูลที่เก็บมาใช้ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น โดยทำการเก็บข้อมูลครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลแบบนิรนามด้วยแบบฟอร์มแบบสอบถาม เมื่ออาสาสมัครอ่านจนเข้าใจเป็นอย่างดีและตัดสินใจอย่างอิสระในการให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยโดยกดปุ่ม “เต็มใจเข้าร่วมในการทำวิจัย” เพื่อตอบคำถามในแบบสอบถามออนไลน์

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=386) เป็นเพศหญิงร้อยละ 57.77 โดยส่วนมากอายุ 17-18 ปี ร้อยละ 76.68 สนใจสายอาชีพวิทยาศาสตร์การแพทย์ร้อยละ 39.12 โดยส่วนมาก รายได้ผู้ปกครองต่อเดือนอยู่ที่ 20,001-40,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 32.64 ไม่เคยบริจาคโลหิตร้อยละ 83.16 และส่วนใหญ่ ผู้ตอบแบบสอบถามหรือญาติสนิทไม่เคยรับเลือดบริจาคร้อยละ 80.83

ตารางที่ 1 ลักษณะด้านประชากรศาสตร์ของผู้กลุ่มตัวอย่าง (n=386)

ตัวแปร	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	163 (42.23)
หญิง	223 (57.77)
อายุ (ปี)	
17-18	296 (76.68) Mean: 17.50, SD: 0.50
19-20	90 (23.32) Mean: 19.48, SD: 0.50
สายอาชีพที่สนใจศึกษาต่อ	
วิทยาศาสตร์การแพทย์	151 (39.12)
พนักงาน / ข้าราชการ	66 (17.10)
ครู / อาจารย์	20 (5.18)

ตัวแปร	จำนวน(ร้อยละ)
ธุรกิจ / ค้าขาย	62 (16.06)
รับจ้าง / อาชีพอิสระ	28 (7.325)
อื่นๆ	59 (15.28)
รายได้ผู้ปกครองต่อเดือน (บาท)	
< 20,000	23 (5.96)
20,001-40,000	126 (32.64)
40,001-80,000	87 (22.54)
80,001-150,000	83 (21.50)
>150,000	67 (17.36)
เคยบริจาคโลหิต	
ไม่เคย	321 (83.16)
1-3 ครั้ง	44 (11.40)
4-6 ครั้ง	12 (3.11)
มากกว่า 6 ครั้ง	9 (2.33)
ท่านหรือญาติสนิทเคยรับเลือดบริจาค	
ไม่เคย	312 (80.83)
เคย	74 (19.17)
รวม	386 (100.00)

ความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิต

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิตอยู่ระดับสูง ร้อยละ 60.10 รองลงมา มีอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 37.05 และ อยู่ระดับต่ำร้อยละ 2.85 (ตารางที่ 2) จากการวิเคราะห์คำถามความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิต ที่มีผู้ตอบถูกสูงสุด 3 ข้อได้แก่ 1) โโลหิตที่ได้รับบริจาค ถูกนำไปใช้กับ ผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียเลือดจาก อุบัติเหตุ การผ่าตัด หรือโรคเลือดอื่นๆ ร้อยละ 98.19 2) เลือดที่เรา นำไปบริจาค จะถูกตรวจสอบ เพื่อให้ปลอดภัยสำหรับ ผู้รับบริจาค ร้อยละ 98.19 และ 3) ก่อนบริจาค โโลหิตควรงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างน้อย 24 ชั่วโมง ร้อยละ 95.34 ทางด้านคำถามที่มีผู้ตอบถูก น้อยสุด 3 ข้อได้แก่ 1) ผู้บริจาคโลหิตต้องมีน้ำหนักไม่ต่ำกว่า 48 กิโลกรัม ร้อยละ 33.16 2) การบริจาค เลือด สามารถบริจาคได้ในช่วงอายุ 17 - 65 ปี โดยในกรณีอายุ 17 ปีบริบูรณ์แต่ไม่ถึง 18 ปี สามารถบริจาคได้เลย โดยไม่ต้องได้รับการอนุญาตจากผู้ปกครอง ร้อยละ 59.84 และ 3) เป็นโรคเบาหวาน สามารถบริจาคเลือดได้ โดยต้องคุม น้ำตาลไม่ให้เกิน 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร้อยละ 71.50 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิต

ระดับความรู้ (n=386)	จำนวน	ร้อยละ
สูง	232	60.10
ปานกลาง	143	37.05
ต่ำ	11	2.85

ทัศนคติต่อการบริจาคโลหิต

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการบริจาคโลหิตอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.00 รองลงมาระดับ ปานกลาง ร้อยละ 11.20 และ ระดับต่ำร้อยละ 0.80 (ตารางที่ 4) จากการวิเคราะห์คำถามวัดทัศนคติ ที่มีผู้เห็นด้วยอย่างยิ่ง มากสุด 2 ข้อได้แก่ 1) การบริจาคโลหิตคือการช่วยชีวิตเพื่อนมนุษย์ ร้อยละ 86.53 2) ควรเชิญชวนผู้มีสุขภาพแข็งแรง ร่วมบริจาค โลหิต ร้อยละ 82.12 ทางด้านคำถามวัดทัศนคติ ที่มีผู้เห็นด้วย อย่างยิ่ง น้อยสุด 2 ข้อได้แก่ การออกจากบ้านเพื่อไปบริจาค โลหิต มีความเสี่ยงติด COVID-19 ไม่ต่างกับออกจากบ้าน ไปทำกิจกรรมอื่นๆ ร้อยละ 41.71 การบริจาคโลหิตไม่ได้ยากแล้ว ร้อยละ 60.36 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับทัศนคติต่อการบริจาคโลหิต

ระดับทัศนคติ (n=386)	จำนวน	ร้อยละ
สูง	340	88.08
ปานกลาง	43	11.14
ต่ำ	3	0.78

จากการศึกษาความเต็มใจบริจาคโลหิตของกลุ่มตัวอย่างพบว่า เพศหญิงเต็มใจบริจาคโลหิต ร้อยละ 72.65 ในขณะที่เพศชายเต็มใจบริจาคโลหิตร้อยละ 60.74 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ในระดับ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เต็มใจบริจาคโลหิต ร้อยละ 65.74 ระดับอายุ 17-18 เต็มใจ บริจาคโลหิต ร้อยละ 69.26 กลุ่มตัวอย่างอายุ 19-22 เต็มใจ บริจาค โลหิต ร้อยละ 62.22 เมื่อเปรียบเทียบโดยสายอาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สนใจสายอาชีพวิทยาศาสตร์ การแพทย์ส่วนใหญ่ เต็มใจบริจาคโลหิต ร้อยละ 77.48 สายครู/อาจารย์ ส่วนใหญ่เต็มใจบริจาคโลหิตร้อยละ 70.0 และ สายพนักงาน / ข้าราชการ ส่วนใหญ่ เต็มใจบริจาคโลหิตร้อยละ 59.1 ตามลำดับ ทางด้านกลุ่มรายได้ พบว่า กลุ่ม รายได้ครอบครัวต่อเดือน 40,000 -80,000 บาท ส่วนใหญ่เต็มใจบริจาคโลหิต ร้อยละ 72.41 รองลงมาคือกลุ่มรายได้ ต่อเดือน 20,001-40,000 บาท ร้อยละ 72.22 และ กลุ่มรายได้มากกว่า 150,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 65.67 กลุ่ม ตัวอย่างที่รายงานว่ามีโรคประจำตัว มีความเต็มใจ บริจาคโลหิตร้อยละ 69.49 ในขณะที่กลุ่ม ตัวอย่างที่รายงานว่ามีโรคประจำตัว มีความเต็มใจบริจาคโลหิตร้อยละ 67.28 กลุ่มตัวอย่างที่เคย บริจาคโลหิตมากกว่า 6 ครั้งมาก่อน ส่วนใหญ่เต็มใจบริจาคโลหิต ร้อยละ 88.89 รองลงมาเป็นกลุ่มที่เคย บริจาค โลหิต 1-3 ครั้ง เต็มใจบริจาคโลหิตร้อยละ 81.82 และ กลุ่มที่ไม่เคยบริจาคโลหิตมาก่อน ร้อยละ 65.42 กลุ่มตัวอย่าง ที่เคยได้รับเลือดบริจาคหรือมีญาติเคยได้รับ เต็มใจบริจาค โลหิตร้อยละ 70.27 ส่วนกลุ่มที่ไม่เคยได้รับบริจาคโลหิต หรือ ไม่มีญาติเคยได้รับ เต็มใจบริจาคโลหิตร้อยละ 66.99 จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ด้วย Pearson's Chi square พบว่า เพศ ($p<0.05$) สายอาชีพที่สนใจศึกษา ต่อ ($p<0.05$)เคยบริจาคโลหิต ($p<0.05$) มีความสัมพันธ์กับความเต็มใจบริจาคโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ Chi square ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล กับความเต็มใจบริจาคโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง (n=386)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)	ความเต็มใจบริจาคโลหิต จำนวน (ร้อยละ)			p- value
		เต็มใจ จำนวน(ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ จำนวน(ร้อยละ)	ไม่เต็มใจ จำนวน(ร้อยละ)	
เพศ					0.036*
ชาย	163 (42.23)	99 (60.74)	55 (33.74)	9 (5.52)	
หญิง	223 (57.77)	162 (72.65)	55 (24.66)	6 (2.69)	
อายุ					0.182
17-18 ปี	296 (76.68)	205 (69.26)	83 (28.04)	8 (2.70)	
	Mean: 17.50, SD: 0.50				
19-20 ปี	90 (23.32)	56 (62.22)	27 (30.00)	7 (7.78)	
	Mean: 19.48, SD: 0.50				
สายอาชีพที่สนใจศึกษาต่อ					0.017*
วิทยาศาสตร์การแพทย์	151 (39.12)	117 (77.48)	33 (22.85)	1 (0.66)	
พนักงาน / ข้าราชการ	66 (17.10)	39 (59.10)	25 (37.88)	2 (3.03)	
ครู / อาจารย์	20 (5.18)	14 (70.00)	4 (20.00)	2 (10.00)	
ธุรกิจ / ค้าขาย	62 (16.06)	41 (66.13)	16 (25.81)	5 (8.06)	
รับจ้าง / อาชีพอิสระ	28 (7.325)	16 (57.14)	11 (39.29)	1 (3.57)	
อื่นๆ	59 (15.28)	34 (57.63)	21 (35.59)	4 (6.78)	
รายได้ครอบครัวต่อเดือน					0.131
< 20,000	23 (5.96)	14 (60.87)	8 (34.78)	1 (4.35)	
20,001-40,000	126 (32.64)	91 (72.22)	34 (26.98)	1 (0.79)	
40,001-80,000	87 (22.54)	63 (72.41)	21 (24.14)	3 (3.45)	
80,001-150,000	83 (21.50)	49 (59.04)	30 (36.14)	4 (4.82)	
>150,000	67 (17.36)	44 (65.67)	17 (25.37)	6 (8.96)	
เคยบริจาคโลหิต					0.000*
ไม่เคย	321 (83.16)	210 (65.42)	102 (31.78)	9 (2.80)	
1-3 ครั้ง	44 (11.40)	36 (81.82)	6 (13.64)	2 (4.54)	
4-6 ครั้ง	12 (3.11)	7 (58.33)	2 (16.67)	3 (25.00)	
มากกว่า 6 ครั้ง	9 (2.33)	8 (88.89)	0 (0.00)	1 (11.11)	
ท่านหรือญาติสนิทเคย รับ เลือดบริจาค					0.781
ไม่เคย	312 (80.83)	209(66.99)	90 (28.85)	13 (4.17)	
เคย	74 (19.17)	52 (70.270)	20 (27.03)	2 (2.70)	

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษารั้พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 386 คน มีความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิตอยู่ระดับสูง ร้อยละ 60.10 และมีทัศนคติต่อการบริจาคโลหิตอยู่ระดับสูง ร้อยละ 88.00 ทางด้านความเต็มใจบริจาคโลหิตกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.60 ตอบ “เต็มใจบริจาคโลหิต” ร้อยละ 28.50 ตอบ “ไม่แน่ใจ” และ ร้อยละ 3.90 ตอบ “ไม่เต็มใจ” ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเต็มใจบริจาคโลหิตของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ เพศ ($p<0.05$) สายอาชีพที่สนใจศึกษาต่อ ($p<0.05$) เคยบริจาคโลหิต ($p<0.05$)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิตอยู่ระดับสูง ร้อยละ 60.10 รองลงมาคืออยู่ ระดับปานกลาง ร้อยละ 37.05 และ อยู่ระดับต่ำร้อยละ 2.85 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร มีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการบริจาคโลหิตมีการให้ความรู้ประชาชนผ่านสื่อต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะสื่อออนไลน์ การศึกษานี้เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นนักเรียนนักศึกษาสามารถเข้าถึงข่าวสารช่องทางออนไลน์ได้อย่างสะดวก ทำให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการบริจาค โลหิตได้อย่างสะดวก¹³ ประกอบกับในพื้นที่ กรุงเทพมหานครมีจุดรับบริจาคโลหิตหลายที่ กลุ่มตัวอย่างอาจได้พบเห็นและสร้างความตระหนัก นอกเหนือจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 39.10 สนใจศึกษาต่อคณะเกี่ยวกับวิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งอาจทำให้มีสนใจเกี่ยวกับการบริจาคโลหิตเป็นพิเศษ ซึ่งเป็นการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ นอกเหนือจากนี้หน่วยงานเกี่ยวข้องมีการจัดการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับ การ บริจาคโลหิต ให้กับกลุ่มเยาวชน⁷ เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเยาวชนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิตอยู่ระดับสูง สอดคล้องกับ สายทอง วงศ์คำ⁸ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริจาคเลือดของผู้ที่มาบริจาคเลือด ณ ธนาคารเลือด โรงพยาบาลหัวหิน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิตอยู่ระดับสูง การศึกษานี้ศึกษาผู้บริจาคโลหิต ซึ่งผู้บริจาคโลหิตส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิต ผลการศึกษาในประเด็นความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิตครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ ดวง นภา อินทรสงเคราะห์¹⁴ ที่ศึกษาการตัดสินใจบริจาคโลหิตในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิตอยู่ระดับกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มประชาชนทั่วไป มีความหลากหลายในด้านการศึกษา ด้านอาชีพ และการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อความหลากหลายของระดับความตระหนักเกี่ยวกับการบริจาคโลหิต

จากการวิเคราะห์คำถามเกี่ยวกับการบริจาคโลหิตพบว่าคำถามที่ตอบถูกมากที่สุดพบว่า กลุ่ม ตัวอย่างมีทราบ ว่าเลือด บริจาคถูกนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มี ภาวะสูญเสียเลือด จากอุบัติเหตุ การผ่าตัดหรือ โรคเลือดอื่น ๆ เลือดบริจาคมีการตรวจสอบ ก่อนนำไปให้ผู้รับบริจาค และ ตรวจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก่อนบริจาคเลือดอย่างน้อย 24 ชั่วโมง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่ม ตัวอย่างได้รับข้อมูลการ ประชาสัมพันธ์ เชิญชวนบริจาคโลหิต และได้รับทราบวัตถุประสงค์ของการขอรับบริจาค ซึ่งระบุ ชัดเจนว่านำโลหิตบริจาค ไปใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่ต้องการโลหิต และกระบวนการการ นำโลหิตบริจาคไปให้ผู้รับบริจาค¹⁵ ส่วน คำถามที่ตอบถูก น้อยสุดเป็นคำถามเกี่ยวกับเกณฑ์การรับบริจาคเลือดเช่น น้ำหนักตัว อายุ เป็นโรค เบาหวานสามารถบริจาคเลือดได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 80.83 ยังไม่เคย บริจาคโลหิตจึงอาจไม่ได้ สนใจ เรื่องเกณฑ์การรับบริจาค จึงตอบคำถามเกี่ยวกับเกณฑ์การรับบริจาค ไม่ถูกต้อง ประกอบกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการรับ บริจาคโลหิตมีการกำหนดหลักเกณฑ์ เช่น น้ำหนักตัว ที่แตกต่างกัน จึงอาจทำให้เกิดความสับสน เช่น สภากาชาดไทย กำหนดน้ำหนักขั้นต่ำไว้ที่ 45 กิโลกรัม ในขณะที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลกำหนดไว้ที่ 48 กิโลกรัม¹⁶⁻¹⁷ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างเป็น กลุ่มเยาวชน ซึ่งส่วนใหญ่อาจยังไม่มี ปัญหาสุขภาพ เช่น โรคเบาหวาน จึงไม่มีความรู้ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการ บริจาคเลือด

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการบริจาคโลหิตอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.00 รองลงมาระดับ ปานกลาง ร้อยละ 11.20 และ ระดับต่ำร้อยละ 0.80 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะคนส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าการ บริจาคโลหิตว่าเป็นการ ทำบุญ และได้ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ จึงมีทัศนคติที่ดีต่อการบริจาคโลหิต สอดคล้องกับการศึกษาของ สายทอง วงศ์คำ⁸ ในประเด็น เกี่ยวกับแรงจูงใจในการบริจาคโลหิต ทางด้าน ความเชื่อ เช่น ได้บุญมาก ได้ขึ้นสวรรค์ ทำได้ดี และ สอดคล้อง กับการศึกษาของ จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ¹⁸ ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าการบริจาคโลหิตคือการ ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ และสอดคล้องกับ การศึกษาของ ภณิดา คำธิตา³ พบว่าเหตุผลสำคัญของการบริจาคโลหิต คือ ต้องการ ช่วยเหลือผู้ป่วย และเป็นความรับผิดชอบต่อสังคมที่ควรช่วยกันบริจาคโลหิต อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษา ครั้งนี้ แตกต่างกับ การศึกษาของ ดวงภา อินทรวงศา และ คณะ¹⁴ ที่กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเชิงลบ เกี่ยวกับการบริจาค โลหิต สูงกว่าทัศนคติเชิงบวก⁸ ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิตอยู่ระดับกลาง อาจมีบางประเด็นความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิตที่ไม่ทราบทำให้เกิดความเข้าใจ หรือทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการ บริจาคโลหิต ประกอบกับ การศึกษานี้ทำในช่วงปี 2556 ซึ่งการสื่อสารอาจจะยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าปัจจุบัน จึงทำให้ การให้ข้อมูล ข่าวสารที่ถูกต้องและทั่วถึงยังเป็นความท้าทายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

จากการวิเคราะห์คำถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการบริจาคโลหิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากที่สุด ว่าการ บริจาค โลหิต คือการช่วยชีวิตเพื่อนมนุษย์และ ควรเชิญชวนผู้มีสุขภาพแข็งแรงร่วมบริจาคโลหิต เนื่องจากเลือดบริจาค ถูกนำไป ใช้กับผู้ป่วยที่ขาดเลือด เช่น ผู้ป่วยอุบัติเหตุ ผ่าตัด และโรคเลือด กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในประเด็นนี้ ส่งผลให้มีทัศนคติ ที่ดีต่อการบริจาคเลือด ผลการศึกษานี้เป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาของ สายทอง วงศ์คำ⁸ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีทัศนคติต่อการบริจาค เลือด ว่าเป็นการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ และได้บุญ กลุ่มตัวอย่างมี ความเห็น ว่าผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง ควรมาบริจาคโลหิต ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ มีผู้ป่วยต้องการโลหิตทุกวินาที โลหิต บริจาค มีไม่เพียงพอ บางช่วงขาดแคลน การที่ผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงบริจาคโลหิต นอกเหนือจากการช่วยผู้ที่มีความ ต้อง การโลหิตแล้ว การ บริจาคโลหิตยังช่วย กระตุ้นการทำงานของไขกระดูกในการสร้างเซลล์เม็ดเลือดแดง ช่วยให้มี ระบบไหลเวียนโลหิตที่ดี¹⁹ ส่วนคำถามเกี่ยวกับ ทัศนคติต่อการบริจาคโลหิตที่มีผู้เห็นด้วยอย่างยิ่ง น้อยสุด คือ คำถาม เกี่ยวกับ การออกจากบ้านเพื่อ ไปบริจาคโลหิตมี ความเสี่ยงติด COVID-19 ไม่ต่างกับ ออกจากบ้านไปทำกิจกรรมอื่นๆ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับการแพร่กระจายของ COVID-19 และรู้วิธีการป้องกัน ตัวอย่างส่วนใหญ่จึงไม่เห็นด้วย ว่าการไปบริจาค โลหิตมีความเสี่ยงติด COVID-19 หากมีการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ที่ถูกต้อง กลุ่มตัวอย่าง เห็นด้วยอย่างยิ่ง น้อยสุดกับคำถาม การบริจาคโลหิตไม่ได้ยากแล้ว ทั้งนี้อาจเป็น เพราะการที่มีเข็มมาเจาะ แขน อาจทำให้ ผู้บริจาครู้สึกเจ็บ และกังวล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เต็มใจบริจาคโลหิต ร้อยละ 67.60 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับการบริจาค โลหิต และมีทัศนคติที่ดีต่อการบริจาคโลหิต ทราบดีว่าโลหิตบริจาคถูกนำไปช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ หากมีโอกาสมีความ ยินดีที่จะบริจาคโลหิตเพื่อช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ สายทอง วงศ์คำ⁸ และ จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ¹⁸ ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าการบริจาคโลหิตคือการช่วย เหลือเพื่อนมนุษย์ และได้บุญ

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ Chi square ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล กับความเต็มใจบริจาคโลหิตของ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ ($p < 0.05$) สายอาชีพที่สนใจศึกษาต่อ ($p < 0.05$) เคยบริจาคโลหิต ($p < 0.05$) มีความสัมพันธ์ กับความเต็มใจบริจาคโลหิต ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความแตกต่างทางเพศ ส่งผลต่อ ทัศนคติ ความคิด และความเชื่อ โดย ธรรมชาติเพศชายอาจสนใจกับสิ่งรอบๆตัวน้อยกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับ อัญชลี โพธิ์ชัยเลิศ พบว่าปัจจัย ด้านเพศ กล่าวคือเพศชายจะมีจิตสำนึกสาธารณะในมิติ ด้านความรู้รัก และด้านพฤติกรรมน้อยกว่าเพศหญิง²⁰ และการศึกษา ของ Mansfield AK, Addis ME, Mahalik JR²¹ ในประเด็นที่เพศชายใส่ใจเรื่องการดูแลสุขภาพน้อยกว่าเพศหญิง ทางด้านความ สนใจในสายอาชีพที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับความเต็มใจในการบริจาคโลหิต การศึกษา ของ

อัญชลี โพธิ์ชัยเลิศ (2558)²⁰ กล่าวว่าความสนใจในสายอาชีพวิทยาศาสตร์การแพทย์ ส่งผลต่อจิตสำนึก สาธารณะในการบริจาคโลหิต ช่วยเพื่อนมนุษย์ ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการที่เคยมีประสบการณ์ การบริจาคโลหิต มีความสัมพันธ์กับความเต็มใจบริจาคโลหิต ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ยังไม่เคยบริจาคโลหิต หรือผู้ที่เคยบริจาคโลหิต 1-3 ครั้ง อาจมีความเชื่อหรือทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการบริจาคโลหิต เนื่องจากการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์⁸ จึงมีความเต็มใจในการบริจาคมากกว่าไม่แน่ใจ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่เคยบริจาคโลหิตแล้วหลายครั้ง อย่างไรก็ตามผู้ที่เคยบริจาคโลหิตแล้วหลายครั้งบางรายอาจมีความไม่แน่ใจ หรือ ไม่เต็มใจบริจาคโลหิต ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ที่เคยมีประสบการณ์บริจาคโลหิตแล้ว เรียนรู้เกี่ยวกับหลักเกณฑ์ของการรับบริจาคโลหิตว่ามีข้อห้าม ข้อจำกัดในการรับบริจาคอย่างไรบ้าง เช่น ความเสี่ยงพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ ความเสี่ยงการติดเชื้อ เช่น จากการเจาะหู สัก ผ่าตัด และที่สำคัญภาวะสุขภาพ และความพร้อม ณ ขณะนั้น²²⁻²³ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานี้เป็นกลุ่มนักเรียนนักศึกษาอายุ 17-20 ปี เป็นกลุ่มวัยรุ่นอาจมีพฤติกรรมเสี่ยง²⁴⁻²⁵ ที่เป็นข้อจำกัดการบริจาคโลหิตที่ตนเองตระหนัก จึงอาจเป็นเหตุผลที่ส่งผลต่อความเต็มใจบริจาคโลหิตแม้ว่าเคยบริจาคแล้วหลายครั้ง

ข้อเสนอแนะ

ผู้ที่มีความพร้อมบริจาคโลหิตนอกเหนือจากคุณสมบัติเข้าหลักเกณฑ์การบริจาคแล้ว ควรต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงในระดับที่บริจาคโลหิตแล้วไม่มีอาการไม่พึงประสงค์ เช่นวิงเวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม เนื่องจากการดังกล่าวอาจทำให้ผู้บริจาครายนั้นมีความกังวลในการบริจาคครั้งถัดไป ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้นักเรียนนักศึกษาดูแลสุขภาพร่างกาย ออกกำลังกายเป็นประจำ เพื่อให้มีความพร้อมด้านสุขภาพ รวมทั้งมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการบริจาคโลหิตและการเตรียมพร้อมร่างกายให้กับกลุ่มนักเรียน และนักศึกษา อย่างทั่วถึงเพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิตเพิ่มมากขึ้น และควรเพิ่ม จุดให้บริการหน่วยรับบริจาค ณ สถานศึกษา เช่น มหาวิทยาลัย ศูนย์การค้าที่วัยรุ่นนิยมไปท่องเที่ยว ในวันหยุดเพื่อ เพิ่มอำนวยความสะดวก และเพิ่มโอกาสให้กลุ่มเยาวชนผู้ที่มีความพร้อม ได้บริจาคโลหิตครั้งแรกและบริจาคซ้ำตาม ระยะเวลาที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ. PLUS 1 เพิ่มจำนวนครั้ง เพิ่มโลหิต เพิ่มชีวิต. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ: 2020 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://redcross.or.th/news/information/9669/>
2. สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย. การบริจาคโลหิตในยุค COVID-19. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย: c2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://tsh.or.th/Knowledge/Details/70>
3. ภณิดา คำธิตา. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับมาบริจาคโลหิตซ้ำในผู้บริจาคโลหิต โรงพยาบาลลำพูน. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2557; 10(3): 237-250.
4. กฤตกรณ ประทุมวงษ์, รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, ปรีชา ลอเสรีวานิช. ปัจจัยพฤติกรรมและการตัดสินใจในการบริจาคโลหิตของบุคลากร มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี: 2020 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://bkkthon.ac.th/home/user_files/department/department-24/files/3-57.pdf

5. Wang J, Chen L, Yu M, He J. Impact of knowledge, attitude, and practice (KAP)-based rehabilitation education on the KAP of patients with intervertebral disc herniation. *Ann Palliat Med.* 2020; 9(2): 388-393.
6. ชัยเวช นุชประยูร. การให้ความรู้ การสร้างแรงจูงใจ และการจัดหาผู้บริจาคนไขโรคโลหิต. *วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต.* 2536; 3(4): 313-316.
7. ขนิษฐา ลือสัตรู. ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ร่วมกับ ก.ศึกษาธิการ สร้างหลักสูตรการบริจาคโลหิต เสริมกิจกรรมยุวกาชาด ถ่ายทอดความรู้ให้กับเยาวชน. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักข่าวกรมประชาสัมพันธ์: 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://thainews.prd.go.th/th/news/detail/TCATG220726133340480>
8. สายทอง วงศ์คำ. ปัจจัยที่มีผลต่อการบริจาคเลือดของผู้ที่มาบริจาคเลือด ณ ธนาคารเลือด โรงพยาบาลหัวหิน. *วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.* 2558; 26(2): 83-94.
9. Uakarn C, Chaokromthong K, Sintao N. Sample Size Estimation using Yamane and Cochran and Krejcie and Morgan and Green Formulas and Cohen Statistical Power Analysis by G*Power and Comparisons. *APHEIT Int. J.* 2021; 10(2): 76-88.
10. Bloom BS, editors. *Taxonomy of education objective: The Classification of Educational Goals.* New York: David Mckay Company; 1956.
11. สุรพงษ์ คงสัตรู, อธิชาติ ธรรมวงศ์. การหาความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC). [อินเทอร์เน็ต]. พระนครศรีอยุธยา: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย: c2020 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.mcu.ac.th/article/detail/14329>
12. Rovinelli RJ, Hambleton RK. On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Tijdschrift voor Onderwijsresearch.* 1977; 2(2): 49-60.
13. ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ. ข่าวประชาสัมพันธ์. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ: 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://redcross.or.th/>
14. ดวงภา อินทรสงเคราะห์, ปิยธิดา ตรีเดช, วงเดือน ปันดี. การตัดสินใจบริจาคโลหิตในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชินี กรุงเทพฯ.* 2556. 29(1): 65-81.
15. ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ. เชิญชวนบริจาคโลหิตเนื่องในวันกาชาดโลก. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ: 2564 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://redcross.or.th/news/information/14572/>
16. ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ. น้ำหนักเท่าไร จึงจะบริจาคโลหิตได้?. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ: 2563 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.facebook.com/nbctr/posts/2714029495374793/?locale=th_TH&_rdc=1&_rdr
17. กุลวรา กิตติสารศ. เตรียมพร้อมอย่างไรก่อนบริจาคโลหิต. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล: 2563 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=789>
18. จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ, ปิยธิดา บุราณผาย, อภิชาติ ป่องทองหลาง, วิไลรัตน์ โรจน์นิมพลี, กนกรัตน์ ปรีชาพุฒ, จิรศักดิ์ อินอ่อน . ความรู้และเจตคติของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ต่อการบริจาคเลือด. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา.* 2561; 24(1): 104-116.

19. ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ. ทำไมต้องบริจาคโลหิต?. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ: 2564 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://redcross.or.th/news/information/13117/>
20. อัญชลี โพธิ์ชัยเลิศ. ปัจจัยที่มีผลต่อจิตสำนึกสาธารณะในการบริจาคโลหิต [ปริญญาานิพนธ์ ปริญญาวารสารศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาสื่อสารมวลชน, คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน: ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.
21. Mansfield AK, Addis ME, Mahalik JR. 'Why won't he go to the doctor?': The psychology of men's help seeking. International Journal of Men's Health. 2003; 2(2): 93-109.
22. ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย. ปริมาณเลือดในคลัง. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย: 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://blooddonationthai.com/การบริจาค/คุณสมบัติ/>
23. เยาวรีย์ กิตติกลียาวงค์, เกศรินทร์ อยู่เปล่า, เกตุธร องค์กรดีลันนท์, อิศรางค์ นุชประยูร. ผลการเสริมธาตุเหล็กแก่ผู้ที่มีความเข้มข้นโลหิตต่ำกว่าเกณฑ์ ณ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย. วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต. 2551; 18(4): 279-288.
24. มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี. บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง [อินเทอร์เน็ตฉบับพิมพ์: มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี 2564 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://etheses.rbru.ac.th/pdf-uploads/thesis-450-file06-2022-11-28-10-40-52.pdf>
25. พิศสมัย ורתัย, พชรินทร์ นันทจันทร์. การทดสอบคุณสมบัติทางจิตมิติของแบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยงสำหรับวัยรุ่นไทย. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2557; 8(3): 2

Received: 14 Dec. 2023, Revised: 7 Feb. 2024

Accepted: 15 Feb. 2024

บทความวิจัย

ประสิทธิภาพของสบู่ผสมสารต้านแบคทีเรียและแอลกอฮอล์เจลในการยับยั้งแบคทีเรีย

ชุตินญา จิตบุญทวีสุข¹, กชสร รัตนวิชัย², ศุภจิน มังคลรังษี³

บทคัดย่อ

การล้างมือด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจล เป็นกระบวนการป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายที่สามารถทำได้ง่ายที่สุด เพื่อให้เห็นความสำคัญของการล้างมือที่ถูกต้อง งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพในการล้างมือด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจลต่อการยับยั้งการเจริญของแบคทีเรียบนฝ่ามือของอาสาสมัคร โดยทำการเก็บตัวอย่างก่อนล้างมือ และหลังล้างมือที่ถูกต้องทั้งการล้างมือด้วยสบู่ และการล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ การทดลองที่ 1 ตรวจสอบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียบนฝ่ามือโดยชุดทดสอบโคลิฟอร์มแบคทีเรียขั้นต้น (SI-2) และการทดลองที่ 2 ตรวจสอบเชื้อแบคทีเรียทั้งหมดบนฝ่ามือโดยชุดทดสอบแบคทีเรียทั้งหมดในภาชนะสัมผัสอาหารและมือ (Compact Dry TC) ทำการเก็บตัวอย่างจากมือของอาสาสมัครที่สนใจในการเข้าร่วมโครงการจำนวน 29 คน โดยอาสาสมัครเป็นพนักงานในอาคารในพื้นที่ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร เป็นการเก็บตัวอย่างแบบสะดวก ในการทดลองที่ 1 ใช้สถิติการรายงานผลแบบร้อยละ และจำนวน ส่วนการทดลองที่ 2 ใช้สถิติการรายงานผลแบบค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และจำนวน จากการทดสอบพบว่า การล้างมือด้วยสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์สามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียบนฝ่ามือของอาสาสมัครได้ 100 เปอร์เซ็นต์ ในการทดสอบหาปริมาณเชื้อแบคทีเรียทั้งหมดพบว่า ก่อนการล้างมือด้วยสบู่บนเชื้อแบคทีเรียบนฝ่ามือเฉลี่ย 47 ± 30.41 โคโลนี/25 ตารางเซนติเมตร และลดลงเหลือเฉลี่ย 21 ± 29.70 โคโลนี/25 ตารางเซนติเมตรหลังล้างมือ ส่วนการล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ลดจำนวนโคโลนีเฉลี่ย 63 ± 26.92 โคโลนี/25 ตารางเซนติเมตร เหลือ 12 ± 11.18 โคโลนี/25 ตารางเซนติเมตร จากการทดสอบสามารถสรุปได้ว่าการล้างมือที่ถูกต้องทั้งการล้างมือด้วยสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์สามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อแบคทีเรียได้โดยประสิทธิภาพในการยับยั้งแบคทีเรียของการล้างมือทั้งสองแบบไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: สบู่ผสมสารต้านแบคทีเรีย, ยับยั้งการเจริญของแบคทีเรีย, แอลกอฮอล์เจล, ประสิทธิภาพในการยับยั้งแบคทีเรีย

¹โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปทุมวัน²ศูนย์การเรียนรู้นิเวศน์³มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ*Corresponding author: e-mail: khunsujimon@gmail.com

Original Article

Efficiency of soap and alcohol gel in inhibiting bacteria

Chutiya Chitboonthaweesuk¹, Kodchasorn Rattanaichai²,
Sujimon Mungkalarungsi³

Abstract

washing hands with soap or alcohol gel It is the easiest process to prevent germs from entering the body. To see the importance of proper hand washing The purpose of this research was to study the efficiency of washing hands with soap. or alcohol gel to inhibit the growth of bacteria on the palms of volunteers. By collecting samples before washing hands. and after washing hands properly, including washing hands with soap and washing hands with alcohol gel. Experiment 1 examined the presence of coliform bacteria on the palm of the hand using the primary coliform bacteria test kit (SI-2), and Experiment 2 examined all bacteria on the palm of the hand using the kit. Test all bacteria on food contact containers and hands (Compact Dry TC). Samples were collected from the hands of 29 volunteers who were willing to participate in the project. The volunteers were building employees in the area. Thung Phaya Thai Subdistrict, Ratchathewi District, Bangkok It is a convenient way to collect samples. From the test, it was found that washing hands with soap or alcohol gel can inhibit the growth of coliform bacteria on the hands of applicants by 100 percent. In testing to determine the total amount of bacteria, it was found that before washing hands with soap on the average bacteria on the palms was 47 ± 30.41 . Colony/25 square centimeters and decreased to an average of 21 ± 29.70 colonies/25 square centimeters after washing hands. As for washing hands with alcohol gel, the average number of colonies was reduced from 63 ± 26.92 colonies/25 square centimeters to 12 ± 11.18 colonies/25 square centimeters. From the test, it can be concluded that hand washing is done correctly, including washing hands with soap. Or, alcohol gel can inhibit the growth of bacteria, with the efficiency of inhibiting bacteria of both types of hand washing not being different.

Keywords: Antibacterial soap, Inhibits the growth of bacteria, Alcohol gel, Antibacterial efficacy

¹Patumwan Demonstration School

²The Newton Sixth Form School

³Assumption University

*Corresponding author: e-mail: khunsujimon@gmail.com

บทนำ

โรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษ เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 โรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษเป็นโรคที่พบได้ตลอดทั้งปี จากสถิติของกรมควบคุมโรค ในปี 2566 พบผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษจำนวน 108.13 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมีผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวจำนวน 1-2 คน โดยพบว่าผู้ที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคดังกล่าวมีอายุในช่วง 15-24 ปี ซึ่งมีสาเหตุมาจากการรับประทานอาหาร หรือ ดื่มน้ำที่มีการปนเปื้อนของเชื้อก่อโรค อาทิเช่น เชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส หรือแม้แต่พยาธิ นอกจากนี้อาจเกิดจากการปนเปื้อนของสารพิษ ทั้งสารพิษจากพืช สารพิษจากสัตว์ หรือโลหะหนัก เป็นต้น¹⁻²

โคลิฟอร์ม (Coliform bacteria) คือ กลุ่มแบคทีเรียในวงศ์ Enterobacteriaceae ได้แก่ กลุ่มของ *Escherichia*, *Enterobacter*, *Klebsiella*, *Citrobacter* และ *Serratia* ซึ่งเป็นกลุ่มของแบคทีเรียแกรมลบที่เจริญได้ดีในสภาวะที่มีก๊าซออกซิเจน และไม่มีก๊าซออกซิเจน โคลิฟอร์มแบคทีเรียสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ ฟีคัลโคลิฟอร์ม (Fecal coliform) ซึ่งอาศัยอยู่ในลำไส้ของคนและสัตว์เลื้อยคลาน โดยจะถูกขับออกมาสู่สิ่งแวดล้อมพร้อมกับอุจจาระ และนอนฟีคัลโคลิฟอร์ม (Non-fecal coliform) อาศัยอยู่ตามพื้นดินและแหล่งน้ำ มีอันตรายน้อยกว่าเชื้อในกลุ่มฟีคัลโคลิฟอร์ม โดยปกติแล้วเชื้อโคลิฟอร์มไม่ก่อให้เกิดโรค แต่การพบเชื้อโคลิฟอร์มในปริมาณมาก สามารถแสดงถึงความไม่สะอาด และความไม่ถูกสุขลักษณะ อาจจะมีการปนเปื้อนอุจจาระของคนหรือสัตว์เลื้อยคลาน ซึ่งนำไปสู่การเกิดโรคต่าง ๆ ตามมา อย่างไรก็ตามในปัจจุบันพบว่าเชื้อในกลุ่มนี้มีความสามารถในการก่อโรคได้ อาทิเช่น การเกิดโรคทางเดินอาหาร การเกิดโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยพบว่ามีสาเหตุสำคัญมาจากการติดเชื้อ *Klebsiella pneumoniae* และ *Enterobacter cloacae* นอกจากนี้ยังพบว่าเชื้อ *Escherichia coli* ยังสามารถก่อให้เกิดโรคติดเชื้อได้ทุกระบบในร่างกาย ดังนั้นเชื้อในกลุ่มโคลิฟอร์มจึงมีความสำคัญต่อการเกิดโรคในมนุษย์อีกด้วย โดยทั่วไปมักพบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับน้ำ เนื่องจากเชื้อดังกล่าวสามารถมีชีวิตอยู่ในน้ำได้นานกว่าเชื้อแบคทีเรียอื่น ๆ แต่เชื้อโคลิฟอร์มไม่ทนความร้อน ซึ่งเราสามารถรับเชื้อโคลิฟอร์มเข้าสู่ร่างกายโดยดื่มน้ำที่มีเชื้อโคลิฟอร์มปนเปื้อนในน้ำดื่มมากเกินไป³ ดังนั้นปริมาณของเชื้อโคลิฟอร์มใช้บ่งชี้ความสะอาดและสุขลักษณะของอาหารและน้ำ โรคที่เกิดจากเชื้อโคลิฟอร์มจะมีการคล้ายไข้หวัดใหญ่ คือ เป็นไข้ ปวดท้อง และท้องเสีย สามารถก่อให้เกิดโรคได้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่

การล้างมือ หมายถึง การขจัดให้ทั่วมือ ปลายนิ้วรวมถึงซอกนิ้วต่าง ๆ ด้วยสบู่ หรือน้ำยาฆ่าเชื้อ ซึ่งการล้างมือ จัดเป็นการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อโรคอย่างง่าย มีขั้นตอนไม่ยุ่งยาก ใช้อุปกรณ์ไม่เยอะ และที่สำคัญมีราคาไม่แพง แต่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อสูง ในปัจจุบันผลิตภัณฑ์ที่นิยมใช้สำหรับการล้างมือประกอบด้วย สบู่ และเจลแอลกอฮอล์ สบู่ จัดเป็นผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางชนิดหนึ่ง ที่ใช้ในการทำความสะอาดร่างกาย ในปัจจุบันสบู่ได้ถูกพัฒนาโดยการเพิ่มส่วนผสมอื่น ๆ เข้ามาเพื่อให้ตอบสนองตามความต้องการของผู้ใช้ หนึ่งในนั้นคือการผสมสารต้านแบคทีเรีย เพื่อให้สามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของแบคทีเรียได้ และเป็นการเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้บริโภค นอกจากผสมสารต้านแบคทีเรียลงในสบู่แล้วการล้างมือที่ถูกต้องยังเพิ่มประสิทธิภาพในการยับยั้งเชื้อโรคบนฝ่ามืออีกด้วย การล้างมือที่ถูกต้องประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้ 1. เอนำน้ำรดมือให้ทั่วแล้วถูมือ 2. ถูสบู่ให้ทั่วฝ่ามือและหลังมือและนิ้วอุ้งมือ 3. ฝ่ามือถูฝ่ามือและนิ้วอุ้งมือ 4. หลังนิ้วมือถูฝ่ามือ 5. ถูนิ้วหัวแม่มือโดยรอบด้วยฝ่ามือ 6. ปลายนิ้วมือถูขวางฝ่ามือ 7. ถูรอบข้อมือ ซึ่ง 7 วิธีนี้เป็นวิธีที่ล้างมือแบบถูกต้องซึ่งทำให้ลดเชื้อโรคหรือแบคทีเรียบนมือได้⁴⁻⁶

การใช้เจลแอลกอฮอล์ในการทำความสะอาดมือมีข้อดี คือ ออกฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อโรคบนฝ่ามืออย่างรวดเร็ว การล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในปัจจุบัน เนื่องจากการล้างมือด้วยแอลกอฮอล์ใช้เวลาไม่

และไม่จำเป็นต้องใช้น้ำ อ่างล้างมือหรือผ้าเช็ดมือ การใช้เจลแอลกอฮอล์ล้างมือมีความสะดวกกว่าการล้างมือด้วยสบู่ และสามารถพกติดตัวได้ง่าย ทำให้สามารถป้องกันและลดการกระจายของเชื้อโรคระหว่างบุคคลได้ โดยเจลแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อโรค คือเจลแอลกอฮอล์ที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบร้อยละ 70-75 วิธีการล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพสูงสุดจะใช้ระยะเวลา 20-30 วินาที โดยเริ่มจากการกดเจลแอลกอฮอล์ลงบนอุ้งมือในปริมาณที่เพียงพอ จากนั้นถูฝ่ามือทั้งสองข้างเข้าด้วยกัน ถูหลังมือข้างซ้ายด้วยฝ่ามือข้างขวา และประสานนิ้วเข้าไปถูข้อมือ แล้วทำสลับกับมืออีกข้าง ถูฝ่ามือและข้อมือนิ้วด้วยนิ้วที่ประสานกัน หลังจากนั้นถูนิ้วหัวแม่มือโดยใช้ฝ่ามือของอีกข้างประสานกันกำรอบแล้วหมุนวน⁷⁻⁸

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาประสิทธิภาพในการยับยั้งแบคทีเรียบนฝ่ามือ ก่อนและหลังการล้างมือด้วยสบู่ล้างมือ หรือการล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ โดยมุ่งเน้นประสิทธิภาพในการยับยั้งการเจริญของเชื้อแบคทีเรียในกลุ่มโคลิฟอร์มเป็นหลัก เนื่องจากเชื้อแบคทีเรียดังกล่าวสามารถพบได้ทั่วไปในชีวิตประจำวัน เป็นเชื้อแบคทีเรียที่บ่งบอกถึงสุขลักษณะที่ดี และพบว่าเป็นเชื้อแบคทีเรียที่ก่อให้เกิดโรคทางเดินอาหารได้บ่อยอีกด้วย

วิธีการวิจัย

อาสาสมัคร

การวิจัยในครั้งนี้ทำการเก็บตัวอย่างจากมือของอาสาสมัครที่เต็มใจในการเข้าร่วมโครงการจำนวน 29 คน โดยอาสาสมัครเป็นพนักงานในอาคารในพื้นที่ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร เป็นการเก็บตัวอย่างแบบสะดวก

การเก็บตัวอย่าง

การเก็บตัวอย่างจากอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการจะเก็บตัวอย่างจากฝ่ามือ จำนวน 2 ครั้ง คือ ก่อนล้างมือ และหลังล้างมือด้วยสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ โดยอาสาสมัครทุกคนที่เข้าร่วมโครงการจะได้รับคำแนะนำในการล้างมือให้ถูกต้องก่อนทำการทดสอบ

การล้างมือด้วยสบู่ (การล้างมือ 7 ขั้นตอน)

1. เอน้ำรดมือให้ทั่วแล้วถูมือ
2. ถูสบู่ให้ทั่วฝ่ามือและถูหลังมือและนิ้วถูข้อมือ
3. ฝ่ามือถูฝ่ามือและนิ้วถูข้อมือ
4. หลังนิ้วมือถูฝ่ามือ
5. ถูนิ้วหัวแม่มือโดยรอบด้วยฝ่ามือ
6. ปลายนิ้วมือถูขวางฝ่ามือ
7. ถูรอบข้อมือ

การล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์

1. กดเจลแอลกอฮอล์ลงบนอุ้งมือในปริมาณที่เพียงพอ
2. ถูข้อมือให้ทั่วทั้งสองข้าง
3. กำมือข้างหนึ่งใช้หลังนิ้วถูฝ่ามือทั้งสองข้างสลับกัน
4. กำนิ้วหัวแม่มือแล้วหมุนไปมา สลับหมุนทั้งสองข้าง

5. ถูฝ่ามือด้วยปลายนิ้ว
6. ถูข้อมือ สลับกันทั้งสองข้าง

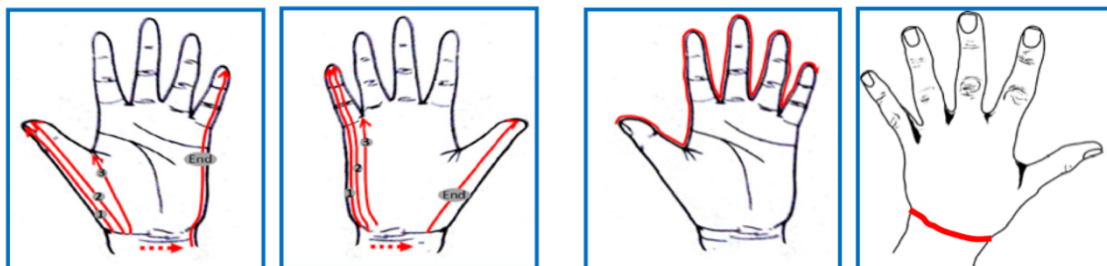
อุปกรณ์ที่ใช้ในการทดสอบ

- 1.ชุดทดสอบโคลิฟอร์มแบคทีเรียขั้นต้น (SI-2)
 - น้ำยา SI-2
- 2.ชุดทดสอบแบคทีเรียทั้งหมดในภาชนะสัมผัสอาหารและมือ (Compact Dry TC)
 - จานทดสอบ (จานเพาะเชื้อ)
 - ถังใส่จานทดสอบ
 - น้ำยาทดสอบ
 - สำลีก้านปลอดเชื้อ
 - หลอดดูดน้ำยา (Syringe)
 - น้ำยาฆ่าเชื้อ
 - สำลีแอลกอฮอล์
- 3.ตะเกียงแอลกอฮอล์
- 4.ไฟแช็ก
- 5.สบู่อผสมสารต้านแบคทีเรีย
- 6.แอลกอฮอล์เจล
- 7.สำลีก้านปลอดเชื้อ

วิธีการทดสอบ

การทดลองที่ 1 ตรวจสอบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียบนฝ่ามือโดยชุดทดสอบโคลิฟอร์มแบคทีเรียขั้นต้น (SI-2)

1. จุ่มไม้พันสำลีลงในน้ำยา SI-2 ปิดพอลอด
2. ป้ายไม้พันสำลีบนมือของอาสาสมัครทั้ง 2 ด้าน โดยใช้ไม้พันสำลีป้ายบนมือของอาสาสมัครทั้ง 2 ด้าน โดยทำการป้ายไม้พันสำลีทั้งบนฝ่ามือ และหลังมือ จากนั้นป้ายไปยังนิ้ว ๆ ต่าง ๆ รวมถึงง่ามนิ้วด้วย ดังแสดงในรูปที่ 1
3. หักไม้สวอปโดยดึงไม้ให้พ้นปากขวดประมาณครึ่งหนึ่งแล้วหักไม้กับปากขวด ตั้งทิ้งไว้ที่อุณหภูมิห้องเป็นเวลา 17-24 ชั่วโมง ก่อนอ่านและรายงานผล



รูปที่ 1 แสดงการป้ายไม้พันสำลีบนฝ่ามืออาสาสมัครเพื่อเก็บตัวอย่างมาตรวจหาเชื้อแบคทีเรีย

การอ่านและรายงานผล

- ถ้าสารละลายเปลี่ยนจากสีม่วงเป็นสีเหลืองภายใน 24 ชั่วโมงแสดงว่ามีโคลิฟอร์มแบคทีเรียให้รายงานผลเป็นบวก (+ Positive)
- ถ้าสารละลายยังคงมีสีม่วง (หรือจางลงเล็กน้อย) แสดงว่าตัวอย่างนั้นไม่มีโคลิฟอร์มแบคทีเรียให้รายงานผลเป็นลบ (- Negative)

การทดลองที่ 2 การตรวจเชื้อแบคทีเรียทั้งหมดบนฝ่ามือโดยชุดทดสอบแบคทีเรียทั้งหมดในภาชนะสัมผัสอาหารและมือ (Compact Dry TC)

1. จุ่มไม้พันสำลีลงในน้ำยาทดสอบ ปิดพอลิเมอร์ และทำการป้ายสำลีลงบนฝ่ามือของอาสาสมัครตรงบริเวณฝ่ามือ โดยกำหนดพื้นที่ในการเก็บตัวอย่าง 25 ตารางเซนติเมตร (กว้าง 5 ซม x ยาว 5 ซม)
2. จุ่มไม้พันสำลีลงในขวดน้ำยาทดสอบ หมุนไปมาหลาย ๆ ครั้ง หักไม้สวอปโดยดึงไม้ให้พันปากขวดประมาณ ครึ่งหนึ่ง แล้วหักไม้กับปากขวด
3. ปิดฝาขวดและเขย่า 15-20 ครั้ง เปิดฝาขวดและใช้หลอดฉีดยาปราศจากเชื้อดูดน้ำยาทดสอบขึ้นมา 1 ml
4. เปิดฝา Compact Dry Plate และหยดน้ำยาทดสอบ 1 ml . ลงบนกลางแผ่น Compact Dry Plate ที่ไว้ให้ตัวอย่างกระจายตัวไปทั่วแผ่นโดยอัตโนมัติประมาณ 2-3 วินาที
5. นำ Compact Dry Plate คว่ำแล้วใส่ช่องชิปนำเข้าตู้บ่มที่อุณหภูมิ 33-37°C หรือที่อุณหภูมิห้องเป็นเวลา 48 ชั่วโมง

การอ่านผลและการรายงานผล

นับจำนวนโคโลนีที่ปรากฏจากด้านหลัง plate โดยนับทุกโคโลนีที่ขึ้นบน Compact Dry TC เช่น สีแดง สีชมพู สีเหลือง และ สีขาวครีม รายงานผลเป็นจำนวนโคโลนี colony/25 cm²

สถิติในการรายงานผล

ในการทดลองที่ 1 ใช้สถิติการรายงานผลแบบร้อยละ และจำนวน ส่วนการทดลองที่ 2 ใช้สถิติการรายงานผลแบบค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และจำนวน

ผลการทดลอง

การทดลองที่ 1 ตรวจหาเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียบนฝ่ามือโดยชุดทดสอบโคลิฟอร์มแบคทีเรียขั้นต้น (SI-2)

ตารางที่ 1 แสดงผลการตรวจหาเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียบนฝ่ามืออาสาสมัครก่อนและหลังล้างมือ (n=20)

ผลิตภัณฑ์ที่ใช้	จำนวนอาสาสมัคร	จำนวนอาสาสมัครที่พบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย(ร้อยละ)	
		ก่อนล้างมือ (ร้อยละ)	หลังล้างมือ
สบู่ผสมสารต้านแบคทีเรีย	10	4 (40)	0
แอลกอฮอล์เจล	10	1 (10)	0

ในอาสาสมัครกลุ่มที่ล้างมือด้วยสบู่ ก่อนล้างมือพบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียบนฝ่ามือของอาสาสมัครจำนวน 4 คนจากอาสาสมัครทั้งหมด 10 คน คิดเป็นร้อยละ 40 แต่หลังจากล้างมือด้วยสบู่ไม่พบการปนเปื้อนของเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย บนมืออาสาสมัครเลย ในอาสาสมัครกลุ่มที่ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ พบว่า ก่อนล้างมือพบการปนเปื้อน

ของ เชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียบนมือของอาสาสมัครจำนวน 1 คน จากทั้งหมด 10 คน คิดเป็นร้อยละ 10 และหลังจากล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ ไม่พบการปนเปื้อนของเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียบนมืออาสาสมัคร ดังนั้นการล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เจลสามารถยับยั้งการเจริญของแบคทีเรียบนมือได้โดยประสิทธิภาพในการยับยั้งการเจริญของเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียไม่แตกต่างกันไม่ว่าจะเป็นการล้างมือด้วยสบู่ หรือการล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์

การทดลองที่ 2 การตรวจเชื้อแบคทีเรียทั้งหมดบนฝ่ามือโดยชุดทดสอบแบคทีเรียทั้งหมดในภาชนะสัมผัสอาหารและมือ (Compact Dry TC)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนโคโลนีแบคทีเรียบนฝ่ามืออาสาสมัครก่อนและหลังล้างมือ (n=9)

ผลิตภัณฑ์ที่ใช้	จำนวนอาสาสมัครที่พบเชื้อแบคทีเรีย(ร้อยละ)		จำนวนโคโลนีแบคทีเรีย (Colony/25 cm ²) (ค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	
	ก่อนล้างมือ	หลังล้างมือ	ก่อนล้างมือ	หลังล้างมือ
สบู่ผสมสารต้านแบคทีเรีย	2 (100)	1 (50)	47 $\pm$ 30.41	21 $\pm$ 29.70
แอลกอฮอล์เจล	7 (100)	5 (71)	63 $\pm$ 26.92	12 $\pm$ 11.18

ในอาสาสมัครกลุ่มที่ล้างมือด้วยสบู่ พบว่าก่อนล้างมือพบการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียบนมือของอาสาสมัครทั้งสอง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 100 แต่หลังจากล้างมือด้วยสบู่แล้วพบเชื้อแบคทีเรียบนมืออาสาสมัครเพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 50 โดยก่อนล้างมือนั้นบนฝ่ามือของอาสาสมัครกลุ่มนี้มีเชื้อแบคทีเรียเฉลี่ย 47 $\pm$ 30.41 โคโลนี/25 ตารางเซนติเมตร และลดลงเหลือเฉลี่ย 21 $\pm$ 29.70 โคโลนี/25 ตารางเซนติเมตร เมื่อล้างมือด้วยสบู่ ดังนั้นการล้างมือด้วยสบู่สามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อแบคทีเรียได้ร้อยละ 50 ในกลุ่มที่มีการล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์พบว่า ก่อนล้างมือพบการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรีย บนมือของอาสาสมัคร 7 คน คิดเป็นร้อยละ 100 จำนวนโคโลนีเฉลี่ยเท่ากับ 63 $\pm$ 26.92 โคโลนี/25 ตารางเซนติเมตร หลังจากอาสาสมัครล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์พบว่าอาสาสมัครที่พบการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียบนฝ่ามือเท่ากับ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 71 จำนวนโคโลนีเฉลี่ยเท่ากับ 12 $\pm$ 11.18 โคโลนี/25 ตารางเซนติเมตร ในการทดสอบประสิทธิภาพในการยับยั้งการเจริญของเชื้อแบคทีเรียทั้งหมดบนฝ่ามือโดยการนับปริมาณโคโลนีของเชื้อแบคทีเรียของสบู่ และเจลแอลกอฮอล์พบว่าจำนวนโคโลนีของเชื้อแบคทีเรียลดลงอย่างน้อย 50 เปอร์เซ็นต์เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนล้างมือ โดยจำนวนโคโลนีของเชื้อแบคทีเรียนั้นมีความแตกต่างกันในแต่ละคนทั้งก่อนและหลังการล้างมือ

จากการทดสอบประสิทธิภาพในการยับยั้งการเจริญของเชื้อแบคทีเรียก่อนและหลังการล้าง ทั้งการทดสอบหาเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย และการนับจำนวนโคโลนีของเชื้อแบคทีเรียทั้งหมดพบว่าการล้างมือด้วยสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์มีประสิทธิภาพในการยับยั้งการเจริญของแบคทีเรียไม่แตกต่างกัน ดังนั้นสามารถเลือกใช้การล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ในการป้องกันโรคได้ขึ้นอยู่กับความสะดวก

สรุปและอภิปรายผล

การล้างมือเป็นการป้องกันการติดเชื้อ หรือการแพร่กระจายของเชื้อโรคที่ทำได้ง่าย ประหยัด และมีขั้นตอนไม่ยุ่งยาก ซึ่งจะเห็นชัดในระยะเวลาที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ที่การล้างมือถูกจัดให้เป็นแนวทางการป้องกันโรคอย่างหนึ่ง ซึ่งในวิถีชีวิตแบบใหม่ (New normal) ประชาชนจะมีความคุ้นชินกับการล้างมือไม่ว่าจะ

เป็นการล้างมือด้วยสบู่ และการล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ ดังนั้นในการศึกษาวิจัยนี้ ได้ทำการทดสอบประสิทธิภาพในการยับยั้งแบคทีเรียบนฝ่ามือของสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ จากผลการทดลองพบว่า ทั้งการล้างมือด้วยสบู่ และเจลแอลกอฮอล์สามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียบนฝ่ามือได้ ซึ่งทั้งการล้างมือด้วยสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์มีประสิทธิภาพในการยับยั้งเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ยังได้ทำการหาปริมาณเชื้อแบคทีเรียรวมบนฝ่ามือทั้งก่อนและหลังล้างมือด้วยสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ และเช่นเดียวกับการล้างมือด้วยสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์สามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อแบคทีเรียได้ โดยปริมาณโคโลนีของเชื้อแบคทีเรียรวมลดลงอย่างเห็นหลังการล้างมือด้วยสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่าปริมาณเชื้อแบคทีเรียที่พบบนฝ่ามือของอาสาสมัครก่อนการล้างมือมีปริมาณแตกต่างกันตั้งแต่ 25 โคโลนีต่อ 25 ตารางเซนติเมตร จนถึง 110 โคโลนีต่อ 25 ตารางเซนติเมตรขึ้นอยู่กับสุขอนามัยส่วนบุคคล แต่เมื่อล้างมือด้วยสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์สามารถลดจำนวนโคโลนีแบคทีเรียได้มากกว่า 50 เปอร์เซ็นต์ หรือในอาสาสมัครบางคนไม่พบการเจริญของเชื้อแบคทีเรียบนฝ่ามือเลย

โดยทั่วไปสามารถพบในกลุ่มโคลิฟอร์มบนมือได้ ซึ่งเชื่อกันว่ามาจากการสัมผัสสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น ภาชนะใส่อาหาร พื้นผิวต่าง ๆ ที่มีการปนเปื้อนของเชื้อ โดยปริมาณเชื้อโคลิฟอร์มที่พบมีขึ้นอยู่กับการสัมผัสสิ่งแวดล้อมที่มีการปนเปื้อนของเชื้อโคลิฟอร์ม¹⁴ ความถี่ในการล้างมือของแต่ละบุคคลได้ ดังนั้นการพบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียบนฝ่ามือสามารถบ่งบอกถึงสุขอนามัยส่วนบุคคลได้ จากการที่เชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียเป็นเชื้อก่อโรคทางเดินอาหาร ดังนั้นการพบเชื้อโคลิฟอร์มพบมือเป็นจึงมีโอกาสทำให้เกิดโรค เช่น ท้องเสีย อาหารเป็นพิษ¹⁵ ดังนั้นในอุตสาหกรรมอาหาร หรือผู้ประกอบการร้านอาหารจึงนำการตรวจการปนเปื้อนของเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียมาใช้ในการตรวจสอบสุขอนามัยของผู้ปฏิบัติงาน หรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงาน ซึ่งการตรวจหาเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียที่นิยมใช้มีทั้งการตรวจหาเชื้อกลุ่มโคลิฟอร์มแบคทีเรียด้วยชุดตรวจโคลิฟอร์มแบคทีเรียขั้นต้น (SI-2) หรือการตรวจหาเชื้อแบคทีเรียในกลุ่มโคลิฟอร์มโดยตรง ยกตัวอย่างเช่น เชื้อแบคทีเรีย *Escherichia coli* หรือ *Enterobacter cloacae* จากการทดสอบพบว่าในอาสาสมัครที่พบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียบนฝ่ามือก่อนล้างมือ เมื่อทำการล้างมือด้วยสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์สามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียได้ ซึ่งผลการทดลองดังกล่าวเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้คือ การทดลองประสิทธิภาพการล้างมือขณะใส่ถุงมือในโรงงานอุตสาหกรรมอาหารแช่แข็งการตรวจสอบการปนเปื้อนเชื้อของเชื้อ *E. coli* ก่อนและหลังการล้างถุงมือ พบว่าการล้างมือด้วยเจลต้านแบคทีเรียและล้างน้ำยาฆ่าเชื้อแบคทีเรียเป็นเวลา 20 วินาที ช่วยลดปริมาณแบคทีเรียแต่ไม่สามารถลดได้หมด การตรวจสอบการปนเปื้อนเชื้อของเชื้อ *Salmonella* spp. ก่อนและหลังการล้างถุงมือ พบว่าหลังการล้างถุงมือด้วยสบู่เหลวและน้ำยาคลอรีนสามารถกำจัดเชื้อได้ร้อยละ 100 การตรวจสอบการปนเปื้อนเชื้อของเชื้อ *S. aureus* ก่อนและหลังการล้างถุงมือพบว่าการล้างมือด้วย น้ำเปล่าอย่างเดียวไม่สามารถช่วยให้เชื้อแบคทีเรียบนมือลดลงได้ แต่เมื่อใช้น้ำเปล่าและสบู่พร้อมถุงมือควบคู่ไปด้วยจะมีประสิทธิภาพดีมากในการลดเชื้อแบคทีเรีย การตรวจหาเชื้อจุลินทรีย์ ก่อนและหลังการล้างถุงมือ โดยการตรวจสอบการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในตัวอย่างของพนักงาน 39 คน ก่อนการล้างถุงมือพบเชื้อจุลินทรีย์เกินเกณฑ์ที่กำหนด แต่หลังจากการล้างถุงมือด้วยสบู่และทำการจุ่มคลอรีน จุลินทรีย์ลดลงอย่างเห็นได้ชัดและอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน โดยสรุปแล้วการล้างมือช่วยลดเชื้อจุลินทรีย์และการปนเปื้อนเชื้อของแบคทีเรียได้¹¹ และการทดลองประสิทธิภาพการล้างมือในนิสิตทันตแพทย์ ระดับปริญญาบัณฑิตและหลังปริญญา โดยวิธีการ ตรวจสอบก็คือเก็บตัวอย่างเชื้อแบคทีเรียบนมือของนิสิตทันตแพทย์ก่อนและหลังการล้างมือเพื่อที่จะดูประสิทธิภาพการล้างมือสำหรับการทำงานศัลยกรรมของนิสิตทันตแพทย์ ผลการศึกษาพบว่าจำนวนของเชื้อแบคทีเรียบนมือลดลงเป็นจำนวนมาก

และพบว่าแบคทีเรียของนิสิตทันตแพทย์ปริญญาบัณฑิตเหลือน้อยกว่า นิสิตทันตแพทย์หลังปริญญา สรุปได้ว่าการล้างมือของนิสิตทันตแพทย์ระดับปริญญาบัณฑิตมีประสิทธิภาพมากกว่านิสิตทันตแพทย์หลังปริญญา¹² โดยการล้างมือก่อนทำการรักษา คือการล้างมือโดยสบู่เหลวที่มีส่วนผสมของน้ำยาฆ่าเชื้อตั้งแต่ มือ แขน จนถึงข้อศอกให้ทั่ว เป็นเวลา 2-5 นาที¹³

ในยุคปัจจุบันที่เชื้อโรคต่าง ๆ ส่งผลกระทบต่อชีวิตและสุขอนามัยของผู้คน การล้างมือจึงเป็นหนึ่งในสิ่งที่ทุกคนพึงต้องปฏิบัติเพื่อลดการเกิดของเชื้อโรคเหล่านี้ การศึกษาวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการล้างมือ และสามารถนำไปปรับใช้กับการล้างมือด้วยสบู่หรือเจลล้างมือแอลกอฮอล์ในชีวิตประจำวันได้ โดยผลการศึกษาจะแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการกำจัดเชื้อแบคทีเรียของผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการล้างมือที่ใช้ในการยับยั้งแบคทีเรียที่ติดอยู่ที่มือ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นแบคทีเรียกลุ่มที่ส่งผลต่อระบบทางเดินอาหาร และแบคทีเรียที่อาจก่อให้เกิดสารพิษ การใช้ผลิตภัณฑ์ล้างมือจะไปทำลายและยับยั้งการแพร่กระจายของเซลล์แบคทีเรียไม่ให้เกิดการเจริญเติบโตและแพร่กระจายเป็นจำนวนมากจนส่งผลให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย จากผลการทดสอบแสดงให้เห็นว่าสบู่ผสมสารต้านแบคทีเรียและแอลกอฮอล์เจลนั้นมีประสิทธิภาพในการกำจัดและช่วยลดปริมาณแบคทีเรียบนมือลงได้ แต่อย่างไรก็ตามการจะกล่าวถึงประสิทธิภาพชนิดใดมีประสิทธิภาพ ภาพดีมากกว่านั้นไม่สามารถบอกได้แน่ชัด เพราะผลิตภัณฑ์ทั้งสองชนิดมีความสามารถในการกำจัดและช่วยลดแบคทีเรียทั้งคู่ แต่สิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่งที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพเมื่อใช้ผลิตภัณฑ์คือ วิธีการใช้ของผู้ใช้ หากผู้ใช้ทำตามวิธีการและขั้นตอน และใช้อย่างเหมาะสมจึงจะส่งผลให้ผลิตภัณฑ์นั้นได้ผลดีที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. วชิรภัทร เตโชวีรกุล, ดาวิวรรณ เศรษฐธรรม. สภาวะสุขาภิบาลอาหารของร้านจำหน่ายอาหารในเขตเทศบาลตำบลแห่งหนึ่งอำเภอเมืองจังหวัดนครพนม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565; 15(2): 31-45.
2. ชูสกุล พิริยะ, ปณิธิ อัมมวิริยะ. สถานการณ์โรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษในประเทศไทย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565–22 กุมภาพันธ์ 2566 จากฐานข้อมูลระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์กรมควบคุมโรค. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 2566; 54(17): 261-272.
3. กองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2562. โคลิฟอร์มแบคทีเรีย ศัตรูตัวร้าย แฝงอันตรายในน้ำใส; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 20 ต.ค. 2566]; [ประมาณ 2 น.]. เข้าถึงได้จาก: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/infographics/coliform-bacteria-in-drinking-water/>
4. กิตติมา ไผ่ศิริประดับศรี, มลวดี ศรีหะทัย, กัลยาณี อุดง. ความชุกของแบคทีเรียก่อโรคและกลุ่มโคลิฟอร์มกรณีสอบสวนโรคอาหารเป็นพิษในเขตสุขภาพที่วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี. 2563; 3(2): 27-41.
5. ธัญนันท์ ฤทธิมนี, สิขเรศ คงแก้ว. สภาพการณ์ด้านสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารริมบาทวิถีในตลาดอาหารกลางคืนจังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา. 2566; 8(1): 10-18.
6. โรงพยาบาลโนนศิลา [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: โรงพยาบาลโนนศิลา; 2563. การล้างมือ 7 ขั้นตอน; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 30 ต.ค. 2566]; [ประมาณ 1 น.]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nonsilahospital.go.th/525.html>
7. ปราณี เติมนาสสมบัติ. การพัฒนาสูตรรับแอลกอฮอล์เจลสำหรับล้างมือ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2555; 21(6): 1192-1199.
8. World Health Organization Thailand. วิธีการล้างมือ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: World Health Organization Thailand; 2009 [เข้าถึงเมื่อ 30 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก:

https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/thailand/how-to-handwash-handrub-poster-thai-final.pdf?sfvrsn=7c095f91_0#:~:text=คู่มือด้วยเจลแอลกอฮอล์เพื่อรักษาสุขอนามัย,ท้วมือทั้งสองข้าง

9. บริษัท บี สมาร์ท ซายเอนซ์ จำกัด [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: บริษัท บี สมาร์ท ซายเอนซ์ จำกัด; c2023. ชุดทดสอบโคลิฟอร์มแบคทีเรียขั้นต้น (SI-2) เฉพาะน้ำยา; 2020 [เข้าถึงเมื่อ 6 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bsmartsci.com/product/4/ชุดทดสอบโคลิฟอร์มแบคทีเรียขั้นต้น-si-2-เฉพาะน้ำยา>
10. บริษัท บี สมาร์ท ซายเอนซ์ จำกัด [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: บริษัท บี สมาร์ท ซายเอนซ์ จำกัด; c2023. ชุดทดสอบแบคทีเรียทั้งหมดในภาชนะสัมผัสอาหารและมือ (Compact Dry TC); 2022 [เข้าถึงเมื่อ 6 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bsmartsci.com/product/957/ชุดทดสอบแบคทีเรียทั้งหมดในภาชนะสัมผัสอาหารและมือ-compact-dry-tc>
11. มงคล เพ็ญสายใจ, อีรธร วสุรัตน์, รณกร ทองเฉลิม. ประสิทธิภาพการล้างมือขณะใส่ถุงมือในโรงงานอุตสาหกรรมอาหารแช่แข็ง. วารสารวิทยาศาสตร์ลาดกระบัง. 2566; 32(1): 120-138.
12. นันทมนัส แยมบุตร, เกศกัญญา สัพพะเลข, รัชนี อัมพรอร่ามเวทย์. ประสิทธิภาพการล้างมือในนิสิตทันตแพทย์ระดับปริญญาบัณฑิตและหลังปริญญา [อินเทอร์เน็ต]. ใน: ลำปาง แม่ริมมาตย์, อัญชลี ตัดตะวะศาสตร์, ดุษฎี อาวุฒิน. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 15; 28 มีนาคม 2557; ขอนแก่น. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 11 พ.ย. 2566]. น.1288-1297.เข้าถึงได้จาก: <https://gsbooks.gs.kku.ac.th/57/grc15/files/mmp17.pdf>
13. โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์; c2563. ล้างมือให้สะอาด สำคัญอย่างไร; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 14 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.siphphospital.com/th/news/article/share/hand-hygiene#:~:text=3.%20Surgical%20hand%20washing%20\(การ,เป็นเวลา%202-5%20นาที](https://www.siphphospital.com/th/news/article/share/hand-hygiene#:~:text=3.%20Surgical%20hand%20washing%20(การ,เป็นเวลา%202-5%20นาที)

Received: 6 Dec. 2023, Revised: 10 Jan. 2024

Accepted: 15 Jan. 2024

บทความวิจัย

ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม

ในประชาชนเขตอำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

ณัฐปานิ อธิพงษ์¹ นครินทร์ อธิพงษ์^{2*}

บทคัดย่อ

สถานการณ์ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิต เช่น ปัญหาภาวะโลกร้อน ฝุ่นละอองขนาดเล็ก สารเคมีปนเปื้อนในอากาศ น้ำเสีย เป็นต้น การรับรู้ถึงปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม เป็นสิ่งสำคัญในการที่จะทำให้ประชาชนมีความรู้และความตระหนักในการป้องกันตนเองจากอันตรายจากมลพิษสิ่งแวดล้อม งานวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ในประชาชนเขตพื้นที่อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 600 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์โดยใช้ Multiple linear regression ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง (Mean=10.83,SD.=2.46) เจตคติ (Mean=52.59,SD.=6.77) และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมในระดับปานกลาง (Mean=52.83,SD.=5.87) ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้มากที่สุด ในเชิงบวก คือ การได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\beta=0.559$) และในเชิงลบ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากองค์การบริหารส่วนตำบล ($\beta=-0.701$) ปัจจัยที่มีผลต่อเจตคติมากที่สุด ในเชิงบวกคือ การได้รับข่าวสารผ่านทางสื่อโซเชียล ($\beta=2.28$) และในเชิงลบ คือ ระยะเวลาการใช้สื่อโซเชียลในการรับข่าวสารสิ่งแวดล้อม ($\beta=-1.19$) และปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมมากที่สุด ในเชิงบวก คือ การได้รับความรู้จากหน่วยงานในพื้นที่ ($\beta=8.488$) และในเชิงลบ คือ การได้รับข่าวสารจากคนในครอบครัว ($\beta=-2.19$) จะเห็นได้ว่าปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวมากที่สุด ได้แก่ การได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับข่าวสารผ่านทางสื่อโซเชียล และการได้รับความรู้จากหน่วยงานในพื้นที่ ตามลำดับ ดังนั้นหน่วยงานในพื้นที่และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวที่ดีเพื่อป้องกันปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม โดยใช้รูปแบบการสื่อสารผ่านสื่อโซเชียลเพื่อเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตัว มลพิษสิ่งแวดล้อม

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหลักวอ จังหวัดสุรินทร์ ประเทศไทย

²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอคโค จังหวัดสุรินทร์ ประเทศไทย

*Corresponds author Email : Nakarin21016@gmail.com

Original Article

Knowledge, attitude, and behavior to prevent environmental pollution problems in the people of Mueang Surin District, Surin Province

Nattapanee Asiphong¹ Nakarin Asiphong^{2*}**Abstract**

Environmental pollution is currently having a significant impact on lifestyle and health. For people to safeguard themselves against environmental pollution, awareness is essential. Method: Six hundred residents in the Mueang Surin district of Surin province will have their knowledge, attitudes, and behaviors about environmental pollution prevention and its contributing causes measured in this cross-sectional survey. A questionnaire was utilized to gather data, which was then analyzed using multiple linear regression and descriptive statistics to look for relationships between the variables. Findings: The majority of the sample exhibited a high degree of attitude (mean = 52.59, SD = 6.77), knowledge (mean = 10.83, SD = 2.46), and intermediate levels of activities to minimize environmental pollution concerns (mean = 52.83, SD = 5.87). Receiving information from public health officials is the most favorable linked factor for knowledge ($\beta=0.559$), while the most unfavorable is receiving information from the Subdistrict Administrative Organization is the most unfavorable ($\beta=-0.701$). Receiving news via social media is the most positively correlated factor with attitude ($\beta=2.28$), whereas the length of time spent using social media to obtain environmental news is negatively correlated ($\beta=-1.19$). Receiving information from local law enforcement officials is the most favorable linked factor ($\beta=8.488$) for behavior connected to preventing environmental pollution, whereas receiving news from family members is the negative factor ($\beta= -2.19$). Conclusion: Learning from a public health officer, getting news from social media, and learning from a local officer are the factors that have the biggest impact on knowledge, attitude, and behavior. Thus, it is imperative that public health professionals and municipal officers take a leading role in advancing individuals' behavior, knowledge, and attitude.

Keywords: Knowledge, Attitude, behavior, environment pollution¹Ban lakwo subdistrict health promoting Hospital, Surin province, Thailand, 32000^{2*}Korko subdistrict health promoting Hospital, Surin province, Thailand, 32000

*Corresponds author Email: Nakarin21016@gmail.com

บทนำ

สถานการณ์ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันมีความรุนแรงมากขึ้น โดยเห็นได้จากการรายงานเกี่ยวกับปัญหาสิ่งแวดล้อมด้านต่างๆ เช่น ในดิน ทางน้ำ หรือในอากาศ ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของมลพิษสิ่งแวดล้อมนั้นประกอบไปด้วยหลายปัจจัยไม่ว่าจะเป็น การเพิ่มขึ้นของประชากร การขยายตัวของเศรษฐกิจทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของโรงงานอุตสาหกรรมและการเพิ่มกำลังการผลิต รวมไปถึงค่านิยมหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่ทำให้เกิดการลายสิ่งแวดล้อมของมนุษย์เอง¹ ทำให้สิ่งแวดล้อมเกิดมลพิษ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิต เช่น ปัญหาโลกร้อน ฝุ่นละอองขนาดเล็ก สารเคมีปนเปื้อนในอากาศ น้ำเสีย เป็นต้น องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า มลพิษทางอากาศเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของคนหลายล้านคนทั่วโลกในแต่ละปี และเป็น 1 ใน 3 สาเหตุ ของการเสียชีวิตจากภาวะสมองขาดเลือด มะเร็งปอด และโรคหัวใจ²

สำหรับประเทศไทย พบว่ายังมีปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ ปัญหาฝุ่นละออง PM_{2.5} ที่มีปริมาณสูงขึ้น โดยพบว่าค่าดัชนีคุณภาพอากาศสูงเกินมาตรฐาน(เกิน 50 ไมโครกรัม ต่อกบาศก์เมตรใน 24 ชั่วโมง) ในหลายจังหวัด พื้นที่เสี่ยงที่มีปัญหา PM_{2.5} ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่เมืองใหญ่ที่มีการจราจรหรือบรรทุกขนส่งหนาแน่น เช่น กรุงเทพมหานคร นครราชสีมา ขอนแก่น พื้นที่ที่มีการเผาในที่โล่ง เช่น กาญจนบุรี ขอนแก่น พื้นที่เขตอุตสาหกรรม เช่น สระบุรี ซึ่งในแต่ละพื้นที่มีสาเหตุของ PM_{2.5} แตกต่างกันตามแหล่งกำเนิด³ นอกจากนี้ยังพบปัญหาสารอันตรายจากภาคเกษตรกรรมเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีปริมาณสูงถึง 136.14 พันตัน (จากเดิม 98.25 พันตัน) และพบของเสียอันตรายในชุมชนเพิ่มขึ้นกว่า 11,000 ตัน⁴

จังหวัดสุรินทร์เป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงในการพบมลพิษสิ่งแวดล้อม เนื่องจากมีปัจจัยหลายด้านที่เอื้อต่อการเกิดมลพิษ เช่น ด้านคมนาคม เป็นพื้นที่ที่มีการคมนาคมสูงเนื่องจากเป็นเส้นทางการคมนาคมและการขนส่งจำนวนมาก รวมทั้งการใช้ยานพาหนะในจังหวัด พบว่า มีจำนวนรถยนต์ที่จดทะเบียนสูงถึง 477,305 คัน และส่วนใหญ่เป็นรถยนต์ส่วนบุคคล⁵ ด้านอุตสาหกรรมโรงโม่หินส่งผลให้เกิดฝุ่นละอองจากการระเบิด บด โม่ และคัดแยกหิน ซึ่งอยู่ในรัศมี 15 km. จากศูนย์กลางของอำเภอเมือง และด้านการเกษตร เป็นพื้นที่ที่มีการปลูกข้าวมากเป็นอันดับต้นๆของประเทศ โดยเฉพาะอำเภอเมืองมีพื้นที่ปลูกข้าวถึง 393,019 ไร่ รวมทั้งมีการใช้สารเคมีทางการเกษตรมากถึงร้อยละ 68 เหล่านี้เป็นสาเหตุทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดมลพิษสิ่งแวดล้อมด้านต่างๆขึ้นได้⁶ ในอำเภอเมืองสุรินทร์ เป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมลพิษสิ่งแวดล้อม เพราะการคมนาคมหนาแน่นตลอดเวลาเนื่องจากเป็นศูนย์รวมของสถานที่ต่างๆไม่ว่าจะเป็น โรงเรียน โรงพยาบาล หน่วยงานราชการ บริษัทเอกชน เป็นต้น ทำให้เกิดการเดินทางสัญจรเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ยังมีพื้นที่ทำการเกษตรกว่าร้อยละ 72.71 โดยเป็นการทำนาข้าวร้อยละ 70.79 ยางพาราร้อยละ 0.8 อ้อยร้อยละ 0.53 มันสำปะหลังร้อยละ 0.59⁷ อีกทั้งยังมีการจัดทำโครงการชลประทานเพื่อส่งเสริมการทำเกษตรกรรมของประชาชนในพื้นที่อีกด้วย ซึ่งมีความเสี่ยงที่จะพบปัญหาพิษต่างๆ เช่น ปัญหาฝุ่นละอองในอากาศจากการคมนาคมและโรงโม่หิน ปัญหาสารอันตรายทางการเกษตร ปัญหาการปนเปื้อนสารพิษของแหล่งน้ำ เป็นต้น

การรับรู้ถึงปัญหาพิษสิ่งแวดล้อม ถือเป็นกุญแจสำคัญในการที่จะทำให้ประชาชนมีความรู้และความตระหนักในการป้องกันตนเองจากอันตรายจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Believe Model : HBM)⁸ และในการที่จะดำเนินการส่งเสริมให้ประชากรมีความปลอดภัย สามารถป้องกันตนเองจากมลพิษสิ่งแวดล้อมได้นั้นจำเป็นต้องมีข้อมูลพื้นฐานต่างๆ เช่น ความรู้ เจตคติ ความตระหนัก และพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากมลพิษสิ่งแวดล้อม รวมไปถึงการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กัน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนดำเนินการต่อไป จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากมลพิษสิ่งแวดล้อมพบว่าส่วนใหญ่มีการศึกษาในพื้นที่ทางภาคเหนือของประเทศและในเขต

กรุงเทพมหานคร โดยศึกษาในด้านมลพิษทางอากาศ^{9,10} และในบางงานวิจัยยังพบว่าการรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับน้อยต่อพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมซึ่งไม่สอดคล้องตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และจากการประเมินงานวิจัยดังกล่าวไม่ได้มีการคำนวณขนาดตัวอย่างที่ชัดเจน¹¹ ในเขตพื้นที่ให้บริการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสุรินทร์ยังไม่มีการรวบรวมข้อมูลความรู้ เจตคติ ความตระหนัก พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากมลพิษสิ่งแวดล้อมด้านต่างๆและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนดำเนินการส่งเสริมสุขภาพประชาชนให้ปลอดภัยจากมลพิษสิ่งแวดล้อมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมของประชาชนในพื้นที่อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมของประชาชนในพื้นที่อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ในประชาชนอำเภอเมืองสุรินทร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ รวมไปถึงผู้ที่มิใช่อยู่ในทะเบียนแต่มาอยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ และผู้ที่เดินทางเข้ามาในพื้นที่เพื่อทำงานหรือมาศึกษาเล่าเรียนในเขตพื้นที่อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

ขนาดตัวอย่าง

ในครั้งนี้ใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการประมาณค่าเฉลี่ยกรณีไม่ทราบจำนวนประชากร เนื่องจากทำการศึกษาในประชากรที่รวมไปถึงกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่เฉพาะมาทำงานหรือมาศึกษาเล่าเรียนจึงไม่สามารถระบุจำนวนประชากรที่ชัดเจนได้ โดยอ้างอิงค่าสถิติจากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันของ ประทุม สีดาจิตต์ และ จิตติมา รอดสวัสดิ์¹² ซึ่งได้ทำการศึกษาการประเมินความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM_{2.5})ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ โดยผลการศึกษาพบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เฉลี่ยเท่ากับ 3.34 (SD.=0.63) สามารถนำมาแทนค่าคำนวณได้ดังนี้

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \sigma^2}{d^2} = \frac{1.96^2 \times 0.63^2}{0.05^2}$$

$$n = \frac{3.84 \times 0.39}{0.0025} = 599.04 \text{ หรือ } 600 \text{ คน}$$

การสุ่มตัวอย่าง(Sampling technique) ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยจะทำการสุ่มแบบมีชั้นภูมิ (Stratified sampling) ตามเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)และศูนย์สาธารณสุขชุมชนเมือง(ศสม.)ในเขตอำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ แล้วคำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ โดยคำนวณเทียบกับจำนวนประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบตามข้อมูลในระบบ Health Data Center(HDC)¹³

เครื่องมือการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นโดยการทบทวนแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง โดยประกอบไปด้วย 5 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ส่วนที่ 3 ปัจจัยทางสังคม ส่วนที่ 4 ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมทางภาษา โดยวิธีการวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-objective congruence) โดยผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการออกแบบเครื่องมือวิจัย 1 ท่าน รวมจำนวนทั้งหมด 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสม จนได้ค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.67 และเมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ จะดำเนินการนำแบบสอบถามไปตรวจสอบ โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน ในเขตจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยพิจารณาความชัดเจนและความเข้าใจในแนวคำถามและความสมบูรณ์ของภาษา จากนั้นนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) แล้วปรับปรุงจนได้ค่าความเชื่อมั่นใน อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ขึ้นไป คือ มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.7¹⁴ พบว่า พบว่า แบบสอบถามด้าน ความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม มีค่าเท่ากับ 0.41 0.84 และ 0.79 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ปัจจัยทางสังคม และ ปัจจัยความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม โดยเป็นแบบสอบถามให้อาสาสมัครตอบเอง พื้นที่เก็บข้อมูลเป็น รพ.สต. และ ศสม ในเขตอำเภอเมืองสุรินทร์ เก็บข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ ศสม. ที่ได้รับการอธิบายชี้แจงรายละเอียดของแบบสอบถามและรายละเอียดการวิจัยจากผู้วิจัยอย่างครบถ้วน เมื่อทำการเก็บข้อมูลแล้วแบบสอบถามที่ได้จะนำมาบันทึกข้อมูลในโปรแกรม excel ทำการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมเท่านั้นโดยไม่มีการแสดงข้อมูลใดๆที่สามารถบ่งชี้ถึงตัวตนของอาสาสมัครได้ จากนั้นแบบสอบถามฉบับจริงจะถูกเก็บใส่กล่องที่ปิดผนึกมิดชิดและเก็บเป็นเวลา 1 ปี จึงจะมีการทำลายด้วยการเผา

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ (Percent), ความถี่ (Frequency), ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าเฉลี่ย (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation), และค่าช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95%CI)

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหาพิษสิ่งแวดล้อมในรูปแบบของตัวแปรต่อเนื่อง โดยแบ่งเป็น 2 กรณี ได้แก่

การวิเคราะห์การวัด 1 ตัวแปร(Univariate) คือ ตัวแปรต้น 1 ตัวกับตัวแปรตาม 1 ตัว กรณีตัวแปรต้นเป็นตัวแปรแจกแจงนับ จะวิเคราะห์โดยใช้วิธี Simple Linear regression ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 กรณีตัวแปรต้นเป็นตัวแปรต่อเนื่อง วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ (correlation)

การวิเคราะห์การวัดหลายตัวแปร (Multivariate) คือ ตัวแปรต้นมากกว่า 1 ตัว กับตัวแปรตาม 1 ตัว โดยใช้วิธี Multiple Linear regression โดยผู้วิจัยใช้วิธีในการนำเอาตัวแปรในการวิเคราะห์ถดถอย ด้วยวิธี Forward

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เอกสารเลขที่ COA. No. 39/2566

ผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหาพิษสิ่งแวดล้อมของประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอเมืองสุรินทร์ โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 600 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 57.33) อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 35.19 ปี (SD.=9.07) อายุต่ำสุดคือ 18 ปี และอายุสูงสุดคือ 59 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในกลุ่ม 25-34 ปี(ร้อยละ 43.67) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 35-44 ปี(ร้อยละ 28.00) และ กลุ่มอายุ 45-54 ปี(ร้อยละ 15.17) ตามลำดับ ระดับการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา(ร้อยละ 26.83) รองลงมาคือ ระดับ ปวช.(24.67) ปวส./อนุปริญญา(ร้อยละ 24.33) และ ปริญญาตรี(ร้อยละ 20.67) ตามลำดับ ในส่วนของอาชีพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอาชีพรับจ้างทั่วไป(ร้อยละ 32.67) รองลงมาได้แก่ ค้าขาย(ร้อยละ 19.67) พนักงานโรงงาน/บริษัท/เอกชน(ร้อยละ 17.33) และเกษตรกร(ร้อยละ 14.50) ตามลำดับ การรับรู้ความเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม พบว่า ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมลพิษสิ่งแวดล้อมเฉลี่ย 9.15 ครั้ง (SD.=10.63) สำหรับช่องทางการรับรู้ความเสี่ยงพบว่า ส่วนใหญ่แล้วได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารความเสี่ยงผ่านทางโทรทัศน์(ร้อยละ 61.50) รองลงมาคือ ป้ายประชาสัมพันธ์(ร้อยละ 48.33) สื่อโซเชียลมีเดีย(ร้อยละ 48.00) ผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุข(ร้อยละ 39.00) ผ่านเว็บไซต์ออนไลน์(ร้อยละ 35.83) ตามลำดับ โอกาสในการที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่เกิดขึ้นในขณะที่ดูข่าวในโทรทัศน์(ร้อยละ 66.50) รองลงมาคือการติดตามข่าวผ่านโซเชียลมีเดีย(ร้อยละ 49.17) และการประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน(ร้อยละ 47.50) การใช้เวลาในการติดตามข่าวสารที่เกี่ยวกับมลพิษสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ยอยู่ที่ 1.34 ชั่วโมงต่อวัน (SD.= 0.96) และใช้เวลาไปกับโซเชียลมีเดียเพื่อรับข้อมูลเกี่ยวกับมลพิษสิ่งแวดล้อมเฉลี่ย 1.27 ชั่วโมงต่อวัน(SD.=0.83)

ทางด้านปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65.13 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารจากหน่วยงานราชการในพื้นที่ จำนวนครั้งเฉลี่ยอยู่ที่ 8.33 ครั้ง (SD.=8.37) ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจากโรงพยาบาล(ร้อยละ 59.50) รองลงมาคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(ร้อยละ 55.00) และองค์การบริหารส่วนตำบล(ร้อยละ 19.83) รูปแบบการให้ความรู้จากหน่วยงานราชการ ส่วนใหญ่เป็นการติดป้ายประชาสัมพันธ์(58.50) รองลงมาคือการประชุมสัมมนา โดยผ่านทางสื่อออนไลน์(ร้อยละ 48.50) และการแจกสื่อ เช่น ใบปลิวหรือแผ่นพับ(ร้อยละ 46.50) ปัจจัยทางด้านสังคม ได้แก่ คะแนนอิทธิพลจากคนในครอบครัวพบมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง(Mean=14.44,SD.=2.36,95%CI=14.24-

14.62) คะแนนอิทธิพลจากคนในชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง(Mean =17.79,SD.=2.55,95%CI=17.59-18.00) และคะแนนอิทธิพลจากคนในสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean =21.81,SD.=2.97,95%CI=21.57-22.05)

ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหาพิษสิ่งแวดล้อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้อยู่ที่ 10.83 คะแนน(SD. = 2.46,95%CI=10.63-11.03) ส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ในระดับสูง (ร้อยละ 60.50) รองลงมาคือระดับปานกลาง(ร้อยละ 37.17) และระดับต่ำ(ร้อยละ 2.33) ด้านเจตคติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเจตคติเฉลี่ยอยู่ที่ 52.59 คะแนน (SD.= 6.77,95%CI=52.05-53.13) ส่วนใหญ่มีคะแนนเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง(ร้อยละ 60.00) รองลงมาคือระดับสูง (ร้อยละ 40.00) และในส่วนของพฤติกรรมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมอยู่ที่ 52.83 คะแนน(SD.=5.87,95%CI=52.37-53.31) โดยส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง(ร้อยละ 66.00) รองลงมาคือระดับสูง(ร้อยละ34.00)

ตารางที่ 1 ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหาพิษสิ่งแวดล้อม

ตัวแปร		จำนวน	ร้อยละ
ความรู้	ต่ำ	14	2.33
	ปานกลาง	223	37.17
	สูง	363	60.5
Mean=10.83,SD.=2.46, Min=4,Max=15, 95%CI = 10.63-11.03			
เจตคติ	ปานกลาง	360	60.00
	ดี	240	40.00
Mean=52.59,SD.=6.77, Min=40,Max=70, 95%CI = 52.05-53.13			
การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหาพิษสิ่งแวดล้อม			
	ปานกลาง	396	66.00
	สูง	204	34.00
Mean=52.83,SD.=5.87, Min=36,Max=75, 95%CI = 52.37-53.31			

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านบุคคล ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและสังคมที่มีผลต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหาพิษสิ่งแวดล้อมโดยใช้วิธีการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple Linear Regression) ทำการนำเข้าตัวแปรที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นการควบคุมผลกระทบของตัวแปรอื่นที่อาจเป็นตัวแปรกวนของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นที่สนใจกับตัวแปรตามที่ศึกษา ผู้วิจัยเลือกเฉพาะตัวแปรที่มีความสัมพันธ์มาอธิบายเพื่อความกระชับของตารางนำเสนอข้อมูล โดยผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์มีรายละเอียดดังนี้

ความรู้ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เมื่อควบคุมผลกระทบของตัวแปรอื่นๆแล้ว ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความรู้ แบ่งเป็น ความสัมพันธ์เชิงบวก ได้แก่ ความถี่ของการได้รับข่าวสารด้านสิ่งแวดล้อม การได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวนครั้งของการได้รับความรู้จากหน่วยงานในพื้นที่ อธิบายได้ว่าการได้รับข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและความถี่ในการได้รับยิ่งมากจะช่วยให้ประชาชนมาคะแนนความรู้เพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามยังพบความสัมพันธ์เชิงลบ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากองค์การบริหารส่วนตำบล อิทธิพลจากคนในสังคม เป็นไปได้ว่าการได้รับอิทธิพลจากคนในสังคมหรือคนรอบข้างอาจส่งผลทำให้เกิดความเข้าใจที่ผิดพลาดหรือสับสนเกี่ยวกับข้อมูลด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม ซึ่ง

สามารถอธิบายความสัมพันธ์ต่อความรู้ในภาพรวม ได้ร้อยละ 6.61

เจตคติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เมื่อควบคุมผลกระทบของตัวแปรอื่นๆแล้ว ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนเจตคติ ความสัมพันธ์เชิงบวก ได้แก่ ความถี่ของการได้รับข่าวสารด้านสิ่งแวดล้อม การได้รับข่าวสารทางโทรทัศน์ การได้รับข่าวสารผ่านทางป้ายประชาสัมพันธ์ การได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับข่าวสารผ่านทางสื่อโซเชียล จำนวนครั้งของการได้รับความรู้จากหน่วยงานในพื้นที่ จะเห็นได้ว่าเจตคติของกลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบจากรูปแบบการสื่อสารข้อมูลในหลายรูปแบบ ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทัศนคติในทางที่ดีต่อการป้องกันตนเองจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์เชิงลบ ได้แก่ ระยะเวลาการใช้โซเชียลมีเดียในการรับข่าวสารสิ่งแวดล้อม ในสื่อโซเชียลต่างๆเป็นพื้นที่สาธารณะซึ่งสามารถนำข้อมูลข่าวสารต่างๆเผยแพร่ได้อย่างอิสระ ซึ่งมีได้ทั้งข้อมูลที่เป็นจริงและเท็จอาจทำให้เกิดความเข้าใจและสร้างเจตคติในทางที่ไม่ดีได้ ซึ่งสามารถอธิบายความสัมพันธ์ต่อความรู้ในภาพรวมได้ร้อยละ 17.88

การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เมื่อควบคุมผลกระทบของตัวแปรอื่นๆแล้ว ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์เชิงบวก ได้แก่ ความถี่ของการได้รับข่าวสารด้านสิ่งแวดล้อม การได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับข่าวสารผ่านทางสื่อโซเชียล การได้รับข่าวสารผ่านการประชาสัมพันธ์ในชุมชน การได้รับความรู้จากหน่วยงานในพื้นที่ จำนวนครั้งที่ได้รับความรู้จากหน่วยงานในพื้นที่ อิทธิพลจากคนในชุมชน และอิทธิพลจากคนในสังคม ปัจจัยเหล่านี้มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมมากขึ้น ในส่วนของความสัมพันธ์เชิงลบได้แก่ การได้รับข่าวสารจากคนในครอบครัว ในบางครั้งการได้รับข่าวสารอาจมีความผิดพลาดหรือทำให้เกิดความสับสนเข้าใจผิดซึ่งส่งผลต่อการมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่ลดลง ซึ่งสามารถอธิบายความสัมพันธ์ต่อความรู้ในภาพรวม ได้ร้อยละ 9.72

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้เจตคติและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากมลพิษสิ่งแวดล้อม

ตัวแปร	Coef.	Std. Err.	p-value	95%CI
ความรู้				
ปัจจัยด้านบุคคล				
ความถี่ในการได้รับข่าวสารด้านสิ่งแวดล้อม(con.)	0.04	0.01	0.000	0.020 to 0.059
การได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข(cat.)	0.559	0.26	0.034	0.043 to 1.075
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม				
จำนวนครั้งที่ได้รับความรู้จากหน่วยงานในพื้นที่(con.)	0.041	0.016	0.017	0.007 to 0.074
การได้รับข่าวสารจากองค์การบริหารส่วนตำบล(cat.)	-0.701	0.332	0.035	-1.354 to -0.049
อิทธิพลจากคนในสังคม(con.)	-0.103	0.046	0.025	-0.193 to -0.013
constant= 11.939 , Root MSE= 2.234 , Adj. R-square = 0.0661				
เจตคติ				
ปัจจัยด้านบุคคล				
ความถี่ในการได้รับข่าวสารด้านสิ่งแวดล้อม(con.)	0.144	0.026	0.000	0.092 to 0.196
การได้รับข่าวสารทางโทรทัศน์(cat.)	1.131	0.589	0.026	0.155 to 2.472
การได้รับข่าวสารผ่านทางป้ายประชาสัมพันธ์(cat.)	1.313	0.692	0.031	0.138 to 2.859

ตัวแปร	Coef.	Std. Err.	p-value	95%CI
การได้รับความจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข(cat.)	1.822	0.688	0.008	0.469 to 3.175
การได้รับข่าวสารผ่านทางสื่อโซเชียล(cat.)	2.28	0.57	0.000	1.161 to 3.400
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม				
จำนวนครั้งที่ได้รับความรู้จากหน่วยงานในพื้นที่(con.)	0.181	0.047	0.000	0.087 to 0.273
ระยะเวลาการใช้สื่อโซเชียลในการรับข่าวสารสิ่งแวดล้อม				
(con.)	-1.199	0.518	0.021	-2.219 to -0.179
constant= 53.456 , Root MSE= 6.003 , Adj. R-square = 0.1788				
พฤติกรรม				
ปัจจัยด้านบุคคล				
ความถี่ในการได้รับข่าวสารด้านสิ่งแวดล้อม(con.)	0.066	0.024	0.005	0.019 to 0.113
การได้รับความจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข(cat.)	1.806	0.618	0.004	0.592 to 3.019
การได้รับข่าวสารผ่านทางสื่อโซเชียล(cat.)	2.326	0.511	0.000	1.322 to 3.331
การได้รับข่าวสารจากคนในครอบครัว(cat.)	-2.19	0.607	0.000	-3.382 to -0.998
การได้รับข่าวสารผ่านการประชาสัมพันธ์ในชุมชน(cat.)	1.877	0.571	0.001	0.756 to 2.998
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม				
การได้รับความรู้จากหน่วยงานในพื้นที่(cat.)	8.488	3.742	0.024	1.122 to 15.855
จำนวนครั้งที่ได้รับความรู้จากหน่วยงานในพื้นที่(con.)	0.077	0.038	0.045	0.001 to 0.153
อิทธิพลจากคนในชุมชน(con.)	0.376	0.133	0.005	0.114 to 0.638
อิทธิพลจากคนในสังคม(con.)	0.254	0.105	0.016	0.048 to 0.460
constant= 43.566 , Root MSE= 5.257 , R-square = 0.0972				

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ที่เกี่ยวข้องกับทางด้านการพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดสุรินทร์ โดยมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาสถานะความรู้ เจตคติและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม และวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผล เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนต่อไป โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการศึกษาเชิงพรรณนา ศึกษาข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 600 คน ที่ได้มาโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน(Multi stage sampling) จากการศึกษาพบว่าคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเพศหญิงเป็นส่วนใหญ่ อายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 25-44 ปี การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมต้นและประกาศนียบัตรวิชาชีพ(ปวช.) และประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง(ปวส.) อาชีพส่วนใหญ่ได้แก่รับจ้างทั่วไป พนักงานบริษัทและค้าขาย การประเมินปัจจัยทางด้านบุคคล พบว่า ในช่วงระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมเฉลี่ย 9 ครั้ง ผ่านทางช่องทางคือการดูข่าวโทรทัศน์ ป้ายประชาสัมพันธ์ สื่อโซเชียลมีเดีย และจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การเข้าถึงข่าวสารด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้เวลาไปกับการสืบหาข้อมูลด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมโดยการติดตามข่าวเฉลี่ย 1.34 ชั่วโมงต่อวัน และติดตามในสื่อโซเชียลมีเดียเฉลี่ย 1.27 ชั่วโมงต่อวัน ด้านปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับการสื่อสารความเสี่ยงและให้ความรู้จากหน่วยงานในพื้นที่ ร้อยละ 65.17 โดยเฉลี่ย 8 ครั้ง หน่วยงานหลักๆได้แก่ โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้รูปแบบการติดป้ายประชาสัมพันธ์ การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อออนไลน์ และ

การแจกเอกสารแผ่นพับความรู้ ปัจจัยทางสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการได้รับอิทธิพลจากคนในครอบครัว จากชุมชน และจากสังคม อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาในส่วนของผู้แปรตาม พบว่า ในปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับมลพิษสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูง เจตคติอยู่ในระดับปานกลาง และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง การวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ ได้แก่ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับมลพิษสิ่งแวดล้อมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยความถี่และจำนวนครั้งมีผลในเชิงบวกต่อคะแนนความรู้ โดยสามารถอธิบายความสัมพันธ์ได้ร้อยละ 6.61 ซึ่งอธิบายได้ว่าการที่ได้รับการกระตุ้นโดยการส่งเสริมหรือให้ความรู้ สร้างการรับรู้ทั้งความเสี่ยง ความรุนแรง ผลกระทบต่างๆของปัญหาสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ประทุม สิตาจิตต์ และจิตติมา รอดสวัสดิ์¹⁰ ซึ่งได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีองค์ประกอบสำคัญคือ การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม และการตัดสินใจเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูล สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ประกอบไปด้วยหลายวิธี ได้แก่ การรับรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบล การได้รับข่าวสารทางโทรทัศน์ การได้รับข่าวสารผ่านทางโซเชียลมีเดีย เป็นต้น สำหรับด้านเจตคติ พบว่า เป็นตัวแปรที่ได้รับผลกระทบจากปัจจัยต่างๆมากที่สุด โดยสามารถอธิบายความสัมพันธ์ได้ร้อยละ 17.88 อธิบายได้ว่าการเกิดขึ้นของเจตคติของบุคคลนั้นเป็นผลมาจากปัจจัย เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสาร การอยู่ในกลุ่มบุคคลต่างๆ และประสบการณ์ซึ่งเจตคติเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ยากและใช้เวลานาน จึงเปลี่ยนแปลงได้ยากต่างจากความรู้และการปฏิบัติที่เปลี่ยนแปลงได้ง่ายกว่า¹⁵ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและสังคมที่มีผลต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ในเชิงบวก ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล(Theory of Reasoned Action: TRA) ของ Aizen และ Fishbein¹⁶ ซึ่งมีการกล่าวถึงการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง เป็นองค์ประกอบหนึ่งในการนำมาอธิบายการทำนายพฤติกรรมสิ่งแวดล้อม การคล้อยตามสิ่งอ้างอิงเป็นเงื่อนไขหนึ่งทางสังคมที่ทำให้เกิดการมุ่งมั่นที่จะกระทำ จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ยังพบบางปัจจัยที่มีผลในเชิงลบหรือในเชิงป้องกัน สำหรับด้านความรู้ ได้แก่ การได้รับข่าวสารจากองค์การบริหารส่วนตำบล และอิทธิพลจากคนในสังคม อาจเกิดจากการสื่อสารประชาสัมพันธ์ที่คลาดเคลื่อนระหว่างหน่วยงานกับประชาชน หรือเกิดจากการสื่อสารด้วยข้อมูลที่มีความคลาดเคลื่อนจากคนรอบข้างจึงทำให้เกิดความสับสนทำให้เกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน สำหรับด้านเจตคติ ปัจจัยที่มีผลเชิงลบคือ ระยะเวลาการใช้โซเชียลมีเดียในการรับข่าวสารสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจเกิดจากการได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องจากโซเชียลมีเดีย อาจไม่ใช่ข้อมูลที่มาจากหน่วยงานที่เป็นทางการหรือที่มีบทบาทรับผิดชอบโดยตรง ข้อมูลที่ได้ อาจเป็นผู้ที่ไม่หวังดีหรือต้องการให้เกิดความสนใจในประเด็นที่ตนต้องการโดยไม่คำนึงถึงความถูกต้องและผลกระทบต่อเจตคติของประชาชนซึ่งหากใช้เวลาในการเสพโซเชียลมีเดียต่างๆอาจทำให้ได้รับข้อมูลที่คลาดเคลื่อนมากขึ้นและเกิดเจตคติที่ไม่ดี และสำหรับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ปัจจัยที่มีผลเชิงลบ ได้แก่ การได้รับข่าวสารจากคนในครอบครัว ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การรับข่าวสารจากคนในครอบครัวอาจขึ้นอยู่กับสถานการณ์ของแต่ละครอบครัว การพูดคุยกัน การบอกเล่าข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมอาจขาดความครบถ้วนในเนื้อหาหรือข้อเท็จจริงบางส่วนจึงทำให้ขาดความเข้าใจและส่งผลต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่ดีได้

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาในครั้งนี้มีข้อจำกัดในด้านของการจัดเก็บข้อมูลเนื่องจากพื้นที่การศึกษาค่อนข้างกว้างทำให้มีความยากในการควบคุมและเก็บรวบรวมข้อมูล ปัจจัยที่ทำการศึกษาอาจยังไม่ครอบคลุมเนื่องจากในบางตัวแปรที่ไม่สามารถ

มารณเก็บข้อมูลได้หรือข้อมูลมีจำนวนน้อยเกินไป ผู้วิจัยจึงได้ทำการพิจารณาตัดออกโดยไม่ให้มีผลกระทบกับผลการวิเคราะห์ตัวแปรหลัก เช่น ตัวแปรลักษณะการอยู่อาศัย ซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่อาศัยในพื้นที่อำเภอเมืองอยู่แล้ว เป็นต้น การศึกษาในครั้งนี้ต่อไปควรมีการพิจารณาทบทวนปัจจัยที่จะทำการศึกษาให้ครอบคลุม วางแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ชัดเจนอาจทำการศึกษาโดยจัดตั้งทีมวิจัยในระดับอำเภอเพื่อการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ ในส่วนของการวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ถดถอย(regression) ซึ่งเป็นวิธีที่มองตัวแปรแต่ละตัวเป็นอิสระต่อการ แต่ในบางกรณีตัวแปรผลลัพธ์อาจมีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นอาจมีการพิจารณาในส่วนของความสัมพันธ์ของตัวแปรผลลัพธ์ที่ศึกษาและเลือกใช้สถิติที่สอดคล้องมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. พระธานี สมนาโค. ปัญหาสิ่งแวดล้อมกับคติความเชื่อในสังคมไทย : กรณีศาลพระภูมิ. วารสารสห-วิทยาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2562;3:35-44
2. BBC News. มลพิษ: สำนักงานสิ่งแวดล้อมยุโรประบุ 1 ใน 8 ของการเสียชีวิตของคนยุโรปมีสาเหตุจากมลพิษ [ออนไลน์]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 21 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bbc.com/thai/international-54094017>
3. กรมอนามัย. แนวทางการป้องกันและดูแลสุขภาพ จากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอนสำหรับ สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
4. กรมควบคุมมลพิษ. รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2564 Thailand State of Pollution Report 2021. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: เอพี คอนเน็กซ์ จำกัด; 2564.
5. สมพงษ์ บุญเพ็ญ. เรียนรู้อยู่กับฝุ่น PM 2.5 [ออนไลน์]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 8 มกราคม 2567]. เข้าถึงจาก: <https://www.mnre.go.th/reo11/th/view/?file=pTMgMUqjGP5gAjp2qQWcBut5pQWgA3plGQlgBJp4qQlcZKtgpQygZUp1GQAgATplqQqcZat1pQyqBUp1GQSGAjpjqlcZKtjQWgZUp1Gp1gMJqfQTyCMatipTlgoUqcGTMgY2q1qTycZ3t2pQSY3qxGTSGo2qfUOcKti&n=%E0%B9%80%E0%B8%A3%E0%B8%B5%E0%B8%A2%E0%B8%99%E0%B8%A3%E0%B8%B9%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%A2%E0%B8%B9%E0%B9%88%E0%B8%81%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%9D%E0%B8%B8%E0%B9%88%E0%B8%99%20PM%202&t=GTMgq2qxqS9cMUug>
6. วันปิติ ธรรมศรี. ผลกระทบทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อมจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกรไทย. วารสารเกษตรพระจอมเกล้า 2564;4:329-36.
7. กรมพัฒนาที่ดิน กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. แนวทางการส่งเสริมการเกษตรที่เหมาะสมตามข้อมูลแผนที่เกษตรเชิงรุก AGRI-MAP SURIN จังหวัดสุรินทร์. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงเกษตรและสหกรณ์; 2564.
8. Skinner, C.S., Tiro, J. and Champion, V.L. The Health Belief Model In Health Behavior Theory, Research, and Practice. 5th Edition. San Francisco: Jossey-Bass; 2015.
9. กฤษณ์วรท จันทรศรี, ธนฤต กลึงผล, ณัฐพล วิสวรงค์, ทฤดมณ ศุภะผ่องศรี. การรับรู้และพฤติกรรมป้องกันฝุ่นละอองขนาดเล็กของประชาชน: กรณีศึกษา บริเวณอนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิกรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพ 2563;1:41-55

10. สรวิชัย สิทธิยศ, ปฎิพัทธ์ วงศ์เรือง และ ประจวบ แหลมหลัก.ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการป้องกัน PM2.5 ของเยาวชนพื้นที่สูงในช่วงเผาในที่โล่งในจังหวัดพะเยา ประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2566;1:9-20
11. สมรัฐ นัยรัมย์. ปัจจัยและความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยง และพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2565;1:112-26
12. ประทุม สีดาจิตต์ และจิตติมา รอดสวัสดิ์. การประเมินความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ จากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM_{2.5}) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ. กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย;2564.
13. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. Health Data Center(HDC):ข้อมูลพื้นฐานและสรุปผู้รับบริการจำแนกตามหน่วยบริการ[ออนไลน์];2566[เข้าถึงเมื่อ 24 เมษายน 2566].เข้าถึงได้จาก:https://srn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=b91a30012c36ef54910261d9cf6d7f5&id=8ec43f9ee8a5b450912a021b7b914f7e
14. Ajzen I Fishbein M. Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior. Pbk. ed. Englewood Cliffs N.J: Prentice-Hall; 1980.
15. ศศิลา สมสถาน. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนขยายโอกาสในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสระบุรี เขต 1 (อำเภอบ้านฉาง) [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี : มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติวิทยาเขตชลบุรี;2564.
16. มณีนรีศรี พัฒนสมบัติสุข. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์และสังคมศาสตร์.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2564;8(2):329-43

Received: 27 Dec. 2023, Revised: 23 Feb. 2024

Accepted: 25 Feb. 2024

บทความวิจัย**ระบาดวิทยาผู้สูงอายุบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม กรณีศึกษา เขตสุขภาพที่ 9**นิพา ศรีช้าง¹ สุรกิตต์ สิงธิมาศ^{2*} ภัทรพร เลิศจิราการ³ศุภวิชญ์ หอมหวล⁴ กฤศ เรียงไธสง⁵**บทคัดย่อ**

เพื่อศึกษาระบาดวิทยาผู้สูงอายุที่บาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มปี 2565 – 2566 กรณีศึกษา Falls Prevention Team ระดับดีเยี่ยมพลัส เขตสุขภาพที่ 9 จากรายงานการสอบสวนการพลัดตกหกล้มผู้สูงอายุที่บาดเจ็บและมารับบริการ ผลการศึกษาพบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่พลัดตกหกล้มและบาดเจ็บ 49 ราย จำแนกเป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.4 พบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40.8 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 61.2 รับประทานยาอย่างน้อย 4 ชนิด (ไม่รวมวิตามิน) ร้อยละ 46.7 มีประวัติการพลัดตกหกล้มในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 38.8 มีความบกพร่องด้านการมองเห็น ร้อยละ 42.9 ด้านการทรงตัว ร้อยละ 55.6 การนั่ง ลุก ยืน เดินช้ากว่าเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 52.8 การพลัดตกหกล้ม ส่วนใหญ่เกิดภายในบ้าน ร้อยละ 69.4 พลัดตกหกล้มขณะเดิน ร้อยละ 61.2 จากสาเหตุของพื้นลื่น ร้อยละ 38.8 การบาดเจ็บมีกระดูกหัก ร้อยละ 28.6 และนำส่งโรงพยาบาลโดยญาติหรือผู้พบเห็นเหตุการณ์ ร้อยละ 89.8 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 27 ราย ผ่าตัดกระดูก ร้อยละ 14.3 ได้รับการฟื้นฟู ร้อยละ 49.0 ภายหลังเกิดเหตุมีการปรับปรุง แก้ไขจุดเสี่ยงสูง ร้อยละ 69.4 ด้วยการจัดวางสิ่งของภายในบ้านให้เป็นระเบียบ ติดตั้งราวจับยึด การใช้ไม้เท้าพยุงตัวขณะเดิน ดังนั้น เพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ควรนำข้อมูลเหล่านี้มาพัฒนามาตรการลดปัจจัยและโอกาสเสี่ยง มาตรการการเข้าถึงบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และมาตรการดูแลระยะยาวภายหลังการบาดเจ็บของผู้สูงอายุภายใต้บริบทของพื้นที่

คำสำคัญ ระบาดวิทยา ผู้สูงอายุ การพลัดตกหกล้ม¹ กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค² สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา กรมควบคุมโรค*Corresponding author E-mail : surakit.barber@gmail.com

Original Article

Epidemiology of elderly injured by falls based on the case study in Regional Health 9

Nipa Srichang¹ Surakit Singthimat^{2*} Phattaraporn Lertchirakarn³ Suppawit Homhuan⁴ Krit Riangthaisong⁵

Abstract

To study the epidemiology of elderly injured by falls during 2022-2023 and based on the investigation report of Elderly injured and hospital visited by falls, the case study of the Falls Prevention Team with Advance Plus Level in Regional Health 9 revealed that the number of elderly injured related falls was 49 cases and females were 69.4%. In addition, the biggest age group found was aged 80 and over - 40.8% with chronic diseases, 61.2% with taking at least 4 medications excluding supplements, 46.7% with falls history by previous 6 months, 38.8% with visual impairment, 42.9% with balance impairment, 55.6% with under the score requirement of functional movement (sitting, standing, and walking), 52.8% with the fall place mostly happening at their houses, 69.4% with falling relate walking, 61.2% with falling related slippery floor, 38.8% with bone fracture, 28.6% with transferred to a hospital by relatives or someone else, 89.8% with hospitalized (27 cases getting orthopedic surgery), 14.3% with the rehabilitation, 49% with the improvement of risky areas, and 69.4% with the safety house rearrangement for elderly including support grab bars and walkers. However, to prevent the elderly from injury-related falls, this study should be considered for developing the measures to minimize the risks of factors and chances as well as to increase the accessible service of Emergency Medicine and long-term care for injured elderly under community contexts.

Keywords: Epidemiology, Older Adults, Falling

¹Division of Injury Prevention, Department of Disease Control

²The Office of Disease Prevention and Control 9th Nakhon Ratchasima,
Department of Disease Control

*Corresponding author E-mail : surakit.barber@gmail.com

บทนำ

การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุนับเป็นปัญหาสำคัญด้านการสาธารณสุข จากการศึกษาพบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มทุกปี และร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุที่พลัดตกหกล้มได้รับบาดเจ็บ¹ และมารับบริการเป็นผู้ป่วยนอกสูงกว่า 180,000 รายต่อปี ผู้ป่วยใน 89,355 รายต่อปี ซึ่งสูงเป็นอันดับ 1 จากสาเหตุภายนอก และเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้ม 1,255 คนต่อปี ซึ่งสูงเป็นอันดับสองรองจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ขณะที่ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 9 ปี 2565 พบผู้สูงอายุจากการพลัดตกหกล้มที่บาดเจ็บเข้ารับบริการ ผู้ป่วยนอกสูงกว่า 24,170 รายต่อปีเป็นผู้ป่วยใน 11,456 รายต่อปี และเสียชีวิต 79 คนต่อปี² เมื่อจำแนกเพศพบว่าเพศหญิงมีการพลัดตกหกล้มสูงกว่าเพศชาย 1.6 เท่า และผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่เกิดภายในบ้าน ผลจากการหกล้มทำให้บาดเจ็บตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงขั้นรุนแรง ได้แก่ เกิดแผลฟกช้ำถลอก กระดูกหัก ส่งผลให้พิการหรือสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงส่งผลกระทบต่อทางจิตใจ มีความวิตกกังวล สูญเสียความมั่นใจกลัวการพลัดตกหกล้ม³ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ การมองเห็นไม่ชัด การเดิน การทรงตัวไม่มั่นคง มีประวัติการเจ็บป่วยด้วย โรคเรื้อรังต่างๆ และรับประทานยาเสี่ยง หรือการรับประทานยาตั้งแต่ 4 ชนิดขึ้นไป มีประวัติการพลัดตกหกล้ม ขาดการออกกำลังกาย สวมใส่รองเท้าพื้นไม่มีดอกยาง และเสื้อผ้าที่ไม่พอดี การตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ และพักอาศัยในบ้านที่ไม่ปลอดภัย พื้นลื่น พื้นต่างระดับ แสงสว่างไม่เพียงพอ ไม่มีราวจับในห้องน้ำ⁴ จากการทบทวนเอกสารพบว่ามีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงผู้บาดเจ็บต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในภาพรวมประเทศและประชากรบางกลุ่ม บางพื้นที่^{1, 5, 6} แต่ยังไม่มีการศึกษาในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 9 รวมถึงโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีสัดส่วนผู้บาดเจ็บรุนแรงจากการพลัดตกหกล้มสูงสุด⁷ ดังนั้น กองป้องกัน การบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค ได้ร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา และเครือข่ายการดำเนินงาน ป้องกันการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุระดับพื้นที่ ศึกษาาระบาดวิทยาปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของผู้สูงอายุ ที่บาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระบาดวิทยาของผู้สูงอายุที่บาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive epidemiological study) จากรายงานการสอบสวนการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่บาดเจ็บและมารับบริการของ Falls Prevention Team ระดับดีเยี่ยมพลัส ปี 2566 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา โดยในการศึกษานี้ได้กำหนดขอบเขตการวิจัยดังนี้

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ประกอบด้วย จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ Falls Prevention Team หมายถึง คณะทำงานหรือเครือข่ายที่ดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ปี 2566 โดยหน่วยงานภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา จำแนกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ พื้นฐาน ดี ดีมาก ดีเยี่ยม และดีเยี่ยมพลัส

Falls Prevention Team ระดับดีเยี่ยมพลัส คือ คณะทำงานที่ผ่านการประเมินผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในระดับเขต 4 จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา (3 ทีม) ชัยภูมิ (6 ทีม) บุรีรัมย์ (1 ทีม) และสุรินทร์ (8 ทีม) และมีการแลกเปลี่ยนผลการดำเนินงาน ณ วันที่ 29 สิงหาคม 2566 ณ ห้องประชุมชั้น 5 ห้องพวงคราม สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา

ประชากรและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบรายงานการสอบสวนผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปพลัดตกหกล้มและได้รับบาดเจ็บที่เข้ารับบริการ ในหน่วยบริการพื้นที่ Falls Prevention Tea ระดับดีเยี่ยมพลัส ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป อายุ เพศ การพักอาศัย ปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ การมองเห็นบกพร่อง การทรงตัว ประวัติโรคประจำตัว การรับประทานยาอย่างน้อย 4 ชนิด (ไม่รวมวิตามิน) ประวัติการพลัดตกหกล้มในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา เป็นต้น สถานที่ กิจกรรมขณะและก่อนการพลัดตกหกล้ม การบาดเจ็บและการปฐมพยาบาล การเคลื่อนย้ายนำส่งโรงพยาบาล การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การฟื้นฟูภายหลังพลัดตกหกล้ม การปรับปรุงแก้ไขจุดเสี่ยง

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดอายุของประชากร

ผลการวิจัย

จากรายงานการสอบสวนการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บ ปี 2565–2566 กรณีศึกษา Falls Prevention Team ระดับดีเยี่ยมพลัส พบว่า มีผู้สูงอายุที่พลัดตกหกล้มและบาดเจ็บ จำนวน 49 ราย จำแนกเป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.4 พบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 40.8 ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับญาติ ร้อยละ 77.6 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 61.2 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นต้น รับประทานยาเป็นประจำ ร้อยละ 61.2 รับประทานยา 4 ชนิดขึ้นไป (ไม่รวมวิตามิน) ร้อยละ 46.7 มีประวัติการพลัดตกหกล้มในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 38.8 มีความบกพร่องด้านการมองเห็น ร้อยละ 42.9 การทรงตัว โดยยืนต่อเท้าได้น้อยกว่า 10 วินาที ร้อยละ 55.6 การนั่ง ลุก ยืน เดิน (Time up and go test) เกิน 12 วินาที ร้อยละ 52.8 ตามลำดับ

ส่วนใหญ่พลัดตกหกล้มเกิดภายในบ้าน ร้อยละ 69.4 ได้แก่ ทางเดินภายในบ้าน ร้อยละ 41.2 ห้องน้ำ ร้อยละ 29.4 ห้องนอน ร้อยละ 11.8 ซึ่งกิจกรรมส่วนใหญ่ที่ผู้สูงอายุทำขณะพลัดตกหกล้ม ขณะเดิน ร้อยละ 61.2 พั่นลิ้น ก้าวพลาด สะดุด ร้อยละ 38.8, 22.4, และ 18.4 ตามลำดับ รายละเอียดปรากฏดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	15	30.6
หญิง	34	69.4
กลุ่มอายุ		
60-69 ปี	13	26.5
70-79 ปี	16	32.7
80 ปี ขึ้นไป	20	40.8
Mean=76.20, SD.=10.09, Min=60, Max=95		
การพักอาศัยของผู้สูงอายุ		

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อยู่เพียงลำพัง	6	12.2
อยู่กับญาติ	38	77.6
อยู่กับผู้ดูแล	5	10.2
ประวัติมีโรคประจำตัว		
ไม่มี	19	38.8
มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	30	61.2
โรคความดันโลหิตสูง	21	70.0
โรคเบาหวาน	8	26.7
โรคไขมันในเลือดสูง	3	10.0
โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	6	20.0
โรคหัวใจ	2	6.7
โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง	2	6.7
โรคไต	1	3.3
โรคเก๊าท์	1	3.3
รับประทานยาเป็นประจำ		
ไม่ใช่ (ข้ามไปหัวข้อ การมองเห็น)	19	38.8
ใช่	30	61.2
รับประทานยา 4 ชนิดขึ้นไปหรือไม่ (ไม่รวมวิตามิน)		
ไม่ใช่	16	53.3
ใช่	14	46.7
ประวัติพาลัดตกหกล้มในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา		
ไม่เคย	30	61.2
เคย	19	38.8
1 ครั้ง	13	68.4
2 ครั้ง	3	15.8
มากกว่า 2 ครั้ง	3	15.8
การมองเห็นบกพร่อง		

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มี	28	57.1
มี	21	42.9
การทรงตัวยืนต่อเท้าเป็นเส้นตรงนาน 10 วินาที		
ไม่ได้	20	55.6
ได้	16	44.4
การทรงตัว นั่ง ลูก ยืน เดิน (TUG) 12 วินาที		
ไม่เกิน	17	47.2
เกิน	19	52.8
สถานที่ บริเวณที่หกล้ม		
ภายในตัวบ้าน	34	69.4
ห้องน้ำ	10	29.4
ห้องนอน	4	11.8
ห้องครัว	3	8.8
บันได	3	8.8
ทางเดินภายในบ้าน	14	41.2
ภายนอกตัวบ้าน	15	30.6
บริเวณหน้าบ้าน	7	46.7
บริเวณรอบบ้าน	7	46.7
ถนน	1	6.7
กิจกรรมที่ทำขณะหกล้ม		
เดิน	30	61.2
ลุก / นั่ง	8	16.3
ซับล่าย	2	4.1
ทำงาน	3	6.1
ขึ้น-ลงบันได	2	4.1

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อื่นๆ ไม่ระบุ	4	8.2
สาเหตุพลัดตกหกล้ม		
พื้นลื่น	19	38.8
พื้นต่างระดับ	2	4.1
ก้าวพลาด	11	22.4
สะดุด	9	18.4
วิ่งเวียน หน้ามืด	4	8.2
แขนขาอ่อนแรง	3	6.1
ถูกผู้อื่นชน หรือ ผลัก	1	2.0

การบาดเจ็บภายหลังการพลัดตกหกล้ม พบว่า กระดูกหัก ร้อยละ 28.6 แผลถลอกมีเลือดออก ปวดตามร่างกาย ร้อยละ 14.3 ฟกช้ำ ร้อยละ 6.1 และแขนขาอ่อนแรง ร้อยละ 2.0 นำส่งโรงพยาบาล โดยญาติหรือผู้พบเห็นเหตุการณ์ ร้อยละ 89.8 รถพยาบาลของโรงพยาบาล ร้อยละ 6.1 เข้ารับการรักษาพยาบาลจำนวน 27 ราย โดยได้รับการผ่าตัดกระดูก ร้อยละ 14.3 ได้แก่ กระดูกสะโพก ร้อยละ 57.1 กระดูกต้นขา หัวเข่า ร้อยละ 42.9 มีการฟื้นฟู (กายภาพบำบัด) ภายหลังพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 49.0 โดยมีการปรับปรุง แก้ไขจุดเสี่ยงสูง ร้อยละ 69.4 ทั้งการจัดวางสิ่งของภายในบ้านให้เป็นระเบียบ ติดตั้งราวจับยึด ใช้ไม้เท้าขณะเดิน รายละเอียดปรากฏดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละการบาดเจ็บภายหลังการพลัดตกหกล้มของประชากรกลุ่มตัวอย่าง

การบาดเจ็บของประชากรกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การบาดเจ็บภายหลังการพลัดตกหกล้ม		
ไม่มี	17	34.7
แผลถลอกมีเลือดออก	7	14.3
ปวดตามร่างกาย	7	14.3
กระดูกหัก	14	28.6
ฟกช้ำ	3	6.1
แขนขาอ่อนแรง	1	2.0
ผู้เคลื่อนย้ายนำส่งโรงพยาบาล		
ญาติหรือผู้พบเห็นเหตุการณ์	44	89.8
รถพยาบาลของโรงพยาบาล	3	6.1
รถของอาสาสมัคร หรือมูลนิธิ	2	4.1
การรักษาพยาบาลหลังจากพลัดตกหกล้ม		
ไม่นอนโรงพยาบาล	22	44.9

การบาดเจ็บของประชากรกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
นอนโรงพยาบาล	27	55.1
สังเกตอาการ	7	14.3
เข้าเฝือก	6	12.2
ผ่าตัดกระดูก	7	14.3
สะโพก	4	57.1
ต้นขา / หัวเข่า	3	42.9
ปฏิเสธการผ่าตัด	7	14.3
ทำ Skin Traction	4	57.1
มีโรคประจำตัว รักษาตามอาการ	3	42.9
การฟื้นฟู (กายภาพบำบัด)		
ไม่มี	25	51.0
มี	24	49.0
การปรับปรุง แก้ไขจุดเสี่ยง (สาเหตุ)		
ไม่ปรับปรุง	15	30.6
ปรับปรุง / แก้ไข จัดบ้านให้เป็นระเบียบ	34	69.4
ติดตั้งราวจับยึด ใช้ไม้เท้าขณะเดิน		

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาระบาดวิทยาผู้บาดเจ็บที่เข้ารับบริการจากข้อมูลรายงานการสอบสวนการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ กรณีศึกษา Falls Prevention Team ระดับติเยียมพลัส เขตสุขภาพที่ 9 พบว่าการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ พบในเพศหญิง อายุ 80 ปีขึ้นไป ขณะที่ปัจจัยเสี่ยงเรื่องมีโรคประจำตัวมีสอดคล้องกับการศึกษาของ Bussawan Suksrisai⁸ Charupa Lektip และคณะ⁹ แต่ปัจจัยเสี่ยงเรื่องการมองเห็นบกพร่องแตกต่างจากการศึกษาของจตุพร เหลืองอุบล และคณะ¹⁰ อศนัย เล่งอี และคณะ¹¹ ศศิธร ตั้งสวัสดิ์ และคณะ¹² ขณะที่ปัจจัยเสี่ยงด้านการทรงตัวบกพร่อง และประวัติการพลัดตกหกล้มในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาสูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมาของ Charupa Lektip และคณะ⁹ วนิดา ราชมณี¹³

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สถานที่พลัดตกหกล้ม พบว่า สถานที่ส่วนใหญ่พลัดตกหกล้มภายในตัวบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนงนุช วงศ์สว่าง และคณะ¹⁴ ดารารวรรณ รองเมือง และคณะ¹⁵ ละออม สร้อยแสง และคณะ¹⁶ ขณะที่สถานที่พลัดตกหกล้มเกิดเหตุมากภายในห้องน้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Charupa Lektip และคณะ⁹ ส่วนใหญ่การบาดเจ็บภายหลังหกล้มไม่รุนแรง แต่มีผู้บาดเจ็บที่รุนแรง เช่น กระดูกหัก โดยเฉพาะกระดูกสะโพก ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของอริสรา บุญรักษา¹⁷ Charupa Lektip และคณะ⁹ และมีการแก้ไขจุดเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มโดยครอบครัวซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประเสริฐ ศรีนวล¹⁸ ขณะที่ยังไม่มีมีการปรับเปลี่ยน เนื่องจากยังไม่พร้อมทั้งเรื่องสถานที่ และงบประมาณ

จากศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่พลัดตกหกล้มและบาดเจ็บส่วนใหญ่ถูกนำส่งโรงพยาบาลโดยญาติหรือผู้พบเห็น เหตุการณ์ ร้อยละ 89.8 ขณะที่เดินทางด้วยรถพยาบาล ร้อยละ 6.1 ซึ่งน้อยกว่าสรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2561 โดยกองระบาดวิทยา⁷ และการศึกษาาระบาดวิทยาการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ พ.ศ.2565 โดยใช้ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บแห่งชาติ (IS) ขณะที่ผู้สูงอายุเรียกใช้บริการ 1669 ด้วยสาเหตุพลัดตกหกล้ม มากกว่า 50,000 ครั้งต่อปี¹⁹

จากการศึกษาาระบาดวิทยาผู้บาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้มใน ผู้สูงอายุที่บาดเจ็บ กรณีศึกษา Falls Prevention Team ระดับตีเยี่ยมพลัส เขตสุขภาพที่ 9 มีความสอดคล้องกับ การศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งสามารถเป็นข้อมูลในการสื่อสารความเสี่ยงให้แก่กลุ่มเป้าหมายเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ร่วม ขับเคลื่อน เป็นข้อมูลในการวางแผน พัฒนาแนวทางการดำเนินงานของเครือข่ายป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ การแก้ไขจุดเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ให้สอดคล้อง แลกเปลี่ยนข้อมูล โดยการบูรณาการดำเนินงานร่วมกับเครือข่าย ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่²⁰ ซึ่งมีหน่วยงานรับผิดชอบและงบประมาณสนับสนุน ทั้งเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการ จัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ เช่น ชุมชน อปท. สถานพยาบาล เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการเคลื่อนย้ายนำส่งโรงพยาบาลด้วยความปลอดภัย

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์

1. ข้อเสนอแนะสู่การปฏิบัติ

1.1 นำข้อมูลไปวางแผนพัฒนามาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ให้เข้าถึงบริการ คัดกรองความ เสี่ยง และส่งต่อกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการดูแล แก้ไขหลาย ๆ ปัจจัยร่วมกัน

1.2 การพัฒนาระบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุ โดยกลุ่มผู้สูงอายุ ญาติ ผู้ดูแล และ ประชาชนทั่วไป ในการแจ้งขอความช่วยเหลือ กรณีพบผู้สูงอายุบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม และสงสัยมีกระดูกหัก อวัยวะผิดรูป ไม่สามารถขยับได้เอง ให้โทรแจ้ง 1669 เพื่อขอความช่วยเหลือและนำส่งโรงพยาบาลโดยระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินด้วยความปลอดภัย

1.3 ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ “การป้องกันการพลัดตกหกล้ม” แก่ผู้สูงอายุ ญาติ ผู้ดูแล ครอบครัว และประชาชนทั่วไป

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

บูรณาการร่วมกับ อปท. พม. และภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการพลัด ตกหกล้มในผู้สูงอายุในการแก้ไขจุดเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการเข้าถึงบริการคัดกรองประเมินความเสี่ยง และโปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อการ พลัดตกหกล้ม ในผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา Falls Prevention Team ระดับตี เยี่ยมพลัส ปี 2566 ทั้ง 18 ทีม จากจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ และผู้สูงอายุที่ให้ข้อมูลในการศึกษา ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรหมเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดส์ไชน; 2564.
2. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2565 การป้องกันการบาดเจ็บ [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 2566 กันยายน 14]; เข้าถึงจาก: <https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=34621&deptcode=>
3. นิพา ศรีช้าง และ ลลิตรา กำวี. รายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560-2564. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข[อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 2566 กันยายน 15]; เข้าถึงจาก: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=12095&tid=&gid=1-027>
4. World Health Organization. WHO global report on falls prevention in older age. [Internet]. 2019.[Cited 2021 April 29]; Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563536>
5. Thiamwong L, Thamarpirat J, Maneesriwongul W, et al. Thai falls risk assessment test (Thai-FRAT) developed for community-dwelling Thai elderly. Journal of the Medical Association of Thailand 2008, 91(12), 1823-1832.
6. Loonlawong S., Limroongreungrat W. and Jiamjarasrangsi W. 2019. The Stay Independent Brochure as a Screening Evaluation for Fall Risk in an Elderly Thai Population. Clinical Interventions in Aging 2019.14 2155–2162.
7. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2561. กรุงเทพฯ: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
8. Suksrisai B, Linhavong J, Manonom S, et al. Prevalence and Factors Affecting First and Recurrent Hip Fracture in the Elderly: A Retrospective Study from Inpatients at Thammasat University Hospital. Thammasat Medical Journal; 2020 275-285
9. Lektip, C.; Lapmanee, S.; Rattananupong, T.; Lohsoonthorn, V.; Vorayingyong, A.; Woratanarat, T.; Sirisuk, K.-O.; Suttanon, P.; Petsirasan, R.; Kitidumrongsuk, P.; et al. Predictive validity of three home fall hazard assessment tools for older adults in Thailand. PLoS ONE. 2020 Dec 31;15 (12): <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244729>
10. จตุพร เหลืองอุบล, สุมัทนา กลางคาร, วรพจน์ พรหมสัตยพรต. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตมหาสารคาม. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2563; ปีที่ 27 ฉบับที่ 3:11-21
11. อศินัย เล่งอี, พันธพัฒน์ บุญมา. สภาพแวดล้อมในบ้านของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม กรณีศึกษา ตำบลแม่เก่า อำเภอมือง จังหวัดพะเยา. วารสารสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้างวินิจัย คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2563; ปีที่ 19 ฉบับที่ 3:40-60.
12. ศศิธร ตั้งสวัสดิ์, และคณะ. การประเมินความเสี่ยงและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารควบคุมโรค ปีที่ 46 ฉบับที่ 4 ต.ค.-ธ.ค. 2563

13. วนิดา ราชมณี. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 6. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
14. นงนุช วงศ์สว่าง, และคณะ. ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในบ้านต่อการพลัดตกหกล้มและอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ. Veridian E-Journal, Silpakorn University (Humanities, Social Sciences and arts) 2560, 10(3), 2492-2506
15. ดาราวรรณ รองเมือง, และคณะ. อุบัติการณ์ของการหกล้ม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2559; ปีที่ 27 ฉบับเพิ่มเติม: 123-38.
16. ละออม สร้อยแสง, จริยวัตร คมพยัคฆ์ และกนกพร นทีธนสมบัติ. การศึกษาแนวทางการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุชุมชนมิตรภาพพัฒนา.วารสารพยาบาลทหารบก2557.15,(มกราคม-เมษายน):122-128)
17. อริสรา บุญรักษา. ปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุตำบลแม่ือง อำเภอกงหรา จังหวัดพะเยา. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา; 2564
18. ประเสริฐ ศรีนวล, และธนัช กนกเทศ. อุบัติเหตุพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ : ผู้สูงอายุไทยความมั่นใจที่อันตราย. วารสารพยาบาลทหารบก 2564. 22 (2), 65-70.
19. ศรวณีย์ หนูชิต, ดนัย ชินคำ, ณัฐธิดา มาลาทอง, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และศรีเพ็ญ ต้นติเวส. (2560). การศึกษาเพื่อจัดทำข้อเสนอเกี่ยวกับการจัดการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
20. กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ. เดิมรู้ เตรียมพร้อมก่อนสูงวัย. [อินเทอร์เน็ต].2562. [เข้าถึงเมื่อ 2566 กันยายน 14]; เข้าถึงจาก:<https://www.dop.go.th/download/knowledge/th156870830>

Received: 21 Jan. 2024, Revised: 10 Feb. 2024

Accepted: 15 Feb. 2024

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
ในผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปางศิริรัตน์ ผ่านภพ^{1*} จันทร์จิรา ยานะชัย² กษภัส เหล็กบังวัน³

บทคัดย่อ

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง 2) เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 มม.ปรอท และมีระดับไขมันแอลดีแอลที่เป็นอันตรายต่อร่างกายสูงกว่า 100 มก./ดล.ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาแสง อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาแสง เป็นกลุ่มทดลอง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนธรรม เป็นกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน เครื่องมือวิจัยมี 2 ส่วนคือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.90 ค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเท่ากับ 0.92. ใช้เวลา 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าก่อนการทดลองจาก 3.07 (SD = 0.226) เป็น 3.70 (SD = 0.149) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย ระดับความดันโลหิตช่วงบนน้อยกว่าก่อนการทดลองจาก 152.98 (SD = 6.992) เป็น 132.25 (SD = 8.982) ระดับความดันโลหิตช่วงล่างน้อยกว่าก่อนการทดลองจาก 96.18 (SD = 3.369) เป็น 86.42 (SD = 9.795) ระดับไขมันแอลดีแอลในเลือดน้อยกว่าก่อนการทดลองจาก 126.47 (SD = 16.552) เป็น 106.33 (SD = 17.107) และ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอีก 10 ปีข้างหน้า น้อยกว่าก่อนการทดลองจาก 25.41 (SD = 8.473) เป็น 22.41 (SD = 9.250) และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

สรุปผลการวิจัยพบว่าประสิทธิผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจต่อการดูแลตนเองไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้น ควรมีการติดตามประเมินผลในระยะยาวเพื่อลดอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่อไป

คำสำคัญ : การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด, ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค, โรคเบาหวาน

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาแสง

² วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปางคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*Corresponding author E-mail: Sphanphop 2557@gmail.com

*Original Article***Effectiveness of Behavioral Modification to Prevention of Cardiovascular Diseases among Diabetes Patients in Kokha District, Lampang Province.****Sirirat Phanphop ^{1*} Janjeera Yanachai ² Kochaphat Lekbangwan ³****Abstract**

Cardiovascular disease can be prevented by modify appropriate behavior. This research was quasi-experimental. The purposes were to: 1) compare the differences among cardiovascular disease prevention behaviors, blood pressure, LDL cholesterol and the risk of cardiovascular disease in the experimental group before and after experiment, and 2) compare the differences among behaviors for cardiovascular disease prevention behaviors, blood pressure, LDL cholesterol and the risk of cardiovascular disease between the experimental and comparison groups after experiment. The sample included of a diabetes in patients with hypertension and LDL cholesterol higher than 100 mg/dl. at Ban Nasaeng subdistrict health promotion hospital Kokha District, Lampang Province. They were recruited by purposive sampling by inclusion criteria, 30 persons from Ban Nasaeng subdistrict health promotion hospital as the experimental group and 30 persons from Ban Dontham subdistrict as the comparison group. The tools of this research were: 1) the cardiovascular disease prevention behaviors intervention based on the protection motivation theory consist of perceived noxiousness, perceived susceptibility, perceived on outcome self-efficacy and expectancy on self-efficacy, and 2) questionnaires for data collecting. CVI was 0.90. The Cronbach's alpha coefficients of behaviors for cardiovascular disease prevention were 0.92. within 12 weeks duration. Data were analyzed by descriptive statistics, paired t-test and independent t-test.

The results after the experimental of this study were as follows; the experimental group had the mean score of the behavioral change for cardiovascular disease prevention from 3.07 (SD = 0.226) to 3.70 (SD = 0.149) level which is significantly higher than before participating ($p < .05$), also significantly higher than the comparison group ($p < .05$). The experiment group had average systolic blood pressure from 152.98 (SD = 6.992) to 132.25 (SD = 8.982) diastolic blood pressure from 96.18 (SD = 3.369) to 86.42 (SD = 9.795) LDL cholesterol from 126.47 (SD = 16.552) to 106.33 (SD = 17.107) and risk of cardiovascular disease in the next 10 years from 25.41 (SD = 8.473) to 22.41 (SD = 9.250) were significantly lower than before ($p < .05$) and significantly lower than the comparison group ($p < .05$).

The results findings effectiveness of behavioral modification to prevention of cardiovascular diseases can be self-care by modify appropriate behavior. Strengthen and knowledge by self-care. Non complication, but long- term follow-up of behavioral modification to prevention of cardiovascular diseases to reduce the incidence of cardiovascular diseases.

Keywords: Cardiovascular disease prevention, Protection motivation theory, Diabetes

¹Registered Nurse, Ban Nasaeng subdistrict health promotion hospital

² Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*Corresponding author, E- mail: Sphanphop 2557@gmail.com

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease, CVD) เป็นกลุ่มของความผิดปกติที่เกิดกับหลอดเลือดและหัวใจซึ่งประกอบด้วยโรคหลายโรค พบว่ามากกว่าร้อยละ 82.00 ของการตายจากโรคในกลุ่มนี้เกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจ(coronary heart disease, CHD) โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ทั้งชนิดหลอดเลือดสมองแตกและหลอดเลือดสมองตีบ (hemorrhagic และ ischemic stroke) โรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจวาย¹ เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ในปี พ.ศ. 2559 มีผู้เสียชีวิตสูงถึง 17.9 ล้านคนทั่วโลก ร้อยละ 44 ของการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อทั้งหมด² ปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรค ได้แก่การเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ การสูบบุหรี่ และภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกิน นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น การขาดการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารที่มีไขมันและโซเดียมสูง³ ในประเทศไทย CVD จากรายงานสถิติสำนึกโรคไม่ติดต่อกรรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 พบว่า ในปี พ.ศ. 2555 และ 2559 อัตราตายจากโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นจาก 23.5 เป็น 32.3 (ต่อประชากรแสนคน) และจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 31.1 เป็น 48.7 (ต่อประชากรแสนคน) กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายและกำหนดเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (CVD Risk) เพื่อควบคุม อุบัติการณ์ โรคหัวใจและหลอดเลือด (primary prevention) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยมุ่งเน้นให้ ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้อง เพื่อลดความเสี่ยงด้วยตนเองรวมถึงเป็นแนวทางสำหรับให้สถานพยาบาลนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม ในระยะยาวมีผลทำลายหลอดเลือดอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ และจังหวัดลำปางเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีแนวโน้มของอัตราป่วยและอัตราตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด เพิ่มขึ้น โดยใน พ.ศ. 2561 - 2565 มีอัตราความชุก 1,144.69, 1,149.59, 1,248.23, 1,221.77 และ 1,210.83 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และอัตราตาย 145.15, 147.00, 194.12, 200.76 และ 225.35 ต่อประชากรแสนคน จากรายงานผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาแสง อำเภอกะเคา จังหวัดลำปาง พบว่ามีอัตราป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่เพิ่มสูงขึ้น ใน พ.ศ. 2561-2565 มีอัตราความชุก 359.50, 364.74, 937.97, 1,013.41 และ 936.00 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และอัตราตาย 119.83, 130.39, 363.09, 238.45 และ 211.35 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนธรรม อำเภอกะเคา จังหวัดลำปาง พบว่า มีอัตราป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มสูงขึ้นในปี 2561-2565 มีอัตราความชุก ต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 541.60, 560.94, 861.84, 820.94 และ 747.20 และอัตราตายต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 147.71, 127.49 ,339.51, 359.16และ 273.97 ตามลำดับ⁴ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเบาหวาน ปัจจุบันมีการคัดกรองสุขภาพโดยค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานด้วยการประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้าโดยใช้โปรแกรม Thai CV risk score ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยลงข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตตัวบน การเป็นโรคเบาหวาน ผลตรวจเลือดระดับไขมัน โดยแบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ คือ เสี่ยงต่ำ CV risk Score < 10 % เสี่ยงปานกลาง CV risk Score < 10 - 19 % เสี่ยงสูง CV risk Score 20 - 29 % เสี่ยงสูงมาก CV risk Score 30 - 39 % และเสี่ยงสูงอันตราย CV risk Score ≥40 %⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการใช้แนวคิดและทฤษฎีหลายทฤษฎีในการออกแบบกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเองพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้

สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ⁶ การศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในโรงพยาบาลเอกชน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยรวมของพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าเฉลี่ย Thai CV risk Score ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ⁷ การศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคผลการศึกษาพบว่าหลังการใช้โปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระดับไขมันในเลือด และระดับความดันโลหิตดีกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ หลังการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระดับไขมันในเลือด และระดับความดันโลหิตดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ⁸ จะเห็นว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การจัดการความเครียด งดการสูบบุหรี่ งดการดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้นจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection motivation theory) ⁹ มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้เกิดความตระหนักต่อการดูแลตนเอง ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดภาระของครอบครัวและสังคม รวมทั้งยังลดความสูญเสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศชาติโดยรวม

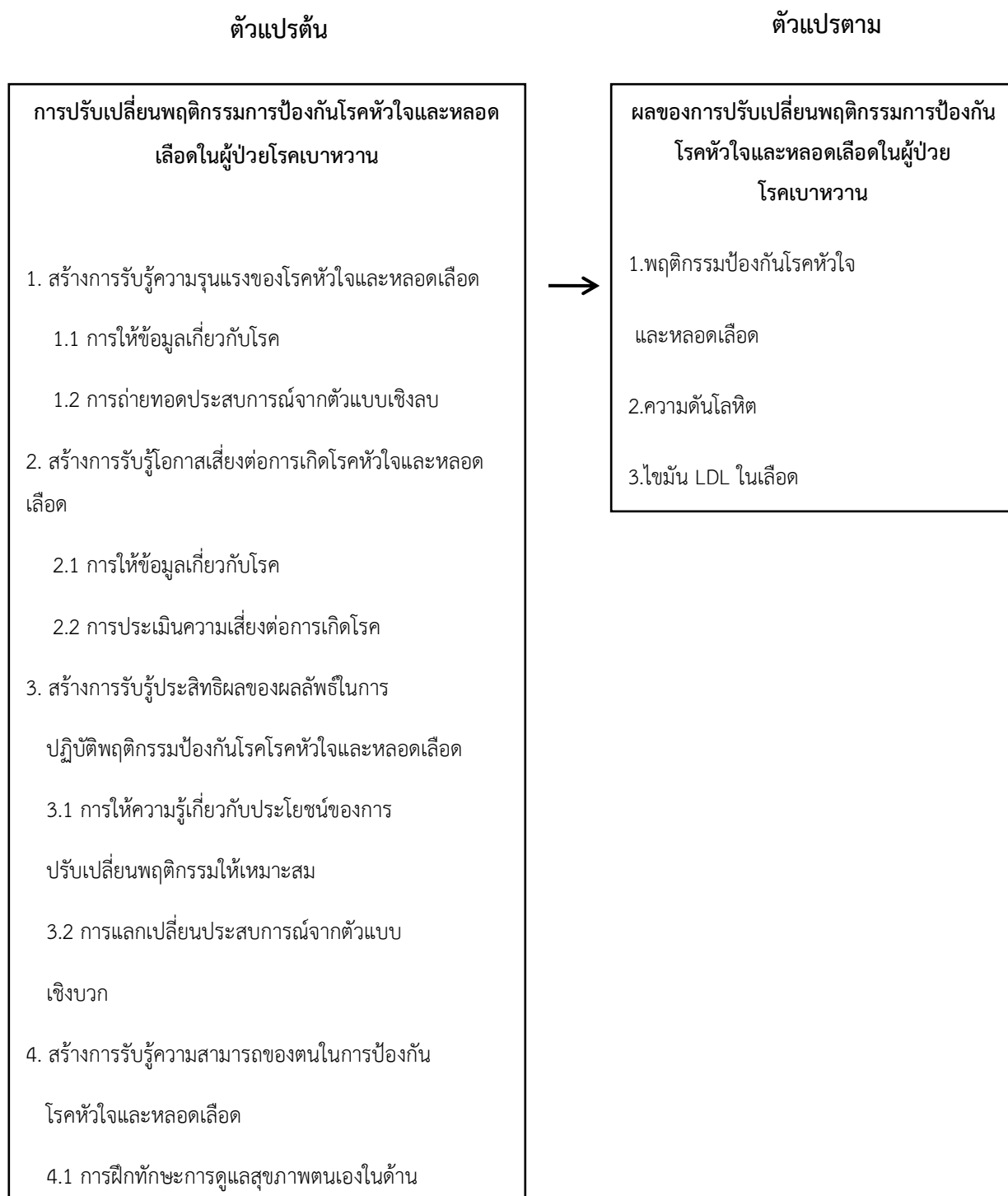
วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และ Thai CV risk score ระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และ Thai CV risk score ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ดีกว่าก่อนทดลอง และมีระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และ Thai CV risk score ต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และ CV risk score ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two groups pre-posttest design) ทำการศึกษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาแสง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนธรรม ตำบลใหม่พัฒนา อำเภอกะเคา จังหวัดลำปาง ระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 ถึง เดือน ธันวาคม 2566 ใช้เวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยมีระดับความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 มม.ปรอท และมีระดับไขมัน LDL ในเลือดสูงกว่า 100 มก./ดล. ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาแสง อำเภอกะเคา จังหวัดลำปาง จำนวน 102 คน

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้แนวคิด Power analysis กำหนดอำนาจในการทดสอบ ที่ระดับ 0.8 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\alpha = .05$) กำหนดค่าขนาดอิทธิพลโดยการคำนวณจากผลการวิจัยที่ผ่านมา¹⁰ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน โดยให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาแสง เป็นกลุ่มทดลอง และผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนธรรมเป็นกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน โดยวิธีการจับคู่ตัวแปรสำคัญเพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และควบคุมให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงในด้าน อายุ เพศ และระดับความดันโลหิต คัดเลือกดังนี้ มีอายุระหว่าง 35 – 70 ปี เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 มม.ปรอท มีภาวะไขมัน LDL ในเลือดสูงกว่า 100 มก./ดล. ไม่มีโรคประจำตัวอื่นที่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมสามารถสื่อสารโดยการอ่านเขียน และพูดภาษาไทยได้ และยินยอมและสมัครใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัยตลอดระยะเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล⁽⁸⁾ รายละเอียดดังนี้

1. กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation theory) ของโรเจอร์ ประกอบด้วย 1) สร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้วยการบรรยายให้ความรู้เรื่องโรค และความรุนแรงของโรค 2) สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้วยการบรรยายให้ความรู้และการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 3) สร้างการรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากตัวแบบ 4) สร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นการฝึกทักษะการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การกระตุ้นการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยการเชิญเป็นบุคคลต้นแบบการเยี่ยมบ้าน เสริมแรงจูงใจ

2. แบบสอบถามเกี่ยวกับประสิทธิผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย 2 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 17 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความพึงพอใจของรายได้ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือดของญาติสายตรง ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน การออกกำลังกาย คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะเป็นโรคเบาหวาน เป็นลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง และข้อมูลสุขภาพประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับความดันโลหิต ไขมันคอเลสเตอรอลรวม และ ไขมัน LDL ในเลือด จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 70 ข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร จำนวน 46 ข้อ พฤติกรรมการรับประทานยา จำนวน 12 ข้อ และพฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 12 ข้อ เป็นลักษณะข้อคำถามแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน) ปฏิบัติบ่อย (4 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติน้อยครั้ง (2 คะแนน) ไม่ปฏิบัติเลย (1 คะแนน) การแปลผลค่าคะแนนโดยรวมและรายด้านใช้เกณฑ์อันตรภาคขั้นแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 3.67- 5.00⁽¹¹⁾ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม (CVI : Content Validity Index) เท่ากับ 0.90 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เท่ากับ 0.92 จำแนกตามรายด้านคือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา มีค่าเท่ากับ 0.95, 0.84, 0.83 ตามลำดับ

3. การประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้าโดยใช้โปรแกรม Thai CV risk score ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดลโดยลงข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตตัวบน การเป็นโรคเบาหวาน และ ผลตรวจเลือดระดับไขมันคอเลสเตอรอลรวม

4. แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน ได้แก่ แบบบันทึกความดันโลหิต น้ำหนัก รอบเอว แบบบันทึกการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาเป็นลักษณะแบบเติมคำในช่องว่าง และปัญหา อุปสรรคที่พบพร้อม คำแนะนำ โดย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้บันทึกผล

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย มีดังนี้

1.ระยะก่อนการทดลอง

1) ทีมผู้วิจัยศึกษาข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดเตรียมการด้านเอกสารต่างๆที่จะใช้ในการดำเนินกิจกรรม ติดต่อประสานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำการศึกษาจากนั้นประชาสัมพันธ์เชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งนัดหมายวันเวลา และสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนดำเนินการตามกิจกรรม

2) ทีมวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัยตามวันเวลาและสถานที่ที่นัดหมายได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาแสง ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดของโครงการ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยพาทักษสิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการเข้าร่วมการวิจัยให้เป็นไปตามความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอม ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ระยะทดลอง ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรม จำนวนทั้งหมด 6 ครั้ง เป็นเวลา 12

สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมในการดำเนินการ ดังนี้

2.1 กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรม“มารู้และป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดกันเถอะ” ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ทีมวิจัย ประเมินสุขภาพกลุ่มตัวอย่าง ระดับความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว เจาะเลือดเพื่อส่งตรวจ วัดระดับไขมัน คอเลสเตอรอลรวม ไขมัน LDLในกระแสเลือด และประเมิน CV risk score ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะแทรกซ้อน ร่วมกับการเสริมแรงจิตใจให้เห็นความสำคัญของการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด นัดพบครั้งต่อไปอีก 1 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 2 สร้างการเรียนรู้จากผู้มีประสบการณ์ในการการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรียนรู้จากเรื่องจริง จากบุคคลต้นแบบเชิงลบและเชิงบวก ใช้เวลา 3 ชั่วโมง นัดพบครั้งต่อไปอีก 1 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 3 การพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง โดยการฝึกทักษะการดูแลสุขภาพตนเองเรื่อง การรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย การลดเลิกการสูบบุหรี่ ใช้เวลา 3 ชั่วโมง นัดพบครั้งต่อไปอีก 1 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรม“สถานีทักษะการดูแลสุขภาพ”ใช้เวลา 3 ชั่วโมง โดยการทบทวนความรู้เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะแทรกซ้อน การทบทวนทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง และการจัดกิจกรรม “ตลาดนัดสุขภาพ” “ตลาดไชยา” โดยเลือกตัวอย่างยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง และ ภาวะไขมันในเลือดสูง ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ให้สมาชิกในกลุ่มระบุนิเวศการรับประทานยาที่ถูกต้อง การออกฤทธิ์ยา ผลไม่พึงประสงค์ของยา การปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการผิดปกติจากการรับประทานยา การปฏิบัติตัวเมื่อลืมรับประทานยา และการจัดกิจกรรม“ออกกำลังกายกันเถอะ”เช่นการปฏิบัติกรยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และการแกว่งแขนที่ถูกวิธี เพื่อพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง นัดพบครั้งต่อไปอีก 1 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 5 -11 การลงเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร่วมกับทีมวิจัย ย้ำเตือนให้ปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายที่ถูกต้อง สอบถามปัญหาและให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาการรับประทานยา การรับประทานยา การออกกำลังกายที่ถูกต้อง และให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดใช้เวลาคนละ 30 นาที ทั้งนี้เพื่อเสริมสร้างแรงใจให้กับผู้ป่วยให้มีกำลังใจที่จะควบคุมโรคของตนเองให้ได้

สัปดาห์ที่ 12 ประเมินผล โดยทีมวิจัยประเมินสุขภาพกลุ่มตัวอย่าง วัดระดับความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว เจาะเลือดเพื่อส่งตรวจ วัดระดับไขมันคอเลสเตอรอลรวม ไขมัน LDLในกระแสเลือด และประเมิน CV risk score บันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ และให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามชุดเดิม และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดศึกษา และแสดงความขอบคุณ

2.2 กลุ่มเปรียบเทียบ

สัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนธรรม ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ในการดำเนินกิจกรรมดังนี้

- 1) ประเมินสุขภาพ โดยทีมผู้วิจัยประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพตรวจวัดระดับความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว เจาะเลือดเพื่อส่งตรวจ วัดระดับไขมันคอเลสเตอรอลรวม LDLในกระแสเลือด และประเมิน CV risk score

สัปดาห์ที่ 1-12 ได้รับการพยาบาลและข้อมูลจากพยาบาลที่ให้บริการในระบบบริการปกติและนัดหมายเพื่อรวบรวมข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัยในสัปดาห์ที่ 12

สัปดาห์ที่ 12 ตอบแบบสอบถามหลังสิ้นสุดโครงการ และ ประเมินสุขภาพ วัดระดับความดันโลหิต ซึ่ง น้ำหนัก วัดรอบเอว เจาะเลือดเพื่อส่งตรวจ วัดระดับไขมันคอเลสเตอรอลรวม LDLในกระแสเลือด และประเมิน CV risk score และบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ สรุปผลการเรียนรู้ และวิเคราะห์ผลสำเร็จของการดูแลตนเอง ให้ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโดยบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และภาวะแทรกซ้อน การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย แก่กลุ่มเปรียบเทียบ และกล่าวขอบคุณ กลุ่มเปรียบเทียบที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และ Thai CV risk score ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบทีชนิดไม่อิสระ (Paired t-test)

3) เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และ Thai CV risk score ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบทีชนิดอิสระ (independent t-test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยฉบับนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง จังหวัดลำปาง เลขที่โครงการวิจัย 051/2566 ลงวันที่ 31 มีนาคม 2566 (เอกสารรับรองเลขที่ E2566 - 048) ซึ่งก่อนดำเนินการศึกษา ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างละเอียดถึง ข้อมูลจากการศึกษาจะเก็บไว้เป็นความลับ จะนำเสนอผลการศึกษามาในลักษณะของภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา

สรุปและอภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 65.07 ปี กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 66.67 ปี มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด มีการศึกษาระดับต่ำกว่าถึงประถมศึกษา ส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกร ทั้งสองกลุ่มมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนในระดับไม่เกิน 5,000 บาท แต่ไม่เหลือเก็บ มีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด มีระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวานใกล้เคียงกัน คือ เฉลี่ย 7 ปี และทั้งสองกลุ่มมีระยะเวลาป่วยด้วยโรคเบาหวานมากกว่า 8 ปี มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย ได้แก่ โรคไตเสื่อม ส่วนมากออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยผู้ออกกำลังกายในกลุ่มทดลองออกกำลังกายด้วยวิธีแกว่งแขน และกลุ่มเปรียบเทียบออกกำลังกายด้วยวิธีเดินเร็ว กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบใช้ระยะเวลาในการออกกำลังกายโดยเฉลี่ยใกล้เคียงกัน

27.67 และ 24.17 นาที่ต่อครั้ง โดยออกกำลังกายมากกว่า 15 นาที่ต่อครั้งมากที่สุดส่วนมากทำงานโดยใช้แรงงานระดับปานกลางและมาก ส่วนมากไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายใกล้เคียงกัน 23.67 และ 23.08 กิโลกรัมต่อตารางเมตรกลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 23.00 - 24.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตรมากที่สุด ร้อยละ 40 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 18.51 - 22.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร มากที่สุดร้อยละ 46.67 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยรอบเอวใกล้เคียงกัน 82.52 และ 81.27 เซนติเมตร เพศหญิงมีรอบเอวมมากกว่า 80.00 เซนติเมตรมากที่สุดร้อยละ 40.00 และร้อยละ 50.00 เพศชายมีรอบเอวมมากกว่า 90.00 เซนติเมตร ร้อยละ 3.33 และร้อยละ 0.00 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงบน ใกล้เคียงกัน 152.98 มิลลิเมตรปรอท และ 152.65 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตช่วงบน ระหว่าง 140-159 มิลลิเมตรปรอทมากที่สุดร้อยละ 83.33 มิลลิเมตรปรอทและร้อยละ 90 มิลลิเมตรปรอท มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงล่างใกล้เคียงกัน 96.18 มิลลิเมตรปรอท และ 96.80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตช่วงล่างระหว่าง 90-99 มิลลิเมตรปรอทมากที่สุดร้อยละ 86.77 และร้อยละ 80.00 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยไขมันแอลดีแอลในเลือดใกล้เคียงกัน 126.47 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และ 126.10 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับไขมันแอลดีแอลในเลือดส่วนมากอยู่ในช่วง 100-150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร้อยละ 60.00 และร้อยละ 66.67 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอีก 10 ปีข้างหน้า (CV risk score) ใกล้เคียงกัน 25.41 เปอร์เซ็นต์ และ 25.34 เปอร์เซ็นต์ ค่าโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอีก 10 ปีข้างหน้า (CV risk score) ส่วนมากอยู่ในระดับสูง (CV risk score 20% - 29%) ร้อยละ 43.33 และร้อยละ 36.67

ความแตกต่างของพฤติกรรม การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติทีชนิดไม่อิสระ

พฤติกรรม	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Paired	p
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ	t-test	
ด้านการรับประทานอาหาร								
กลุ่มทดลอง (n=30)	3.51	0.362	ปานกลาง	3.97	0.231	สูง	-7.287	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)	3.42	0.264	ปานกลาง	3.47	0.209	ปานกลาง	-9.929	0.360
ด้านการออกกำลังกาย								
กลุ่มทดลอง (n=30)	2.69	0.416	ปานกลาง	3.69	0.305	สูง	-10.373	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)	2.65	0.350	ปานกลาง	2.68	0.220	ปานกลาง	-0.315	0.755
ด้านการรับประทานยา								
กลุ่มทดลอง (n=30)	3.30	0.365	ปานกลาง	3.68	0.360	สูง	-6.691	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)	3.30	0.267	ปานกลาง	3.32	0.242	ปานกลาง	-5.504	0.618
พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยรวม								
กลุ่มทดลอง (n=30)	3.07	0.226	ปานกลาง	3.70	0.149	สูง	-16.632	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)	3.03	0.149	ปานกลาง	3.05	0.132	ปานกลาง	-1.430	0.163

*** p-value < .001

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.07$) หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง ($\bar{x} = 3.70$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยสถิติที พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนการทดลองและหลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลางเท่าเดิม และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยสถิติที พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทีชนิดอิสระ

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ			t	p
	(n = 30)			(n = 30)				
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ		
ด้านการรับประทานอาหาร								
ก่อนการทดลอง	3.51	0.362	ปานกลาง	3.42	0.264	ปานกลาง	1.069	0.290
หลังการทดลอง	3.97	0.231	สูง	3.47	0.209	ปานกลาง	8.776	<0.001**
ด้านการออกกำลังกาย								
ก่อนการทดลอง	2.69	0.416	ปานกลาง	2.65	0.350	ปานกลาง	0.366	0.716
หลังการทดลอง	3.69	0.305	สูง	2.68	0.220	ปานกลาง	14.767	<0.001**
ด้านการรับประทานยา								
ก่อนการทดลอง	3.30	0.365	ปานกลาง	3.30	0.267	ปานกลาง	0.340	0.973
หลังการทดลอง	3.68	0.360	สูง	3.32	0.242	ปานกลาง	4.487	<0.001**
พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยรวม								
ก่อนการทดลอง	3.07	0.226	ปานกลาง	3.03	0.149	ปานกลาง	0.840	0.405
หลังการทดลอง	3.70	0.149	สูง	3.05	0.132	ปานกลาง	17.788	<0.001**

*** p-value < .001

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.07$ และ $\bar{x} = 3.03$ ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติที พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ระดับสูง ($\bar{x} = 3.70$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.05$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองด้วยสถิติที พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาอภิปรายได้ว่า จากที่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากกลุ่มทดลองรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหัวใจและหลอดเลือดรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ประสิทธิภาพของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดและความสามารถของตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation theory)⁹ จากกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานที่ส่งเสริมให้กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ในด้านต่าง ๆ จากการประเมินความเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดการให้ความรู้เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากตัวแบบเชิงลบ และตัวแบบเชิงบวก การได้ฝึกทักษะการดูแลสุขภาพตนเองในด้านการรับประทานอาหาร ได้แก่ การอ่านฉลากโภชนาการ การคำนวณปริมาณสารอาหารและพลังงาน วิเคราะห์ปริมาณโซเดียม การรับประทานยา การออกกำลังกายที่ถูกต้อง นอกจากนี้กลุ่มทดลองได้รับการเสริมแรงจูงใจด้วยการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อสนับสนุนให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ และเน้นย้ำเรื่อง การรับประทานยา และการรับประทานยาและการออกกำลังกายอย่างถูกต้องเหมาะสม บันทึกลงในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านของ อสม.พร้อมติดตามการลงบันทึก จากนั้นสรุปผลการเยี่ยมบ้าน ร่วมกันวิเคราะห์และหาแนวทางในการสนับสนุน เสริมแรงจูงใจ และให้คำแนะนำในกรณีพบปัญหา จนสามารถส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในโรงพยาบาลเอกชน ผลการศึกษพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยรวมของพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าเฉลี่ย Thai CV risk Score ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05⁷ การศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคผลการศึกษาพบว่าหลังการใช้โปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระดับไขมันในเลือด และระดับความดันโลหิตดีกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ หลังการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระดับไขมันในเลือด และระดับความดันโลหิตดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05⁸ การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ผลการศึกษพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การรับรู้ สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าความดันโลหิต ลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ตามลำดับ⁶

ความแตกต่างของความดันโลหิต ไขมันแอลดีแอลในเลือด และ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอีก 10 ปีข้างหน้า ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของความดันโลหิต ไขมันแอลดีแอลในเลือด และ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอีก 10 ปีข้างหน้า ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติที่ชนิดไม่อิสระ

ภาวะสุขภาพ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Paired t-test	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความดันโลหิตช่วงบน (Systolic Blood Pressure)						
กลุ่มทดลอง (n=30)	152.98	6.992	132.25	8.982	10.096	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)	152.65	6.618	152.12	6.369	0.392	0.698
ความดันโลหิตช่วงล่าง (Diastolic Blood Pressure)						
กลุ่มทดลอง (n=30)	96.18	3.369	86.42	9.795	6.196	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)	96.80	5.041	96.37	6.139	0.267	0.792
ไขมันแอลดีแอล						
กลุ่มทดลอง (n=30)	126.47	16.552	106.33	17.107	4.966	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)	126.10	9.817	126.57	11.051	-0.316	0.755
โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอีก 10 ปีข้างหน้า (CV risk score)						
กลุ่มทดลอง (n=30)	25.41	8.473	22.41	9.250	3.930	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)	25.28	8.597	25.34	8.594	-0.176	0.862

*** p-value < .001

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงบน เท่ากับ 152.98 มิลลิเมตรปรอท มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงล่าง เท่ากับ 96.18 มิลลิเมตรปรอท มีค่าเฉลี่ยของไขมันในเลือดเท่ากับ 126.47 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีค่าเฉลี่ย โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอีก 10 ปีข้างหน้า เท่ากับ 25.41 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงบน ลดลง เท่ากับ 132.25 มิลลิเมตรปรอท มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงล่างลดลง เท่ากับ 86.42 มิลลิเมตรปรอท มีค่าเฉลี่ย โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอีก 10 ปีข้างหน้าลดลง เท่ากับ 22.41 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตช่วงบน ความดันโลหิตช่วงล่าง ไขมันในเลือด และ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอีก 10 ปีข้างหน้าด้วยสถิติที่ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของความดันโลหิต ไขมันแอลดีแอลในเลือด และ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอีก 10 ปีข้างหน้า ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง โดยใช้สถิติทีชนิดอิสระ

ภาวะสุขภาพ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ความดันโลหิตช่วงบน (Systolic Blood Pressure)						
ก่อนทดลอง (n=30)	152.98	6.992	152.65	6.618	0.190	0.850
หลังการทดลอง (n=30)	132.25	8.982	152.12	6.369	-9.883	<0.001**
ความดันโลหิตช่วงล่าง (Diastolic Blood Pressure)						
ก่อนทดลอง (n=30)	96.18	3.369	96.80	5.041	-0.104	0.580
หลังการทดลอง (n=30)	86.42	9.795	96.37	6.139	-5.442	<0.001**
ไขมันแอลดีแอล						
ก่อนทดลอง (n=30)	126.47	16.552	126.10	9.817	0.104	0.917
หลังการทดลอง (n=30)	106.33	17.107	126.57	11.051	-5.442	<0.001**
โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดอีก 10 ปีข้างหน้า (CV risk score)						
ก่อนทดลอง (n=30)	25.41	8.473	25.28	8.597	0.059	0.953
หลังการทดลอง (n=30)	22.41	9.250	25.34	8.594	-1.272	<0.001**

*** p-value < .001

จากตารางที่ 4 พบว่า ก่อนการทดลองเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติที พบว่ามีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงบน ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงล่าง ค่าเฉลี่ยของไขมันในเลือด ค่าเฉลี่ยโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอีก 10 ปีข้างหน้า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตช่วงบน ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงล่าง ค่าเฉลี่ยของไขมันในเลือด ค่าเฉลี่ยโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอีก 10 ปีข้างหน้า ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาอภิปรายได้ว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงบน ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงล่าง ค่าเฉลี่ยของไขมันในเลือด ค่าเฉลี่ยโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอีก 10 ปีข้างหน้า ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากที่ผู้วิจัยได้สร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจและหลอดเลือด โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ประสิทธิภาพของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และความสามารถของตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้วยการส่งเสริมและติดตามให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องส่งผลให้หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานยาที่เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง เมื่อเกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจึงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มทดลองลดลงตามไป ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสามารถควบคุมระดับไขมันให้ลดลงจากเดิมได้ ดังจะเห็นได้จากผลลัพธ์ในด้านพฤติกรรมรับประทานอาหารมีคะแนนสูงขึ้น ดังนั้นการที่ผู้ป่วยเบาหวานเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับสูงมีผลต่อระดับความ

ดันโลหิต ปริมาณไขมันแอลดีแอลในเลือด และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอีก 10 ปีข้างหน้า ที่ลดลง แสดงถึงความสามารถในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ การรับประทานผักผลไม้เพิ่มขึ้น รับประทานอาหารหวานลดลง การรับประทานใยอาหารโปรตีน แคลเซียม แร่ธาตุต่าง ๆ เช่นโปแตสเซียม และแมกนีเซียมช่วยปรับสมดุลของโซเดียม ช่วยลดความดันโลหิต เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง (DASH Diet)¹² รวมถึงพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายที่ปฏิบัติเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ รวมไม่ต่ำกว่าวันละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วัน ช่วยลดความดันโลหิตสูงซึ่งมีประสิทธิภาพในการลดความดันซิสโตลิก 4-9 มิลลิเมตร¹³ และพฤติกรรมด้านการรับประทานยา ที่ถูกต้องต่อเนื่อง ครบทุกมื้อ ตามจำนวนที่แพทย์สั่ง โดยไม่หยุดยาเอง ดังนั้นการบริโภคอาหาร ลดอาหารไขมันสูง ลดอาหารเค็มหรือมีเกลือโซเดียมสูง ลดอาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวานจัด ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน การหยุดสูบบุหรี่ งดดื่มแอลกอฮอล์ เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน¹⁴

ปัญหาและอุปสรรค

1.ในการติดตามเยี่ยมบ้านของ อสม. เป็นการติดตามในระยะสั้น 12 สัปดาห์ ไม่มีแนวทางปฏิบัติสำหรับระยะเวลาในการเยี่ยมบ้านเพื่อการเฝ้าระวังที่ชัดเจน และไม่ได้จัดตั้งกลุ่ม อสม.ติดตามเยี่ยมบ้าน ในกลุ่มโซเซียลเน็ตเวิร์ก จึงไม่สามารถติดตามได้อย่างต่อเนื่องในระยะยาวได้

ข้อเสนอแนะ

1.ควรมีการศึกษาติดตามอย่างต่อเนื่องในระยะยาว โดยมีการประเมินผลเป็นระยะในช่วง 6, 9 และ 12 เดือน เพื่อติดตามผลความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอีก 10 ปีข้างหน้า เพื่อประเมินความต่อเนื่องและยั่งยืนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนติดตามอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มทดลองในระยะยาว สามารถนำมาวางแผนในการจัดบริการเชิงรุกให้มีคุณภาพต่อไป

2.ควรเพิ่มการศึกษาเกี่ยวกับการติดตามเยี่ยมบ้านของ อสม.ในผู้ป่วยเบาหวาน โดยการกำหนดระยะเวลาในการเยี่ยมบ้านที่สอดคล้องกับความเสี่ยงของโรค หรือตามอาการของผู้ป่วย และออกเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับระยะเวลาในการเยี่ยมเพื่อการเฝ้าระวัง ของ อสม.ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในกลุ่มโซเซียลเน็ตเวิร์ก โดยที่ อสม. หรือผู้ดูแลสามารถดำเนินการได้อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง

3. สามารถนำกิจกรรมโครงการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันหัวใจและหลอดเลือดไปใช้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไต ในพื้นที่อื่นๆได้

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลงได้อย่างสมบูรณ์โดยได้รับความอนุเคราะห์จากคณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาแสง และคณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนธรรม ทีมงานโรงพยาบาลเกาะคา ที่ได้ช่วยเหลือด้านข้อมูลต่างๆ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและความอนุเคราะห์ข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นต่อการศึกษาค้นคว้าในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ. แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย; 2556
2. Kaptoge S, Pennells L, De Bacquer D, Cooney MT, Kavousi M, Stevens G, et al. World Health Organization cardiovascular disease risk charts: revised models to estimate risk in 21 global regions. The Lancet Global Health 2019; 7(10): e1332-45.
3. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, et al. 2019 ACC/AHA guideline on the primary prevention of cardiovascular disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Circulation 2019; 140(11): e596-e646.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด. สืบค้นจาก https://lpg.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php สืบค้นเมื่อ (10/3/2566).
5. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. Thai CV risk Score. สืบค้นจาก https://www.rama.mahidol.ac.th/cardiovascular_risk/thai_cv_risk_score/ สืบค้นเมื่อ(10/3/2566).
6. นางลักษณ์ ไคว์ตระกูล, พะเยาว์ ด่านปรีดา. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 วารสารกองการพยาบาล; 2563. 47(2), 119-134.
7. กฤติจิรา เตชะจิรา, วินัส ลิฬหกุล, ศากุล ช่างไม้. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมใน โรงพยาบาลเอกชน. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์; 2562, 15(2), 15-33.
8. ศิริรัตน์ ผ่านภพ, นภาพิณ จันทขัมมา, มุกดา หนูศรี. ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอำเภอเกาะคาจังหวัดลำปาง. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ; 2563. 13(2), 528-538.
9. Rogers, R.W. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In J. Cacioppo & R. Petty (Eds.), Social Psychophysiology. New York: Guilford Press ;1983
10. ณชนก เอียดสุข, วริษา กันบัวลา, อาภรณ์ ดีนาน. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา; 2564. 29 (3), 1-14
11. Best, John W. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc; 1977
12. มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. DASH Diet. สืบค้นจาก <https://www.thaiheartfound.org/Article/Detail/140133> สืบค้นเมื่อ (10/3/2566).
13. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป กรุงเทพฯ: อีเว้นท์พริ้นติ้ง; 2558
14. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2558

Received: 15 Aug. 2023, Revised: 29 Apr. 2024

Accepted: 30 Apr. 2024

บทความวิจัย

การศึกษาต้นทุนการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ในเขตอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2565ชาญณรงค์ อาจเอื้อม^{1*}

บทคัดย่อ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีต้นทุนรวมและต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการเพิ่มสูงขึ้นทุกปี การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาต้นทุนทางตรงรวม (Total Direct Cost :TDC) ในภาพรวมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, ต้นทุนรวม (Full cost) และต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost) ของหน่วยบริการผู้ป่วย (Patient service : PS) และหน่วยบริการสร้างเสริมสุขภาพ (Non-Patient service : NPS) ในภาพรวมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ ใช้วิธีจัดสรรต้นทุนแบบ Simultaneous Equation Method โดยใช้สมการเส้นตรง (Linear equation) ใช้โปรแกรม Hospital Cost Profile สร้างเมตริกการกระจายต้นทุน (allocation matrix) การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบศึกษาย้อนหลัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้รับผิดชอบงานวิเคราะห์ต้นทุนของ รพ.สต.8 แห่ง จำนวน 8 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลวิเคราะห์ต้นทุนตั้งแต่ ตุลาคม 2565 – พฤษภาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า ในภาพรวมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีต้นทุนทางตรง (TDC) เท่ากับ 24,194,692.17 บาท หน่วยต้นทุนบริการผู้ป่วย (PS) มีต้นทุนรวม (Full cost) เท่ากับ 15,326,543.92 บาท และค่าเฉลี่ย Unit cost ของงาน OPD Clinic พิเศษ (DM HT) มีต้นทุนมากที่สุดคือ 260.39 บาทต่อครั้ง หน่วยต้นทุนบริการสร้างเสริมสุขภาพ (NPS) มีต้นทุนรวม (Full cost) เท่ากับ 6,620,006.62 บาท และค่าเฉลี่ย Unit cost ของงานให้บริการผู้ป่วยที่บ้านมีต้นทุนมากที่สุด 547.44 บาทต่อครั้ง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรมีการพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพในผู้ป่วยนอก การสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในหน่วยบริการ กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน โดยใช้ทรัพยากรให้เหมาะสม คุ่มค่าและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ต้นทุนทางตรงรวม, ต้นทุนรวม, ต้นทุนต่อหน่วย, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

^{1*}นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์

*Corresponding author E-mail: Channarongartauem@gmail.com

Original Article

The study of Unit cost service of Sub-district Health Promotion Hospitals in Chaloem Phra kiat District, Buriram Province, Fiscal year 2022

Channarong Artueam^{1*}

Abstract

The sub-district health promotion has the highest total cost and unit cost every year. The study aims to the overall total direct cost of sub-district health promotion hospitals, the overall full cost, and the unit cost of patient service and non-patient service in sub-district health promotion hospitals, Chaloem Phra kiat District, Buriram Province, Fiscal year 2022. The simultaneous equation method allocates costs using a linear equation and an allocation matrix based on the hospital cost profile.

This research is descriptive research from a retrospective study. The sample size is a unit cost analysis worker from eight sub-district health promotion hospitals. Data collection by unit cost analysis data records from October 2022 to June 2023. The data were analyzed with descriptive statistics.

The result shows that overall, sub-district health promotion has a total direct cost of 24,194,692.17 baths. The patient service has 15,326,543.92 baths of full cost, and the average unit cost of the NCD clinic (DM HT) has the highest cost of 260.39 baths per visit. The non-patient service has 6,620,006.62 baths of full cost, and the average unit cost of the home health care service has the highest cost of 547.44 baths per visit.

The suggestion is that there should be the development of an OPD clinic service system, health promotion and prevention services in hospitals, NCD patients, and home health care services to use resources wisely and with efficacy.

Keywords: Total direct cost, Full cost, unit cost, sub-district health Promotion Hospitals

^{1*}Professional Public Health Academician Chaloem Phra kiat District Health Office, Buriram Province

*Corresponding author E-mail: Channarongartauem@gmail.com

บทนำ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่ให้บริการด้านสาธารณสุขในมิติด้านการส่งเสริมสุขภาพ, ด้านการรักษาพยาบาล, ด้านการควบคุมป้องกันโรค, ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และด้านการคุ้มครองผู้บริโภค¹ การพัฒนา รพ.สต. ให้มีสมรรถนะความสามารถในการบริการด้านสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ให้สามารถดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ทุกกลุ่มวัย รวมถึงการดูแลผู้ป่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ มากกว่าการดูแลในระบบเดิมของโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ที่มีข้อจำกัดมากมายในการให้บริการที่เกินศักยภาพของระบบ รวมถึงการทำงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก โดยเฉพาะการแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นภาระโรค (Disease Burden) ลำดับต้นๆ ของประเทศ และในระยะยาวจะยิ่งเป็นปัญหามากขึ้น หากไม่มีระบบบริการที่ครอบคลุมและมีคุณภาพมากพอ ซึ่งในการพัฒนาสมรรถนะเพื่อการให้บริการต่างๆ ตามภารกิจ จำเป็นต้องมีการใช้ทรัพยากรทั้ง บุคลากร เงิน วัสดุอุปกรณ์ และระบบบริหารจัดการ ก่อให้เกิดต้นทุนการให้บริการด้านต่างๆ จากการศึกษาของดวงรัตน์ โพธิ์ พบว่าต้นทุนรวม รพ.สต. สูงขึ้นทุกปี โดยในปี 2562 มีค่ามัธยฐาน 4,061,557 บาท ปี 2563 มีค่ามัธยฐาน 4,078,242 บาท และ ปี 2564 มีค่ามัธยฐาน 4,308,141 บาท² และจากการทบทวนการศึกษาต้นทุนบริการในระดับปฐมภูมิ พบว่าข้อมูลเกี่ยวกับต้นทุนบริการปฐมภูมินั้น เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพ³ การวิเคราะห์ข้อมูลบริการ จะช่วยให้ผู้บริหารเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับเกี่ยวกับการใช้ทรัพยากร และยังทำให้สามารถประมาณการต้นทุนที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้⁴ ประกอบกับพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด⁵ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบการเรียกเก็บตามจ่ายระหว่างหน่วยบริการที่ต่างสังกัด ประกอบกับในแต่ละปีมีจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงทั้งในระดับประเทศ ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ^{6,7} การให้บริการจึงใช้ทรัพยากรที่มากขึ้น

ดังนั้นการคำนวณต้นทุนบริการหรือ Unit Cost จึงเป็นเรื่องจำเป็นอย่างยิ่ง การวิเคราะห์ต้นทุนบริการ หรือ Unit Cost ถือเป็นตัวชี้วัดที่ผู้บริหารให้ความสำคัญ มีเจตนารมณ์เพื่อให้ทุกหน่วยบริการได้มีการศึกษาและรู้ต้นทุนของตนเองเพื่อการวางแผนการจัดบริการที่เหมาะสม

อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อยู่ในสังกัดจำนวน 8 แห่ง รับผิดชอบประชากรรวมทั้งสิ้น 33,580 คน ใน 5 ตำบล 58 หมู่บ้าน เพื่อให้ทราบข้อมูลต้นทุนการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 8 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ จึงได้ทำการศึกษาต้นทุนบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 8 แห่งขึ้น เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนบริหารจัดการต้นทุนต่างๆ ในการจัดบริการด้านสาธารณสุข รวมถึงการเรียกเก็บค่าบริการ จากกิจกรรมการบริการด้านสาธารณสุขของ รพ.สต. ให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

อาคารสิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์ ทุกประเภทที่หมดอายุการใช้งาน ไม่นำมาคำนวณโดยกำหนดอายุการใช้งานครุภัณฑ์ทุกชนิด อายุ 5 ปี และอาคารสิ่งก่อสร้าง อายุการใช้งาน 20 ปี สำหรับค่าที่ดิน ในการศึกษาครั้งนี้ไม่นำมูลค่ามาคำนวณเป็นต้นทุน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาต้นทุนทางตรง (Total direct cost: TDC) ในภาพรวมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. เพื่อศึกษาต้นทุนรวม (Full cost) และต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost) ของหน่วยต้นทุนบริการผู้ป่วย (Patient Service : PS) ในภาพรวมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
3. เพื่อศึกษาต้นทุนรวม (Full cost) และต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost) ของหน่วยต้นทุนบริการส่งเสริมสุขภาพ (Non - Patient Service : NPS) ในภาพรวมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการการศึกษาต้นทุนของหน่วยต้นทุนสุดท้าย (Absorbing cost center: ACCs) ได้แก่ ต้นทุนการให้บริการผู้ป่วย (Patient service: PS) ต้นทุนบริการส่งเสริมสุขภาพ (Non-patient service: NPS) และศึกษาหน่วยต้นทุนชั่วคราว (Transient cost center: TCCs) ได้แก่ ต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (Non-revenue producing cost center: NRPPC) ต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ (Revenue producing cost center: RPCC) โดยแต่ละหน่วยต้นทุนจะประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรง (Labour cost: LC) ต้นทุนค่าวัสดุ (Material cost: MC) และต้นทุนค่าลงทุน (Capital cost: CC) ซึ่งมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กับสัดส่วนเวลาการปฏิบัติงาน พื้นที่ใช้สอย สถิติการให้บริการผู้ป่วย ข้อมูลค่ารักษาพยาบาล จำแนกตามกิจกรรมหรืองานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 8 แห่ง ในปีงบประมาณ 2565 ตามทัศนะของผู้ให้บริการ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) แบบศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) ในทัศนะของผู้ให้บริการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร (Population) คือ ผู้รับผิดชอบงานวิเคราะห์ต้นทุนของ รพ.สต. ทั้ง 8 แห่ง กลุ่มตัวอย่าง (Sample size) คือศึกษาทุกหน่วยของประชากร มีเกณฑ์คัดเลือกผู้ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยคือ

1. เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ผู้รับผิดชอบงานวิเคราะห์ต้นทุนของ รพ.สต. ทั้ง 8 แห่ง ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในช่วงระยะเวลาที่กำหนด

2. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ผู้รับผิดชอบงานวิเคราะห์ต้นทุนของ รพ.สต. ที่ไม่สะดวกในการเข้าร่วมการวิจัยในช่วงเวลาที่มีการเก็บข้อมูล

การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเก็บข้อมูลแบบย้อนหลัง (Retrospective study) ประกอบด้วย

1. ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data) ได้แก่ สัดส่วนเวลาการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่แต่ละวิชาชีพใน รพ.สต. และพื้นที่ใช้สอยของหน่วยต้นทุนงานต่างๆ เช่น พื้นที่ใช้สอยงานให้บริการผู้ป่วยนอก พื้นที่ใช้สอยงานทันตกรรม พื้นที่ใช้สอยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เป็นต้น

2. ข้อมูลระดับทุติยภูมิ (Secondary data) เป็นข้อมูลที่มีการบันทึกอยู่ในระบบ Hos-xp PCU เช่น สถิติการให้บริการผู้ป่วย ข้อมูลค่ารักษาพยาบาล เป็นต้น โดยรวบรวมข้อมูลจากการสืบค้นฐานข้อมูลระบบ Hos-xp PCU ของ รพ.สต. ในช่วงระยะเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้นโดยคณะทำงานวิเคราะห์ต้นทุน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ประกอบด้วย แบบบันทึกต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุน แบบบันทึกสัดส่วนเวลา การปฏิบัติงาน แบบบันทึกพื้นที่ใช้สอย แบบบันทึกสถิติการให้บริการผู้ป่วย แบบบันทึกข้อมูลค่ารักษาพยาบาล และแบบบันทึกข้อมูลโปรแกรม Microsoft excel (Hospital cost profile)

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการจัดสรรต้นทุนแบบการแก้สมการโดยพร้อมกัน Simultaneous Equation Method มีการกำหนดเกณฑ์ในการจัดสรรหน่วยต้นทุน โดยให้รหัส A เป็นหน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (Non – revenue producing cost center : NRPPC) เช่น หน่วยต้นทุนงานบริหาร หน่วยต้นทุนงานเวชระเบียน (รหัส A) รหัส C และ รหัส E เป็นหน่วยต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ (Revenue producing cost center : RPCC) เช่น หน่วยต้นทุนงานผู้ป่วยนอก (รหัส C) หน่วยต้นทุนงานบริการผู้ป่วยที่บ้าน (รหัส E) โดยแต่ละหน่วยต้นทุนจะมีต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และ ต้นทุนค่าลงทุน รวมถึงมีการกำหนดเกณฑ์ในการจัดสรรต้นทุนร่วมกันทั้งจังหวัดบุรีรัมย์ ตัวอย่างเช่น หน่วยต้นทุนงานเวชระเบียน เกณฑ์การจัดสรรต้นทุนคือ จำนวนผู้ป่วยนอก หน่วยต้นทุนงานบริหาร มีเกณฑ์ในการจัดสรรต้นทุนคือ จำนวนบุคลากรในหน่วยงาน หน่วยต้นทุนงานแพทย์แผนไทย มีเกณฑ์ในการจัดสรรต้นทุนคือ จำนวนบุคลากรในหน่วยงาน เป็นต้น ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการจัดสรรต้นทุนแบบการแก้สมการโดยพร้อมกัน Simultaneous Equation Method นั้นจะใช้สมการเส้นตรง (Linear equation) และสร้างเมตริกซ์การกระจายต้นทุน (Allocation matrix) ในการแก้ปัญหาการส่งต้นทุน กลับไปกลับมา (Reciprocal service allocation problem)⁸ โดยใช้โปรแกรม Microsoft excel ที่คณะทำงานวิเคราะห์ ต้นทุนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์สร้างขึ้น มาช่วยในการคำนวณ เพื่อให้ได้ข้อมูลตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา มีขั้นตอนการวิเคราะห์โดยสังเขปดังนี้

1. คำนวณหาต้นทุนทางตรงรวม (Total direct cost: TDC) ของหน่วยต้นทุนชั่วคราว (Transient cost center: TCCs) ได้แก่ NRPPC และ RPCC ที่ได้จากผลรวมของต้นทุนค่าแรง (Labour cost: LC) + ต้นทุนค่าวัสดุ (Material cost: MC) + ต้นทุนค่าลงทุน (Capital cost: CC) ของแต่ละหน่วยต้นทุน ตัวอย่างเช่น หน่วยต้นทุนงานแพทย์แผนไทย มีต้นทุนค่าแรง 5,000บาท มีต้นทุนค่าวัสดุ 10,000 บาท มีต้นทุนค่าลงทุน 0บาท ดังนั้นต้นทุนทางตรงรวม (TDC) เท่ากับ 15,000 บาท

2. หลังจากได้ต้นทุนทางตรงรวม (Total direct cost: TDC) จากหน่วยต้นทุนชั่วคราว (Transient cost center: TCCs) จะถูกกระจายไปให้กับหน่วยต้นทุนสุดท้าย (Absorbing cost center: ACCs) ได้แก่ หน่วยต้นทุนบริการผู้ป่วย (Patient service: PS) และหน่วยต้นทุนบริการสร้างเสริมสุขภาพ (Non- Patient service: NPS) ตามเกณฑ์การกระจาย ต้นทุน (Allocation criteria) ที่กำหนดให้ใช้ร่วมกันทั้งจังหวัดบุรีรัมย์ สามารถคำนวณได้ตามสมการ $[X] = [A^{-1}] [B]$ โดยใช้โปรแกรม Microsoft excel ในการคำนวณนำ Invers matrix คูณกับ Matrix B จะได้ต้นทุนทั้งหมดของ TCC $[X]$

3. คำนวณต้นทุนที่หน่วยต้นทุนได้รับจริงจากสูตร Full cost = Total direct cost + Total indirect cost ซึ่ง Total direct cost คือ LC + MC + CC

4. คำนวณหาต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost: IDC) จากสูตร Total indirect cost = (Full cost of TCC) x (สัดส่วนที่ TCC กระจายให้กับหน่วยรับต้นทุน) จะได้ต้นทุนทั้งหมดของหน่วยต้นทุนสุดท้าย (Full cost of absorbing cost

center: ACCs) ที่ประกอบด้วย หน่วยต้นทุนบริการผู้ป่วย (Patient service: PS) และหน่วยต้นทุนบริการสร้างเสริมสุขภาพ (Non- Patient service: NPS)

5. คำนวณหาต้นทุนรวม (Full cost) ของ PS และ NPS จากสูตร Full cost = Total direct cost + Total indirect cost

6. คำนวณหาคันทุนต่อหน่วย (Unit cost) จากสูตร Unit cost = Full cost ของแต่ละหน่วยต้นทุน ทารด้วย Op-visit ที่มารับบริการของแต่ละหน่วยต้นทุน ใช้วิธีดึงข้อมูล OP-visit จากฐานข้อมูล HosXp – PCU และใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ สัดส่วน ค่าเฉลี่ย

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้รับการพิจารณารับรองให้ยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย ตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP) และ 45 CFR 46.101(b) จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารรับรองเลขที่ BRO-E 2023-012 รหัสโครงการ 97/2023 เมื่อวันที่ 16 มิถุนายน 2566

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ต้นทุนทางตรงรวม (Total direct cost: TDC) จำแนกตามโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ ปีงบประมาณ 2565

รพ.สต.	ค่าแรง (LC)		ค่าวัสดุ (MC)		ค่าลงทุน (CC)		ต้นทุนทางตรงรวม (TDC)	
	บาท	ร้อยละ	บาท	ร้อยละ	บาท	ร้อยละ	บาท	ร้อยละ
บ้านดอนไม้ไฟ	2,627,155.03	77.93	540,936.38	16.05	203,026.88	6.02	3,371,118.29	13.93
บ้านเจริญสุข	1,663,266.01	66.98	584,361.60	23.53	235,607.91	9.49	2,483,235.52	10.26
บ้านโคกตาหึ่ง	2,986,646.02	78.62	506,099.49	13.32	306,236.15	8.06	3,798,981.66	15.70
บ้านยายแย้ม	2,628,272.00	74.30	560,008.96	15.83	348,993.52	9.87	3,537,274.48	14.62
บ้านถาวร	2,219,184.00	67.00	826,167.46	24.94	266,791.65	8.05	3,312,143.11	13.69
บ้านบุตาพวง	1,905,480.03	71.79	503,549.86	18.97	245,316.97	9.24	2,654,346.86	10.97
โคกหญ้าคา	1,663,266.05	66.98	584,361.58	23.53	235,607.85	9.49	2,483,235.48	10.26
บ้านบุไธ้อย	1,847,693.00	72.33	512,610.87	20.07	194,052.90	7.60	2,554,356.77	10.56
รวม (บาท)	17,540,962.14	72.50	4,618,096.20	19.09	2,035,633.83	8.41	24,194,692.17	100.00
ค่าเฉลี่ย (บาท)	2,192,620.27	71.99	577,262.03	19.53	254,454.23	8.48	3,024,336.52	12.50

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า ในภาพรวมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ ปีงบประมาณ 2565 มีต้นทุนทางตรงรวม (Total direct cost: TDC) 24,194,692.17 บาท มีค่าเฉลี่ยต้นทุนค่าแรง (Labour cost: LC) มากที่สุด 2,192,620.27 บาท รองลงมาเป็นค่าเฉลี่ยต้นทุนค่าวัสดุ (Material cost: MC) 577,262.03 บาท และค่าเฉลี่ยต้นทุนค่าลงทุน (Capital cost: CC) 254,454.23 บาทตามลำดับ มีสัดส่วนค่าแรง (LC) อยู่ระหว่าง 66.98 – 78.62 มีสัดส่วนค่าวัสดุ (MC) อยู่ระหว่าง 13.32 – 24.94 มีสัดส่วนค่าลงทุน (CC) อยู่ระหว่าง 6.02 – 9.87 มีสัดส่วนต้นทุนทางตรงรวม (TDC) อยู่ระหว่าง 10.26 – 15.70 มีสัดส่วนต้นทุนค่าแรง ต่อต้นทุนค่าวัสดุ ต่อต้นทุนค่าลงทุน

(LC : MC : CC) คือ 72.50 : 19.09 : 8.41 จากสัดส่วนดังกล่าวพบว่า มีต้นทุนค่าแรง (Labour cost) มากที่สุดเป็น 3.80 เท่า ของต้นทุนค่าวัสดุ (MC) และ 8.60 เท่าของต้นทุนค่าลงทุน (CC) โดยต้นทุนทางตรงรวม (TDC) มีค่าเฉลี่ย 3,024,336.52 บาท เมื่อพิจารณาราย รพ.สต. พบว่า รพ.สต.บ้านถาวร มีต้นทุนตรงทางรวม (TDC) และต้นทุนค่าแรง (LC) ใกล้เคียงกับ ค่าเฉลี่ยมากที่สุด รพ.สต.บ้านเจริญสุข มีค่าวัสดุ (MC) ใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยมากที่สุด และ รพ.สต.บ้านบุตาพวง มีค่าลงทุน (CC) ใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยมากที่สุด รพ.สต.บ้านโคกตาหึ่งพัฒนามีต้นทุนตรงทางรวม (TDC) มากที่สุด 3,798,981.66 บาท รองลงมาเป็น รพ.สต.บ้านยายแยม 3,537,274.48 บาท และ รพ.สต.บ้านดอนไม้ไฟ 3,371,118.29 บาท ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ต้นทุนรวม (Full cost) และต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost) ของหน่วยต้นทุนบริการผู้ป่วย (Patient service : PS) จำแนกรายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ ปีงบประมาณ 2565

รพ.สต.	หน่วยต้นทุน					
	งานห้องปฏิบัติการ			งานห้องจ่ายยา		
	Full cost (บาท)	OP-visit (ครั้ง)	Unit cost (บาท/ครั้ง)	Full cost (บาท)	OP-visit (ครั้ง)	Unit cost (บาท/ครั้ง)
บ้านดอนไม้ไฟ	156,965.81	1,285.00	122.15	433,153.18	4,994.00	86.73
บ้านเจริญสุข	84,669.35	1,166.00	72.62	452,002.57	5,180.00	87.26
บ้านโคกตาหึ่ง	180,689.57	1,540.00	117.33	412,791.48	6,935.00	59.52
บ้านยายแยม	246,746.41	1,233.00	200.12	268,823.33	6,575.00	40.89
บ้านถาวร	262,701.99	1,527.00	172.04	246,390.10	4,108.00	59.98
บ้านบุตาพวง	104,919.35	692.00	151.62	102,744.15	3,625.00	28.34
โคกหญ้าคา	227,998.04	1,071.00	212.88	230,159.32	5,126.00	44.90
บ้านบุไธ้อย	44,994.69	321.00	140.17	264,101.87	4,971.00	53.13
บ้านดอนไม้ไฟ	95,259.61	3,533.00	26.96	27,806.61	986.00	28.20
บ้านเจริญสุข	162,850.41	1,919.00	84.86	190,865.51	857.00	222.71
บ้านโคกตาหึ่ง	220,344.41	2,216.00	99.43	142,350.48	824.00	172.76
บ้านยายแยม	301,229.73	2,962.00	101.70	116,712.89	1,147.00	101.75
บ้านถาวร	208,489.33	2,729	76.40	139,525.71	1,008	138.42
บ้านบุตาพวง	12,485.34	147.00	84.93	281,244.84	598.00	470.31
โคกหญ้าคา	101,199.51	2,340.00	43.25	227,344.20	811.00	280.33
บ้านบุไธ้อย	330,398.87	2,093.00	157.86	204,978.52	860.00	238.35
รวม (บาท)	1,432,257.21	17,939.00	675.39	1,330,828.76	7,091.00	1,652.83
ค่าเฉลี่ย (บาท)	179,032.15	2,242.38	84.42	166,353.60	886.38	206.60

รพ.สต.	หน่วยต้นทุน								
	งานผู้ป่วยนอก	งาน OPD คลินิกพิเศษ (DM HT)			งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน				
	Full cost (บาท)	OP-visit (ครั้ง)	Unit cost (บาท/ ครั้ง)	Full cost (บาท)	OP-visit (ครั้ง)	Unit cost (บาท/ ครั้ง)	Full cost (บาท)	OP-visit (ครั้ง)	Unit cost (บาท/ ครั้ง)
บ้านดอนไม้ไฟ	489,698.82	5,874.00	83.37	631,999.79	1,580.00	400.00	291,266.58	1,974.00	147.55
บ้านเจริญสุข	411,957.16	3,493.00	117.94	133,530.96	722.00	184.95	285,804.28	924.00	309.31
บ้านโคกตาหึ่ง	861,248.98	4,562.00	188.79	213,840.29	2,016.00	106.07	218,588.43	2,068.00	105.70
บ้านยายแยม	900,222.65	5,000.00	180.04	226,223.86	1,597.00	141.66	286,202.83	2,370.00	120.76
บ้านถาวร	488,915.26	2,172.00	225.10	229,790.63	1,071.00	214.56	280,309.13	2,424	115.64
บ้านบุตาพวง	429,864.57	3,205.00	134.12	294,285.81	377.00	780.60	184,001.91	1,546.00	119.02
โคกหญ้าคา	426,086.00	3,926.00	108.53	255,630.47	2,127.00	120.18	229,673.97	2,552.00	90.00
บ้านบุไธ้อย	641,033.71	4,129.00	155.25	165,914.42	1,228.00	135.11	267,516.22	2,484.00	107.70
รวม (บาท)	4,649,027.15	32,361.00	1,193.14	2,151,216.23	10,718.00	2,083.13	2,043,363.35	16,342.00	1,115.68
ค่าเฉลี่ย (บาท)	581,128.39	4,045.13	149.14	268,902.03	1,339.75	260.39	255,420.42	2,042.75	139.46
ต้นทุนรวม (Full cost) ของหน่วยต้นทุนบริการผู้ป่วย (Patient service: PS) ทุกหน่วยต้นทุน = 15,326,543.92 บาท									

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นถึงต้นทุนรวม (Full cost) และต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost) ของหน่วยต้นทุนบริการผู้ป่วย (Patient service : PS) ในภาพรวมของ รพ.สต. ได้ดังนี้

1. ในภาพรวมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ ปีงบประมาณ 2565 มีต้นทุนรวม (Full cost) 15,326,543.92 บาท เมื่อพิจารณารายหน่วยต้นทุน พบว่าหน่วยต้นทุนงานผู้ป่วยนอก มีค่าเฉลี่ยของต้นทุนรวม (Average full cost) มากที่สุด 581,128.39 บาท รองลงมาเป็น หน่วยต้นทุนหน่วยต้นทุนงานห้องจ่ายยา 301,270.75 บาท, หน่วยต้นทุน OPD Clinic พิเศษ (DM HT) 268,902.03 บาท, หน่วยต้นทุนงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน 255,420.42 บาท, หน่วยต้นทุนงานทันตกรรม 179,032.15 บาท, หน่วยต้นทุนงานแพทย์แผนไทย 166,353.60 บาทและหน่วยต้นทุนงานห้องปฏิบัติการ 163,710.65 บาทตามลำดับ

2. ในภาพรวมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ ปีงบประมาณ 2565 มีต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost) รายหน่วยต้นทุน โดยหน่วยต้นทุน OPD Clinic พิเศษ (DM HT) มีค่าเฉลี่ย Unit cost มากที่สุด 260.39 บาทต่อครั้ง รองลงมาเป็นหน่วยต้นทุนงานแพทย์แผนไทย 206.60 บาทต่อครั้ง, งานผู้ป่วยนอก 149.14 บาทต่อครั้ง, งานห้องปฏิบัติการ 148.62 บาทต่อครั้ง, งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน 139.46 บาทต่อครั้ง, งานทันตกรรม 84.42 บาทต่อครั้ง และงานห้องจ่ายยา 57.59 บาทต่อครั้ง ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ต้นทุนรวม (Full cost) และต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost) ของหน่วยต้นทุนบริการสร้างเสริมสุขภาพ (Non-patient service : NPS) จำแนกรายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอ เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ ปีงบประมาณ 2565

รพ.สต.	หน่วยต้นทุน					
	งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในหน่วยบริการ			งานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน		
	Full cost (บาท)	OP-visit (ครั้ง)	Unit cost (บาท/ครั้ง)	Full cost (บาท)	OP-visit (ครั้ง)	Unit cost (บาท/ครั้ง)
บ้านดอนไม้ไฟ	390,356.54	3,663.00	106.57	89,073.08	2,844.00	31.32
บ้านเจริญสุข	288,110.44	750.00	384.15	130,227.78	714.00	182.39
บ้านโคกตาหึ่ง	343,656.50	1,261.00	272.53	218,807.40	992.00	220.57
บ้านยายแยม	122,491.43	1,193.00	102.68	296,965.76	1,205.00	246.44
บ้านถาวร	338,713.84	863.00	392.48	172,198.91	1,614.00	106.69
บ้านบุตาพวง	130,433.96	578.00	225.66	87,954.68	535.00	164.40
โคกหญ้าคา	122,130.89	598.00	204.23	95,358.97	668.00	142.75
บ้านบุไธ้อย	154,595.21	1085	142.48	65,841.61	1,117.00	58.95
รวม (บาท)	1,890,488.81	8,906.00	1,830.78	1,156,428.19	9,689.00	1,153.52
ค่าเฉลี่ย (บาท)	236,311.10	1,272.29	228.85	144,553.52	1,211.13	144.19

รพ.สต.	หน่วยต้นทุน								
	งานสุขภาพและป้องกันโรค			งานให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน			งานอาชีวอนามัย		
	Full cost (บาท)	OP-visit (ครั้ง)	Unit cost (บาท/ครั้ง)	Full cost (บาท)	OP-visit (ครั้ง)	Unit cost (บาท/ครั้ง)	Full cost (บาท)	OP-visit (ครั้ง)	Unit cost (บาท/ครั้ง)
บ้านดอนไม้ไฟ	178,557.12	1,120.00	159.43	213,303.69	486.00	438.90	89,866.75	615.00	146.12
บ้านเจริญสุข	38,324.89	1,006.00	38.10	30,304.10	46.00	658.78	19,576.26	507.00	38.61
บ้านโคกตาหึ่ง	214,888.13	586.00	366.70	150,204.62	105.00	1,430.52	47,307.46	150.00	315.38
บ้านยายแยม	60,614.05	202.00	300.07	267,506.44	401.00	667.10	48,780.56	2,839.00	17.18
บ้านถาวร	42,972.21	384.00	111.91	147,664.24	924.00	159.81	66,178.08	100.00	661.78
บ้านบุตาพวง	92,942.15	238.00	390.51	405,933.88	584.00	695.09	0.00	0.00	0.00
โคกหญ้าคา	122,623.74	1,030.00	119.05	119,878.85	636.00	188.49	81,801.65	142.00	576.07
บ้านบุไธ้อย	0.00	0.00	0.00	175,431.53	1,246.00	140.80	59,819.63	104.00	575.19
รวม (บาท)	750,922.29	4,566.00	1,485.77	1,510,227.35	4,428.00	4,379.49	413,330.39	4,457.00	2,330.34
ค่าเฉลี่ย (บาท)	93,865.29	570.75	185.72	188,778.42	553.50	547.44	51,666.30	557.13	291.29

ต้นทุนรวม (Full cost) ของหน่วยต้นทุนบริการสร้างเสริมสุขภาพ (Non-patient service: NPS) ทุกหน่วยต้นทุน = 6,620,006.62 บาท

ตารางที่ 3 (ต่อ)

รพ.สต.	หน่วยต้นทุน		
	งานทันตกรรมในชุมชน		
	Full cost (บาท)	OP-visit (ครั้ง)	Unit cost (บาท/ครั้ง)
บ้านดอนไม้ไฟ	17,593.41	2,844.00	6.19
บ้านเจริญสุข	3,695.16	1,461.00	2.53
บ้านโคกตาหึ่ง	41,177.46	920.00	44.76
บ้านยายแยม	87,381.99	1,033.00	84.59
บ้านถาวร	21,317.90	919.00	23.20
บ้านบุตาพวง	8,129.27	430.00	18.91
โคกหญ้าคา	16,755.14	598.00	28.02
บ้านบุไธ้อย	82,831.33	534.00	155.11
รวม (บาท)	278,881.66	8,739.00	363.30
ค่าเฉลี่ย (บาท)	34,860.21	1,092.38	45.41

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นถึงต้นทุนรวม (Full cost) และต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost) ของหน่วยต้นทุน บริการสร้างเสริมสุขภาพ (Non-patient service : NPS) ในภาพรวมของ รพ.สต. ได้ดังนี้

1. ในภาพรวมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ ปีงบประมาณ 2565 มีต้นทุนรวม (Full cost) 6,620,006.62 บาท เมื่อพิจารณารายหน่วยต้นทุน พบว่า หน่วยต้นทุนงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในหน่วยบริการ มีค่าเฉลี่ยของต้นทุนรวม (Average full cost) มากที่สุด 236,311.10 บาท รองลงมาเป็น หน่วยต้นทุนงานให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน 188,778.42 บาท, หน่วยต้นทุนงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน 144,553.52 บาท, หน่วยต้นทุนงานสุขภาพและป้องกันโรค 93,865.39 บาท, หน่วยต้นทุนงาน อาชีวอนามัย 51,666.30 บาท และหน่วยต้นทุนงานทันตกรรมในชุมชน 34,860.21 บาท ตามลำดับ

2. ในภาพรวมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ ปีงบประมาณ 2565 มีต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost) รายหน่วยต้นทุน โดยหน่วยต้นทุนงานให้บริการผู้ป่วยที่บ้านมีค่าเฉลี่ย Unit cost มากที่สุด 547.44 บาทต่อครั้ง รองลงมาเป็นหน่วยต้นทุนงานอาชีวอนามัย 291.29 บาทต่อครั้ง, งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในหน่วยบริการ 228.85 บาทต่อครั้ง, งานสุขภาพและป้องกันโรค 185.72 บาทต่อครั้ง, งานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน 144.19 บาทต่อครั้ง และงานทันตกรรมในชุมชน 45.41 บาทต่อครั้ง ตามลำดับ

สรุป

1. ต้นทุนทางตรง (Total direct cost: TDC) ในภาพรวมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเท่ากับ 24,194,692.17 บาท

2. หน่วยต้นทุนบริการผู้ป่วย (Patient service: PS) ในภาพรวมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมี ต้นทุนรวม (Full cost) เท่ากับ 15,326,543.92 บาท โดยหน่วยต้นทุนงาน OPD Clinic พิเศษ (DM HT) มีค่าเฉลี่ย Unit cost มากที่สุด 260.39 บาทต่อครั้ง

3. หน่วยต้นทุนบริการสร้างเสริมสุขภาพ (Non-patient service: NPS) ในภาพรวมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีต้นทุนรวม (Full cost) เท่ากับ 6,620,006.62 บาท โดยหน่วยต้นทุนงานให้บริการผู้ป่วยที่บ้านมีค่าเฉลี่ย Unit cost มากที่สุด 547.44 บาทต่อครั้ง

อภิปรายผลการวิจัย

1. จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ต้นทุนทางตรงรวม (Total direct cost) จำแนกตามโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ ปีงบประมาณ 2565 จะเห็นได้ว่าภาพรวมของ รพ.สต.มีค่าเฉลี่ยต้นทุนค่าแรง (Labour cost) มากที่สุด 2,192,620.27 บาท รองลงมาเป็นค่าเฉลี่ยต้นทุนค่าวัสดุ (Material cost) 577,262.03 บาท และค่าเฉลี่ยต้นทุนค่าลงทุน (Capital cost) 254,454.23 บาทตามลำดับ มีสัดส่วนต้นทุนค่าแรง ต่อต้นทุนค่าวัสดุ ต่อต้นทุนค่าลงทุน (LC : MC : CC) คือ 72.50 : 19.09 : 8.41 สอดคล้องกับการศึกษาของ ดำรงค์ สิริสูงเนิน และ ประเสริฐ เก็มประโคน ที่ศึกษาเรื่อง การศึกษาต้นทุนการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2555⁹ พบว่า ต้นทุนโดยรวมของทุก รพ.สต. มีค่าเฉลี่ยต้นทุนค่าแรงมากที่สุด 1,408,571 บาท รองลงมาค่าวัสดุ 690,788 บาท และค่าลงทุน 785,028 บาท โดยมีสัดส่วน เท่ากับ 64:31:05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตร เดชาเสถียร ที่ศึกษาเรื่อง การวิเคราะห์ต้นทุนบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น¹⁰ พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น มีต้นทุนต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนของค่าการลงทุนเท่ากับ 434,963,235.87 บาท, 124,310,570.32 บาท, และ 83,441,541.40 บาทตามลำดับ ซึ่งมีต้นทุนค่าแรงมากที่สุด คิดเป็นสัดส่วนของต้นทุนค่าแรง (LC) ต่อต้นทุนค่าวัสดุ (MC) ต่อต้นทุนการลงทุน (CC) เท่ากับ 67.64 : 19.36 : 13.00 รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของ ไพฑูรย์ มั่นคง ที่ศึกษาเรื่อง การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการของสถานอนามัยเขตอำเภอภูเวียง และเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2550¹¹ พบว่า ในภาพรวมมีต้นทุนค่าแรงมากที่สุด 5,277,165 บาท รองลงมาเป็นต้นทุนค่าวัสดุ 3,977,594.39 บาท และต้นทุนค่าลงทุน 973,622.80 บาท ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม จำนวนต้นทุนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ ปีงบประมาณ 2565 มีต้นทุนที่แตกต่างกับการศึกษาอื่นๆ เนื่องจากบริบทของพื้นที่ที่แตกต่างกันในด้านของจำนวนบุคลากร พื้นที่การใช้สอย สัดส่วนระยะเวลาการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน เป็นต้น

2. จากการวิเคราะห์ต้นทุนรวม Full cost ของหน่วยต้นทุนบริการผู้ป่วย (Patient service: PS) และหน่วยต้นทุนบริการสร้างเสริมสุขภาพ (Non-patient service: NPS) แสดงให้เห็นว่าในแต่ละ รพ.สต.มีการดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุขที่ต้องใช้ต้นทุนทั้ง คน เงิน ของ เพื่อการบริหารจัดการต่างๆทั้งเรื่องของการวางแผน การจัดการองค์การ การสั่งการ และการควบคุม โดยผู้บริหารจำเป็นต้องสั่งการอาศัยความร่วมมือของบุคลากร เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและเป้าหมายที่ตั้งไว้⁽¹²⁾ กล่าวคือทุกๆ กิจกรรมที่ก่อให้เกิดต้นทุนจำเป็นต้องให้ผู้บริหารเป็นผู้สั่งการและตัดสินใจ ทั้งในด้านต้นทุนค่าแรง (Labour cost) ต้นทุนค่าวัสดุ (Material cost) และต้นทุนค่าลงทุน (Capital cost) ซึ่งโดยรวมคือต้นทุนทางตรงรวม (Total direct cost) ประกอบกับเมื่อพิจารณา ร่วมกับต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost) จึงส่งผลให้หน่วยต้นทุนต่างๆ มีต้นทุนรวม (Full cost) ที่แตกต่างกันออกไป ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยของต้นทุนรวม (Average full cost) แตกต่างกันไปด้วย พื้นที่ให้ความสำคัญกับกระบวนการดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุข ของหน่วยต้นทุนงานผู้ป่วยนอก และหน่วยต้นทุนงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในหน่วยบริการ ทั้งในส่วนของการจัดกิจกรรมที่ก่อให้เกิดต้นทุนทางตรงรวม (Total direct cost) และต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost) ทั้งหมด ประกอบกับในปี

2565 สถานการณ์โรคโควิด 19 ได้ผ่อนคลาย จึงมีผู้มารับบริการใน รพ.สต.เพิ่มมากขึ้น จึงส่งผลให้ต้นทุนรวม (Full cost) และค่าเฉลี่ยของต้นทุนรวม (Average full cost) มีต้นทุนมากที่สุดเมื่อเทียบกับหน่วยต้นทุนอื่นๆ

เมื่อพิจารณาต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost) ของหน่วยต้นทุนบริการผู้ป่วย (Patient service: PS) และหน่วยต้นทุนบริการสร้างเสริมสุขภาพ (Non-patient service: NPS) ที่มีความสอดคล้องกับต้นทุนรวม (Full cost) เนื่องจากการดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุขที่ก่อให้เกิดต้นทุนทั้งคน เงิน ของในภาพรวมของต้นทุนรวม (Full cost) งาน OPD Clinic พิเศษ (DM HT) และงานให้บริการผู้ป่วยที่บ้านส่งผลให้มีค่าเฉลี่ยต้นทุนต่อหน่วยของหน่วยต้นทุนงานดังกล่าว มีต้นทุนมากที่สุด อันเกี่ยวเนื่องจาก รพ.สต.แต่ละแห่ง มีการจัดบริการคลินิกโรคเรื้อรังเดือนละ 1 ครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ อุทุมพร วงษ์ศิลป์ และอานัติ วรรณศรี ที่ศึกษาเรื่องต้นทุนการจัดบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล⁽¹³⁾ ค้นพบข้อมูลที่สอดคล้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อค่ารักษาพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน กล่าวคือ จำนวนครั้งของการใช้บริการส่งผลกระทบต่อต้นทุนในการให้บริการ รวมถึงการดำเนินงานเชิงรุกในพื้นที่ในการให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน ตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁴⁾ ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยต้นทุนรวม (Average full cost) มีมากตามไปด้วย เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการให้บริการ (Average op-visit) จึงส่งผลให้หน่วยต้นทุนงาน OPD Clinic พิเศษ (DM HT) และหน่วยต้นทุนงานให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน มีค่าเฉลี่ย Unit cost มากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับหน่วยต้นทุนอื่นๆ ในลักษณะเดียวกัน นั้นหมายความว่าค่าเฉลี่ยต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost) ของแต่ละหน่วยต้นทุนทั้งหน่วยต้นทุนบริการผู้ป่วย (PS) และหน่วยต้นทุนบริการสร้างเสริมสุขภาพ (NPS) จะมีค่ามากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับค่าเฉลี่ยต้นทุนรวม (Average full cost) และค่าเฉลี่ยของการให้บริการ (Average op-visit) ซึ่งแต่ละหน่วยต้นทุนมีกิจกรรมการดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่ก่อให้เกิดต้นทุนแตกต่างกันออกไป

อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์ต้นทุนของ รพ.สต.ในพื้นที่อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ ประจำปี 2565 ในครั้งนี้ อาจยังไม่ครอบคลุมต้นทุนทั้งหมดที่เกิดขึ้นจริง เนื่องจากการศึกษานี้ ไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลต้นทุนที่ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายได้ทั้งหมด รวมถึงต้นทุนค่ารักษาตามจ่ายซึ่งเป็นระบบข้อมูลที่ต้องใช้ในการคำนวณต้นทุน และจำเป็นต้องถูกบันทึกอยู่ในระบบบัญชีของ รพ.สต. ทั้งนี้ประเด็นเรื่องความครบถ้วน และถูกต้องของการบันทึกบัญชีของหน่วยบริการ ปฐมภูมิ เป็นปัญหาที่กระทรวงสาธารณสุขในฐานะเป็นเจ้าของหน่วยบริการ ต้องพัฒนาระบบบัญชีโดยเน้นความสำคัญ เรื่องการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้อง จะทำให้ต้นทุนบริการที่วิเคราะห์มีความแม่นยำและสะท้อนความเป็นจริงมากขึ้น¹⁵

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยควรมีการพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพในผู้ป่วยนอก การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในหน่วยบริการ กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน โดยใช้ทรัพยากรให้เหมาะสม คำนึงค่าและมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

การดำเนินการวิจัยมีอาสาสมัครผู้ช่วยลงไปได้ หากปราศจากความร่วมมือของคณะทำงานวิเคราะห์ต้นทุนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ได้แก่ นายมนทป เจริญวรรณ นางบุณทริกา บัวศรี นางสมิตรา สงวนเชื้อ และคณะ ที่ได้ให้การคำปรึกษาและข้อมูลเพื่อใช้ในการจัดทำวิจัย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณา และความปรารถนาดีของทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงกราบขอบพระคุณและขอบคุณไว้ในโอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.2555 คู่มือบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.
2. ดวงรัตน์ โพธิ์ และคณะ."การวิเคราะห์ต้นทุนการให้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงก่อนการระบาดและระหว่างการระบาดโรคโควิด 19 ปีงบประมาณ 2562-2564," วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 10(1),170-181.
3. Anand K, Pandav CS, Kapoor SK, Kumar G, Nath LM. Cost of health services provided at a primary health care. The National Medical Journal of India1995;8(4):156-61
4. Reynolds J. Cost analysis: primary health care management advancement programme-module 8, user's guide. Washington: Aga Khan Foundation;1993.
5. สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี.2565 แนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนาภัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด
6. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC). สถานะสุขภาพการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ.[อินเทอร์เน็ต].[สืบค้นเมื่อ 2 พฤษภาคม 2566] แหล่งข้อมูล http://brm.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=1fdf282fd28180eed7d1cfe0156a5e11.
7. สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 25 เมษายน 2566] แหล่งข้อมูล http://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=25290&deptcode=25290&deptcode=brc&news_views=388.
8. ภัฏจน ดิษยานิคม.(2543).การวิเคราะห์ต้นทุน และต้นทุนต่อหน่วยของโรงพยาบาลต่ง ประจำปี 2541. ปรินญาณพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
9. ดำรงค์ สิริสูงเนิน และประเสริฐ เก็มประโคน."การศึกษาต้นทุนการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2555"วารสารวิชาการสาธารณสุข ปี 2558, มีนาคม - เมษายน ปีที่ : 24 ฉบับที่ 2 หน้า 296-304
10. สมจิตร เดชาเสถียร."การวิเคราะห์ต้นทุนบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น"วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปี 2564, กรกฎาคม - ธันวาคม ปีที่ : 3 ฉบับที่ 2
11. ไพฑูรย์ มั่นคง. "การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการของสถานีนอนาภัยเขตอำเภอภูเวียงและเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2550"วารสารสุขภาพภาคประชาชน ภาคอีสาน ปี 2551 พฤษภาคม 2551 ปีที่ : 22 ฉบับที่ 6 หน้า 115-122
12. อัครพันธ์ พิลา.(2564).ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินธุรกิจของบริษัทแหลมฉับ อินเทอร์เน็ต เนชั่นแนล เทอร์มินอล จำกัด. ปรินญาณพนธ์ปรินญาณศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารจัดการองค์การ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกริก.

13. อุทุมพร วงษ์ศิลป์ และอานัติ วรรณศรี."ต้นทุนการจัดบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล"
วารสารวิชาการสาธารณสุข ปี 2560, กรกฎาคม - สิงหาคม ปีที่ : 26 ฉบับเพิ่มเติม 1
14. สารสำคัญและความเชื่อมโยงของนโยบายยุทธศาสตร์ระดับชาติ และยุทธศาสตร์/โครงการของกระทรวง
สาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2567] แหล่งข้อมูล <http://sdp.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/12/The-essence-and-strategic-connection-66.pdf>
15. ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย และอุทุมพร วงษ์ศิลป์."ต้นทุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพ 8"วารสารวิจัย
ระบบสาธารณสุข ตุลาคม – ธันวาคม 2561 ปีที่ : 12 ฉบับที่ 4 หน้า 681-690

Received: 22 Feb. 2024, Revised: 27 Mar. 2024

Accepted: 30 Mar. 2024

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านโคก อำเภอสว่างคอม จังหวัดอุดรธานี

สมัย พิลาชาติ¹, ปัญจมาพร รัตนหน^{2*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีจุดประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านโคก อำเภอสว่างคอม จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลบ้านโคก จำนวน 30 คน ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดำเนินการวิจัย 4 ระยะ โดยใช้วงจร PAOR ได้แก่ ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติการ ขั้นสังเกต และขั้นสะท้อนผล เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน คือ Paired sample t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาผลการศึกษาพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยมีการให้ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การมีทัศนคติที่ดีในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับทั้งตนเองและชุมชนโดยการเข้าไปทำกิจกรรมร่วมกับชุมชนทั้งการเข้าเยี่ยมตามหมู่บ้านที่รับผิดชอบ การแนะนำการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการไม่ทานปลาดิบ และการมีส่วนร่วมร่วมกับชุมชนในการเฝ้าระวังโรคพยาธิใบไม้ตับร่วมกันกับชุมชนตำบลบ้านโคก อำเภอสว่างคอม ซึ่งหลังทดลองพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลบ้านโคก มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตัว และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม, พยาธิใบไม้ตับ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

¹ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคก อ.สว่างคอม จ.อุดรธานี

²อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

*Corresponding author E-mail: bimbim.panpan@gmail.com

Original Article

The development of Participatory Prevention model for Liver Fluke
among Village Health Volunteers, Ban Khok Sub-District, Sang Khom
District, Udon Thani Province.

Samai Pilachart¹, Panchamapohn Rattanahon^{2*}

Abstract

The purpose of this action research was to develop the participation prevention model for liver fluke among Village Health Volunteers, Ban Khok Sub-District, Sang Khom District, Udon Thani Province. The subject were 30 village health volunteers. The action research of PAOR cycle was employed with 4 stages; Planning, Action, Observatio and Reflect. Data were collected by questionnaire, interview and focus group. The quantitative data were analyzed by percentage, mean, standard derivation and paired sample t-test.

The results showed that Participation Prevents most prevention of liver fluke diseases by health volunteers in province. After the development of a participatory liver fluke prevention model, it was found that After developing the participation model of village health volunteers has understand of knowledge and a good attitude to prevention a liver fluke disease for yourself and community. The participation activities with the community has visited responsibility villages and recommending practice to prevention disease by do not eat raw fish. After activities found that scores for knowledge, attitude, behavior and participation in liver fluke prevention increased significantly with statistics significant at 0.05 level.

Keyword : Participation, Liver Fluke, Village Health Volunteers

¹Ban Khok Sub-district health promoting hospital director, Sang Khom district, Udon Thani Province.

^{2*}Lecturer, Faculty of Public Health Kasetsart University.

*Corresponding author E-mail: bimbim.panpan@gmail.com

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคที่ยังคงเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข โดยเป็นโรคที่บั่นทอนสุขภาพอนามัยของประชาชนในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ถึงแม้ว่าโรคนี้จะไม่แสดงออกในช่วงที่รับพยาธิหรืออาการในระยะต้น และระยะกลางของโรค แต่ปัญหาเหล่านั้นทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการเจ็บป่วยเล็กน้อย อยู่เสมอ และเนื่องจากพยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่มีความรุนแรง จากการรายงานสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับจากโครงการรณรงค์การกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี กรมควบคุมโรคพบว่า ส่วนใหญ่พบในประชาชนที่อาศัยอยู่ในภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยพบการรายงานการป่วยอัตราป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี พบผู้ป่วย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 23,549 ราย ภาคเหนือ จำนวน 12,553 ราย ภาคกลาง 10,427 ราย และภาคใต้ 4,171 ราย¹ โรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลกมีความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับสูงที่สุดร้อยละ 4.98 รองลงมาเป็นภาคเหนือ ร้อยละ 1.79 ภาคกลางร้อยละ 0.87 และภาคใต้ร้อยละ 0.11²

การพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทยสาเหตุมาจากการบริโภคที่เป็นวิถีชีวิตของประชาชนที่มาแต่ยาวนาน และแหล่งที่วัดดูดินนั้นก็ได้มาจากแหล่งน้ำจืดในพื้นที่ใกล้เคียงชุมชน รวมไปถึงการจัดการระบบสุขาภิบาลที่ไม่ถูกวิธีจึงทำให้เกิดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและพัฒนาไปสู่การเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในตลอด 20-30 ปีที่ผ่านมา ซึ่งในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับแล้วว่าพยาธิใบไม้ตับเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี เนื่องจากพยาธิใบไม้ตับทำให้เกิดการอักเสบของท่อน้ำดีทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยมีการสร้างสารก่อมะเร็งเพื่อทำลายสารพันธุกรรมและไปกระตุ้นเซลล์ให้แบ่งตัวเกิดเปลี่ยนแปลงกลายเป็นเซลล์มะเร็ง และส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเป็นมะเร็งท่อน้ำดีและเสียชีวิตได้ จากสถิติพบว่าคนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี คิดเป็นถึง 26.3, 25.1, 24.3 และ 24.8 ต่อแสนประชากร โดยพบว่าเกิดโรคนี้กับประชากรวัยทำงานโดยมีอายุอยู่ระหว่าง 40-60 ปี ซึ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจในประเทศไทยได้ เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายในการรักษาถึงประมาณ 1,960 ล้านบาทต่อปี สำหรับการรักษาผู้ป่วยในโรคนี้ ดังนั้นจึงถือได้ว่าโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งตับและท่อน้ำดีจึงเป็นโรคที่รุนแรงและก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ สังคม และคุณภาพชีวิตในสังคมเป็นอย่างมาก

จังหวัดอุดรธานี มีอัตราความชุกของพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 13.8 และในบางหมู่บ้านอาจสูงถึงร้อยละ 40 และมีอัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีร้อยละ 39.9⁴ และมีอัตราตายจากโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี อยู่ที่ 33.79 คนต่อประชากรแสนคน โดยอำเภอสร้างคอม มีอัตราการตายจากโรคมะเร็งและท่อน้ำดี 17.08 คนต่อประชากรแสนคน⁵ โดยอำเภอที่พบผู้ป่วยสูงจะพบว่าเป็นอำเภอที่อยู่ใกล้แหล่งน้ำจืด ได้แก่ อำเภอเพ็ญ อำเภอพิบูลย์รักษ์ อำเภอหนองหาน อำเภอเมือง อำเภอน้ำโสม อำเภอทุ่งฝน อำเภอสร้างคอม อำเภอกู่แก้ว อำเภอประจักษ์ศิลปาคม เป็นต้น เนื่องจากสภาพแวดล้อมในชุมชนที่ใกล้แหล่งน้ำจืด และวิถีชีวิตส่วนใหญ่ของประชาชนมีวัฒนธรรมในการบริโภคอาหารคล้ายคลึงกันโดยการรับประทานอาหารดิบ หรือรับประทานสุกๆดิบๆ โดยมะเร็งที่พบมากที่สุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือคือมะเร็งท่อน้ำดีซึ่งสัมพันธ์กับโรคพยาธิใบไม้ตับและสารไนโตรซามีน อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี จากการสำรวจพบว่า สาเหตุของการแพร่ระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับเกิดจากพฤติกรรมและวัฒนธรรมในการบริโภคปลาดิบที่มีพยาธิใบไม้ตับเข้าไป มีการขับถ่ายที่ไม่ถูกสุขลักษณะของผู้ที่ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ จึงทำให้การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้เกิดขึ้นได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการแก้ปัญหาและเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลบ้านโคก อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานควบคุมการแพร่ระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับที่เกิดจากพฤติกรรมและวัฒนธรรมของชุมชนในการบริโภคปลาดิบที่มีพยาธิใบไม้ตับให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพมากขึ้น โดยมุ่งเน้นทักษะในเชิงการปฏิบัติการ

แบบมีส่วนร่วมของชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีและปราศจากโรคอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านโคก อำเภอสว่างคอม จังหวัดอุดรธานี

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านโคก อำเภอสว่างคอม จังหวัดอุดรธานี

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อน โดยศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านโคก อำเภอสว่างคอม จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือน มิถุนายน พ.ศ.2566 ถึง สิงหาคม พ.ศ.2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลบ้านโคก อำเภอสว่างคอม จังหวัดอุดรธานี จำนวน 147 คน คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรเพื่อประมาณค่าสัดส่วน⁶ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลบ้านโคก มีการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพและไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมจนเสร็จสิ้นทุกกิจกรรมได้ หรือขอยกออกจากกระบวนการก่อนจบสิ้นงานวิจัย

การคำนวณขนาดตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อประมาณค่าเฉลี่ยในประชากรขนาดเล็ก

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2\sigma^2}}{d^2(N-1) + Z^2_{\alpha/2\sigma^2}}$$

จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตอีสานตอนบนของฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ (2559) พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการให้ความรู้แก่ประชาชนด้านสุขภาพอนามัยของ อสม. เท่ากับ 4.32 คะแนน (S.D = 0.82) ผู้วิจัยจึงได้นำผลการศึกษาดังกล่าวมาคำนวณหาความแปรปรวน และ ขนาดตัวอย่าง โดยแทนค่าในสูตร ดังนี้

$$n = \frac{147(1.96)^2(0.82)^2}{0.3^2(147-1) + (1.96)^2(0.82)^2}$$

$$n = 24.07 = 24 \text{ คน}$$

ทั้งนี้ เพื่อการป้องกันการสูญเสียข้อมูลจากการถอนตัวของกลุ่มตัวอย่าง และให้เข้ากับบริบทและความน่าเชื่อถือในการอ้างอิงกลุ่มประชากรในการศึกษา ผู้วิจัยจึงปรับเพิ่มจำนวนกลุ่มเป็น 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การพัฒนาแบบสอบถามการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระยะเวลา 8 สัปดาห์ มีเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุข. ประวัติการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มประชากร จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนแบบอิงกลุ่ม มีการแปลผลเป็น 3 ระดับ ดังนี้ มีความรู้ระดับสูง, ปานกลาง และระดับต่ำ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 10 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน แบบอิงกลุ่ม เพื่อแบ่งระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ แปลผลค่าเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับทัศนคติต่ำ, ระดับทัศนคติปานกลาง, ระดับทัศนคติดี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 10 ข้อ แปลผลโดยการแบ่งระดับ 3 ระดับ คือ ระดับการปฏิบัติตัวต่ำ, การปฏิบัติตัวปานกลาง, ระดับการปฏิบัติตัวดี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ จำนวน 10 ข้อ แปลผลโดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การมีส่วนร่วมระดับน้อย, ระดับปานกลาง, ระดับมาก

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนด้านความรู้, ทัศนคติ, การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อน-หลัง การพัฒนาโดยใช้สถิติ Paired sample t-test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

แบบสังเกตและจดบันทึก ใช้ในการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านโคก อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ในการเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยกระบวนการ AIC โดยการสร้างความรู้(Appreciation) โดยการร่วมกันวิเคราะห์ชุมชน หลังจากนั้นเข้าสู่ขั้นตอนสร้างแนวการพัฒนา (Influence) โดยร่วมกันหาวิธีการและเสนอทางเลือกในการพัฒนา และขั้นตอนสร้างแนวทางปฏิบัติ(Control) โดยการทำงานร่วมกันและยอมรับแนวทางการปฏิบัติร่วมกัน

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยมีการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of objective congruence)⁷ พบว่าทุกข้อมีค่ามากกว่า 0.50 หลังจากแก้ไขและปรับปรุงจากกรรมการแล้ว จากนั้นนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ใกล้เคียง โดยทำการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามโดยการวิเคราะห์รายข้อ (Item Total Correlation) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficients) เท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามก่อนการวิจัย (Pre-test) โดยชี้แจงแนวทางการจัดทำแผนปฏิบัติการกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านโคก อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ดำเนินการวิจัยในสัปดาห์ที่ 1 ถึงสัปดาห์ที่ 8 (Post-test) โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ โดยได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี (UDREC 12866) ลงวันที่ 28 มิถุนายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน โดยการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านโคก อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศ ร้อยละ 86.67 อายุโดยเฉลี่ยเท่ากับ 45 ปี (S.D.=6.35) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 90.00 การศึกษาส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 70.00, โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 50.00 มีรายได้รวมของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 6,001-9,000 บาท มีระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่ 6-10 ปี ร้อยละ 60.00 ซึ่งทุกคนยังไม่เคยมีประสบการณ์ในการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ การได้รับการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับส่วนใหญ่เคยได้รับการตรวจ 1 ครั้ง ร้อยละ 66.67 และร้อยละ 93.33 เป็นคนอีสานโดยกำเนิด

ผลการศึกษา จำนวนและร้อยละ โดยการจำแนกตามระดับของความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัว และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับความรู้ในเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการพัฒนาการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 76.67 และหลังการพัฒนาการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 100 ระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนการพัฒนาการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 23.00 และหลังการพัฒนาการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 ระดับการมีส่วนร่วม พบว่า ก่อนการพัฒนาการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 97.67 และหลังการพัฒนาการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 และผลการศึกษาการมีส่วนร่วม พบว่า ก่อนการพัฒนาการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 97.67 และหลังการพัฒนาการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัวและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับผลการศึกษพบว่าด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ก่อนและหลังพัฒนา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.4 (S.D.= 1.98) และคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 9.8 (S.D.=0.41) ตามลำดับ โดยหลังการพัฒนาพบว่ามีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05($p<0.001$) ด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการพัฒนาเท่ากับ 18.03 (S.D.=1.88) และหลังการพัฒนา คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 29.47 (S.D. = 1.01) โดยหลังการพัฒนาพบว่ามีความรู้เพิ่มขึ้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05 ($p<0.001$) ด้านการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่าก่อนการพัฒนามีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.7 (S.D.= 1.53) และหลังการพัฒนา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 29.3 (S.D. = 0.75) โดยหลังการพัฒนาพบว่ามีความรู้เพิ่มขึ้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05 ($p<0.001$) ด้านการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า ก่อนการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเท่ากับ 13.43 (S.D.= 1.33) และหลังการพัฒนา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 29.43 (S.D. = 0.73) โดยหลังการพัฒนาพบว่าค่าเฉลี่ยในการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05($p<0.001$) รายละเอียดดังตาราง

ตาราง การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัว และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนการพัฒนาการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม (n=30)

ตัวแปร	n	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{d}$	t	95%CI	P-value
ความรู้							
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	30	4.4	1.98	5.4	14.84	4.66 – 6.14	<0.001*
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	30	9.8	0.41				
ทัศนคติ							
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	30	18.03	1.88	11.43	26.38	10.54– 12.31	<0.001*
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	30	29.47	1.01				
การปฏิบัติตัว							
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	30	19.70	1.53	9.6	32.22	8.99 – 10.21	<0.001*
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	30	29.30	0.75				
การมีส่วนร่วม							
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	30	13.43	1.33	16.00	58.99	15.44 – 16.55	<0.001*
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	30	29.43	0.73				

*ระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05, ใช้สถิติ Paired T-Test

จากการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านโคก อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ตามกระบวนการ PAOR ได้ผลลัพธ์ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) โดยมีการเตรียมประเมินสถานการณ์ก่อนการดำเนินการ การเก็บรวบรวมข้อมูล ศึกษาบริบท ประเมินและวิเคราะห์สภาพปัญหาของชุมชน การประเมินความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัว และการมีส่วนร่วม ก่อน

ดำเนินการ (Pre-test) การประชุมหมู่บ้านเพื่อค้นหาปัญหา วิเคราะห์ และการประชุมอาสาสมัครเพื่อพัฒนารูปแบบ ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้เทคนิคAIC ให้ผู้ปฏิบัติได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและวิธีในการดำเนินกิจกรรมร่วมกัน ในทุกขั้นตอน ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมจัดทำแผนงานด้วยกระบวนการ PAOR และจัดทำโครงการรองรับแผนการ ปฏิบัติการ, ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (Action) อบรมให้ความรู้ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ การปฏิบัติตัว และการมีส่วนร่วม ประชาคมหมู่บ้านกำหนดมาตรการชาวตำบลบ้านโคกไม่กินปลาดิบ ไม่เป็นพยาธิใบไม้ตับ ไม่เป็นมะเร็งท่อน้ำดี จัดทำสื่อความรู้พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี รวมทั้งจัดทำกิจกรรมส่งเสริมด้านสิ่งแวดล้อม และสื่อสารความเสี่ยง พร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ในหน่วยงาน ครอบครัว ชุมชน ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) ด้วยการ ประเมินผลการดำเนินงาน โดยการนิเทศ ติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินกิจกรรม ประเมินผลโครงการ โดนการ สังเกตการณ์ การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ร่วมกับการประเมินสถานการณ์หลังดำเนินการในการป้องกันโรค พยาธิใบไม้ตับ โดยประเมินสถานการณ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขและชุมชน และประเมินความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตัว และการมีส่วนร่วมหลังดำเนินการ (Post-test) พบว่า ความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตัว และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรค พยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลบ้านโคกมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้นทุกข้อ ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection) ประกอบด้วย การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนในการดำเนิน กิจกรรม โดยการสนทนาสะท้อนความคิดเห็น พบว่าทุกคนมีความต้องการและความคาดหวังเพื่อให้ชุมชนในตำบลบ้าน โคกมีการปฏิบัติตัวที่ดีและปราศจากโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยทุกคนและทุกฝ่ายต้องร่วมด้วยช่วยกันในการให้ความรู้ ทัศนคติที่ดี มีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค รวมไปถึงการมีส่วนร่วมในชุมชน โดยมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมจากชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยข้อมูลภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการพบว่าคะแนนเฉลี่ยภายหลังการ ทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.01$)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านโคก อำเภอสว่างคอม จังหวัดอุดรธานี หลังการ พัฒนาพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตัวและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) จากการศึกษาทำให้ทราบถึงความสำคัญของการให้ความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และที่มาที่ไปของโรค การให้ความรอบรู้ทั้งการบริโภคอาหารจาก แหล่งน้ำสะอาดอย่างถูกสุขลักษณะ รวมไปถึงแนวทางการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างถูกวิธี การเสริมสร้างทัศนคติที่ดีและ ถูกต้องในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแก่อาสาสมัครสาธารณสุข ทำให้เกิดการพัฒนาและเป็นแนวทางในการคิด วิเคราะห์และพิจารณาได้ในสิ่งที่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลบ้าน โคก อำเภอสว่างคอม จังหวัดอุดรธานี ได้มีการนำไปใช้ในการดูแลประชาชนในพื้นที่ต่อไป ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับ การศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม ตำบลพรสำราญ อำเภอกุเมือง จังหวัด บุรีรัมย์ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค การมีส่วนร่วม ในการป้องกันโรค มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p\text{-value} < 0.001$)⁸ และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมสุขศึกษาจากการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ตำบลเมืองใหม่ อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้มากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$)⁹ และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนา รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในตำบลขานูมาน อำเภอขานูมาน จังหวัด ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มแกนนำในชุมชน

หลังการพัฒนารูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การปฏิบัติตัว และด้านการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อน การพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)¹⁰ จากการศึกษาทำให้พบว่านอกจากการให้ความรู้ที่ถูกต้องรวมไปถึงแนวทางในการปฏิบัติตัวที่ดีแก่อาสาสมัครสาธารณสุขแล้ว จะยังส่งผลในการปฏิบัติตัวเพื่อเป็นการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้แก่ชุมชนได้อย่างดีด้วย ซึ่งการศึกษานี้ทำให้ทราบถึงการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เข้ามาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จัดทำโครงการ และช่วยส่งเสริมณรงค์ รวมไปถึงประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนั้น ยังเป็นแรงกระตุ้นให้อาสาสมัครได้ตระหนักและเห็นคุณค่าของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนต่อไปด้วย

จากการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านโคก อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ตามกระบวนการ PAOR ได้ผลลัพธ์ดังนี้

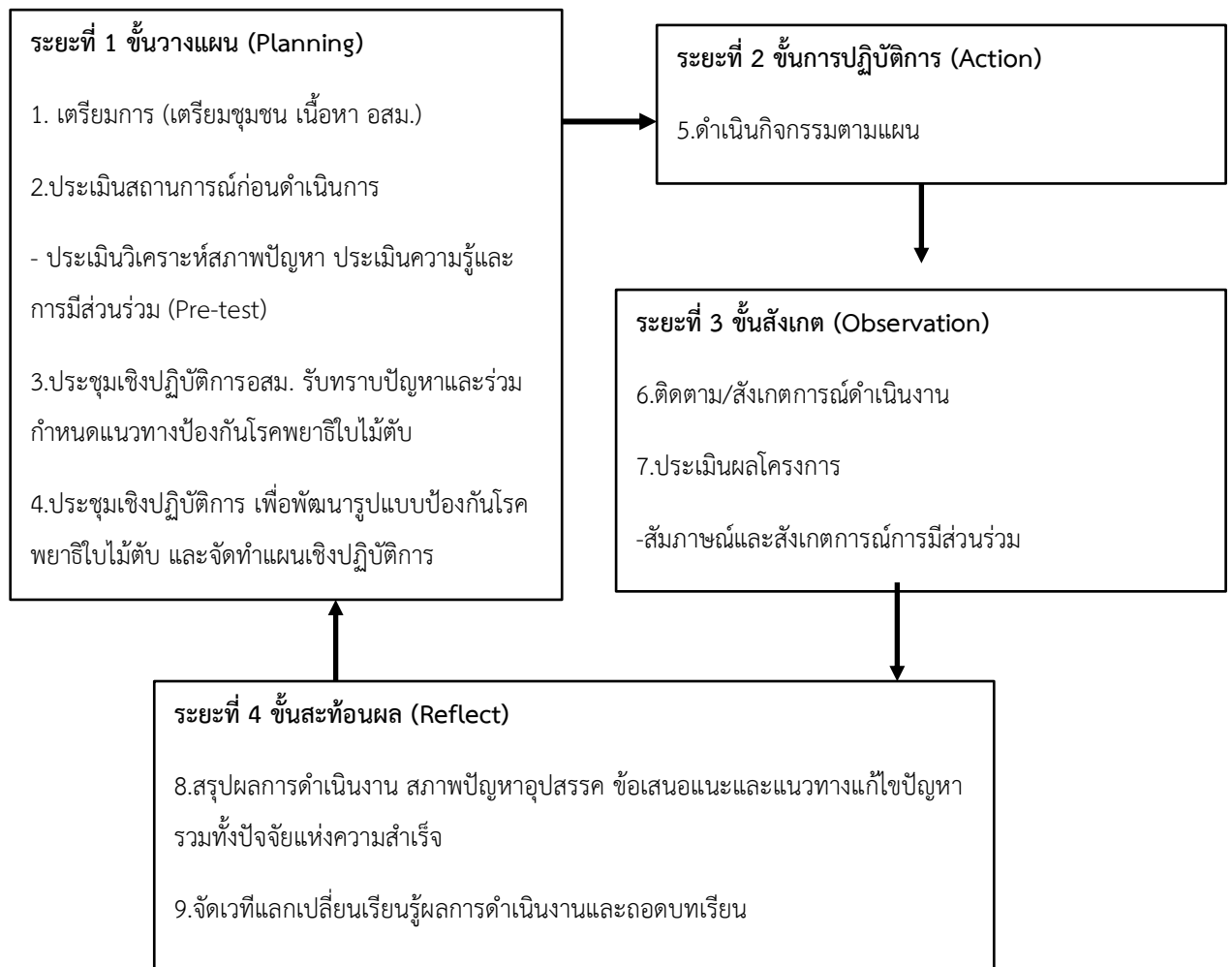
ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) โดยมีการเตรียมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลบ้านโคก เตรียมเนื้อหา ประเมินสถานการณ์ก่อนการดำเนินการ การเก็บรวบรวมข้อมูล ศึกษาบริบท ประเมินและวิเคราะห์สภาพปัญหาของชุมชน การประเมินความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัว และการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านโคก อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ก่อนดำเนินการ (Pre-test) การประชุมชมหมู่บ้านเพื่อค้นหาปัญหาของชุมชนในการรับทราบและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยวิเคราะห์สถานการณ์ และการประชุมอาสาสมัครเพื่อพัฒนารูปแบบป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้เทคนิคAIC ให้เกิดการมีส่วนร่วมในการวางแผนและวิธีการดำเนินกิจกรรมร่วมกันเพื่อป้องกันโรค ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมจัดทำแผนงานด้วยกระบวนการ PAOR ขั้นตอนที่ 1 แผนปฏิบัติการ (Action plan) และจัดทำโครงการรองรับแผนการปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (Action) ประกอบด้วยกิจกรรมอบรมให้ความรู้ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ การปฏิบัติตัว และการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ประชุมชมหมู่บ้านกำหนดมาตรการชาวตำบลบ้านโคกไม่กินปลาดิบ ไม่เป็นพยาธิใบไม้ตับ ไม่เป็นมะเร็งท่อน้ำดี จัดทำสื่อความรู้พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี รวมทั้งจัดทำกิจกรรมส่งเสริมด้านสิ่งแวดล้อม และสื่อสารความเสี่ยงพร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ในหน่วยงาน ครอบครัว ชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) ประกอบด้วยการประเมินผล โดยการนิเทศ ติดตาม กิจกรรมที่ได้ทำคืออบรมมีการลงพื้นที่ชุมชนในการเยี่ยมบ้านและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การให้ทัศนคติที่ดีในการป้องกันโรคและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหาการรับทราบปลาดิบ ประเมินผลโครงการ โดยการสังเกตการณ์ การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครโดยดูเนื้อหาและความรู้ในการให้คำแนะนำแก่ชุมชน ประเมินสถานการณ์หลังดำเนินการ โดยประเมินสถานการณ์ชุมชน และประเมินความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัว และการมีส่วนร่วมหลังดำเนินการ (Post-test) ซึ่งหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัว และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลบ้านโคก มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทุกข้อ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection) ประกอบด้วย การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และชุมชน เพื่อให้มีการนำผลของการทำแบบทดสอบหลังกิจกรรมมาสะท้อนและสรุป ร่วมกับบุคคลต้นแบบทั้งผู้นำด้านสุขภาพและสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขที่ถอดบทเรียนในการดำเนินกิจกรรม โดยการสนทนาสะท้อนความคิดเห็นของการทำกิจกรรม ความต้องการของทั้งชุมชนและอาสาสมัครว่าต้องการให้มีกิจกรรมหรือการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่างๆให้ทางไกลจากโรคพยาธิใบไม้ตับได้อย่างยั่งยืน และความคาดหวังจากชุมชนเพื่อให้ชุมชนตำบลบ้านโคก ปราศจากโรคพยาธิใบไม้ตับ

โดยมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมจากชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งกิจกรรมทั้งหมดเป็นกิจกรรมที่ทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและชุมชนได้มีการให้ข้อเสนอแนะและสะท้อนผล



ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้ประโยชน์

หลังพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลบ้านโคก อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ในครั้งนี้มีผลต่อความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัวและการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนเพิ่มมากขึ้น จึงควรนำไปพัฒนารูปแบบในการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงในการบริโภคปลาดิบและพื้นที่ที่ใกล้แหล่งน้ำจืดเพื่อให้ประชาชนในหลายพื้นที่ได้รับประโยชน์มากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. โครงการกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเพื่อคนไทยสุขภาพดีในปี 2568 ตามยุทธศาสตร์ทศวรรษการกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีปี 2559 – 2568; 2565.
2. กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2564. กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข2564.;2564.
3. ณรงค์ ชันดีแก้ว. โรคมะเร็งท่อน้ำดี. ศรีนครินทร์เวชสาร 2550; 20(3),143-149.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี.ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพจังหวัดอุดรธานี,2565.
5. สถิติสุขภาพคนไทย. อัตราการตาย สถิติสุขภาพพื้นที่ปี2565. [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2566], เข้าถึงได้จาก <https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/index.html>.
6. อรุณ จีรวัฒน์กุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ.กรุงเทพฯ:วิทย์พัฒน์, 2558.
7. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. ระเบียบวิธีการวิจัยทางการสาธารณสุข กรณีศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์, 2560.
8. กิตติศักดิ์ ประครองใจ และคณะ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม ตำบลพรสำราญ อำเภอกุเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน2564; 7(4):87-100.
9. ทวีเลิศ ขายงาม, ลิขิต เรืองจรัส และศุมาลิน ดีจันทร์. ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาจากการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ตำบลเมืองใหม่อำเภอสรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน 2563; 3(2), 1-15.
10. บวรพิพัฒน์ กระแสเสน และจุฬารณ โสตะ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในตำบลขามน อำเภอขามน จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น2562; 12(2), 91-103.

Received: 23 Feb. 2024, Revised: 19 Mar. 2024

Accepted: 11 Apr. 2024

บทความวิจัย**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จังหวัด
ฉะเชิงเทรา**มันทนา มะเตือ^{1*}**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 82 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ค่าไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ผลการศึกษา พบว่าพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.60$, S.D. = 0.490) เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้และทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในขณะที่ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก เพื่อนำข้อมูลมาใช่วางแผนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ, พฤติกรรมการดูแล, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

^{1*} นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาสาขาวิชาการจัดการสุขภาพมหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์

*Corresponding author E-mail : Muntana_2535@hotmail.com

*Original Article***Factors Relating Care Behavior to Elderly Dependency of Caregivers under the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Chachoengsao Province****Mantana Maduea^{1*}****Abstract**

This is descriptive research. The objective is to study the behavior of caregivers for the elderly who are dependent. and study the relationship between personal factors, predisposing factors, enabling factors, and reinforcing factors and the behavior of caring for dependent elderly people under the situation of the outbreak of coronavirus disease in 2019. The study sample consisted of 82 elderly caregivers in Mueang District, Chachoengsao Province. The data were analyzed using statistical packages. Analyzed with descriptive statistics including frequency distributions, percentages, means, and standard deviations, while correlations were analyzed using chi-square values and correlation coefficients.

The results of the study found that the behavior of elderly caregivers caring for dependent elderly people during the outbreak of coronavirus disease in 2019 was at a good level (mean = 2.60, S.D. = 0.490). When analyzing the factors that were related to the behavior of caring for dependent elderly caregivers, it was found that predisposing factors such as knowledge and attitude were significantly correlated to the behavior of caring for dependent elderly caregivers statistically at the 0.05 level. Personal factors include gender, enabling factors, and reinforcing factors were not correlated to the behavior of caring for dependent elderly of elderly caregivers. Sources for research Research should study various problems. in the herbal medicine of elderly caregivers in a qualitative manner so that the data can be used to plan the development of a care system for the elderly with dependent leadership.

Keywords: dependent elderly people, elderly caregivers, caring behavior, coronavirus disease 2019

^{1*}Master of Public Health Program in Health Management, Rajabhat Rajanagarindra University

*Corresponding author E-mail : Muntana_2535@hotmail.com

บทนำ

ในปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยปี พ.ศ. 2565 ทั่วโลกมีประชากรสูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึง 1,109 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโลก 8,000 ล้านคนซึ่งประเทศจีนมีผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก คือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึง 265 ล้าน โดยประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุมาตั้งแต่ พ.ศ. 2548 และก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุระดับสมบูรณ์ใน พ.ศ. 2564 หมายถึง สังคมที่มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด โดยคาดการณ์ว่าใน พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด คือ มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด¹ โดยรัฐบาลได้มีการปฏิรูปด้านการยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขโดยให้ความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care System) เพื่อบรรเทาปัญหา และเป็นการเตรียมพร้อมรับมือการเข้าสู่สังคมสูงอายุ² ซึ่งมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นบุคคลที่ผ่านการอบรม มีบทบาทหน้าที่ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ รวมถึงจัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน เพื่อรายงานต่อผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้การบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา มีผู้สูงอายุ จำนวน 26,113 คน ผลการคัดกรองและประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จำนวน 19,309 คน แบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม (ADL มากกว่า 12 คะแนนขึ้นไป) จำนวน 19,042 คน ร้อยละ 98.62 กลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11 คะแนน) จำนวน 113 คน ร้อยละ 0.58 และกลุ่มติดเตียง (ADL 0-4 คะแนน) จำนวน 154 คน ร้อยละ 0.80³ ซึ่งผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงต้องได้รับการจัดบริการให้ความช่วยเหลือ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา สมัครเข้ากองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 21 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 และในปัจจุบันมีการดำเนินงานงานในกองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และได้รับงบประมาณจัดสรรต่อเนื่อง จำนวน 13 กองทุน และมีผู้ดูแลผู้สูงอายุปฏิบัติงานต่อเนื่อง จำนวน 103 คน⁴

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงที่สุดที่จะติดเชื้อรุนแรงและเสียชีวิต ส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2565 โดยให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID - 19)) เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง หมายถึง โรคติดต่อที่ต้องมีการติดตามตรวจสอบ หรือจัดเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ ทั้งนี้เนื่องด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังคงส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดแนวทางมาตรการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁵

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พร้อมกับศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษา ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรอย่างน้อย 70 ชั่วโมง ตั้งแต่ พ.ศ. 2559 - ปัจจุบัน ในอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 103 คน โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Taro Yamane โดยกำหนดระดับความคลาดเคลื่อน (e) ที่ระดับ 5% โดยได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 81.91 หรือ 82 คน โดยคำนึงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และใช้การเลือกโดยการ สุ่มอย่างง่าย ตามสัดส่วนของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 13 กองทุน ได้แก่ ตำบลท่าไข่, ตำบลบ้านใหม่, ตำบลคลองนา, ตำบลจุกกระเซอ, ตำบลบางไผ่, ตำบลบางดินเปิด, ตำบลบางแก้ว, ตำบลวังตะเคียน, ตำบลบางกะไห, ตำบลคลองปรัง, ตำบลคลองอุดมชลจร, คลองหลวงแพ่ง และตำบลหนามแดง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ใช้แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเก็บข้อมูล 4 ด้านและแบ่งออกเป็น 4 ส่วน เพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของวิจัยครั้งนี้ รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ การป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ประวัติการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวนปีนับตั้งแต่ได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุ จำนวนปีที่ปฏิบัติงาน และจำนวนผู้สูงอายุที่รับผิดชอบจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยนำ ดังนี้

1) แบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ คือ ถูก ผิด ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 16 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 0 – 16 คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน	ตอบถูก	ให้ 1 คะแนน
	ตอบผิด	ให้ 0 คะแนน

เกณฑ์การพิจารณาระดับความรู้เกี่ยวกับความรู้ในเรื่องของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยอิงเกณฑ์ของ Bloom⁶ ดังนี้

ความรู้ระดับไม่ดี	คือได้คะแนนระหว่าง	0 – 10	คะแนน
ความรู้ระดับปานกลาง	คือได้คะแนนระหว่าง	11 – 13	คะแนน
ความรู้ระดับดี	คือได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ	14	คะแนน

2) แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ประกอบด้วยประโยคบอกเล่า มีทั้งด้านบวกและด้านลบ จำนวน 19 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 19 – 95 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน	ตัวเลือก	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
	เห็นด้วย	4	2
	ไม่แน่ใจ	3	3
	ไม่เห็นด้วย	2	4
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

เกณฑ์การพิจารณาระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยอิงเกณฑ์ของ Best ⁷ ดังนี้

ทัศนคติระดับไม่ดี	คือได้คะแนนระหว่าง	19 – 64	คะแนน
ทัศนคติระดับปานกลาง	คือได้คะแนนระหว่าง	65 – 84	คะแนน
ทัศนคติระดับดี	คือได้คะแนนระหว่าง	85 – 95	คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยเอื้อ แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยเอื้อเป็นข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (rating scale) โดยถามเกี่ยวกับการได้รับแผนการดูแลผู้สูงอายุ การทบทวนการฝึกอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ และนโยบายจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยประโยคบอกเล่า จำนวน 11 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 11 – 55 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน	ตัวเลือก	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
	มากที่สุด	5	1
	มาก	4	2
	ปานกลาง	3	3
	น้อย	2	4
	น้อยที่สุด	1	5

เกณฑ์การพิจารณาระดับการได้รับปัจจัยเอื้อ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยอิงเกณฑ์ของ Best ⁷ ดังนี้

ระดับไม่ดี	คือได้คะแนนระหว่าง	11 – 37	คะแนน
ระดับปานกลาง	คือได้คะแนนระหว่าง	38 – 42	คะแนน
ระดับดี	คือได้คะแนนระหว่าง	43 – 55	คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยเสริม โดยมีตัวเลือกให้ตอบ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (rating scale) โดยถามเกี่ยวกับการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางสาธารณสุขและการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ประกอบด้วยประโยคบอกเล่า จำนวน 9 ข้อ คะแนนระหว่าง 9 - 45 คะแนน และมีมาตราวัด 5 ระดับ

เกณฑ์การให้คะแนน	ตัวเลือก	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
	มากที่สุด	5	1
	มาก	4	2
	ปานกลาง	3	3
	น้อย	2	4
	น้อยที่สุด	1	5

เกณฑ์การพิจารณาระดับการได้รับปัจจัยเสริมแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยอิงเกณฑ์ของ Best ⁷ ดังนี้

ระดับไม่ดี	คือได้คะแนนระหว่าง	9 – 28	คะแนน
ระดับปานกลาง	คือได้คะแนนระหว่าง	29 – 31	คะแนน
ระดับดี	คือได้คะแนนระหว่าง	32 – 45	คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (rating scale) ประกอบด้วยประโยคบอกเล่า จำนวน 18 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 0 - 54 คะแนน และมีมาตราวัด 4 ระดับ

เกณฑ์การให้คะแนน	ตัวเลือก	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
	ปฏิบัติเป็นประจำ	3	0
	ปฏิบัติบ่อย	2	1
	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1	2
	ไม่ปฏิบัติเลย	0	3

เกณฑ์การพิจารณาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบ่งเป็น 3 ระดับ แบ่งเป็น 3 ระดับ Best ⁷ โดยพิจารณาจากเกณฑ์ ก็ค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ค่ามัชฌิมเลขคณิตของคะแนน ซึ่งมีระดับคะแนน ดังนี้

การปฏิบัติอยู่ในระดับไม่ดี	คือได้คะแนนระหว่าง	0.00 – 1.49	คะแนน
การปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง	คือได้คะแนนระหว่าง	1.50 – 2.49	คะแนน
การปฏิบัติอยู่ในระดับดี	คือได้คะแนนระหว่าง	2.50 – 3.00	คะแนน

การสร้างเครื่องมือการวิจัย

ศึกษาค้นคว้าจากงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบสอบถามสำหรับการวิจัย โดยสร้างแบบสอบถามที่มีเนื้อหาครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีค่า IOC เท่ากับ 0.95 และทดลองใช้ (try-out) กับกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 30 คน ผลการหาค่าความเที่ยงปัจจัยนำ

ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.743, ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.765, ปัจจัยเอื้อ มีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.844, ปัจจัยเสริม มีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.968 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.834

การเก็บรวบรวมข้อมูล

จัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ขอรับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา (เลขที่ PH_CCO_REC 051/2566) ลงวันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 และเก็บข้อมูลระหว่าง เดือนมิถุนายน – เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 รวมถึงตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ค่าสัมพันธ์โดยค่าไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ผลการวิจัย

1. พฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.60$, S.D. = 0.490) โดยพฤติกรรมการเขียนบันทึก รายงานหลังปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทันที อยู่ในระดับดีที่สุด และพฤติกรรมการปฏิบัติงานตามหลักมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับไม่ดี

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 96.30 อายุต่ำสุด 34 ปี และอายุสูงสุด 63 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 51 – 60 ปี ร้อยละ 39.00 มีการศึกษาชั้นสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.90 สถานภาพสมรสสูงสุด ร้อยละ 59.80 ส่วนมาก มีรายได้ 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 68.30 การไม่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูงสุด ร้อยละ 78.00 รวมถึงมีประวัติการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ชนิดวัคซีน 3 เข็ม ขึ้นไปสูงสุดร้อยละ 67.10 ส่วนใหญ่ได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุก่อนปี พ.ศ. 2562 ร้อยละ 61.00 รวมถึงจำนวนปีที่ปฏิบัติงานสูงสุด 2 ปี 1 เดือน – 3 ปี ร้อยละ 37.80 และจำนวนผู้สูงอายุที่รับผิดชอบส่วนมาก จำนวน 3 - 4 คน ร้อยละ 41.50 จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยค่าสถิติความสัมพันธ์ด้วยค่า ไคสแควร์ และเพียร์สัน คอรีเลชัน พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 0.78$, S.D. = 0.199) ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.98$, S.D. = 0.627) จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่าความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ

จากผลการวิจัยปัจจัยเอื้อพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับแผนการดูแลผู้สูงอายุ ค่าตอบแทนการทบทวนการฝึกอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ และนโยบายจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.75$, S.D. = 0.645) โดยจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าปัจจัยเอื้อ การได้รับแผนการดูแลผู้สูงอายุ ค่าตอบแทน การทบทวนการฝึกอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ และนโยบายจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/บุคลากรทางสาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.85$, S.D. = 0.417) จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/บุคลากรทางสาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ

ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อยู่ในระดับดี อภิปรายได้ว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญา ศรีประยูร⁸ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุในโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จังหวัดอ่างทอง จากผลการวิจัยพบว่าส่วนใหญ่การปฏิบัติอยู่ในระดับดี ร้อยละ 85.10 เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ ชนายุส คำโสม, สุนีย์ ละกำป็น และเพลินพิศ บุญยมาลิก⁹ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดร้อยเอ็ด ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับที่ดี (ร้อยละ 98.33)

2. ปัจจัยส่วนบุคคล

เพศ เนื่องด้วยเพศหญิง มากกว่าเพศชายร้อยละ 96 ซึ่งตัวแปรนี้ข้อจำกัด รวมถึงข้อมูล ไม่เหมาะสมในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์

อายุ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญา ศรีประยูร⁸ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุในโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จังหวัดอ่างทอง พบว่าปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ

ระดับการศึกษา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สอดคล้องกับสมจิตร์ ขุนสุข¹⁰ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการศึกษาพบว่า การศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

สถานภาพสมรส พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สอดคล้องกับการศึกษาของ จีราวรรณ นามพันธ์, นฤมล เอื้อมณีกุล และสุรินทร์ กลัมพากร¹¹ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตกรุงเทพมหานคร

รายได้/เดือน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตร์ ขุนสุข¹⁰ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการศึกษาพบว่า รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

การป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สอดคล้องกับการศึกษาของเจริญชัย หมั่นห่อ และสุพรรณิ พูลผล¹² ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแล

ผู้สูงอายุ จังหวัดนครพนม พบว่า ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดนครพนม

ประวัติดการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สอดคล้องกับการศึกษาของสรเสรีญ อุยเอ้ง¹³ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 เข็มกระตุ้น (เข็ม 3) ของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสงขลา พบว่าการสัมผัสกลุ่มเสี่ยงไม่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 เข็มกระตุ้น (เข็ม 3)

จำนวนปีนับตั้งแต่ได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจิราวรรณ นามพันธ์, นฤมล เอื้อมณีกุล และสุรินทร์ กลัมพากร¹¹ ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า การฝึกอบรม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตกรุงเทพมหานคร

จำนวนปีที่ปฏิบัติงาน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สอดคล้องกับสมจิตร ขุนสุข¹⁰ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่รับผิดชอบ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สอดคล้องกับการศึกษาของชนายุส คำโสม, สุนีย์ ละกะปิ่น และเพลินพิศ บุญยมาลิก⁹ ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าจำนวนผู้สูงอายุในการดูแลไม่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว

3. ปัจจัยนำ

ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับชนายุส คำโสม, สุนีย์ ละกะปิ่น และเพลินพิศ บุญยมาลิก⁷ ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิจัยพบว่าความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ระดับ 0.05

ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยสอดคล้องกับจิราวรรณ นามพันธ์, นฤมล เอื้อมณีกุล และสุรินทร์ กลัมพากร⁸ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตกรุงเทพมหานคร

4. ปัจจัยเอื้อ

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยเอื้อไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งไม่สอดคล้องกับทวิช วงศ์ไชยชาญ¹² ที่ศึกษาเรื่องแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ปัจจัยด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน และปัจจัยด้านนโยบายและการบริหาร ด้านการปกครองบังคับบัญชา ด้านค่าตอบแทนมีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์

5. ปัจจัยเสริม

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยเสริม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่สอดคล้องกับชนายุส คำโสม, สุนีย์ ละกำป็น และเพลิน พิศ บุญยมาลิก⁷ ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าปัจจัยด้านองค์กรและเครือข่ายสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในระบบการดูแลระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรได้รับการพัฒนาความรู้รวมถึงทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา ต่อไป

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปร/คำนึงถึงอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ
2) ควรมีการศึกษาปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก เพื่อนำข้อมูลมาใช้อวางแผนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.กุลวดี โรจนไพศาลกิจ อาจารย์ที่ปรึกษางานวิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ และคณะกรรมการสอบงานวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ปรีกษา ข้อเสนอแนะแก้ไขและให้แนวคิด ที่เป็นประโยชน์ต่องานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ รวมถึงผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ทุกท่าน ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). สถานการณ์ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2562. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักงานพิมพ์ บำรุงสาส์น.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80.
3. กระทรวงสาธารณสุข. (2565). ระบบ Health Data Center. [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 16 มีนาคม 2565. จาก <https://cco.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2565). ระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 16 มีนาคม 2565. จาก <https://ltcnew.nhso.go.th>
5. กรมอนามัย. (2563). คำแนะนำผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเชื้อในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 23 มีนาคม 2565. จาก <https://covid19.anamai.moph.go.th>

6. Bloom, Benjamin S., et al. (1971). Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student. Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1991). Health promotion planning: An education and environmental approach. Toronto: Mayfield Publishing Company.
7. Best, J.W. (1977). Research in Education. (3rd ed) Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.
8. กัญญา ศรีประยูร. (2562, เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุในโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จังหวัดอ่างทอง. [วารสารออนไลน์]. วารสารสุขภาพศึกษา, ปีที่ 42, ฉบับที่ 2, 44 - 51.
9. ขนายสุ คำโสม, สุนีย์ ละกำป็น และเพลินพิศ บุญยมาลิก. (2561, เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดร้อยเอ็ด. [วารสารออนไลน์]. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย, ปีที่ 12, ฉบับที่ 2, 293 - 297.
10. สมจิตร ขุนสุข. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 25 มีนาคม 2565. จาก <https://atgh.moph.go.th/sites/default/files/2023-02/เอกสารเผยแพร่.pdf>
11. จีราวรรณ นามพันธ์, นฤมล เอื้อมณีกุล และสุรินทร์ กลัมพากร. (2563, เดือนกรกฎาคม - กันยายน). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตกรุงเทพมหานคร. [วารสารออนไลน์]. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์, ปีที่ 28, ฉบับที่ 3, 38 - 51.
12. เจริญชัย หมื่นห่อ และสุพรรณิ พูลผล. (2559, เดือนมกราคม - เมษายน). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดนครพนม. [วารสารออนไลน์]. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม, ปีที่ 6, ฉบับที่ 1, 79 - 86.
13. สรรเสริญ อัยเอ็ง. (2565, เดือนมกราคม - ธันวาคม). ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 เข็มกระตุ้น (เข็ม 3) ของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสงขลา. [วารสารออนไลน์]. เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการโรงพยาบาลสงขลา, ปีที่ 3, ประจำปีงบประมาณ 2565, 1 - 14.

Received: 5 Mar. 2024, Revised: 12 Apr. 2024

Accepted: 19 Apr. 2024

บทความวิจัย

วิธีการที่เหมาะสมในการลดความเข้มข้น ของสารฟอร์มาลีนที่ปนเปื้อนในอาหาร

วารางคณา วิเศษมณี ลิ^{1*} จิราวรรณ บัวชุม² และ กัญญาณัฐ คงเกาะหวัด³

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิธีการที่เหมาะสมในการลดความเข้มข้นของสารฟอร์มาลีนที่ปนเปื้อนในอาหารโดยใช้ชุดทดสอบอย่างง่ายในการทดสอบความเข้มข้นของฟอร์มาลีน โดยแบ่งขั้นตอนการทดลองเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ การศึกษาชนิดของสารเคมี 4 ชนิด ได้แก่ เกลือ น้ำส้มสายชู ผงฟู และ ด่างทับทิม การศึกษาอัตราส่วนของสารเคมีที่ใช้ในการลดความเข้มข้นของฟอร์มาลีน เป็น 5 ระดับ ได้แก่ 0.5:200 1.5:200 3:200 5:200 และ 15:200 และศึกษาระยะเวลาของสารเคมีที่ใช้ในการแช่อาหาร 4 ช่วง ได้แก่ 5 10 15 และ 30 นาที ซึ่งผลการทดลองพบว่า น้ำส้มสายชูอัตราส่วน 15 มิลลิลิตร ต่อน้ำ 200 มิลลิลิตร แช่อาหารอย่างน้อย 10 นาที และสารละลายด่างทับทิมอัตราส่วน 0.5 กรัม ต่อน้ำ 200 มิลลิลิตร แช่อาหารอย่างน้อย 5 นาที เป็นวิธีการที่สามารถลดความเข้มข้นของฟอร์มาลีนที่ปนเปื้อนในอาหารได้มากที่สุดจากการทดสอบด้วยชุดทดสอบอย่างง่าย

คำสำคัญ : ฟอร์มาลีน , น้ำส้มสายชู , ด่างทับทิม, ชุดทดสอบอย่างง่าย

^{1*}อาจารย์ประจำ คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

² นักศึกษาปริญญาตรี หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขชุมชน) มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

^{1*} Corresponding author E-Mail: varangkana_v@yahoo.com

*Original Article***The appropriate methods for reducing formalin contaminated in food****Abstract**

This research was conducted to study the appropriate methods to reduce formalin contaminated in food by using formalin test kit. The experiments were divided into 3 steps; these were the finding chemical types, namely salt, vinegar, baking powder and potassium permanganate. The chemical ratios of this experiment were divided to be 0.5:200 1.5:200 3:200 5:200 and 15:200. In addition, the soaking period for reducing formalin concentrations were set in 4 ranges, namely 5 10 15 and 30 minutes. The results of the experiments showed that Vinegar with 15 mL per 200 mL of water, soaked at least 10 minutes and Potassium Permanganate with 0.5 g per 200 mL of water, soaked at least 5 minutes were found to be the best condition to reduce formalin contaminated in foods which were tested by formalin test kit.

Keywords : Formalin, Vinegar, Potassium permanganate, Test kit

บทนำ

ฟอร์มาลินอาจมีปนเปื้อนในธรรมชาติ เช่น มาจากปุ๋ยและสารพิษฆ่าแมลง หรือมีในอาหารบางประเภท เช่น เห็ดหอม แต่ส่วนใหญ่จะมีปริมาณน้อยมาก คือ ไม่เกิน 1 ppm (ส่วนในล้านส่วน) ซึ่งไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันฟอร์มาลินที่ปนเปื้อนในอาหาร มักพบว่ามีสารใส่ลงไปในอาหาร เพื่อคงความสด ทำให้เกิดการตกค้างในปริมาณที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้บริโภค โดยผู้ประกอบการบางรายนำสารละลายฟอร์มาลินไปใช้ในการแช่อาหารทะเล เนื้อสัตว์ ผักต่างๆ เช่น กระหล่ำปลี ผักกาดขาว ถั่วงอก เห็ด ก่อนที่จะนำไปจำหน่าย^[1] เมื่อร่างกายได้รับสารฟอร์มาลินด้วยการบริโภคในปริมาณมากเกินไปจะทำให้เกิดความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารเฉียบพลัน คือ ทำให้ปวดท้องอย่างรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย แน่นหน้าอก หรือมีอาการเหงื่อออกท่วมตัว โดยในทางการแพทย์สารฟอร์มาลินเป็นสารที่ก่อให้เกิดมะเร็ง ทั้งมะเร็งในช่องคอ และมะเร็งเม็ดเลือดขาว ซึ่งองค์การวิจัยมะเร็งนานาชาติ (International Agency for Research on Cancer; IARC) จัดให้สารฟอร์มาลินเป็นสารก่อมะเร็ง กลุ่มที่ 1 และหากร่างกายได้รับสารฟอร์มาลินในปริมาณที่มากเกินไปอาจทำให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว^[2,3] ทั้งนี้ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 151 พ.ศ.2536 แห่งพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522 กำหนดให้สารละลายฟอร์มาลินเป็นวัตถุห้ามใช้ในอาหาร

อย่างไรก็ตาม ยังมีงานวิจัยที่สำรวจพบว่าการปนเปื้อนฟอร์มาลินในอาหารประเภทต่างๆ เช่น จากการตรวจอาหารทะเล 4 ประเภท คือ ปลาหมึก กุ้ง ปลาหมึกกรอบ และแมงกะพรุน ที่นำมาปรุงอาหารในร้านอาหารทะเล โดยใช้ชุดทดสอบสารฟอร์มาลินในอาหาร สามารถตรวจพบสารฟอร์มาลินในปลาหมึกกรอบ และแมงกะพรุน คิดเป็นร้อยละ 33.33 และ 8.33 ตามลำดับ^[4] นอกจากนี้ยังเคยมีการตรวจพบสารฟอร์มาลินใน เห็ดหอม เห็ดฟาง ชิงชอย คิดเป็นร้อยละ 76.3 ปลาหมึกกรอบ ร้อยละ 34.62 และปลาหมึกสดร้อยละ 20.51^[5] ทั้งนี้ฟอร์มาลินที่ปนเปื้อนในอาหาร สามารถลดความเข้มข้นได้จากการล้างด้วยสารต่างๆ เช่น เกลือ น้ำส้มสายชู ค้างทับทิม ผงฟู หรือการให้ความร้อนในอาหาร แต่กระบวนการลดความเข้มข้นดังกล่าว อาจยังขาดข้อมูลในการนำมาเปรียบเทียบเพื่อศึกษาเงื่อนไขที่ดีที่สุด และสามารถปฏิบัติได้ง่ายในการลดการปนเปื้อนของฟอร์มาลินในอาหารให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัย

ดังนั้น ผู้ทำวิจัยสนใจศึกษาที่จะลดความเข้มข้นของสารฟอร์มาลินในอาหารโดยจะศึกษาชนิด และอัตราส่วนผสมของสารเคมีที่สามารถลดสารฟอร์มาลินในอาหารได้มากที่สุด รวมทั้งเวลาที่เหมาะสมในการแช่อาหาร เพื่อเป็นข้อมูลในการแนะนำผู้บริโภคให้รู้จักวิธีการลดความเข้มข้นสารฟอร์มาลินในวัตถุดิบก่อนนำไปประกอบอาหาร

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป : เพื่อศึกษาวิธีการที่เหมาะสมในการลดความเข้มข้นของสารฟอร์มาลินที่ปนเปื้อนในอาหาร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อศึกษาชนิดของสารเคมีที่สามารถลดความเข้มข้นฟอร์มาลินในอาหาร
- 2) เพื่อศึกษาอัตราส่วนผสมของสารเคมีที่ใช้ในการแช่อาหาร
- 3) เพื่อศึกษาระยะเวลาในการแช่อาหาร

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงการทดลองเพื่อหาศึกษาวิธีการลดความเข้มข้นของสารฟอร์มาลินตกค้างในอาหารสด โดยใช้การแช่ด้วยสารเคมีประเภทต่าง ๆ รวมทั้งการแช่ด้วยน้ำเปล่า การหาระยะเวลาและอัตราส่วนผสมสารเคมีที่

เหมาะสมในการลดความเข้มข้นของฟอร์มาลีน โดยใช้ชุดทดสอบอย่างง่ายซึ่งผลิตโดย บริษัท มาสเตอร์ แล็บส์ อินคอร์ปอเรชั่น จำกัด (Master Labs Incorporation Co., Ltd.) ที่ผ่านการประเมินประสิทธิภาพชุดทดสอบโดยเทียบกับวิธีมาตรฐาน HPLC ทั้งนี้ การตรวจวัดความเข้มข้นของสารฟอร์มาลีนในแต่ละขั้นตอนของการทดลอง สามารถวัดความเข้มข้นของสารฟอร์มาลีนได้เป็น 5 ช่วง โดยเทียบแถบสีและอ่านตัวเลขได้เป็นช่วง ได้แก่ สีเหลือง (0.5 - 5 ppm) สีเขียว (6 - 20 ppm) สีฟ้า (21 - 40 ppm) และสีน้ำเงิน (มากกว่า 41 ppm) แสดงดังรูปที่ 1

0.5 – 5 ppm	6 – 20 ppm	21 – 40 ppm	มาก 41 ppm

รูปที่ 1 การแปลผลความเข้มข้นของชุดทดสอบฟอร์มาลีนในอาหารโดยการเทียบแถบสี (ที่มา : บริษัท มาสเตอร์ แล็บส์ อินคอร์ปอเรชั่น จำกัด, Master Labs Incorporation Co., Ltd.)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. สารเคมี ประกอบด้วย (1) สารฟอร์มาลีน 25 มิลลิลิตร ต่อน้ำ 500 มิลลิลิตร (2) เกลือ (3) ผงฟู (4) ต่างทับทิม และ (5) น้ำส้มสายชู
2. ตัวอย่างอาหารที่ใช้ในการทดลอง แบ่งเป็น (1) เห็ดหอมสด 6-8 กรัม และ หมึกกรอบ 7-8 กรัม
3. อุปกรณ์ในห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย (1) บีกเกอร์ (Beaker) และ (2) กระบอกตวง
4. ชุดทดสอบฟอร์มาลีนในอาหาร

ขั้นตอนการทดลอง

- (1) ขั้นตอนการเตรียมตัวอย่างอาหาร

นำเห็ดหอมสดและหมึกกรอบ แขนในบีกเกอร์ที่มีสารละลายฟอร์มาลีน 30 นาที เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่มีการปนเปื้อนสารฟอร์มาลีน โดยทำการทดสอบด้วยชุดทดสอบอย่างง่าย ให้อาหารตัวอย่างมีระดับความเข้มข้นของฟอร์มาลีนมากที่สุด คือ ทดสอบได้แถบสีน้ำเงินเข้ม (ฟอร์มาลีนมากกว่าหรือเท่ากับ 41 ppm) จากนั้นจึงนำอาหารตัวอย่างที่มีการปนเปื้อนของสารฟอร์มาลีนไปทำการทดลองในขั้นตอนต่อไป

- (2) ขั้นตอนการทดสอบสารฟอร์มาลีน

ขั้นตอนที่ 1 : หาชนิดของสารเคมีที่สามารถลดความเข้มข้นฟอร์มาลีนในอาหาร

- 1) นำอาหารที่มีการปนเปื้อนฟอร์มาลีน แช่ 10 นาที ลงในบีกเกอร์ที่มีสารเคมีแต่ละชนิด ดังนี้

(1) น้ำสะอาด	200 มิลลิลิตร		
(1) เกลือ	อัตรา 3 กรัม	ต่อน้ำ	200 มิลลิลิตร
(2) น้ำส้มสายชู	อัตรา 3 มิลลิลิตร	ต่อน้ำ	200 มิลลิลิตร
(3) ผงฟู	อัตรา 3 กรัม	ต่อน้ำ	200 มิลลิลิตร
(4) ต่างทับทิม	อัตรา 3 กรัม	ต่อน้ำ	200 มิลลิลิตร

หมายเหตุ: ทำการทดลองในเห็ดหอมสดและหมึกกรอบเหมือนกัน

- 2) นำอาหารที่ผ่านการแช่น้ำเปล่าและสารเคมีแต่ละชนิดใส่ลงในบีกเกอร์ที่มีน้ำสะอาด 20 มิลลิลิตร จากนั้นนำน้ำในบีกเกอร์ไปทำการทดสอบระดับความเข้มข้นของฟอร์มาลีนด้วยชุดทดสอบอย่างง่าย โดยทำการทดลองซ้ำจำนวน 3 ครั้ง แล้วนำไปแปลผลตามเกณฑ์การแปลผลการทดลอง

ขั้นตอนที่ 2 : การหาอัตราส่วนผสมของสารเคมีที่ใช้ในการแช่อาหาร

1) นำชนิดของสารเคมีที่มีผลการทดลองในการลดความเข้มข้นของฟอร์มาลีนในอาหารได้มากที่สุดจากขั้นตอนที่ 1 มาปรับเพิ่ม-ลดอัตราการผสมของสารเคมี โดยจะกำหนด 5 สัดส่วน ได้แก่ 0.5:200 1.5:200 3:200 5:200 และ 15:200

2) นำอาหารที่ผ่านการแช่น้ำส้มสายชูและสารละลายต่างทับทิมในสัดส่วนต่างๆใส่ลงในบีกเกอร์ที่มีน้ำสะอาด 20 มิลลิลิตร จากนั้นนำน้ำในบีกเกอร์ไปทำการทดสอบระดับความเข้มข้นของฟอร์มาลีนด้วยชุดทดสอบอย่างง่าย โดยทำการทดลองซ้ำจำนวน 3 ครั้ง แล้วนำไปแปลผลตามเกณฑ์การแปลผลการทดลอง

ขั้นตอนที่ 3 : การหาระยะเวลาในการแช่อาหาร

1) นำผลการทดลองจากขั้นตอนที่ 2 มาทำการหาเวลาในการแช่อาหาร ได้แก่ 5 10 15 และ 30 นาทีตามลำดับ แล้วนำอาหารที่ปนเปื้อนสารฟอร์มาลีนลงไปแช่ในน้ำส้มสายชูและสารละลายต่างทับทิมที่อัตราส่วนที่ดีที่สุดขั้นตอนที่ 2 ตามเวลาที่กำหนด

2) นำอาหารที่ผ่านการแช่น้ำส้มสายชูและสารละลายต่างทับทิมในตามระยะเวลาต่างๆใส่ลงในบีกเกอร์ที่มีน้ำสะอาด 20 มิลลิลิตร จากนั้นนำน้ำในบีกเกอร์ไปทำการทดสอบระดับความเข้มข้นของฟอร์มาลีนด้วยชุดทดสอบอย่างง่าย โดยทำการทดลองซ้ำจำนวน 3 ครั้ง แล้วนำไปแปลผลตามเกณฑ์การแปลผลการทดลอง

เกณฑ์การแปลผลการทดลอง

อาหารจะมีการปนเปื้อนหรือมีความเข้มข้นของสารฟอร์มาลีน มากกว่าหรือเท่ากับ 41 ppm เมื่อเทียบกับแถบสีโดยชุดทดสอบจะได้สีน้ำเงิน ซึ่งหลังจากทำการทดลองจะนำชุดทดสอบมาทำการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของสีผลการทดลอง โดยการแปลผลการทดลองจะใช้เกณฑ์ในการแปลผลโดยเทียบแถบสีจากชุดทดสอบสารฟอร์มาลีนในอาหารดังนี้

สีน้ำเงิน	ยังคงเป็น	สีน้ำเงิน	หมายถึง สารฟอร์มาลีนไม่ลดลง
สีน้ำเงิน	เปลี่ยนเป็น	สีฟ้า	หมายถึง สารฟอร์มาลีนลดลงน้อย
สีน้ำเงิน	เปลี่ยนเป็น	สีเขียว	หมายถึง สารฟอร์มาลีนลดลงปานกลาง
สีน้ำเงิน	เปลี่ยนเป็น	สีเหลือง	หมายถึง สารฟอร์มาลีนลดลงมาก

ผลการวิจัย**(1) ผลการศึกษาชนิดของสารเคมีที่ใช้ในการลดปริมาณฟอร์มาลีน**

ผลการศึกษาชนิดของสารเคมีที่ใช้ในการลดปริมาณฟอร์มาลีน 4 ชนิด โดยการกำหนดอัตราส่วน และระยะเวลาในการแช่ที่เท่ากัน คือ 3 กรัมต่อน้ำ 200 มิลลิลิตร สำหรับ เกลือ ผงฟู ต่างทับทิม และ อัตราส่วน 3 มิลลิลิตร ต่อน้ำ 200 มิลลิลิตร สำหรับ น้ำส้มสายชู โดยการใช้ตัวอย่างอาหาร 2 ชนิด คือ หมักกรอบ และเห็ดหอม เป็นเวลา 10 นาที ผลการทดลอง พบว่า สารเคมีที่สามารถลดสารฟอร์มาลีนในเห็ดหอมสดได้ดี คือ น้ำส้มสายชู อัตรา 3 มิลลิลิตร ต่อน้ำ 200 มิลลิลิตร ในขณะที่สารเคมีที่สามารถลดสารฟอร์มาลีนในหมักกรอบได้ดี คือ ต่างทับทิม อัตรา 3 กรัม ต่อน้ำ 200 มิลลิลิตร รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1-1 และตารางที่ 1-2

ตารางที่ 1-1 ชนิดของสารเคมีที่ลดความเข้มข้นฟอร์มาลีนในเห็ดหอมสด

สารเคมี (อัตราส่วน 3:200)	เวลาแช่ (นาทีก)	จำนวน การทดลอง (ครั้ง)	การเทียบสีปริมาณสารฟอร์มาลีน จากชุดทดสอบอย่างง่าย		การแปลผล
			สีเริ่มต้น	สีหลังจากการแช่	
น้ำเปล่า	10	1	น้ำเงิน	สีน้ำเงิน	ไม่ลดลง
		2	น้ำเงิน	สีน้ำเงิน	ไม่ลดลง
		3	น้ำเงิน	สีน้ำเงิน	ไม่ลดลง
เกลือ	10	1	น้ำเงิน	สีเขียว	ปานกลาง
		2	น้ำเงิน	สีเขียว	ปานกลาง
		3	น้ำเงิน	สีเขียว	ปานกลาง
น้ำส้มสายชู	10	1	น้ำเงิน	สีเหลือง	มาก
		2	น้ำเงิน	สีเขียว	ปานกลาง
		3	น้ำเงิน	สีเหลือง	มาก
ผงฟู	10	1	น้ำเงิน	สีเขียว	ปานกลาง
		2	น้ำเงิน	สีเขียว	ปานกลาง
		3	น้ำเงิน	สีเขียว	ปานกลาง
ด่างทับทิม	10	1	น้ำเงิน	สีเขียว	ปานกลาง
		2	น้ำเงิน	สีเหลือง	มาก
		3	น้ำเงิน	สีเขียว	ปานกลาง

ตารางที่ 1-2 ชนิดของสารเคมีที่ลดความเข้มข้นฟอร์มาลีนในเห็ดกิกรอบ

สารเคมี (อัตราส่วน 3:200)	เวลาแช่ (นาทีก)	จำนวน การทดลอง(ครั้ง)	การเทียบสีปริมาณสารฟอร์มาลีน จากชุดทดสอบอย่างง่าย		การแปลผล
			สีเริ่มต้น	สีหลังจากการแช่	
น้ำเปล่า	10	1	สีน้ำเงิน	สีเขียว	ปานกลาง
		2	น้ำเงิน	สีเขียว	ปานกลาง
		3	น้ำเงิน	สีเขียว	ปานกลาง
เกลือ	10	1	น้ำเงิน	สีเขียว	ปานกลาง
		2	น้ำเงิน	สีเขียว	ปานกลาง
		3	น้ำเงิน	สีเขียว	ปานกลาง
น้ำส้มสายชู	10	1	น้ำเงิน	สีเขียว	ปานกลาง
		2	น้ำเงิน	สีเขียว	ปานกลาง
		3	สีน้ำเงิน	สีเหลือง	มาก
ผงฟู	10	1	สีน้ำเงิน	สีเหลือง	มาก

ต่างทับทิม	10	2	สีน้ำเงิน	สีเขียว	ปานกลาง
		3	สีน้ำเงิน	สีเขียว	ปานกลาง
		1	สีน้ำเงิน	สีเหลือง	มาก
		2	สีน้ำเงิน	สีเหลือง	มาก
		3	สีน้ำเงิน	สีเหลือง	มาก

(2) ผลการศึกษาอัตราส่วนของสารเคมีที่ใช้ในการแช่อาหาร

ผลการศึกษาอัตราส่วน 5 ระดับ โดยการนำชนิดสารเคมีจากผลการทดลองที่ดีที่สุดในช่วงขั้นตอนที่ 1 คือ น้ำส้มสายชู และต่างทับทิม และใช้ตัวอย่างอาหาร 2 ชนิด คือ หมึกกรอบ และเห็ดหอม ผลการทดลองพบว่า

อัตราส่วนของน้ำส้มสายชูและสารละลายต่างทับทิมที่สามารถลดความเข้มข้นสารฟอร์มาลีนในเห็ดหอมและหมึกกรอบได้ดีที่สุด คือ น้ำส้มสายชู 15 มิลลิลิตร ต่อน้ำ 200 มิลลิลิตร และสารละลายต่างทับทิมในอัตราส่วนตั้งแต่ 0.5 กรัม ต่อน้ำ 200 มิลลิลิตร ตามลำดับ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1-3 และตารางที่ 1-4

ตารางที่ 1-3 อัตราส่วนผสมของสารเคมีที่ใช้ในการแช่เห็ดหอมสด

สารเคมี	อัตรา ส่วนผสมของ สารเคมี	เวลา แช่ (นาที)	จำนวนการ ทดลอง (ครั้ง)	การเทียบสีปริมาณสารฟอร์มาลีน จากชุดทดสอบอย่างง่าย		การแปลผล
				สีเริ่มต้น	สีหลังจากการแช่	
น้ำส้มสายชู	0.5:200	10	1	สีน้ำเงิน	สีน้ำเงิน	ไม่ลดลง
			2	สีน้ำเงิน	สีน้ำเงิน	ไม่ลดลง
			3	สีน้ำเงิน	สีน้ำเงิน	ไม่ลดลง
	1.5:200	10	1	สีน้ำเงิน	สีน้ำเงิน	ไม่ลดลง
			2	สีน้ำเงิน	สีน้ำเงิน	ไม่ลดลง
			3	สีน้ำเงิน	สีน้ำเงิน	ไม่ลดลง
	3:200	10	1	สีน้ำเงิน	สีเขียว	ปานกลาง
			2	สีน้ำเงิน	สีเขียว	ปานกลาง
			3	สีน้ำเงิน	สีเขียว	ปานกลาง
	5:200	10	1	สีน้ำเงิน	สีเขียว	ปานกลาง
			2	สีน้ำเงิน	สีเขียว	ปานกลาง
			3	สีน้ำเงิน	สีเขียว	ปานกลาง
	15:200	10	1	สีน้ำเงิน	สีเขียว	ปานกลาง
			2	สีน้ำเงิน	สีเหลือง	มาก
			3	สีน้ำเงิน	สีเหลือง	มาก

ตารางที่ 1-4 อัตราส่วนผสมของสารเคมีที่ใช้ในการแช่หมักกรอบ

สารเคมี	อัตราส่วนผสมของสารเคมี	เวลาแช่ (นาทีก)	จำนวนการทดลอง (ครั้ง)	การเทียบสีปริมาณสารฟอร์มาลีนจากชุดทดสอบอย่างง่าย		การแปลผล
				สีเริ่มต้น	สีหลังจากการแช่	
ด่างทับทิม	0.5:200	10	1	สีน้ำเงิน	สีเหลือง	มาก
			2	สีน้ำเงิน	สีเหลือง	มาก
			3	สีน้ำเงิน	สีเหลือง	มาก
	1.5:200	10	1	สีน้ำเงิน	สีเหลือง	มาก
			2	สีน้ำเงิน	สีเหลือง	มาก
			3	สีน้ำเงิน	สีเหลือง	มาก
	3:200	10	1	สีน้ำเงิน	สีเหลือง	มาก
			2	สีน้ำเงิน	สีเหลือง	มาก
			3	สีน้ำเงิน	สีเหลือง	มาก
	5:200	10	1	สีน้ำเงิน	สีเหลือง	มาก
			2	สีน้ำเงิน	สีเหลือง	มาก
			3	สีน้ำเงิน	สีเหลือง	มาก

(3) ผลการศึกษาระยะเวลาในการแช่อาหาร

ผลการศึกษาระยะเวลาในการแช่อาหาร 4 ช่วงเวลา คือ 5 10 15 และ 30 นาที โดยการนำชนิดสารเคมีจากผลการทดลองที่ดีที่สุดในช่วงขั้นตอนที่ 1 คือ น้ำส้มสายชู และด่างทับทิม ในผลการทดลองอัตราส่วนที่ดีที่สุดในช่วงขั้นตอนที่ 2 คือ น้ำส้มสายชู 15 มิลลิลิตร ต่อน้ำ 200 มิลลิลิตร และสารละลายด่างทับทิมในอัตราส่วน 0.5 กรัม ต่อน้ำ 200 มิลลิลิตร ผลการทดลอง พบว่า การใช้ น้ำส้มสายชู 15 มิลลิลิตร ต่อน้ำ 200 มิลลิลิตร แช่เห็ดหอมเป็นเวลาอย่างน้อย 10 นาทีสามารถลดความเข้มข้นของฟอร์มาลีนได้ดี ในขณะที่ด่างทับทิม อัตราส่วน 0.5 กรัม ต่อน้ำ 200 มิลลิลิตร แช่เป็นเวลาอย่างน้อย 5 นาทีสามารถลดความเข้มข้นของสารฟอร์มาลีนในอาหารได้ รายละเอียดผลการทดลองแสดงในตารางที่ 1-5 และตารางที่ 1-6

ตารางที่ 1-5 การหาระยะเวลาในการแช่เห็ดหอมสดที่มีการปนเปื้อนสารฟอร์มาลีน

สารเคมี	เวลาแช่ (นาทีก)	จำนวนการทดลอง (ครั้ง)	การเทียบสีปริมาณสารฟอร์มาลีนจากชุดทดสอบอย่างง่าย		การแปลผล
			สีเริ่มต้น	สีหลังจากการแช่	
น้ำส้มสายชู อัตรา 15 มิลลิลิตร ต่อ น้ำ 200 มิลลิลิตร	5	1	สีน้ำเงิน	สีน้ำเงิน	ไม่ลดลง
		2	สีน้ำเงิน	สีเขียว	ปานกลาง
		3	สีน้ำเงิน	สีเขียว	ปานกลาง
ด่างทับทิม อัตรา 0.5 กรัม ต่อ น้ำ 200 มิลลิลิตร	10	1	สีน้ำเงิน	สีเหลือง	มาก
		2	สีน้ำเงิน	สีเหลือง	มาก
		3	สีน้ำเงิน	สีเขียว	ปานกลาง

สารเคมี	เวลาแช่ (นาที)	จำนวนการ ทดลอง (ครั้ง)	การเทียบสีปริมาณสารฟอร์มาลีนจาก		การแปลผล
			ชุดทดสอบอย่างง่าย		
			สีเริ่มต้น	สีหลังจากการแช่	
	15	1	สีน้ำเงิน	สีเขียว	ปานกลาง
		2	สีน้ำเงิน	สีเหลือง	มาก
		3	สีน้ำเงิน	สีเหลือง	มาก
	30	1	สีน้ำเงิน	สีเหลือง	มาก
		2	สีน้ำเงิน	สีเหลือง	มาก
		3	สีน้ำเงิน	สีเขียว	ปานกลาง

ตารางที่ 1-6 การหาระยะเวลาในการแช่หมักกรอบที่มีการปนเปื้อนสารฟอร์มาลีน

สารเคมี	เวลาแช่ (นาที)	จำนวนการ ทดลอง (ครั้ง)	การเทียบสีปริมาณสารฟอร์มาลีนจากชุด		การแปลผล	
			ทดสอบอย่างง่าย			
			สีเริ่มต้น	สีหลังจากการแช่		
ต่างทับทิม อัตรา 0.5 มิลลิลิตร ต่อ น้ำ 200 มิลลิลิตร	5	1	สีน้ำเงิน	สีเหลือง	มาก	
		2	สีน้ำเงิน	สีเหลือง	มาก	
		3	สีน้ำเงิน	สีเหลือง	มาก	
	10	1	สีน้ำเงิน	สีเหลือง	มาก	
		2	สีน้ำเงิน	สีเหลือง	มาก	
		3	สีน้ำเงิน	สีเหลือง	มาก	
		15	1	สีน้ำเงิน	สีเหลือง	มาก
			2	สีน้ำเงิน	สีเหลือง	มาก
			3	สีน้ำเงิน	สีเหลือง	มาก
		30	1	สีน้ำเงิน	สีเหลือง	มาก
			2	สีน้ำเงิน	สีเหลือง	มาก
			3	สีน้ำเงิน	สีเหลือง	มาก

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

- (1) น้ำส้มสายชูและสารละลายต่างทับทิมสามารถลดความเข้มข้นของสารฟอร์มาลีนในอาหารได้
- (2) น้ำส้มสายชู อัตรา 15 มิลลิลิตร ต่อน้ำ 200 มิลลิลิตร และสารละลายต่างทับทิม อัตรา 0.5 กรัม ต่อน้ำ 200 มิลลิลิตร สามารถลดความเข้มข้นของสารฟอร์มาลีนในอาหารได้

(3) สารละลายน้ำส้มสายชู สามารถลดความเข้มข้นของสารฟอร์มาลีนได้ โดยใช้อย่างน้อย 10 นาที และสารละลายต่างทั้งสามสามารถลดความเข้มข้นของสารฟอร์มาลีนในอาหารได้ โดยใช้อย่างน้อย 5 นาที

การอภิปรายผล

น้ำส้มสายชูมีฤทธิ์เป็นกรดอ่อน ซึ่งจะไปทำปฏิกิริยากับฟอร์มาลีนให้ละลายน้ำได้ดีขึ้น ในขณะที่ต่างทั้งสามเมื่อทำปฏิกิริยากับสารฟอร์มาลีนจะได้เกลือฟอร์เมต ซึ่งมีคุณสมบัติทางเคมีที่ละลายน้ำได้ดีเช่นกัน^[6] จากคุณสมบัติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการล้างฟอร์มาลีน ควรใช้สารที่มีสภาพเป็นกรด หรือด่าง จะทำให้เกิดปฏิกิริยาที่ทำให้ฟอร์มาลีนที่ปนเปื้อนในเนื้ออาหาร ละลายในน้ำและล้างออกได้ง่าย^[7,8] นอกจากนี้ยังมีข้อสังเกตว่าน้ำส้มสายชูมีลักษณะสีใสจึงไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสีอาหารตามธรรมชาติ ซึ่งแตกต่างจากต่างทั้งสามที่ทำให้สีตามธรรมชาติของอาหารมีการเปลี่ยนแปลงจากอาหารดูดซับสีของต่างทั้งสามได้ อาจทำให้ลักษณะสีของอาหารไม่น่ารับประทาน จึงควรนำอาหารที่แช่ต่างทั้งสามเพื่อลดความเข้มข้นของฟอร์มาลีนแล้วไปล้างน้ำสะอาด หรือวิธีการดังกล่าวอาจเหมาะสมกับอาหารที่ไม่ดูดซับสี หรือมีสีเข้มโดยธรรมชาติ

อย่างไรก็ตาม หากมีการเปรียบเทียบเรื่องระยะเวลาในการแช่ พบว่า การใช้ น้ำส้มสายชู ในการลดความเข้มข้นของฟอร์มาลีนที่ตกค้างในอาหาร มีระยะเวลาการแช่อาหารนานกว่าต่างทั้งสาม ในขณะที่ต่างทั้งสามใช้อัตราส่วนผสมเพียงเล็กน้อยและในเวลาในการแช่อาหารน้อยกว่า อย่างไรก็ตาม ผงฟูทำปฏิกิริยากับฟอร์มาลีนให้กลายเป็นคาร์บอนไดออกไซด์และน้ำ แต่ไม่สามารถล้างฟอร์มาลีนได้ทั้งหมด เช่นเดียวกับน้ำเกลือที่ใช้เวลาในการแช่ค่อนข้างนาน^[9] และน้ำเปล่าไม่สามารถลดความเข้มข้นของสารฟอร์มาลีนในอาหาร เนื่องจากเมื่อมีการใส่ฟอร์มาลีนลงไปในอาหาร ฟอร์มาลีนจะแทรกซึมลงไปในเนื้ออาหารในระดับเซลล์ ซึ่งคุณสมบัติของสารฟอร์มาลีนสามารถทำปฏิกิริยากับโปรตีน ทำให้โปรตีนเสื่อมสภาพ มีผลทำให้คุณภาพของอาหารเน่าเสีย^[10] ทำให้ลดการเน่าเสีย หรือการย่อยสลายตามธรรมชาติลง

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

เป็นข้อมูลในการแนะนำประชาชน โดยการปรับสัดส่วนเพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้ง่ายในการใช้น้ำส้มสายชูและต่างทั้งสามในการลดความเข้มข้นของสารฟอร์มาลีนตกค้างในอาหารจากผลการทดลอง ดังนี้

- (1) ใช้น้ำส้มสายชู ในอัตรา 5 ช้อนโต๊ะ ผสมน้ำ 1 ลิตร ใช้อย่างน้อย 10 นาที แล้วจึงนำไปล้างด้วยน้ำสะอาดไหลผ่านเพื่อลดกลิ่นของน้ำส้มสายชูในอาหาร โดยสามารถใช้กับอาหารได้ทุกประเภทและไม่เกิดการเปลี่ยนสีของอาหาร
- (2) ต่างทั้งสามใช้ในอัตรา 1/2 ช้อนชาผสมกับน้ำ 1 ลิตร ใช้อย่างน้อย 5 นาที แล้วล้างออกด้วยน้ำสะอาดไหลผ่านเพื่อลดสีจากต่างทั้งสาม ซึ่งอาจทำให้สีของอาหารเปลี่ยน

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลเพชรเวช. ฟอร์มาลีน สารพิษร้ายภายใต้ความอร่อยจากเนื้อสัตว์ [ออนไลน์].
https://www.petcharavejhospital.com/th/Article/article_detail/Formalin-Deadly-Toxin-Under-Delicious-of-Meat (12 ธันวาคม 2565).
2. อูมา บริบูรณ์, ปุษยา แสงวิรุฬห์, พนาวัลย์ กลิ่งกลางดอน, ววนิดา ยุธยาติ, วรพงศ์ พรหมณา, ศิริชัย สัญญะ, บรรพต กลิ่นประทุม, วันวิสา สนิทเชื้อ, วนิดา ยุธยาติ, และวันวิสา สนิทเชื้อ. *ฟอร์มาลดีไฮด์ในอาหาร*. [ออนไลน์].
<http://bqsf.dmsc.moph.go.th/bqsfWeb/wp-content/uploads/2017/Publish/e-book/formaldehyde.pdf> (9 กุมภาพันธ์ 2566).

3. สหภูมิ ศรีสุขมะ. พอร์มาลิน สารปนเปื้อนในอาหาร ภัยเงียบที่ต้องระวัง [ออนไลน์]. Ramachannel. <https://www.rama.mahidol.ac.th> (9 กุมภาพันธ์ 2566).
4. อินกร ไผ่เพชร. การตรวจสอบสารพอร์มาลินในอาหารทะเลบริเวณพื้นที่ตลาด อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน 2563; (2): 26-36.
5. สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย . ภัยอาหารปนเปื้อนพอร์มาลิน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) [ออนไลน์]. <https://www.thaihealth.or.th/> (30 กันยายน 2559).
6. สุรินทร์ อยู่ยง. พอร์มาลิน พอร์มัลดีไฮด์. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล [ออนไลน์]. <https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/322> (19 มิถุนายน 2559).
7. Naomi Mirza. Food Though [ออนไลน์]. <https://www.thedailystar.net/food-for-thought-25605> (May 27, 2014).
8. วีรชัย พุทธวงศ์. ผู้จัดการออนไลน์ แพทย์-นักวิชาการแนะวิธีลดเสี่ยง พอร์มาลินในอาหาร เพื่อความปลอดภัยผู้บริโภค [ออนไลน์]. <https://mgronline.com/business/detail/9650000118059> (13 ธ.ค. 2565)
9. อารยา วงศ์ป้อม และ เจนจิรา ดวงสอนแสง. พอร์มาลินในอาหาร. กรมประชาสัมพันธ์ [ออนไลน์]. 564<https://www.prd.go.th/th/content/category/detail/id/31/iid/8337> (25 มกราคม 2565).
10. Tansuwan.S. & Tansuwan. K. Spectrometric Analysis of Formalin in Seafood. Songkhla Thaksin University (2004). (in Thai).

Received: 3 Mar. 2024, Revised: 27 Mar. 2024

Accepted: 8 Apr. 2024

บทความวิจัย

รูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

อลงกต ตั้งคะวานิช¹, สุภาพร แปะยอ^{2*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีต่อผลการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี 2) เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี 3) เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีต่อผลการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 398 คน จากสูตรของ ทาโร่ ยามาเน่ (Yamane 1973: 727) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สมการการวิเคราะห์พหุคูณถดถอยเชิงเส้น (Multiple Linear Regression Analysis) พบว่า ปัจจัยที่มีต่อผลการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี คือ ความรู้ การรับรู้ การมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งปฏิกูล โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ 0.390

ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อสร้างรูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยการนำปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ การมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งปฏิกูล มาจัดทำรูปแบบการวิจัย โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผู้นำชุมชน และประชาชนตัวแทนชุมชน รวมทั้งสิ้นจำนวน 50 คน ดำเนินการประชุมระดมสมองปรับปรุงรูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ระยะที่ 3 เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ครั้งเวียน ๆ ละ 1 คน โดยจัดการทดลองตามโปรแกรมจำนวน 12 สัปดาห์ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้ เท่ากับ 9.06 คะแนน (S.D.= 0.86) ด้านการรับรู้เท่ากับ 43.53 คะแนน (S.D.= 3.55) ด้านการมีส่วนร่วมเท่ากับ 39.33 คะแนน (S.D.= 5.32) และพฤติกรรมในการจัดการสิ่งปฏิกูลเท่ากับ 45.43 คะแนน (S.D.= 6.04) ซึ่งสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : การจัดการสิ่งปฏิกูล, การมีส่วนร่วมของชุมชน

^{1*}สาธารณสุขอำเภอม่วงสามสิบ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

^{2*}นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

*Corresponding author : boonchuepoo@gmail.com

*Original Article***Model for Sewage management with community participation in Muang Sam Sip District Ubonratchathani Province****Alongkot Thangkhawanit^{1*}, Supaporn Paeyo^{2*}****Abstract**

The objectives of this research were 1) to study the factors affecting the results of sewage management by community involvement Muang Sam Sip District Ubon Ratchathani Province 2) to create a sewage management model with community participation Muang Sam Sip District Ubon Ratchathani Province 3) to evaluate the use of the sewage management model with community participation. Muang Sam Sip District Ubon Ratchathani Province The research was divided into 3 phases as follows:

Phase 1 is a quantitative research to study the factors affecting the results of sewage management by community involvement Muang Sam Sip District Ubon Ratchathani Province. The sample group consisted of 398 people from the formula of Taro Yamane (Yamane 1973: 727) The data were analyzed by using the multiple linear regression analysis. It was found that the factors affecting the sewage management results by the participation of the Muang Sam Sip community. Ubon Ratchathani Province is knowledge, awareness, participation in sewage management. with a multiple correlation coefficient of 0.390.

Phase 2 is a qualitative research to create a sewage management model with community participation. Muang Sam Sip District Ubon Ratchathani Province by applying knowledge, perception, participation in sewage management to prepare a research model by public health officials Executives of local government organizations The committee for improving the quality of life at the district level, community leaders and people representing the community A total of 50 people conducted a brainstorming meeting to improve the sewage management model with community participation.

Phase 3 is a quasi-experimental research to evaluate the use of the sewage management model by the participation of the community Muang Sam Sip District Ubon Ratchathani Province The sample group consisted of 60 people. divided into experimental groups and the control group, each group of 30 households, 1 person each. The experiment was conducted according to the 12-week program. The results showed that the experimental group after the experiment had average scores in knowledge was 9.06 points (S.D.= 0.86), and perceived was 43.53 points (S.D.= 3.55) The participation aspect was 39.33 points (S.D. = 5.32), and the solid sewage management behavior was 45.43 points.

(S.D.= 6.04) which was higher than before the experiment. and higher than the control group statistically significant at .05

Keywords: Sewage management, community participation

^{1*}Public Health Technical Officer Senior Professional Level . Muang Sam Sip District Public Health Office. Ubonratchathani Province.

^{2*}Public Health Technical Officer Professional Level . Muang Sam Sip District Public Health Office. Ubonratchathani Province.

*Corresponding author : boonchuepoo@gmail.com

บทนำ

พระราชดำรัสพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช รัชกาลที่ 9 เมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2544 เกือบสองทศวรรษแล้วที่ได้มีกระแสพระราชดำรัสเกี่ยวกับการจัดการสิ่งปฏิกูล “สิ่งปฏิกูลที่เทศบาลสูบออกจากบ้านเรือน ยังมีการกำจัดไม่ทั่วส่วนมักสูบลไปปล่อยลงแม่น้ำ ลำคลอง ทำให้แหล่งน้ำสกปรกและเป็นสาเหตุให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อโรคที่ติดมากับสิ่งปฏิกูล

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ศึกษาวิจัยพบว่าคนไทย 10 % หรือ 6 ล้านคน ติดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยพบว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดมะเร็งของท่อน้ำดีในตับ เนื่องจากประชาชนนิยมบริโภคปลาดิบที่ติดพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบผู้เป็นมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในประเทศและในโลกด้วยโดยพบว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดมะเร็งของท่อน้ำดีในตับ เนื่องจากประชาชนนิยมบริโภคปลาดิบที่ติดพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบผู้เป็นมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในประเทศและในโลก เขตสุขภาพที่ 10 พบอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ปี 2559 - 2566 คิดเป็นอัตรา 16.48, 9.21, 6.11, 4.93 3.85, 3.19 2.67 และ 3.24 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ สถานการณ์มะเร็งท่อน้ำดี ปี 2560 – 2565 พบอัตราตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี 34.96, 34.09 , 35.16, 35.60, 34.85 และ 32.60 ต่อประชากรแสนคน และอัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคมะเร็งท่อน้ำดี 41.1 1, 40.78, 39.53, 38.96, 35.72 และ 35.11 ต่อแสนประชากรสถานการณ์บ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล เป้าหมายอย่างน้อย อำเภอละ 1 แห่ง จากทั้งหมด 70 อำเภอ ปัจจุบันมีระบบบำบัดที่ใช้งานได้ในพื้นที่ จำนวน 38 อำเภอ มีแผนก่อสร้าง 32 อำเภอ สำหรับผลสำรวจปลาน้ำจืดเกล็ดขาวเพื่อหาตัวอ่อนพยาธิใบไม้ระยะเมตาเซอร์คาเรียปี 2566 แหล่งน้ำเขตสุขภาพที่ 10 พบติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 4.76 สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2559 - 2566 คิดเป็นอัตรา 38.62, 34.59, 34.20, 29.58, 32.25, 29.30, 26.08 และ 29.12 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ อัตราตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี 32.32, 30.15, 30.38, 26.02, 26.93, 26.95, 28.24 และ 26.54 ต่อประชากรแสนคน ¹¹ในปี 2566 อำเภอม่วงสามสิบ พบอัตราป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี 42.10 ต่อประชากรแสนคน อัตราตาย 35.91 ต่อประชากรแสนคน อัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 6.1 อัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

จากปัญหาดังกล่าวเป็นตัวบ่งชี้ให้เห็นว่าปัญหาสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อม จำเป็นจะต้องได้รับการบริหารจัดการที่เหมาะสม เพื่อไม่ให้ปัญหาสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยขยายตัวและรุนแรงมากยิ่งขึ้น ดังนั้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงเป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญในการบริหารจัดการขยะอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามกฎหมายจัดตั้งขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้อำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือรักษาความสะอาดของถนน หรือทางเดินและที่สาธารณะ รวมทั้งการกำจัดสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย การจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยถือเป็นภารกิจสำคัญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ต้องดำเนินการในการกำจัดสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยของชุมชน เริ่มตั้งแต่การเก็บรวบรวมจนถึงการกำจัด และเพื่อเป็นการตัดวงจรพยาธิใบไม้ตับ

จังหวัดอุบลราชธานีมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด 239 แห่ง มีการอนุญาตให้มีรถสูบล้างสิ่งปฏิกูล จำนวน 64 คัน จำนวนผู้ประกอบการ 46 ราย รถสูบล้างสิ่งปฏิกูลมีการจดทะเบียนถูกต้องกับกรมการขนส่งทางบกจำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.78 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการออกข้อบัญญัติการจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย ร้อยละ 97.90 (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 234 แห่ง) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล จำนวน 12 แห่ง ให้บริการทั้งสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครอบคลุม 10 อำเภอ¹²

ในส่วนของอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี มีพื้นที่มีพื้นที่ประมาณ 917.537 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 579,904.87 ไร่ ประกอบด้วย 14 ตำบล 158 หมู่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด 15 แห่ง มีการอนุญาตให้มีรถสูบล้างสิ่งปฏิกูล จำนวน 9 คัน จำนวนผู้ประกอบการ 9 ราย รถสูบล้างสิ่งปฏิกูลมีการจดทะเบียนถูกต้องกับกรมการขนส่งทางบกจำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการออกข้อบัญญัติการจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย ร้อยละ 100 (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 15

แห่ง) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล จำนวน 2 แห่งซึ่งองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยังไม่มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล ใช้การลงนามความร่วมมือข้อตกลงร่วมในการขอใช้บ่อบำบัดร่วมกัน ซึ่งยังไม่เพียงพอต่อการให้บริการ¹³ ดังนั้นการจัดการกับปัญหาด้านการจัดการสิ่งปฏิกูล ทำให้ประชาชนสามารถจัดการกับปัญหาการจัดการสิ่งปฏิกูลในชีวิตประจำวัน สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีสุขภาพดีปราศจากโรคภัยที่สามารถป้องกันได้

ผู้วิจัยจึงศึกษาการจัดการปัญหาด้านสิ่งปฏิกูลโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการมีส่วนร่วมของประชาชน ในอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีความสอดคล้องกับแผนแม่บทการจัดการส้วมและสิ่งปฏิกูลของประเทศ พ.ศ. 2561-2573 ตามที่กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย เพื่อใช้เป็นกรอบและทิศทางในการดำเนินการแก้ไขปัญหาการจัดการสิ่งปฏิกูลของประเทศ ซึ่งมีสาระสำคัญให้เกิดการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างครบวงจร โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม มุ่งสู่การแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน ลดผลกระทบปัญหา ด้านสิ่งแวดล้อม การเก็บขนสิ่งปฏิกูลที่มีประสิทธิภาพ การกำจัด สิ่งปฏิกูลด้วยวิธีที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ การส่งเสริมภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแปรรูปสิ่งปฏิกูล เป็นพลังงาน หรือเชื้อเพลิง

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งเป็นการสร้างเสริมสมรรถนะทางด้านจิตใจให้ประชาชนมีความเชื่อมั่นในตนเองที่จะสามารถจัดการกับปัญหาสิ่งปฏิกูล ซึ่งประกอบด้วย การวิเคราะห์ตนเอง การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจรรย์ญาณ การตัดสินใจเลือกทางออกในการจัดการขยะมูลฝอย และการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมจนเป็นวิถีชีวิต (Way of Life) ใช้รูปแบบการทำการกิจกรรมกลุ่มร่วมกับการใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วม เป็นการศึกษาแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลซึ่งผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นแนวทางในการจัดการปัญหาสิ่งปฏิกูลในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีต่อผลการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

3.1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การมีส่วนร่วม และพฤติกรรมในการจัดการสิ่งปฏิกูลก่อน และหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

3.2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การมีส่วนร่วม และพฤติกรรมในการจัดการสิ่งปฏิกูลก่อน และหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอม่วงสามสิบจังหวัดอุบลราชธานี สร้างรูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และประเมินรูปแบบที่ได้ทำการพัฒนาขึ้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดการศึกษาวิจัยไว้ 3 ระยะดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีต่อผลการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปที่มีภูมิลำเนาอยู่ใน อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งเพศชาย และเพศหญิง จำนวน 65,446 คน (ข้อมูลประชากรทะเบียนราษฎร์ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานีปี 2566)

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งเพศชาย และเพศหญิง จำนวน 398 คน คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ ทาโร่ ยามาเน่ (Yamane 1973: 727) ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น(Stratified random sampling) โดยแบ่งออกเป็น 14 กลุ่ม ตามจำนวนตำบลที่มีในอำเภอม่วงสามสิบเพื่อให้เกิดการกระจายทุก ๆ หน่วยตัวอย่าง

3. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

3.1 ตัวแปรอิสระ คือปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

3.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ต่อปี ระยะเวลาการอยู่อาศัย และโรคประจำตัว

3.1.2 ปัจจัยด้านความรู้ในการจัดการสิ่งปฏิกูล

3.1.3 ปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งปฏิกูล

3.1.4 ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งปฏิกูล

3.2 ตัวแปรตาม ซึ่งเป็นปัจจัยผลลัพธ์ คือ พฤติกรรมการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยในระยะที่ 1 คือ แบบสอบถาม โดยมีทั้งหมด 5 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดความรู้ในการจัดการสิ่งปฏิกูล ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งปฏิกูล ส่วนที่ 4แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งปฏิกูล และ ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมในการจัดการสิ่งปฏิกูล

ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

การศึกษาวิจัยในระยะนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างรูปแบบในการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จากการนำปัจจัยที่เป็นผลลัพธ์จากการศึกษาของผู้วิจัยในระยะที่ 1 ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มาเป็นประเด็นในการพิจารณาสร้างรูปแบบรูปแบบในการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังต่อไปนี้

1. กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเป้าหมายในการวิจัยระยะที่ 2 คือ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 5 คน ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 15 คน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 21 คน ผู้นำชุมชน 5คน และประชาชนตัวแทนชุมชน 4 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 50 คน ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง

2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 2

2.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1

2.2 รูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำเครื่องมือใช้ในการวิจัยระยะที่ 2 ประกอบด้วย การประชุมกลุ่ม Discussion group ร่างรูปแบบ แบบบันทึก และรูปแบบฉบับสมบูรณ์

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

1. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยระยะที่ 3 คือประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และหญิง โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีจับสลากเลือกตำบล ครั้งที่ 1 กลุ่มทดลอง คือตำบลหนองเหล่า จับสลากครั้งที่ 2 กลุ่มควบคุม คือตำบลเหล่าบก จำนวนกลุ่มตัวอย่างรายครัวเรือนละ 1 คน กลุ่มละ 30 คน รวม 60 คน

2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 3

ตัวแปรอิสระ คือ รูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

ตัวแปรตาม คือ ผลการใช้รูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านความรู้ การรับรู้ การมีส่วนร่วม และพฤติกรรมจัดการสิ่งปฏิกูล

3. การประเมินผล

การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเพื่อการวิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งปฏิกูล การรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับการจัดการสิ่งปฏิกูล การมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งปฏิกูล และพฤติกรรมในการจัดการสิ่งปฏิกูล ภายในและระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การหาความตรงและความเที่ยงตรงแบบสอบถามเพื่อศึกษารูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูล อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี มี 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จไปหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยให้คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและประเมินความสอดคล้องระหว่างคำถามวัตถุประสงค์ (IOC: Item Objective Congruence Index) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.87 โดยพิจารณาแก้ไขตามที่ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะแก้ไขเพิ่มเติม และตรวจสอบอีกครั้งโดยคณะกรรมการที่ปรึกษาวิจัย

2. ทำการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Try out) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน ซึ่งเป็นประชาชนใน อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อหาข้อบกพร่องของเครื่องมือทั้งด้านภาษา และการสื่อความหมาย ให้เข้าใจตรงกันแล้วนำแบบสอบถามมาปรับปรุงให้มีความเหมาะสมเมื่อนำมาใช้จริง

3. การนำเครื่องมือมาคำนวณหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบทดสอบมีค่าเท่ากับ .863

ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้เสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี ในวันที่ 22 พฤศจิกายน 2566 เอกสารรับรองที่ SSJ.UB 2566-152.1

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลมีลำดับขั้นตอนต่อไปนี้

1. ตรวจสอบสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

2. นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามไปวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์โดยใช้สถิติวิเคราะห์ดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ประกอบด้วย ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Arithmetic Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด (Minimum,Maximum) (อรุณจิรวัฒน์กุล, 2546)

2.2 ทดสอบสมมติฐานปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้สมการการวิเคราะห์พหุคูณถดถอยเชิงเส้น (Multiple Linear Regression) และเลือกวิธีแบบ Stepwise

2.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งปฏิกูล การรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับการจัดการการจัดการสิ่งปฏิกูล การมีส่วนร่วมในการจัดการการจัดการสิ่งปฏิกูล และพฤติกรรมการจัดการสิ่งปฏิกูลระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent Sample t-test

2.4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งปฏิกูล การรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับการจัดการการจัดการสิ่งปฏิกูล การมีส่วนร่วมในการจัดการการจัดการสิ่งปฏิกูล และพฤติกรรมการจัดการสิ่งปฏิกูล ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired Sample t-test

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยที่มีต่อผลการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี ใช้สมการการวิเคราะห์พหุคูณถดถอยเชิงเส้น (Multiple Linear Regression) และเลือกวิธีแบบ Stepwiseพบว่า ปัจจัยด้านความรู้ ด้านการรับรู้ และปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งปฏิกูล เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผลการสร้างรูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี จากการประชุมผู้เชี่ยวชาญจำนวน 50 ท่าน มีข้อตกลงร่วมกันได้จัดกิจกรรม 11 กิจกรรม ดังนี้ 1. กิจกรรมอบรมการเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งปฏิกูล โดยการบรรยายประกอบสื่อ การค้นพบความจริง วิเคราะห์พฤติกรรมของตนเอง

2. กิจกรรมอบรมเพื่อสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ ในประเด็นการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างเป็นเหตุเป็นผล

3. กิจกรรมการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการสิ่งปฏิกูล เพิ่มความสามารถในตนเอง และการรับรู้ถึงประโยชน์ในการมีส่วนร่วมปรับพฤติกรรมในการจัดการสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสมจนเป็นวิถีชีวิต

4. กิจกรรมอบรมการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมในการจัดการสิ่งปฏิกูล จนเป็นวิถีชีวิต (Way of Life)

5. กิจกรรม จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการจัดการสิ่งปฏิกูล ให้กับประชาชนได้พูดคุยและเสนอข้อคิดเห็น

6. กิจกรรมศึกษาดูงานด้านการจัดการสิ่งปฏิกูล

7. กิจกรรมอบรมการขับเคลื่อนการก่อสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล

8. ฝึกอบรมการทำปุ๋ยหมักชีวภาพและการผลิตก๊าซชีวภาพ

9. จัดตั้งกองทุนปุ๋ยหมักชีวภาพโดยการดำเนินกิจการเชิงธุรกิจเพื่อเป็นสิ่งจูงใจให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

10. กิจกรรมขับเคลื่อนการดำเนินงานธรรมนูญตำบลด้านสิ่งปฏิกูล

11. การประกวดหมู่บ้านสะอาดจัดการขยะและสิ่งปฏิกูลได้ถูกวิธี

2.1 ด้านความรู้ในการจัดการสิ่งปฏิกูล มี 1 กิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมการเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยการบรรยายประกอบสื่อ การค้นพบความจริง วิเคราะห์พฤติกรรมของตนเอง

2.2 ปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งปฏิกูล มี 3 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณในประเด็นการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างเป็นเหตุเป็นผล 2) กิจกรรมตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการสิ่ง

ปฏิรูป เพิ่มความสามารถในตนเอง และการรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตนที่เหมาะสมจนเป็นวิถีชีวิต (Life Style) 3) กิจกรรมการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมในการจัดการกับการจัดการสิ่งปฏิกูล จนเป็นวิถีชีวิต (Way of Life)

2.3 ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งปฏิกูล มี 7 กิจกรรม ประกอบด้วย 1.กิจกรรม จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการจัดการสิ่งปฏิกูล ให้กับประชาชนได้พูดคุยและเสนอข้อคิดเห็น 2.กิจกรรมศึกษาดูงานด้านการจัดการสิ่งปฏิกูล 3. กิจกรรมอบรมการขับเคลื่อนการก่อสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล 4. ฝึกอบรมการทำปุ๋ยหมักชีวภาพและการผลิตก๊าซชีวภาพ 5. จัดตั้งกองทุนปุ๋ยหมักชีวภาพโดยการดำเนินกิจการเชิงธุรกิจเพื่อเป็นแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง 6. กิจกรรมขับเคลื่อนการดำเนินงานธรรมนูญตำบลด้านสิ่งปฏิกูล 7. การประกวดหมู่บ้านสะอาดจัดการขยะและสิ่งปฏิกูลได้ถูกวิธี

3. ผลการประเมิน ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้ในการจัดการสิ่งปฏิกูล ด้านการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งปฏิกูล ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งปฏิกูล และพฤติกรรมในการจัดการสิ่งปฏิกูล สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 จึงสรุปได้ว่า หลังจากที่เราประชาชนตำบลโพธิ์แพ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง ได้นำรูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นไปทดลองใช้แล้ว ทำให้ความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การมีส่วนร่วม และพฤติกรรมในการจัดการสิ่งปฏิกูลดีขึ้น

อภิปรายผล

จากการศึกษารูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยนำประเด็นที่สำคัญมาอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ปัจจัยที่มีต่อผลการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี คือ ความรู้ การรับรู้ และการมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งปฏิกูล มีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับตัวแปรตาม (พฤติกรรมในการจัดการสิ่งปฏิกูล) ($F = 84.104$; $p\text{-value} = 0.00$) ทำการตรวจสอบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญของค่าคงที่และสัมประสิทธิ์แต่ละตัวกับตัวแปรตามในสมการ พบว่า ตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยรวม ($p < 0.00$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเป็น 0.390 สอดคล้องกับงานวิจัยของของไชยะสิต วิลาพัฑ⁴ ศึกษาการพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้การจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในแขวงจำปาสัก สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการสิ่งปฏิกูล และรูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลของประชาชนในแขวงจำปาสัก สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว โดยมีการสร้างแบบจำลองปัจจัยเชิงสาเหตุ 5 ปัจจัยได้แก่ ความรู้ การสื่อสาร เจตคติ ความตระหนักและการมีส่วนร่วม

2. รูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยสร้างโปรแกรมจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญเป็นการสร้างความเชื่อมั่นและมีการรับรู้ในความสามารถตนเองในการ สอดคล้องกับการศึกษาอุไรวรรณ พรายมี¹⁵ ศึกษาการพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้การจัดการขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลโดยใช้ปัญหาและโจทย์เป็นฐานการเรียนรู้ โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้ปัญหาและโจทย์เป็นฐานของนิสิต ก่อนและหลังเรียน เพื่อเปรียบเทียบความรู้จริยธรรมสิ่งแวดล้อม และจิตอาสาสิ่งแวดล้อมจากกิจกรรมการเรียนรู้การจัดการขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล

3. ประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การมีส่วนร่วม และพฤติกรรมในการจัดการสิ่งปฏิกูล สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05และกลุ่มควบคุมสอดคล้องกับงานวิจัยของชำนาญ ม่วงแดง⁵ ศึกษาการประยุกต์ใช้การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษาการป้องกันผลกระทบจากการกำจัดสิ่งปฏิกูลชุมชนจังหวัดกำแพงเพชร การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม ใช้

ระเบียบวิธีการประยุกต์ใช้การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพผลการวิจัยพบว่า เกิดความร่วมมือในการป้องกันความเสี่ยงให้กับผู้ผลิตปุ๋ย เกษตรกรผู้ใช้ปุ๋ย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 ประชาชนควรเรียนรู้กระบวนการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างสม่ำเสมอโดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เช่น ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู เป็นต้น

1.2 ส่งเสริมให้มีการจัดการสิ่งปฏิกูลในชุมชน จัดโครงการจัดการขยะในชุมชน การไปศึกษาดูงานแหล่งอื่น ๆ เพื่อให้ประชาชนได้เรียนรู้การจัดการสิ่งปฏิกูลในรูปแบบต่าง ๆ ตามบริบทของพื้นที่

1.3 ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เลือกวิธีการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกต้องเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และจัดตั้งกลุ่มจิตอาสา รับผิดชอบการจัดการสิ่งปฏิกูลในชุมชน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 จากการวิจัยในครั้งนี้พบว่าประชาชนมีความรู้ การรับรู้ การมีส่วนร่วม และพฤติกรรมในการจัดการสิ่งปฏิกูล ที่ดีขึ้น และเพื่อให้เกิดความยั่งยืนควรมีการสร้างรูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูล ในรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมในด้านการประกอบอาชีพจากขยะหรือการจัดตั้งกลุ่มวิสาหกิจชุมชนปุ๋ยหมักชีวภาพ การรับการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ในลักษณะการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างความเข้มแข็งและยั่งยืนของชุมชน

2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยการจัดการสิ่งปฏิกูลในชุมชน ในหลากหลายวิธีวิจัย เช่น ลักษณะงานวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นต้น

2.3 ควรมีการศึกษาวิจัยการจัดการสิ่งปฏิกูล ในสถานศึกษา สถานประกอบการ ตลาดสด เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจากผู้ที่เกี่ยวข้องหลายท่าน ผู้มีพระคุณท่านแรกคือผู้วิจัยใคร่ขอกราบขอบพระคุณอย่างยิ่ง นายอำเภอม่วงสามสิบ ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอม่วงสามสิบ (พชอ.) อำเภอม่วงสามสิบ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอม่วงสามสิบทุกท่าน กรรมการที่ปรึกษา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอม่วงสามสิบ ที่ให้ความกรุณาและช่วยเหลืออย่างยิ่งโดยให้คำปรึกษา แนะนำ และแก้ไข ข้อบกพร่องต่างๆ ตลอดจนชี้แนะแนวทางอันเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยจนเสร็จสมบูรณ์ ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. คำหวั่ง ไหมวงศ์. “รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยใน เขตอุทยานประวัติศาสตร์ภูพระบาท จังหวัดอุดรธานี,” วารสารช่อพะยอม. 29,2 (มิถุนายน - ตุลาคม 2561): 289 – 298.
2. ชัยยันต์ ชัยโม. แนวทางการเสริมสร้างแรงจูงใจการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขนขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล เทศบาลนครอุดรธานี อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานี วิทยานิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต (การปกครองท้องถิ่น)มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี, 2560.
3. ชินวัฒน์ ชมประเสริฐ. “รูปแบบการจัดการขยะติดเชื้อของผู้ป่วยในชุมชนของ จังหวัดพิษณุโลก,” วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. 1,1 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2562): 53 – 65.
4. ไชยะสิด วิลาพัฑ. รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในแขวงจำปาสัก สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (ยุทธศาสตร์การพัฒนากุมิภาค)มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม, 2561.

5. ชำนาญ ม่วงแดง. การประยุกต์ใช้การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ โดยการใช้มีส่วนร่วมของชุมชนกรณีศึกษาการป้องกันผลกระทบจากการกำจัดสิ่งปฏิกูลชุมชนจังหวัดกำแพงเพชร.วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 42,3 (กรกฎาคม – กันยายน 2562) : 114 – 128.
6. ณัฐภาพ ตุ่นวิชัย. ศึกษาแบบแผนการจัดการขยะของชุมชนแบบมีส่วนร่วม บ้านท่ากระดาศริมเหมืองตำบลฟ้าฮ่าม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การพัฒนาภูมิสังคมอย่างยั่งยืน) มหาวิทยาลัยแม่โจ้, 2560.
7. คาริน รังสิวารักษ์. ปัญหาและอุปสรรคทางกฎหมายในการบังคับใช้กฎหมาย ว่าด้วยการรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง : ศึกษากรณีการจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย.วิทยานิพนธ์หลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต (วิชานิติศาสตร์) มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต, 2564.
8. อธิรุฒิ เอกะกุล. ระเบียบวิธีวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 1. อุบลราชธานี : วิทยาการพิมพ์, 2555.
9. รังสรรค์ สิงห์เลิศ. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยราชภัฏ
10. สุรีย์ จันทรมณี. การมีส่วนร่วมของตัวแทนชุมชนเขตเมือง ในการเผยแพร่ความรู้เรื่องเอดส์. ม.ป.ท. : ม.ป.พ, 2541.
11. สมชาย วรภิเษมสกุล. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2 อุตรธานี : คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรธานี, 2553.
12. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. สรุปตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขรอบที่ 1 ลดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2567. อุบลราชธานี : กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม, 2567.
13. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอม่วงสามสิบ. รายงานสรุปผลการดำเนินงาน ปี 2566. อุบลราชธานี : กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม, 2566.สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 . รายงานประจำปี 2566 : อุบลราชธานี, 2566 : 61.
14. ยงยุทธ สุพลและคณะ. รูปแบบในการขับเคลื่อนการก่อสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลแบบทรากรอง ด้วยโปรแกรมพีแอลซีขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในจังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี. 10,2 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2565) : 48-64
15. อุไรวรรณ พรายมี. การพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้การจัดการขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลโดยใช้ปัญหาและโจทย์เป็นฐานการเรียนรู้.วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (สิ่งแวดล้อมศึกษา) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2564.
16. Gibson.(1991). “A concept analysis of empowerment,” Journal of Advanced Nursing.
17. Taro Yamane.(1973).Statistics: An Introductory Analysis.3rdEd.New York.Harper and Row Publication

Received: 5 May. 2024, Revised: 29 May. 2024

Accepted: 30 May. 2024

บทความวิจัย**ความหมายและองค์ประกอบความรู้ด้านอาหารและโภชนาการของวัยรุ่นตอนต้น**วรรณลี ยอดรักษ์^{1*}, วัลลภา เขยบัวแก้ว², สมเกียรติ สายธนู³, ศรีสุดา วนาลีน⁴**บทคัดย่อ**

อาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเจริญเติบโตพัฒนาการที่ดีมีบทบาทสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิต การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหลอดเลือดหัวใจ การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความหมายและองค์ประกอบของความรู้ด้านอาหารและ โภชนาการของวัยรุ่นตอนต้น ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ ด้านความรู้ด้านสุขภาพ และด้านวัยรุ่น จำนวน 9 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการของวัยรุ่นตอนต้น เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึก การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการ วิเคราะห์แก่นสาระ ผลการวิจัย พบว่า ความหมายของความรู้ด้านอาหารและโภชนาการของวัยรุ่นตอนต้นประกอบด้วย 2 มิติ 1) ความรู้ความเข้าใจด้านอาหารและโภชนาการ อาหารหลัก 5 หมู่ ธัญพืช อาหารปลอดภัย ปริมาณและสัดส่วนอาหาร แหล่งที่มาของอาหาร การปรุง การเตรียม การจัดการอาหาร เกี่ยวกับข้อปฏิบัติในการกินอาหารเพื่อสุขภาพเหมาะสมกับ 2) ทักษะ ค้นหา และวิเคราะห์ข้อมูล ตัดสินใจ เลือก รับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และเหมาะสมกับวัย องค์ประกอบของความรู้ด้านอาหารและโภชนาการของวัยรุ่นตอนต้นประกอบด้วย 3 มิติ ดังนี้ 1) ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการขั้นพื้นฐาน เป็นทักษะขั้นพื้นฐานที่อ้างอิงถึงความสามารถในการรับ อ่าน และทำความเข้าใจข้อมูล โภชนาการ 2) ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการขั้นปฏิสัมพันธ์ มุ่งเน้นไปที่ความรู้และเสริมสร้างพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่เหมาะสม 3) ความรู้ด้านอาหารและ โภชนาการขั้นวิจารณ์ญาณ ความสามารถในการตีความ สังเคราะห์ วิเคราะห์ ประเมิน และจัดการข้อมูลโภชนาการ ผลการวิจัย สามารถต่อยอดพัฒนาเครื่องมือความรู้ด้านโภชนาการในวัยรุ่นตอนต้นและเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นตอนต้นต่อไป

คำสำคัญ : ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการ, วัยรุ่นตอนต้น, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

^{1*} นิสิต หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการพัฒนายั่งยืน มหาวิทยาลัยทักษิณ พัทลุง²อาจารย์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ พัทลุง³อาจารย์ หลักสูตรบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยทักษิณ พัทลุง⁴อาจารย์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ นครศรีธรรมราช* Corresponding author E-mail address : wanlee.y@tsu.ac.th

*Original Article***Definition and components of food and nutrition literacy in An Early Adolescence**Wanlee Yodrak^{1*}, Wallapa Choeibuakaew²,Somkiat Saithanoo³, Srisuda Vanaleesin⁴**Abstract**

Food is essential for healthy growth and development an important role in improving the quality of life. Improper dietary intake is an important factor that causes chronic non-communicable diseases. Hypertension, diabetes, and cardiovascular disease The objective of this qualitative research was to study the meaning and components of knowledge about food and nutrition among early adolescents. A sample were 9 selective nutrition experts. The research tool was the in-depth interview form. Data was collected by in-depth interview until saturation. Data was thematic analyzed. The results showed that the meaning of food and nutrition knowledge of early adolescents Consists of 3 themes : 1)knowledge and understanding of taking healthy food and nutrition appropriated to their age consisted of Concerning the practice of eating healthy food, the 5 main food groups, nutrition flags, safe food, appropriate amounts and proportions of food according to age 2) skill cooking, preparation, and food management, and have the s to search and analyze information, make decisions, choose healthy foods. The components of early adolescents' knowledge of food and nutrition Consists of 3 themes : 1) functional food and nutrition literacy consisted of the basic skills of the ability to receive, read, and understand nutritional information. 2) Interactive food and nutrition literacy focusing on knowledge and strengthening proper dietary habits. 3) Critical food and nutrition literacy was the ability to interpret, synthesize, analyze, evaluate, and organize nutritional information. The results of the research can be further developed to develop tools for nutritional literacy in early adolescents and provide guidelines for promoting early adolescent health

Keywords: knowledge about food and nutrition, early adolescence, chronic non-communicable diseases

¹ Doctoral Degree Student in Sustainable Development, Thaksin University

² Lecturer, Faculty of Health and Sport Science, Thaksin University

³ Knowledge contributor, Graduate School, Thaksin University

⁴ Lecturer, School of Nursing, Walailak University

* Corresponding author E-mail address : wanlee.y@tsu.ac.th

บทนำ

องค์การอนามัยโลก กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะต่างๆ ทางการรับรู้และทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและ บำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูล 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การจัดการตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อ 6) ทักษะการตัดสินใจ¹ บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมีแรงจูงใจและมั่นใจในตนเองในการดูแลสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและแสวงหาโอกาสการเข้าถึงบริการ สุขภาพได้ง่ายขึ้น แนวคิดนี้ถูกนำไปใช้ในบริบทภาวะสุขภาพ การจัดการสุขภาพที่หลากหลาย เช่น ความรอบรู้โรคเบาหวาน ความรอบรู้วัคซีน และความรอบรู้โภชนาการ เป็นต้น ความรอบรู้ด้านอาหารและด้านโภชนาการ หมายถึงความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโภชนาการ และทักษะที่จำเป็นในการตัดสินใจเลือกโภชนาการที่เหมาะสมกับสุขภาพของตนเอง² การวิจัยหลายชิ้นยืนยันผล ในทิศทางเดียวกันว่า ความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการในระดับดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายและมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการบริโภคไขมัน และอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ หากวัยรุ่นมีความรอบรู้ด้าน อาหารและโภชนาการดีจะเพิ่มโอกาสที่จะไม่ปฏิบัติตามหลักโภชนาการมากขึ้น³ ซึ่งการขาดความรู้ด้านอาหารและโภชนาการเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ และการสะสมสารพิษหรือสารที่ไม่จำเป็นสำหรับร่างกาย ภาวะอ้วน น้ำหนักน้อย และขาดสารอาหาร เป็นปัญหาที่สำคัญในวัยรุ่น ซึ่งวัยรุ่นประมาณหนึ่งใน สี่ที่ขาดสารอาหารจะมีภาวะโลหิตจาง ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการบริโภควิตามินและแร่ธาตุที่จำเป็นอย่างจำกัด จึงไม่เพียงพอ ต่อความต้องการของร่างกาย หรือการดูดซึมของลำไส้มีความบกพร่อง ส่งผลให้การเจริญเติบโตและพัฒนาการของวัยรุ่นหยุดชะงัก เรียนและทำกิจกรรมได้ไม่เต็มที่ คุณภาพชีวิตลดลง และในวัยรุ่นหญิงที่มีภาวะโลหิตจาง ถ้ามีการตั้งครรภ์ อาจทำให้ทารก ในครรภ์เสียชีวิตได้ นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่น หนึ่งในห้าของวัยรุ่นทั้งหมดทั่วโลกมีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วนและมีแนวโน้ม เพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งโรคอ้วนในวัยเด็กและวัยรุ่นสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non communicable diseases: NCDs) เพิ่มขึ้น เช่น ความดันโลหิตสูง โรคไขมันในหลอดเลือด โรคไขมันพอกตับ และกลุ่มอาการเมตาบอลิซึม โรคเบาหวาน วัยรุ่นที่มีโรคอ้วนมีโอกาสที่จะเป็นผู้ใหญ่ที่เป็นโรคอ้วนสูง และมีโอกาส เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงเช่นกัน⁴ การรักษาโรคเหล่านี้จำเป็นต้องปรับพฤติกรรมโดยหันมาบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ มีสารอาหารครบถ้วนและถูกต้องตามหลักโภชนาการ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาและค่าใช้จ่ายเพื่อรับ บริการสุขภาพสูง การตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้น เกิดความสูญเสียด้านเศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นอุปสรรคต่อการผลักดันประเทศให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable development goals : SDGs) ที่กำหนดโดยองค์การสหประชาชาติ ดังนั้นหากวัยรุ่นมีความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการจะส่งผลให้มีสุขภาพที่ดีและสืบเนื่องต่อไปในวัยอื่น ๆ อันตอบสนองการพัฒนาที่ยั่งยืนในเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัยเป้าหมายย่อย 3.2 ยุติการตายที่ป้องกันได้ของทารกแรกเกิดและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยทุกประเทศมุ่งลดอัตราการ ตายในทารกถึงให้ต่ำถึง 12 คน ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน และลดอัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลงให้ต่ำถึง 25 คน ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ภายในปี พ.ศ. 2573 และเป้าหมายย่อย 3.4 ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อให้ลดลงหนึ่งในสาม ผ่านทางการป้องกันและการรักษาโรค และสนับสนุนสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี ภายในปี พ.ศ. 2573 : จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข อัตราตายทารกแรกเกิด ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ ปี 2561-2563 เท่ากับ 4.4, 4.5, 4.2 ตามลำดับ ซึ่งยังสูงกว่าเป้าหมายที่น้อยกว่า 3.6 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ⁵ วัยรุ่นตอนต้นเป็นวัยแรกที่ตัดสินใจและมีโอกาสเลือกอาหารอาหารสำหรับตนเองสูง มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคมสูงที่สุดเมื่อเทียบกับช่วงวัยต่างๆ

และมักกังวลกับการเปลี่ยนแปลงของรูปร่างหน้าตา ไม่ชอบทำกิจกรรมที่ต้องออกแรง ไม่ออกกำลังกาย ความคิดยังเป็น
รูปธรรม สามารถตัดสินใจและเลือกซื้อ อาหารด้วยตนเองได้ คิดเรื่องปัจจุบันได้ แต่ยังไม่เข้าใจความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนและ
ผลระยะยาว⁶ จากข้อมูลรายงานประจำปี 2561-2563 พบว่าเด็ก และวัยรุ่นอายุ 6-14 ปี มีภาวะเตี้ยร้อยละ 5.5, 8.9,
9.6 มีภาวะเริ่มอ้วน และอ้วนร้อยละ 11.7, 13.6, 10.9 มีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม มากกว่าวัยอื่นๆ เช่น
อาหารจานด่วน ขนมกรุบกรอบ อาหารไขมันสูง มากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์⁵ สิ่งที่น่ากังวลที่ค้นพบจากงานวิจัย คือ เด็ก
วัยรุ่น 1 ใน 5 มีความรอบรู้ด้านทักษะการตัดสินใจ มีโอกาสการเข้าถึงข้อมูลโภชนาการด้วยตนเองสูง แต่ความเข้าใจ
ข้อมูลโภชนาการอยู่ในระดับต่ำ สิ่งเหล่านี้จะส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภค และส่งผลกระทบต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรัง ดังนั้น การจัดการให้วัยรุ่นตอนต้นซึ่งเป็นวัยแรกที่เริ่มมีการตัดสินใจเรื่องการเลือกรับประทานอาหารได้เข้าใจ
โภชนาการอย่างลึกซึ้ง เข้าใจผลกระทบระยะยาวกระจ่างชัดขึ้นจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพ มีคุณภาพชีวิต ลดค่าใช้จ่ายค่า
รักษาโรคในระยะยาว และ ส่งผลดีต่อคุณภาพประชากรในอนาคต การศึกษาความรู้ด้านอาหารและโภชนาการใน
ประเทศไทยเป็นการศึกษาเพียงบางตัวแปรที่เกี่ยวข้อง เช่น ความรอบรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ของนักศึกษา⁷ การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร⁸ การพัฒนา
เครื่องมือและการทดสอบคุณสมบัติทางจิตวิทยาของแบบประเมินความรู้ด้านโภชนาการสำหรับวัยรุ่นไทย⁹ นำไปสู่
การศึกษาค้นคว้าและองค์ประกอบความรู้ด้านอาหารและโภชนาการของวัยรุ่นตอนต้น เพื่ออันนำไปสู่การผลักดัน
เชิงนโยบาย การวิจัยต่อเนื่อง และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาความรู้ด้านอาหารและโภชนาการของวัยรุ่น และ
ประยุกต์ใช้ในวัยอื่น และบริบทอื่นๆ อีกด้วย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย (Research design) การวิจัยเชิงคุณภาพ แบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological
Methods) เป็น การวิจัยคุณภาพประยุกต์ (Apply Qualitative Research) เป็นการวิจัยที่มีวัตถุประสงค์ในการหา
ความหมายและองค์ประกอบของความรู้ด้านอาหารและโภชนาการของวัยรุ่นตอนต้น โดยการคัดเลือกบุคคลเข้า
สัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลโดยการกำหนดคุณสมบัติของผู้รู้ไว้ล่วงหน้าตามเกณฑ์ ของ ผู้รู้หลักและผู้มีส่วนร่วมในการให้
ข้อมูล (Key informants and participants)

ผู้รู้หลักและผู้มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล (Key informants and participants)

ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ ด้านความรู้ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 9 คน และได้ข้อมูล
อ้อมตัว การเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ เกณฑ์การคัดเลือก มีคุณสมบัติดังนี้ 1) มีความรู้และประสบการณ์การ
ทำงานด้านโภชนาการอย่างน้อย 5 ปี 2) มีความรู้และประสบการณ์การทำงานด้านความรู้ด้านสุขภาพอย่างน้อย 5 ปี
3) มีความรู้และประสบการณ์การทำงานด้านวัยรุ่น อย่างน้อย 5 ปี เกณฑ์การคัดออก ไม่สามารถตอบข้อคำถามได้ครบ
ทุกข้อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาความรู้ด้านอาหารและโภชนาการของวัยรุ่น ตอนต้น เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึก
(In depth interview form) ประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย 8 ข้อ ตอนที่ 2
เป็นคำถามปลายเปิด โดยมีคำถามหลัก 4 ข้อ และคำถามต่อเนื่อง ดังนี้ 1) ความหมายของความรู้ด้านอาหารและ

โภชนาการของวัยรุ่นตอนต้นตามความรู้และประสบการณ์ของท่านเป็นอย่างไร 2) ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการของวัยรุ่นตอนต้น ตามความรู้และประสบการณ์ของท่านเป็นอย่างไร 3) องค์ประกอบหรือคุณลักษณะของความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการของวัยรุ่นตอนต้น ตามความรู้และประสบการณ์ของท่านเป็นอย่างไร 4) ผลของความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการของวัยรุ่นตอนต้น ตามความรู้และประสบการณ์ของท่านเป็นอย่างไร

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Collecting data)

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังจากโครงการวิจัยได้รับรองตามแนวทางหลัก จริยธรรมการวิจัยในคน เลขที่ COA No.TSU 2023_159 REC No.0390 ลงวันที่ 25 กรกฎาคม 2566 โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยสัมภาษณ์เอง ทั้งสัมภาษณ์ต่อหน้า และทางโทรศัพท์ โดยผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลาที่จะสัมภาษณ์ และอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ความเสี่ยงและประโยชน์ จากการเข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย และให้ผู้วิจัยลงชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย ใช้เวลา สัมภาษณ์ 60 นาที ทั้งนี้จะวิเคราะห์ทันทีหลังจากเก็บข้อมูลเสร็จเป็นรายๆ และวิเคราะห์ต่อเนื่องจนกว่าข้อมูลอิ่มตัว (Saturation of data) หากข้อมูลไม่อิ่มตัวในการสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 จะมีการสัมภาษณ์เพิ่มเติมในประเด็นที่ยังไม่อิ่มตัว จนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) ซึ่งมี 5 ขั้นตอนดังนี้ 1) การจัดระเบียบข้อมูล (preparing and exploring the data for analysis) โดยเริ่มต้นที่การถอดข้อความจากเครื่องบันทึกเสียงที่บันทึกการสัมภาษณ์โดยถอดข้อความคำต่อคำ และจัดพิมพ์ข้อมูลในรูปแบบไฟล์ข้อมูลในคอมพิวเตอร์ ผู้วิจัยอ่านข้อมูลหลายๆ ครั้ง เพื่อมองหาคำที่มีความหมายที่บ่งนัยอยู่ในข้อความ 2) การกำหนดรหัสข้อมูล (coding): ผู้วิจัยจำแนกข้อมูล ออกเป็นหน่วยย่อย โดยใช้การกำหนดรหัสของข้อมูล รวมถึงการกำหนดรหัสชื่อของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา เปรียบเทียบรหัสข้อมูลจากการที่กำหนดรหัสข้อมูลในชุดเดียวกัน เพื่อเป็นการทวนสอบความถูกต้อง 3) การให้ความหมาย ติความของข้อมูล (themes and categories) ผู้วิจัยเชื่อมโยง และให้ความหมายที่ปรากฏอยู่ในข้อความ โดยยึดใจความที่เข้ากันได้เป็นเรื่องหรือแก่นสาระ (theme) เดียวกัน 4) การแสดงข้อมูล จัดกลุ่มข้อมูล (data display) ผู้วิจัยใช้แผนที่ความคิด (Thematic Map) แสดงความ เชื่อมโยงข้อมูลที่จัดระเบียบแล้วเข้าด้วยกันเพื่อบอกความหมายของข้อมูลที่ศึกษา 5) การนำเสนอข้อมูล (representing the data analysis) การนำเสนอข้อค้นพบแยกตามหมวดหมู่ของ แก่นสาระ (themes) และมีการแสดงข้อความสนับสนุนโดยใช้ข้อมูลจากคำพูดของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย (Results)

1.ความหมายความรู้ด้านอาหารและโภชนาการของวัยรุ่นตอนต้น ประกอบด้วย 2 Theme ดังนี้

Theme 1 ความรู้ความเข้าใจด้านอาหารและโภชนาการ

ความสามารถของวัยรุ่นตอนต้นในการระบุหรืออธิบายเกี่ยวกับ อาหารหลัก 5 หมู่ ธงโภชนาการ ปริมาณและสัดส่วนอาหารที่เหมาะสมกับวัย แหล่งที่มาของอาหาร การอ่านฉลากโภชนาการ อาหารปลอดภัย และการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

ดังคำสัมภาษณ์ของหมายเลข 5“ ความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการมีหลายมิติ ส่วนหนึ่งคือความรู้ในธงโภชนาการ ต้องรู้อาหารหลัก 5 หมู่ การ กินอย่างไรให้เหมาะสม กินอย่างไรไม่ให้เป็นโรค อาหารปลอดภัย และต้องรู้แหล่งที่มาของอาหาร กระบวนการผลิตอาหาร”

Theme 2 ทักษะด้านอาหารและโภชนาการ

วัยรุ่นสามารถเตรียมอาหาร ปิ้งอาหาร เลือก และตัดสินใจ รับประทานอาหารที่ดีกับสุขภาพ และเหมาะสมกับวัย รวมทั้งสามารถค้นหาและรับข้อมูล และการจัดการเกี่ยวกับอาหาร

ดังคำสัมภาษณ์ของของหมายเลข 6..... “...การที่วัยรุ่นหาข้อมูลเรื่องอาหารที่เขาจะทาน สามารถที่จะเอาข้อมูลนั้นไปใช้ไม่ว่าจะเป็นการออกแบบวิธีการปรุง หรือว่าการหาเครื่องปรุงมาประกอบกัน หรือข้อมูลเรื่องร้านอาหาร แหล่งอาหารที่เขาจะสามารถแยกแยะได้ว่ามีผลต่อสุขภาพ อย่างไวก่อนที่เขาจะบริโภค...”

2. องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการของวัยรุ่นตอนต้น ประกอบด้วย 3 Theme ดังนี้

Theme 1 ความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการขั้นพื้นฐาน (Functional nutrition literacy)

ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ อาหาร หลัก 5 หมู่ ความรู้เรื่องโภชนาการ โภชนบัญญัติวัยรุ่น ความรอบรู้ คำศัพท์ด้านโภชนาการ อ่านฉลากโภชนาการ ข้อมูลโภชนาการ อาหารเพื่อ สุขภาพ อาหารปลอดภัย ประโยชน์ของโภชนาการที่ดี แหล่งที่มาของธาตุอาหารหลัก กลุ่มอาหาร กระบวนการผลิต การ เตรียม การปรุง และ การบริโภคดังคำสัมภาษณ์ของหมายเลข 5..... “ความรอบรู้ระดับพื้นฐานคือเด็กจะรู้ว่า อาหาร 5 หมู่ อาหารแหล่งโปรตีนมีอะไรบ้าง”

Theme 2 ความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการขั้นปฏิสัมพันธ์ (Interactive nutrition literacy)

ความสามารถในการค้นหา ตีความ ประเมิน ประยุกต์ ใช้ข้อมูลโภชนาการสำหรับการตัดสินใจเลือกอาหาร การวางแผนจัดการ และปฏิบัติได้อย่างถูกต้องดังคำสัมภาษณ์ของหมายเลข 2 “วัยรุ่นค้นหาข้อมูลจากสื่อออนไลน์ เช่น ร้านอาหาร ข้อมูลการรีวิวอาหาร”

Theme 3 ความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical nutrition literacy)ความสามารถในการสังเคราะห์ และจัดการข้อมูลโภชนาการ สามารถสื่อสารข้อมูลการกินเพื่อสุขภาพ เห็นประโยชน์ของการปฏิบัติ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภค ดังคำสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่าง รายที่ 8 “..... “ถ้าวัยรุ่นมีเงินจำนวนจำกัดแต่เลือกซื้ออาหารที่มีประโยชน์มากกว่าอาหารที่เขาอยากรับประทาน”

3.ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการของวัยรุ่นตอนต้น ประกอบด้วย 3 Theme ดังนี้

Theme 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

วัยรุ่นที่มี อายุ เพศ ระดับการศึกษา เศรษฐกิจและสังคม การได้รับความรู้ด้านอาหารและโภชนาการ รายได้ ผู้ปกครอง มีผลต่อการเกิดความรู้ด้านอาหารและโภชนาการดังคำสัมภาษณ์ของหมายเลข 5..... เด็กวัยรุ่นผู้ชายถ้าหิวจะไม่สนอะไรแล้วขอให้ให้อิ่มไว่ก่อน แต่เด็กผู้หญิงจะไม่กล้ากินห่วงความสวยงามกลัวอ้วน”

Theme 2 ปัจจัยด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการเกิดจากการสื่อสาร การเป็นแบบอย่าง ทำสิ่งที่คล้ายๆกัน กับ พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อน ครู บุคลากรสุขภาพดังคำสัมภาษณ์ของหมายเลข 8..... “เพื่อนสำคัญในการตัดสินใจ อย่างเพื่อนกินน้ำอัดลมช่วงแรกที่โรงเรียนเปิดใหม่ๆลูกก็ไม่กินน้ำอัดลม แต่เหมือน ต้องการการยอมรับจากเพื่อน เพื่อนฝากซื้อน้ำหน้าโรงเรียนตัวเองก็กินน้ำอัดลมตามเพื่อน”..

Theme 3 ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

การได้รับข้อมูลจาก สื่อออนไลน์ ร้านค้าในโรงเรียน หลักสูตรการสอน โภชนาการ บริบทของชุมชน วัฒนธรรม ทำให้เกิดความรู้ด้านอาหารและโภชนาการในวัยรุ่นตอนต้น ดังคำสัมภาษณ์ของหมายเลข 4..... “วัฒนธรรมของชาวมุสลิม 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ถ้ามีงานแล้วต้องทำแกงกะทิต้องให้ขึ้นมัน และต้องเลี้ยง น้ำหวาน ถ้าเลี้ยงน้ำเปล่าไม่มีดราม่า”..... “วัยรุ่นชอบรับประทานที่มีแบรนด์ตามแฟชั่น หรือกินแล้วสวย เหมือนดาราที่ชื่นชอบ ซึ่งจะดูจากสื่อออนไลน์”

4.ผลของความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการของวัยรุ่นตอนต้น ประกอบด้วย 5 Theme ดังนี้

Theme 1 สุขภาพดี

วัยรุ่นที่มีความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการทำให้สุขภาพแข็งแรง สามารถเลือกบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ดังคำสัมภาษณ์ 5..... “ถ้าเขามีความรอบรู้เรื่องอาหารเขาก็จะดูแลตัวเองได้อย่างต่อเนื่อง และอาจดูแลครอบครัว คนใกล้ชิดได้”

Theme 2 ทักษะด้านอาหารและโภชนาการ

วัยรุ่นที่มีความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการสามารถ เลือก เตรียม และปรุงอาหารเพื่อสุขภาพ สำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว ดังคำสัมภาษณ์ของหมายเลข 9..... “ กลุ่มวัยเดียวกับลูก สามารถทำกับข้าวได้แล้ว เช่น ต้มไข่ ดาวไข่”.....

Theme 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

วัยรุ่นสามารถเลือกบริโภค และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคได้ถ้ามีความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการ ดังคำสัมภาษณ์ของหมายเลข 5.....” ความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการมีผลต่อพฤติกรรมการกินของเขา เขากินแบบไหนก็เป็นแบบนั้น”.....

Theme 4 อาหารที่ปลอดภัย

ความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการ ส่งผลให้วัยรุ่นได้รับอาหารที่ปลอดภัยไม่เกิดโรคติดเชื้อทางเดินอาหาร และพยาธิ อาหารปราศจากสารปนเปื้อน ดังคำสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างรายที่7..... “เด็กคนหนึ่ง บอกว่าเขาแทบไม่ซื้อร้านนี้ เพราะน้ำมันร้านนี้ดำ”.....

Theme 5 ความยั่งยืนด้านอาหาร

ความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการ ทำให้วัยรุ่นรู้ว่าอาหารควรรับประทานตามฤดูกาล อาหารที่สด และได้จากพืช และไม่แปรรูป ในปริมาณที่เหมาะสม ดังคำสัมภาษณ์ของหมายเลข 3“ได้รู้จักจัดลำดับความสำคัญของอาหารจะรับประทานอาหารที่เน่าเสียยาก่อน”.....

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการของวัยรุ่นตอนต้น หมายถึงการที่วัยรุ่นตอนต้นมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อปฏิบัติในการกินอาหารเพื่อสุขภาพ อาหารหลัก 5 หมู่ ธาตุอาหาร อาหารปลอดภัย ปริมาณและ สัดส่วนอาหารที่เหมาะสมตามวัย การอ่านฉลากโภชนาการ แหล่งที่มาของอาหาร การปรุง การเตรียม การจัดการอาหาร และ มีทักษะ ค้นหา และวิเคราะห์ข้อมูล ตัดสินใจ เลือก รับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และเหมาะสมกับวัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิทนเจนและ แกลเลกอส¹⁰ กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านอาหารหมายถึง ความรู้ทักษะ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวางแผน การจัดการการเลือกการเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเพื่อตอบสนองความต้องการและปริมาณอาหาร ตามที่กำหนด ได้อย่างเหมาะสม ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการของวัยรุ่นตอนต้น 1) ปัจจัยส่วนบุคคล อายุ เพศ ระดับการศึกษา เศรษฐกิจและสังคม การได้รับความรู้ด้านอาหารและโภชนาการ รายได้ ผู้ปกครอง 2) ปัจจัยด้าน ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อน ครู บุคลากรสุขภาพ 3) ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมได้แก่ สื่อออนไลน์ หลักสูตรการสอนโภชนาการในโรงเรียน ร้านค้าในโรงเรียน บริบทของชุมชน วัฒนธรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิญา เพ็ชรศรี¹¹ พบว่า สื่อโฆษณาของอาหารฟาสต์ฟู้ดและอาหารขยะ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคของเด็กวัยรุ่นเรียน เพราะมีความสามารถในการแยกแยะความมีเหตุผลและวุฒิภาวะยังมีไม่เพียงพอ การขอเปลี่ยนแบบและการเอาอย่าง ทำให้เกิดความชื่นชอบมีค่านิยมหรือแฟชั่นการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการของวัยรุ่นตอนต้น ประกอบด้วย 1) ความรอบรู้ด้านอาหารและ

โภชนาการขั้นพื้นฐาน 2) ความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการขั้นปฏิสัมพันธ์ 3) ความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการขั้นวิจารณ์ญาณ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิตเจนและ แกลเลกอส ศึกษาความหมาย และองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านอาหารประกอบด้วย 1)การวางแผนและการจัดการ ได้แก่ จัดลำดับความสำคัญของเงินและเวลาสำหรับอาหาร วางแผนการบริโภคอาหาร อาหารครบถ้วน ตามความต้องการของร่างกาย 2) การเลือก ได้แก่ เลือกอาหารจากแหล่งที่เหมาะสม รู้จักแหล่งที่ผลิต การเก็บและการใช้เลือกอาหารที่มีคุณภาพ 3) การเตรียม ได้แก่ เตรียมอาหารได้ถูกต้อง ส่วนผสม เตรียมอุปกรณ์ได้ 4)การรับประทานอาหาร ได้แก่ เข้าใจว่าอาหารมีผลต่อภาวะสุขภาพ ตระหนักถึงความต้องการอาหารของบุคคลที่เหมาะสม รู้ถึงประโยชน์ของอาหารเพื่อสุขภาพ อาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ปริมาณและความถี่ในการรับประทานอาหาร รู้จักมารยาทในการรับประทานอาหาร ผลของความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการของวัยรุ่นตอนต้น 1) วัยรุ่นมีความรู้และทักษะ แหล่งที่มา สารอาหาร กระบวนการผลิต การเตรียม การปรุง การบริโภคอาหารตามหลักโภชนบัญญัติของวัยรุ่น อาหารปลอดภัย นำไปสู่พฤติกรรมการกินอาหารเพื่อสุขภาพ 2) วัยรุ่นได้รับอาหารที่ปลอดภัย 3) เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพมีร่างกายสมส่วน สอดคล้องกับการศึกษา ไอฮาราและเคสเซอร์^{12,13} พบว่าผลของความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการนำไปสู่พฤติกรรมการกินอาหารเพื่อสุขภาพ การเลือก พัฒนานิสัยการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ เพิ่มคุณภาพอาหาร รับประทานอาหารผักและผลไม้เพิ่มขึ้น ลดการบริโภคขนมขบเคี้ยว ลดอาหารรสหวานและเค็ม ลดการใช้เกลือ ทำให้ลดภาวะเสี่ยงการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านโภชนาการของวัยรุ่นตอนต้นและต่อยอดในการพัฒนาความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการ และเป็นข้อมูลในการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นตอนต้นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพและด้านวัยรุ่น รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องในการทำวิจัยไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. (2559). แนวทางการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ. 2ส. และลดเสี่ยง. นนทบุรี : กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข.
2. Gibbs, H., and Chapman, N.K. (2013). "Establishing content validity for the nutrition literacy assessment instrument," *Prev Chronic Dis.* 10, 109-117.
3. Joulaei H., Keshani P., Kaveh M H. (2018). "Nutrition literacy as a determinant for diet quality amongst young adolescents: a cross sectional study," *Progress in Nutrition.* 20(3), 455-464.
4. GBD. (2017). Diet Collaborators. (2019). Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 Volume 393, Issue 10184, 11–17 May 2019, Pages 1958-1972
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673619300418?via%3Dihub>.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ

6. Norris, A. S., Frongillo, A. E., Black, M. M., Dong, Y., Fall, C., Lampl, M., Liese, D. Angela, Naguib, M., Prentice, A., Rochat, T., Stephensen, B. C., Tinago, B. Ward, A K., Wrottesley, V. G., and Pattont, C. (2022). "Nutrition in adolescent growth and development," *Lancet*. 399, 172–84.
7. รัตนภรณ์ สาสิทธิ์, ศติยา อีวาโนวิช และฉวีวรรณ บุญสุยา. (2565). ความรอบรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภค อาหารของนักศึกษา. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*. 17(1). 28-43.
8. สุกัญญา คณะวาปี และ เกศินี สราญฤทธิชัย. (2565). "ผลของโปรแกรมการพัฒนารอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับโรงเรียน รอบรู้ด้านสุขภาพต่อการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน" *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*. 8 (2), 105-118.
9. ชูหังษ์ ดีเสมอ นพวรรณ เปียชื่อ วันทนา มณีศรีวงศ์กุล พิศสมัย อรทัย. Karen G Schepp. (2020). "การพัฒนาเครื่องมือ และการทดสอบคุณสมบัติทางจิตวิทยาของแบบประเมินความรอบรู้ด้านโภชนาการสำหรับวัยรุ่นไทย". *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*. 20(1), 5-19.
10. Vidgen, H.A.; Gallegos, D. (2014). Defining food literacy and its components. *Appetite*, 76, 50–59.
11. อภิญญา เพ็ชรศรี. (2561). "การวิจัยและพัฒนารูปแบบการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาของธุรกิจอาหารฟาสต์ฟู้ด และ อาหารขยะในเด็กวัยเรียน อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดพิจิตร. *วารสารวิชาการแพทย์*, 32(2), 935-944.
12. Aihara, Y. Minai, J. (2011). "Barriers and catalysts of nutrition literacy among elderly Japanese people,". *Health Promot. Int.* 26, 421–431.
13. Cassar, A.M., Denyer, G.S., O'Connor, H.T., and Giord, J.A. (2018). A qualitative investigation to underpin the development of an electronic tool to assess nutrition literacy in Australian adults. *Nutrients*. 10, 251.

Received: 9 Apr. 2024, Revised: 21 May. 2024

Accepted: 23 May. 2024

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในประชากร
เพศหญิง กลุ่มอายุ 30-70 ปี เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ
อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์

ละออง เชื้อฉุน^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ของประชากรเพศหญิง อายุ 30-70 ปี เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย กลุ่มตัวอย่าง 184 คน เก็บข้อมูล มกราคม - มีนาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย การให้ความรู้ บรรยาย ดูวิดีโอ สานิต ประชุมกลุ่ม กระตุ้นเตือนผ่านไลน์กลุ่ม และแสดงข้อคิดเห็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 56 ปี อายุน้อยที่สุด 30 ปี อายุมากที่สุด 70 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 97.3 สถานภาพส่วนใหญ่มีคู่สมรส ร้อยละ 78.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 75 เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้อุปสรรคและพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ประสิทธิภาพของโปรแกรมสามารถสร้างเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ ข้อเสนอแนะ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความแตกต่างกันอย่างเด่นชัด และควรกระตุ้นเตือนเป็นประจำเพื่อให้เกิดการมีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : ตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE), การสร้างเสริมพฤติกรรม, คัดกรอง, มะเร็งเต้านม

^{1*}พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ, โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ, อ.เฉลิมพระเกียรติ, จ.บุรีรัมย์

*Corresponding author E-mail: Kruekrue18@gmail.com

*Original Article***Effect of a Breast Self-Examination behavior enhancement program of women aged 30 – 70 years in the service area at Chalermprakiat Hospital, Chalermprakiat District, Buriram Province**La-or Chuechoon^{1*}**Abstract**

This quasi-experimental research aimed to study the effect of a Breast Self-Examination behavior enhancement program of women aged 30 – 70 years in the service area at Chalermprakiat Hospital, Chalermprakiat District, Buriram Province. The 184 participants were selected by simple random sampling. The data were collected in January – March 2024 through using questionnaires and analyzed by frequency, mean, percentage, standard deviation, Wilcoxon Signed Rank Test. The Breast Self-Examination behavior enhancement program on fall prevention for 12 weeks that were consisted of an providing knowledge, lecturing, video, demonstration, group discussion, activate of line group and knowledge Sharing. The results showed that most of them were female average age = 56 years, min = 30 years, max = 70 years, 97.3% had an undergraduate, 78.3 had a spouse, 75% is a farmers. Samples have knowledge of breast cancer and BSE, awareness of the risk of developing breast cancer, the perceived severity when developing breast cancer, perceived benefits of breast self-examination, perceived barriers of breast self-examination and have breast self-examination skills found that after the experiment had a higher mean than before experimental with statistical significance ($p < 0.05$). The effect of program can behavior enhancement Breast Self-Examination. Recommendation : perceived susceptibility and perceived barriers for breast self-examination skills found that after the experiment had a higher mean than before experimental and regular reminders should be given to encourage appropriate breast self-examination behavior.

Keyword : Breast Self-Examination (BSE), behavior enhancement, screening, breast cancer

^{1*}Registered Nurse, Professional Level, Chalermprakiat Hospital, Chalermprakiat District, Buriram Province

*Corresponding author E-mail: Kruekrue18@gmail.com

บทนำ

“มะเร็ง” หมายถึง เนื้องอกและเนื้อร้าย โดยมีลักษณะเด่นอย่างหนึ่ง คือ การสร้างเซลล์ที่ผิดปกติ เติบโตได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งสามารถลุกลามไปยังส่วนต่างๆ ของอวัยวะในร่างกายที่อยู่ติดกัน และแพร่กระจายได้ นั่นจึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต โดยในปี 2563 พบสาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งที่พบบ่อย 5 อันดับ (ล้านคน) ได้แก่ ปอด (1.8) ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (0.916) ตับ (0.83) กระเพาะอาหาร (0.769) และเต้านม (0.685)¹ อย่างไรก็ตามยังได้มีการรายงานถึงสาเหตุที่พบได้สูงสุดจากการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งในกลุ่มสตรี นั่นคือมะเร็งเต้านมที่พบมากกว่า 2.3 ล้านรายในแต่ละปี²

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กล่าวว่า มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่เซลล์ผิดปกติบริเวณเต้านม มีการเติบโตอย่างรวดเร็วและก่อตัวเป็นเนื้องอก หากปล่อยทิ้งไว้อาจแพร่กระจายไปทั่วร่างกายและอาจถึงแก่ชีวิตได้ การรักษาจะขึ้นอยู่กับบุคคล ประเภทและการแพร่กระจาย รวมถึงการผ่าตัด ฉายรังสี และใช้ยา ในปี 2563 มีผู้หญิงกว่า 2.3 ล้านคนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม และยังมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้นี้ 685,000 รายทั่วโลก อีกทั้งในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ยังมีผู้หญิงกว่า 7.8 ล้านคน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมจากการสำรวจเมื่อสิ้นปี 2563 ซึ่งทำให้มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบบ่อยแพร่หลายมากที่สุดในโลก จากการคาดการณ์ของ European Cancer Information System (ECIS) ในปี 2563 อุบัติการณ์ในสหภาพยุโรป (EU-28) คาดว่าจะมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ทั้งหมด 404,920 รายในปี 2563³ ดังนั้น เพื่อให้เกิดการตรวจหาหรือค้นหาเพื่อให้พบเจอหรือป้องกันโรคตั้งแต่แรกเริ่ม การตรวจคัดกรองจึงมีส่วนสำคัญในการค้นหาโรคที่แอบแฝงและเป็นภัยเงียบในประชาชน โดยการตรวจคัดกรองนั้น มีจุดมุ่งหมายเพื่อค้นหาบุคคลที่บ่งบอกถึงมะเร็ง หรือก่อนที่จะมีอาการ หรือก่อนเป็นมะเร็ง เมื่อมีการค้นพบความผิดปกติในระหว่างการตรวจคัดกรอง ก็ควรมีการนำผู้ที่ต้องสงสัยมาทำการตรวจวินิจฉัยอย่างละเอียด⁴

การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม หมายถึง การตรวจเต้านมของผู้หญิงเพื่อค้นหาหามะเร็งก่อนที่จะมีอาการ หรืออาการแสดงของโรค ซึ่งแม้ว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมจะไม่สามารถป้องกันมะเร็งเต้านมได้ แต่ก็สามารถช่วยค้นหาหามะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่แรกเริ่ม ซึ่งสามารถรักษาได้ง่ายกว่า⁴ อีกทั้งในปัจจุบันยังมีกระบวนการตรวจคัดกรองทั้งทางด้านคลินิก Clinical breast exam (CBE) และการตรวจคัดกรองด้วยตนเอง Breast self-exam (BSE) ซึ่งในปัจจุบันพบว่าการแมมโมแกรม (Mammography) ยังคงเป็นวิธีหลักที่เลือกใช้ ในขณะที่การตรวจคัดกรองด้วยตนเองยังพบน้อย⁵ แม้ว่าสถาบันต่างๆ จะไม่แนะนำ แต่การทำ BSE ยังมีความจำเป็นในผู้หญิงที่อยู่ประเทศกำลังพัฒนา เนื่องจากเครื่องมือแมมโมแกรมสำหรับการตรวจคัดกรองนั้นมีข้อจำกัด อย่างไรก็ตาม ควรดำเนินการตามความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของสังคมในแต่ละประเทศ⁶

สถานการณ์ของโรคมะเร็งเต้านมในประเทศไทย ถือเป็นมะเร็งที่พบบ่อย และพบได้บ่อยเป็นอันดับ 1 ในผู้หญิงไทยและทั่วโลก ในปี 2564 พบอุบัติการณ์การเกิดในผู้ป่วยใหม่ ประมาณ 12% พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ผู้ชายมีโอกาสพบได้ 1% หากตรวจพบในระยะเริ่มต้น มีโอกาสรักษาหายและอัตราการรอดชีวิตสูง⁷ อีกทั้งในปี 2565 พบว่า ผู้หญิงไทยเป็นมะเร็งเต้านมมากที่สุด จำนวน 38,559 คน โดย 3 อันดับช่วงอายุที่พบบ่อยที่สุด คือ ผู้หญิงอายุ 60 ปีขึ้นไป (19,776 คน) ผู้หญิงอายุ 50-59 ปี (12,181 คน) และอายุ 40-49 ปี (5,177 คน) แสดงให้เห็นว่าโรคมะเร็งเต้านมเป็นภัยเงียบใกล้ตัว เนื่องจากในระยะแรกของการเป็นมะเร็งเต้านมจะไม่แสดงอาการ ไม่เจ็บ ไม่ปวด จะปรากฏอาการผิดปกติให้เห็นเมื่ออยู่ในระยะที่ก้อนมะเร็งมีการอักเสบ และลุกลามไปทั่วแล้ว ซึ่งเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงมาก^{10,11} นอกจากนั้น ปี 2565 ได้มีข้อมูลสถิติจากทะเบียนมะเร็งประเทศไทย โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า ร้อยละของมะเร็งที่พบบ่อย 5

อันดับแรกในหญิงไทย ได้แก่ มะเร็งเต้านม (34.2) มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (13.3) มะเร็งตับละต่อน้ำดี (12.2) มะเร็งปอด (11.5) และมะเร็งปากมดลูก (11.1)¹⁰ ซึ่งมะเร็งเต้านมถือเป็นโรคมะเร็งที่พบมากที่สุดในประชากรหญิงไทย

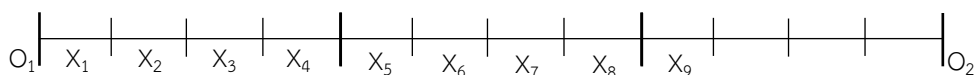
จากฐานข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ (Health Data Center : HDC) กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม 3 อันดับแรก ย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปี 2564 ถึง 2566 พบผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมากที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 7 ปี รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ 9 และเขตสุขภาพที่ 4¹¹ โดยในเขตสุขภาพที่ 9 นั้น ติดอันดับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมากที่สุด 3 อันดับของเขต และยังพบว่าแนวโน้มเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมสุขภาพและการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านมในประชากรเพศหญิงก็เป็นแนวทางที่สำคัญในการลดอุบัติการณ์มะเร็งเต้านม นอกจากนี้วิธีการ การส่งเสริมสุขภาพ การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ในประชากรหญิงไทยทั่วไปและกลุ่มที่เสี่ยงจึงเป็นแนวทางที่สำคัญในการป้องกันและรักษาโรคมะเร็งเต้านมที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขอย่างมาก¹²

โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ ได้มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมจำนวน 2 ราย โดยทั้ง 2 รายนั้น ไม่มีอาการแสดงมาก่อน แต่พบจากการคัดกรองโดยปฐมภูมิและองค์กรรวม อีกทั้งยังพบว่า กลุ่มเป้าหมายยังขาดความรู้เรื่องของมะเร็งเต้านม และไม่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ที่เพียงพอ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model)²⁰ ที่ได้อธิบายถึงการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค อย่างน้อยที่สุดโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตพอสมควร การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีกับเขา ช่วยลดโอกาสเสี่ยง ลดความรุนแรงของโรคนั้นๆ และการปฏิบัติตัวนั้น ไม่ควรเป็นอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัว ออกแบบเป็นโปรแกรม โดยวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ของประชากรเพศหญิงอายุ 30-70 ปี เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่เหมาะสม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบเป็น การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) หนึ่งกลุ่ม ทำการทดสอบก่อน และ หลัง การทดลอง

รูปแบบการวิจัย



กำหนดให้

O₁ หมายถึง นัดหมายกลุ่มตัวอย่างมารวมกัน เพื่อชี้แจงและเก็บข้อมูลก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

O₂ หมายถึง นัดหมายกลุ่มตัวอย่างมารวมกัน และเก็บข้อมูลหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

X₁ หมายถึง สัปดาห์ที่ 1 นัดหมายกลุ่มตัวอย่างมารวมกัน บรรยายเพื่อให้ความรู้เรื่องของมะเร็งเต้านมและการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ประกอบไปด้วยการบรรยาย 30 นาที การชี้ให้เป็นถึงการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์จากการป้องกัน และอุปสรรคจากการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ใช้เวลา 30 นาที โดยการใช้สื่อ

รูปภาพ และการเปิดสื่อวิดีโอเกี่ยวกับการรักษามะเร็งเต้านม ให้กลุ่มตัวอย่างรับชม 30 นาที ใช้เวลารวม 1.30 ชั่วโมง และให้กลุ่มตัวอย่างเข้า Line group เพื่อติดต่อสื่อสาร

X₂ หมายถึง สัปดาห์ที่ 2 กระตุ้นโดยส่ง one-page ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม 1 ครั้ง

X₃ หมายถึง สัปดาห์ที่ 3 กระตุ้นโดยส่ง one-page การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม 1 ครั้ง

X₄ หมายถึง สัปดาห์ที่ 4 กระตุ้นโดยส่ง one-page ประโยชน์การตรวจเต้านมและอุปกรณ์การตรวจเต้านมด้วยตนเอง 1 ครั้ง

X₅ หมายถึง สัปดาห์ที่ 5 นักกลุ่มตัวอย่างมารวมกลุ่มและติดตามผล เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเป็นการทบทวนความรู้ที่ได้รับ โดยประเมินจากการถามตอบ และเสริมความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์จากการป้องกัน และอุปสรรคจากการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง กระตุ้นการสร้างเสริมพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE) โดยการเปิดวิดีโอสาธิตการตรวจเต้านมให้กลุ่มตัวอย่างดู และสาธิตโดยผู้วิจัย ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง และให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย 30 นาที ใช้เวลารวม 2.30 ชั่วโมง

X₆ หมายถึง สัปดาห์ที่ 6 กระตุ้นโดยส่ง one-page ขั้นตอนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 1 ครั้ง

X₇ หมายถึง สัปดาห์ที่ 7 กระตุ้นโดยส่งวิดีโอการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง 1 ครั้ง

X₈ หมายถึง สัปดาห์ที่ 8 กระตุ้นโดยส่ง one-page การตรวจพบสิ่งผิดปกติที่สงสัยว่าอาจส่งผลกระทบต่อความเป็นมะเร็งเต้านม 1 ครั้ง

X₉ หมายถึง สัปดาห์ที่ 9 นักกลุ่มตัวอย่างมารวมกลุ่มและติดตามผล เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเป็นการทบทวนความรู้ที่ได้รับตั้งแต่เริ่มเข้าร่วมโปรแกรม และสาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเองอีกครั้งโดยผู้วิจัย ใช้เวลา 30 นาที และให้กลุ่มตัวอย่างบอกถึงปัญหาที่พบภายหลังจากได้ดูสื่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ใช้เวลา 30 นาที ใช้เวลารวม 1 ชั่วโมง ทำการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างมารวมกลุ่มกันอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 12 เพื่อประเมินผลหลังการทดลอง

ประชากรที่ศึกษา คือ ประชากรเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 30-70 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 1,017 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากรกรณีประชากรมีขนาดเล็ก (ใช้เมื่อมีจำนวนประชากรจำกัด)¹³ ได้กลุ่มตัวอย่าง 149 คน เพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตาม จึงได้มีการคำนวณปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา โดยใช้สูตรปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง¹³ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 184 คน

สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนรายชื่อของประชากรเพศหญิงที่มีอายุ 30 – 70 ปี ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดบุรีรัมย์ จากฐานข้อมูล HDC¹¹ โดยการทำสลากหมายเลขตามทะเบียนรายชื่อ แล้วจับสลากจนได้รายชื่อครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

- 1) ประชากรเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 30-70 ปี
- 2) มีความประสงค์เข้าร่วมหรือประสงค์เป็นอาสาสมัครในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง
- 3) อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์
- 4) มีโทรศัพท์มือถือและอินเทอร์เน็ต
- 5) มีความสามารถด้านการอ่านออก เขียนได้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามโปรแกรมกิจกรรม
- 2) บุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม

เกณฑ์การถอนผู้เข้าร่วมการวิจัยหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Withdrawal or termination criteria)

- 1) โยเกย้ายถิ่นฐาน หรือที่อยู่อาศัยขณะเข้าร่วมวิจัย
- 2) เกิดความไม่สบายกาย ไม่สบายใจ ขณะเข้าร่วมวิจัย
- 3) เกิดความผิดปกติ หรือผลกระทบใดๆ จากการเข้าร่วม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรม ประกอบด้วย สื่อแผ่นภาพ วิดีทัศน์ โอน์แอพพลิเคชัน รูปภาพ one-page (ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ อุปสรรคจากการป้องกันโรค และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง)

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในประชากรเพศหญิง กลุ่มอายุ 30-70 ปี เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating scale) และแบบตรวจสอบรายการ (Check list) ที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีคำถาม 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ จำนวน 4 ข้อ และส่วนของประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่ เคยเป็นมะเร็งเต้านมข้างใดข้างหนึ่ง? เคยเป็นก้อน Cyst ที่เต้านม มีการแบ่งตัวของเซลล์ที่ผิดปกติ? มีมารดา พี่สาว น้องสาว เป็นมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งรังไข่? มีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 35 ปี? ไม่มีบุตร? รับประทานยาคุมกำเนิดมากกว่า 10 ปี? จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) โดยให้เลือกเติมในคำตอบที่เหมาะสมและตรงกับลักษณะของผู้ตอบมากที่สุด

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัย เลือกคำตอบ 4 ตัวเลือก ก ข ค และ ง โดยเลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว หากเลือกคำตอบถูกต้องจะได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน มีคะแนนเต็ม 10 คะแนน

เกณฑ์คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ พิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของ Best¹⁴ ได้แก่ ต่ำ (00.00 – 3.33) ปานกลาง (3.34 – 6.66) และสูง (6.67 – 10.00)

ส่วนที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 25 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 7 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรค 6 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค 7 ข้อ และ อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 5 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวม 100 คะแนน

เกณฑ์คะแนนในข้อความเชิงบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) เห็นด้วย (3 คะแนน) และ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน)

เกณฑ์คะแนนในข้อความเชิงลบ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (3 คะแนน) และไม่เห็นด้วยเป็นอย่างยิ่ง (4 คะแนน)

เกณฑ์คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ พิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของ Best¹⁴ ได้แก่ ต่ำ (25.00 – 50.00) ปานกลาง (51.00 – 75.00) และสูง (76.00 – 100.00)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) จำนวน 11 ข้อ โดยในข้อแรกมีข้อความถาม ท่านเคยตรวจเต้านมด้วยตนเองหรือไม่? ลักษณะคำตอบคือ ตรวจ กับ ไม่ตรวจ หากตอบตรวจ จะต้องตอบข้อความข้อ 2-11

ต่อไป แต่หากตอบ ไม่ตรง ให้สิ้นสุดการตอบคำถามส่วนที่ 4 ซึ่งข้อความข้อที่ 2-10 เป็นการถามเกี่ยวกับวิธีการตรวจหาสิ่งผิดปกติที่ตรวจพบขณะตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 9 ท่า โดยให้เลือกตอบ ปฏิบัติ และ ไม่ปฏิบัติ

เกณฑ์คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ พิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของ Best¹⁴ ได้แก่ ต่ำ (0.00 – 3.00) ปานกลาง (4.00 – 6.00) และสูง (7.00 – 9.00)

และคำถามข้อสุดท้ายคือ ท่านมีความผิดปกติอื่นๆ หรือไม่? หากพบความผิดปกติ โปรดระบุความผิดปกติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแบบสอบถามจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ โรงเรียนแพทย์รามาริบัติ สถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล นายแพทย์ชำนาญการ แพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรม โรงพยาบาลนางรอง อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ และ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานด้านปฐมภูมิและองค์กรร่วม โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความถามและวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence : IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ทดลองใช้กับ ประชากรเพศหญิง อายุ 30 – 70 ปี เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบุตาพวง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 ราย โดยแบบทดสอบความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.71 และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 0.81 การรับรู้ความรุนแรงของโรค 0.72 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค 0.71 อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 0.73 และพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE) 0.72

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารรับรองเลขที่ BRO 2024-034 ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา หรือมารับบริการยังสถานพยาบาล โดยข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาจะไม่มีการนำเสนอเฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคล แต่จะนำเสนอโดยภาพรวม และภายหลังจากที่สรุปผลการวิจัยเสร็จสิ้นเอกสารเหล่านั้นจะถูกนำไปทำลาย

การรวบรวมข้อมูล ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ มีกิจกรรมดังนี้

1) การนัดประชุมกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างหรือเข้าร่วมวิจัยทุกท่านมารวมกัน เพื่อชี้แจง หรือบรรยายเป็นหมู่คณะ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์จากการป้องกันโรค และอุปสรรค รวมถึงส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) โดยการสาธิตการทำให้เห็นภาพผ่านสื่อแผ่นภาพ และวิดีโอ และให้กลุ่มตัวอย่างเข้า Line group เพื่อติดต่อสื่อสารกันเป็นหมู่คณะ โดยก่อนการจัดกิจกรรมจะมีการให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามก่อนการทดลอง

2) การกระตุ้นโดยการส่งรูปภาพ one-page ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์จากการป้องกันโรค อุปสรรค และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ตามลำดับ เข้าไปในกลุ่มไลน์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้อย่างต่อเนื่อง

3) การนัดประชุมกลุ่ม เพื่อแสดงความคิดเห็น เสริมสร้างพลังและความตระหนัก เพื่อให้เกิดความตระหนัก และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

4) ติดตามและประเมินผลหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ และคัดเลือกเอาเฉพาะชุดที่สมบูรณ์ มาใช้โปรแกรมประมวลผลทางสถิติแบบสำเร็จรูป ซึ่งผู้วิจัยได้ กำหนดระดับนัยสำคัญในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequencies) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่ามากที่สุด (Max) ค่าน้อยที่สุด (Min) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation : SD) สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบคะแนนความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และ พฤติกรรม ก่อนและหลังการทดลองใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูล (Kolmogorov & Smirnov) พบว่า ข้อมูลชุดนี้ $p < 0.01$ ข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ จึงเลือกใช้สถิติที่ใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีอายุเฉลี่ย 56 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 8.84 อายุุน้อยที่สุด 30 ปี อายุมากที่สุด 70 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 97.3 รองลงมา คือ ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 2.7 สถานภาพส่วนใหญ่มีคู่สมรส ร้อยละ 78.3 รองลงมา คือ สถานะโสด ร้อยละ 12.5 และหย่าร้าง ร้อยละ 9.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 75.0 รองลงมา คือ แม่บ้าน ร้อยละ 13.0 และอื่นๆ (รับจ้าง ค้าขาย และรับราชการ) ร้อยละ 12

ประวัติการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่เคยเป็นมะเร็งเต้านมข้างใดข้างหนึ่งมาก่อน ร้อยละ 100 เคยเป็นก้อน Cyst ที่เต้านม ร้อยละ 1.6 มีมารดา พี่สาว น้องสาว เป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 3.3 มีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 35 ปี ร้อยละ 7.1 ไม่มีบุตร ร้อยละ 9.2 และรับประทานยาคุมกำเนิดมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 14.1

ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบ คะแนนความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ก่อน และหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนเข้าโปรแกรม	Mean difference	หลังเข้าโปรแกรม	p-value
ความรู้				
Mean, SD	5.17, 1.52	-2.23	7.40, 1.64	<0.001*
พิสัย (min, max)	7 (2, 9)		7 (3, 10)	
ความเชื่อด้านสุขภาพ				
การรับรู้โอกาสเสี่ยง				
Mean, SD	18.89, 3.17	-1.70	20.59, 2.56	<0.001*
พิสัย (min, max)	20 (8, 28)		18 (10, 28)	
การรับรู้ความรุนแรง				
Mean, SD	18.02, 2.49	-0.67	18.69, 2.49	0.044*
พิสัย (min, max)	17 (7, 24)		16 (8, 24)	
การรับรู้ประโยชน์				
Mean, SD	21.48, 2.66	-0.47	21.95, 2.56	0.049*

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 56 ปี อายุน้อยที่สุด 30 ปี อายุมากที่สุด 70 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 97.3 สถานภาพส่วนใหญ่มีคู่สมรส ร้อยละ 78.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 75.0

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ผลการวิจัยความรู้หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยความรู้ที่ได้รับในกิจกรรมประชุมกลุ่ม บรรยาย วิดีทัศน์ และการใช้กลุ่มไลน์ เพื่อส่งความรู้ในรูปแบบข้อความ หรือ one-page จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างถูกกระตุ้นเตือนเป็นระยะ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ และนวรรตน์ โกมลวิภาต¹⁵ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยใช้การบรรยายผ่านสื่อเพาเวอร์พอยท์ การรับชม วิดีทัศน์ สาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และยังสอดคล้องกับ วชิรวิทย์ หวังมัน และคณะ¹⁶ คะแนนความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อความสะดวกและง่ายต่อการเข้าถึงข้อมูลสำหรับผู้ที่ใช้สมาร์ทโฟน อีกทั้ง ถนอมศรี อินทนนท์ และรุจิรา อำพันธ์¹⁷ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30 - 70 ปี ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปรือใหญ่ อำเภอบางบาล จังหวัดสุโขทัย พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน พบว่า ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม และการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมและการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับความรู้ และปัจจัยใดที่เป็นโอกาสเสี่ยงทำให้เกิดมะเร็งเต้านมได้ โดยข้อมูลในการบรรยายที่อยู่ในโปรแกรมมีทั้งข้อมูลที่เห็นภาพชัดเจน (ความรุนแรงของโรค) หรือแม้แต่การยกตัวอย่าง จึงทำให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและเกิดความตระหนักในการป้องกันตนเอง รวมถึงเป็นการจัดอุปสรรคที่อาจทำให้ปล่อยปะละเลยต่อการเฝ้าระวังการเกิดมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง สอดคล้องกับ น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ และนวรรตน์ โกมลวิภาต¹⁵ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าภายหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้และตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น และสอดคล้องกับ ธนัสมณท์ ภาณุพรพงษ์¹⁷ พบว่า ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองในการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรี จังหวัดนครราชสีมา โดยอาศัยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีเพศหญิงอายุตั้งแต่ 30 - 70 ปี มีผลการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ ภายหลังจากการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Shakeri, M. and et al¹⁸ ผลของแอปพลิเคชันสมาร์ตโฟนต่อสมรรถภาพสตรีและความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรีที่เมือง jahrom ในประเทศอิหร่าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้อุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับน้ำอ้อย ภักดีวงศ์ และนวรรตน์ โกมลวิภาต¹⁵ ธนัสมณท์ ภาณุพรพงษ์¹⁷ ที่ได้ศึกษาและประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) พบว่า มี

ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และการกระตุ้นผ่านสื่อสังคมออนไลน์ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังสอดคล้องกับ Wondmu, K. and et al¹⁹ ที่ได้ศึกษาการให้ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัย Debre Markos ทางตะวันตกเฉียงเหนือของเอธิโอเปีย พบว่า ความรู้ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้ง 4 ด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($p < 0.05$) อีกทั้งคะแนนพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองยังเพิ่มขึ้น 2.26 คะแนน หลังจากเข้าร่วมการทดลอง

สรุป ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในประชากรเพศหญิง กลุ่มอายุ 30-70 ปี เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการวิจัย พบว่า ความรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้ง 4 ด้าน และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และประสิทธิภาพของโปรแกรมสามารถสร้างเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้สอดคล้องกับ Rosenstock²⁰ ที่ได้อธิบายถึงการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะต้องทำให้บุคคลเหล่านั้นรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคต่อการป้องกันโรค จึงจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านต่างๆ และพฤติกรรมที่ดีขึ้นหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความแตกต่างกันอย่างเด่นชัด คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 9 พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งไม่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ดังนั้น จึงควรมีการกระตุ้นเตือนเป็นประจำเพื่อให้เกิดผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในประชากรเพศหญิงเพิ่มมากขึ้น

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) หนึ่งกลุ่ม (ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ) วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอาจทำให้ได้ผลที่ไม่ชัดเจน เนื่องจากส่วนของความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมและประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองนั้นถึงจะมีความแตกต่างกันแต่คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมถือว่ามีความใกล้เคียงกันค่อนข้างมาก ทำให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างทราบความรุนแรงและประโยชน์ แต่ยังคงขาดพฤติกรรมในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์และสนับสนุนในการเก็บข้อมูล ในเขตรับผิดชอบอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ อีกทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ที่สละเวลาตรวจสอบเครื่องมือ แนะนำระเบียบวิธีวิจัย และชี้แนะแนวทางในการทำงานวิจัยเรื่องนี้ดำเนินการจนเสร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Cancer (ออนไลน์), สืบค้นเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2567. จาก. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>. 2023.

2. World Health Organization (WHO). Breast cancer (ออนไลน์), สืบค้นเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2567. จาก. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>. 2023.
3. ECIS—European Cancer Information System. (n.d.). Incidence and mortality estimates 2022 (ออนไลน์), สืบค้นเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2567. จาก. <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>
4. Centers for Disease Control. Breast Cancer (ออนไลน์), สืบค้นเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2567. จาก. https://www.cdc.gov/cancer/breast/basic_info/screening.htm.2023.
5. Elmore, J. G., Armstrong, K., Lehman, C. D., & Fletcher, S. W. "Screening for breast cancerW. Jama, 293(10), 1245-1256. 2005.
6. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ข้อเสนอแนะการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (พิมพ์ครั้งที่ 1). สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.2565.
7. โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์. มะเร็งเต้านมพบได้บ่อยเป็นอันดับ 1 ในผู้หญิงไทยและทั่วโลก (ออนไลน์), สืบค้นเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2567. จาก. <https://www.bumrungrad.com/th/health-blog/october-2021/breast-cancer-awareness-month.2565>.
8. ไทยรัฐออนไลน์. สถิติไทยพบหญิงไทยพบเป็นมะเร็งเต้านมมากที่สุด (ออนไลน์), สืบค้นเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2567. จาก. <https://www.thairath.co.th/news/local/2654161.2566>.
9. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กรมอนามัย เผยหญิงไทยป่วยมะเร็งเต้านมสูงสุด แนะนำตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน (ออนไลน์), สืบค้นเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2567. จาก. <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/140366/.2566>.
10. โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 9 แอร์พอร์ต. (ม.ป.ป.). สถิติโรคมะเร็ง ประเทศไทย (ออนไลน์). สืบค้นเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2567. จาก. <https://ch9airport.com/th/>
11. ฐานข้อมูล HDC. อัตราป่วยโรคมะเร็งเต้านมต่อประชากร (ออนไลน์). สืบค้นเมื่อ 4 กุมภาพันธ์ 2567. จาก. <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php.2557>.
12. ภรณ์ เหล่าอิทธิ และ นภา ปริญญานิติกุล. มะเร็งเต้านม : ระบาดวิทยา การป้องกันและแนวทางการตรวจคัดกรอง. จุลสารกรรมเวชสาร. 2559.ก.ย. – ต.ค.; 60(5): 497 – 507
13. อรุณ จิรวัฒน์กุล. ชีวสถิติ. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.2551.
14. Best JW. Research in Education. 3 . 3 . 3 rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall Inc; 1977.
15. น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ และนวรรตน์ โกมลวิภาต. ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาหญิงที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง. วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.2561;7(1), 57-70.
16. วัชรวิทย์ หวังมัน, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และทิพย์ฉมพร เกษโกมล. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองร่วมกับ แอปพลิเคชันไลน์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์.2564;11(1), 1-14.
17. ธนัสมณต์ ภาณุพรพงษ์. ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองในการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรี จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ นักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.2564;7(1), 140-157.

18. Shakery, M., Mehrabi, M., & Khademian, Z. The effect of a smartphone application on women's performance and health beliefs about breast self-examination: a quasi-experimental study. *BMC medical informatics and decision making*.2021;21(1), 248.
19. Wondmu, K. S., Tessema, M. T., Degu, G., Mihiret, G. T., & Sinshaw, M. T. Effect of breast cancer education based on the health belief model on knowledge, health belief, and breast self-examination among female students of Debre Markos University, Northwest Ethiopia, in 2021. *Frontiers in oncology*.2022;12, 1034183.
20. Rosenstock, M. I., Strecher, V. J., & Becker, M. H. Social learning theory and health belief model. *Health Education Quarterly*.1988;15(2), 75-138.

Received: 3 May. 2024, Revised: 28 May. 2024

Accepted: 30 May. 2024

บทความวิจัย**ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็ง
เต้านมด้วยตนเอง ในผู้หญิงวัยผู้ใหญ่บ้านเขียบ ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม**ชนิษฐา แสงคำ¹ ศิริภัทร์ โคตรสีวงษ์² สมัทนา กลางคาร³ รุจิรา โนนสะอาด^{4*}**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของหญิงไทยอายุ 20-59 ปี บ้านเขียบ ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม โดยประชากรเพศหญิงอายุ 20-59 ปี จำนวน 148 คนที่เข้าร่วมวิจัย จะถูกเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลทั้งหมดจะถูกวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติทดสอบไคสแควร์ และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 31.1 ของกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 50 – 59 ปี มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากที่ร้อยละ 62.2 และการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลางที่ร้อยละ 63.5 เมื่อทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้กับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ในขณะที่ความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 มิติ พบมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองที่ระดับ $p < 0.01$ จากการศึกษาพบว่าการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่จะสนับสนุนให้ประชาชนตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น นำไปสู่การตรวจพบโรคหรือการเกิดโรคในระยะเริ่มต้น และเข้าสู่ขั้นตอนการรักษาโรคได้อย่างรวดเร็ว

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม^{2,4*} อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม³ รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Corresponding author E-mail : Rujira.n@msu.ac.th

Original Article

The Relationship between Health Literacy and Self-screening Behavior on Breast Cancer in Women, Ban Kiap, Kham Riang, Kantharawichai, Mahasarakham Province

Kanittha Saengkhram¹ Sirapat Khodseewong²Sumattana Glangkarn³ Rujira Nonsa-ard^{4*}

Abstract

This study was a cross-sectional study, aimed to investigate the health literacy on breast cancer self-screening behavior and its relationship among Thai women aged 20-59 years old, Ban Kiap, Kham Riang Subdistrict, Kantharawichai District. Mahasarakham Province. The 148 Thai women aged between 20-59 years old were recruited into the study. The data was conducted by using a questionnaire. All data were analyzed by using descriptive and inferential statistics, including the chi-square test and Pearson correlation coefficient. The results found that 31.1 percent of the sample was between 50 and 59 years old. Their health literacy was at a high level at 62.2 percent and breast cancer self-screening was at a moderate level at 63.5 percent. The relationship between age, marital status, education level, occupation, and average income were showed no statistically significant relationship with breast cancer self-screening ($p > 0.05$). While health literacy in all 6 dimensions was found positive significant related to breast cancer self-screening ($p < 0.01$). The study found that promoting people's health literacy is an important factor that could encourage Thai women to screen themselves for breast cancer. This leads to discovering the disease and the possibility of developing breast cancer at the early stage, consequence to early treatment process.

Keywords: health literacy, breast cancer self-screening

บทนำ

โรคมะเร็งเต้านมเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก พบได้บ่อยและยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุดของผู้หญิง องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ได้คาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2573 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 2.74 ล้านราย มีผู้เสียชีวิต 857,000 รายต่อปี และเพิ่มสูงขึ้นเป็น 3.19 ล้านราย และเสียชีวิต 1.04 ล้านรายภายในปี พ.ศ. 2583¹ เป็นที่น่าสนใจว่ากว่าอัตราการเกิดโรคมะเร็งเต้านมนี้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในหลายประเทศรวมถึงประเทศไทย ในประเทศไทยมะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในผู้หญิง และยังมีแนวโน้มของอัตราการเกิดของโรคที่สูงเมื่อเทียบกับโรคมะเร็งทั้งหมดในผู้หญิงไทย โดยตั้งแต่ในปี พ.ศ. 2555 จนถึงปี พ.ศ. 2568 พบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มมากขึ้นเฉลี่ยประมาณร้อยละ 3.1 ต่อปี²

จากคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (HDC) ของเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งประกอบไปด้วย 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคาม จังหวัดกาฬสินธุ์ และจังหวัดร้อยเอ็ดในปี 2566 มีอัตราป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมอยู่ที่ร้อยละ 0.46 0.30 0.27 0.05 ตามลำดับ จากข้อมูลข้างต้นพบว่าอำเภอกันทรวิชัยในปี 2562-2566 มีอัตราป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านม อยู่ที่ร้อยละ 0.27 0.31 0.32 0.33 0.32 ตามลำดับ และพบว่าบ้านเขียบมีอัตราป่วยเป็นมะเร็งเต้านมอยู่ที่ร้อยละ 0.63 0.63 0.65 0.65 0.64 ตามลำดับ³

การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self-Examination : BSE)⁵ แบ่งออกได้เป็น 2 ส่วน คือ 1) การสังเกต โดยสังเกตดูขนาดรูปร่างลักษณะและการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังทุกส่วนของเต้านม เช่น ย่น บวม หรือมีการดิ่งรั้ง รวมทั้งความผิดปกติของหัวนม เช่น มีคราบเกาะ มีการดิ่งรั้งจนเปลี่ยนทิศทาง โดยปกติเต้านมทั้งสองข้างจะมีขนาดเท่ากัน มีส่วนนูนโค้งเหมือนกัน 2) การคลำ เพื่อให้รู้สึกถึงธรรมชาติของเต้านมของเรา เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงจะสังเกตและรู้สึกได้ง่าย บริเวณที่จะต้องคลำเริ่มจากใต้แขนถึงบริเวณขอบเสื้อชั้นในด้านล่าง ใต้แขนข้ามมาถึงกระดูกกลางชั้นไปถึงบริเวณไหปลาร้ากลับมาถึงรักแร้

จากอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมนั้น พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักจะมาพบแพทย์เมื่อคลำเจอก้อนในเต้านมซึ่งร้อยละ 80 ของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมคลำพบก้อนได้ด้วยตนเอง และประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมักจะมาพบแพทย์เมื่อมีการแพร่กระจายของโรคไปสู่วัยวะอื่น ๆ แล้วทำให้ยากแก่การรักษาให้หายขาดหรือมีผลต่อการรอดชีวิต⁴ ดังนั้นการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองนั้นจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อการรักษาในระยะเริ่มต้น

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ อันมีนิยามว่า เข้าถึง เข้าใจ และนำไปใช้ และ/หรือทักษะต่าง ๆ ทางความรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ ความสามารถของปัจเจกบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูล ในวิธีต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น โดยความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพมีองค์ประกอบที่สำคัญ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ⁶ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงนั้น จะส่งผลให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่มากขึ้น อีกทั้งการที่บุคคลมีระดับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะส่งผลดีต่อการตัดสินใจในการเข้ารับการคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมอีกด้วย⁷

แม้จากข้อมูลจะพบว่าประชากรเพศหญิงที่อาศัยอยู่บ้านเขียบทั้ง 3 หมู่ มีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองในปี 2567 ถึงร้อยละ 82.35 90.36 88.33 ตามลำดับ³ แต่ยังคงขาดการปฏิบัติที่สม่ำเสมอและอาจจะไม่มั่นใจในวิธีที่ปฏิบัติ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในกลุ่มประชากรเพศหญิงบ้านเขียบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการ

ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของหญิงไทยอายุ 20-59 ปี บ้านเขียบ ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลในการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ผู้ศึกษาใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional Descriptive study) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 531-560/2566 เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2566 และดำเนินการศึกษาหาข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึง วันที่ 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การศึกษานี้ คือ เพศหญิงอายุ 20-59 ปี ในบ้านเขียบ ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 148 คน โดยใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบประมาณค่าสัดส่วนกรณีทราบจำนวนประชากร⁸ และสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มแบบชั้นภูมิตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละหมู่บ้านและสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน และมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ ผู้หญิงที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปีบริบูรณ์ เป็นผู้ที่มีชื่อในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่จริงในบ้านเขียบ หมู่ 3, หมู่ 17 และหมู่ 22 ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม เป็นผู้ที่ย่านออก เขียนได้ ผู้ที่ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย และมีเกณฑ์คัดออก ดังนี้ ผู้ที่ขอลอนตัวในระหว่างทำการวิจัย

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ สร้างโดยการประยุกต์มาจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน⁹ จากกองสุขศึกษาโดยการประยุกต์จากแบบประเมินในส่วนที่ 2⁹ สมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเองประยุกต์จากมูลนิธิธันยรักษ์⁹ พระราชประสงค์ของสมเด็จพระเจ้า ในส่วนของการบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง¹⁰ และพัฒนาเครื่องมือตามกรอบแนวคิดของการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม โดยแบ่งคำถามออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 24 ข้อ และส่วนที่ 3 การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 12 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยการให้สูตรคำนวณค่าอันตรภาคชั้นของบุญชม ศรีสะอาด¹¹

เครื่องมือถูกตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยค่าความเที่ยงตรงของข้อคำถาม (Index of Item Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.50 – 1.00¹¹ และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ 0.925 และการป้องกันมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ 0.747

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั้งหมดถูกวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ค่าแจกแจงความถี่ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อนำมาใช้วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร และสถิติเชิงอนุมาน

เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรและความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของไคสแควร์ Chi-square และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน Pearson Correlation ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

ลักษณะประชากร

ผลการศึกษาพบว่าประชากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 31.1 มีอายุในช่วง 50 – 59 ปี ร้อยละ 41.9 มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 60.1 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 28.4 มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีขึ้นไป ในส่วนของอาชีพและรายได้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 28.4 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนในช่วง 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 56.8 นอกจากนี้การศึกษานี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองมากถึงร้อยละ 97.3 และมีญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมเพียงร้อยละ 2.0

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การศึกษานี้พบว่าในเพศหญิงอายุ 20-59 ปี บ้านเขียบ ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในทั้ง 6 มิติ อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายมิติ พบว่ามีความรอบรู้ในระดับมากในด้านความรู้ความเข้าใจมากที่สุด (ร้อยละ 73.0) รองลงมาคือด้านการจัดการตนเอง (ร้อยละ 71.6) ด้านการเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (ร้อยละ 70.9) ด้านการตัดสินใจ (ร้อยละ 68.2) และด้านความรู้เท่าทันสื่อ (ร้อยละ 67.6) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีความรอบรู้ในระดับมาน้อยที่สุดคือด้านการสื่อสาร (ร้อยละ 56.1) 1 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 148)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับมาก	ระดับปานกลาง	ระดับน้อย	$\bar{x}$	S.D.
	(3.68 – 5.00)	(2.34 – 3.67)	(1.00 – 2.33)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ด้านการเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	105 (70.9)	42 (28.4)	1 (0.7)	3.91	0.54
ด้านความรู้ ความเข้าใจ	108 (73.0)	39 (26.4)	1 (0.7)	3.91	0.56
ด้านการสื่อสาร	83 (56.1)	61 (41.2)	4 (2.7)	3.76	0.59
ด้านการตัดสินใจ	101 (68.2)	45 (30.4)	2 (1.4)	3.68	0.53
ด้านการจัดการตนเอง	106 (71.6)	41 (27.7)	1 (0.7)	3.91	0.55
ด้านความรู้เท่าทันสื่อ	100 (67.6)	47 (31.8)	1 (0.7)	3.84	0.54
ภาพรวมของความรอบรู้ด้านสุขภาพ	92 (62.2)	55 (37.2)	1 (0.7)	3.86	0.48

พฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง

ผลการศึกษาการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของเพศหญิงในบ้านเขียบ ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 148 คน จำแนกการตรวจคัดกรองเป็น 2 วิธี ได้แก่ การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองแบบสังเกตและแบบคลำ พบว่าทั้งการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองทั้งสองแบบมีความถี่ในการปฏิบัติอยู่ในช่วงการปฏิบัติเป็นบางครั้งและปฏิบัติค่อนข้างบ่อย ดังแสดงในตารางที่ 2 และเมื่อจัดระดับของ

พฤติกรรมจำแนกตามการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองแล้วพบว่าการตรวจแบบสังเกตมีระดับของการตรวจในระดับปานกลางที่ร้อยละ 68.9 และการตรวจด้วยการคลำมีระดับของการตรวจในระดับที่ใกล้เคียงกันระหว่างระดับปานกลางที่ร้อยละ 43.9 และระดับมากที่ร้อยละ 48 (ตารางที่ 3) โดยสรุปพบว่าระดับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดที่ร้อยละ 63.5 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 148)

ข้อความ	ความถี่					Mean	S.D.
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัติบ้างนานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย		
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยการสังเกต							
1. ตรวจมะเร็งเต้านมด้วยการสังเกต	12 (8.1)	78 (52.7)	50 (33.8)	6 (4.1)	2 (1.4)	3.62	0.75
2. สังเกตเต้านมทั้งสองข้างว่ามีการเปลี่ยนแปลงจากปกติ	9 (6.1)	77 (52)	53 (35.8)	8 (5.4)	1 (0.7)	3.57	0.72
3. สังเกตหัวนมว่ามีการเปลี่ยนสีหรือมีของเหลวออกจากหัวนม	9 (6.1)	68 (45.9)	49 (33.1)	21 (14.2)	1 (0.7)	3.43	0.83
4. สังเกตหัวนมของท่านว่ามีการบิดเบี้ยว	8 (5.4)	57 (38.5)	58 (39.2)	24 (16.2)	1 (0.7)	3.32	0.83
5. สังเกตเต้านมว่ามีรอยยุบหรือรอยบุ๋ม	7 (4.7)	62 (41.9)	52 (35.1)	26 (17.6)	1 (0.7)	3.32	0.84
6. สังเกตว่าเต้านมที่ห้อยมาข้างหน้าผิดปกติ	6 (4.1)	59 (39.9)	54 (36.5)	28 (18.9)	1 (0.7)	3.28	0.84
การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยการคลำ							
7. คลำจากบริเวณใต้ราวนมจนถึงกระดูกไหปลาร้าในแนวขึ้นลงจนทั่วบริเวณเต้านมถึงบริเวณใต้ท้องแขน	21 (14.2)	80 (54.1)	36 (24.3)	9 (6.1)	2 (1.4)	3.74	0.83
การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยการคลำ							
8. ตรวจเต้านมอีกข้างในแบบเดียวกัน	21 (14.2)	77 (52.0)	38 (25.7)	10 (6.8)	2 (1.4)	3.71	0.84
9. ตรวจมะเร็งเต้านมด้วยการใช้มือคลำ	9 (6.1)	87 (58.8)	39 (26.4)	11 (7.4)	2 (1.4)	3.61	0.77
10. ใช้กึ่งกลางตอนบนของ 3 นิ้ว กดเป็นวงกลมขนาดเท่าเหรียญบาทที่เต้านม	11 (7.4)	83 (56.1)	41 (27.7)	10 (6.8)	3 (2.0)	3.60	0.81

ข้อความ	ความถี่					Mean	S.D.
	ปฏิบัติเป็น	ปฏิบัติ	ปฏิบัติเป็น	ปฏิบัติบ้าง	ไม่ปฏิบัติ		
	ประจำ	ค่อนข้างบ่อย	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	เลย		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
11. กด 3 ระดับ เบา กลางหนัก แล้ว เคลื่อนนิ้วให้ทั่วเต้านมโดยไม่ยกนิ้ว	11 (7.4)	79 (53.4)	44 (29.7)	11 (7.4)	3 (2.0)	3.57	0.82
12. นอนหงายในท่าสบาย สอด ผ้าขนหนูม้วนหรือหมอนขนาดเล็กใต้ ไหล่ข้างที่จะตรวจ โดยเอาแขนตั้งฉาก กับไหล่	10 (6.8)	65 (43.9)	57 (38.5)	12 (8.1)	4 (2.7)	3.44	0.84

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 148)

ระดับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยการสังเกต		
ระดับน้อย 1.00 – 2.33 คะแนน	8	5.4
ระดับปานกลาง 2.34 – 3.67 คะแนน	102	68.9
ระดับมาก 3.68 – 5.00 คะแนน	38	25.7
Mean = 3.42, S.D. = 0.66		
การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยการคลำ		
ระดับน้อย 1.00 – 2.33 คะแนน	12	8.1
ระดับปานกลาง 2.34 – 3.67 คะแนน	65	43.9
ระดับมาก 3.68 – 5.00 คะแนน	71	48.0
Mean = 3.61, S.D. = 0.71		

ตารางที่ 4 ระดับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 148)

ระดับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย 1.00 – 2.33 คะแนน	11	7.4
ระดับปานกลาง 2.34 – 3.67 คะแนน	94	63.5
ระดับมาก 3.68 – 5.00 คะแนน	43	29.1
Mean = 3.52, S.D. = 0.62		

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากร ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง

จากการศึกษาพบว่า อายุ ดัชนีมวลกาย (BMI) สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย ที่อยู่อาศัย เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง และมีญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองเมื่อทดสอบด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ ($p > 0.05$) (ตารางที่ 5)

นอกจากนี้ในส่วนของการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองพบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กันน้อยและมีทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ในทั้ง 6 มิติ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรกับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (n=148)

ลักษณะทางประชากร	การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของ		X ²	df	p-value
	ผู้หญิงในบ้านเยียบ				
	ระดับน้อย/ปานกลาง	ระดับมาก			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
อายุ			2.275	3	0.517
20 – 29 ปี	18 (12.2)	6 (4.1)			
30 – 39 ปี	28 (11)	11 (7.4)			
40 – 49 ปี	30 (20.3)	9 (6.1)			
50 – 59 ปี	29 (19.6)	17 (11.5)			
ดัชนีมวลกาย (BMI)			0.195	2	0.907
≤ 22.9 กก/ม ²	49 (33.1)	19 (12.8)			
≥ 23 – 24.9 กก/ม ²	28 (18.9)	13 (8.8)			
≥ 25 กก/ม ²	28 (18.9)	11 (7.4)			
สถานภาพสมรส			3.113	2	0.211
โสด	34 (23.0)	10 (6.8)			
สมรส	63 (42.6)	26 (17.6)			
หม้าย/แยกกันอยู่	8 (5.4)	7 (4.7)			
ระดับการศึกษา			3.743	2	0.154
ประถมศึกษา	25 (16.9)	14 (9.5)			
มัธยมศึกษา/ปวช.	36 (24.3)	8 (5.4)			
อนุปริญญา/ปวส.ขึ้นไป	44 (29.7)	21 (14.2)			
อาชีพ			6.462	4	0.167
เกษตรกร	28 (18.9)	14 (9.5)			
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	27 (18.2)	14 (9.5)			
รับจ้างทั่วไป/บริการ	35 (23.6)	6 (4.1)			
ว่างงาน	3 (5.4)	3 (2.0)			
อื่นๆ	12 (8.1)	6 (4.1)			
รายได้เฉลี่ย			0.264	2	0.876
ต่ำกว่า 5,000 บาท	22 (14.9)	10 (6.8)			

ลักษณะทางประชากร	การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของ		X ²	df	p-value
	ผู้หญิงในบ้านเขียบ				
	ระดับน้อย/ปานกลาง	ระดับมาก			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
5,001 – 10,000 บาท	61 (41.2)	23 (15.5)			
10,001 บาทขึ้นไป	22 (14.9)	10 (6.8)			
ที่อยู่อาศัย			0.587	2	0.746
อยู่กับคู่สมรส	57 (38.5)	21 (14.2)			
อยู่กับพ่อ แม่	29 (19.6)	12 (8.1)			
อื่นๆ	19 (12.8)	10 (6.8)			
เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ			1.684	1	0.194
โรคมะเร็งเต้านมและการตรวจคัด					
กรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง					
ไม่เคย					
เคย	4 (2.7)	0 (0.0)			
	101 (68.2)	43 (29.1)			
มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม			0.027	1	0.869
ไม่มี					
มี	103 (69.6)	42 (28.4)			
	2 (1.4)	1 (0.7)			

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (n=148)

ตัวแปรที่ศึกษา	การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง	
	r	p-value
ความรู้ด้านสุขภาพ	0.364	< 0.001
การเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	0.270	< 0.001
ความรู้ ความเข้าใจ	0.351	< 0.001
การสื่อสาร	0.280	< 0.001
การตัดสินใจ	0.302	< 0.001
การจัดการตนเอง	0.333	< 0.001
การรู้เท่าทันสื่อ	0.355	< 0.001

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ความรู้ด้านสุขภาพต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง

จากการศึกษานี้พบว่า เพศหญิงอายุ 20-59 ปี บ้านเขียบ ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพที่ดี โดยสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความรู้

ความเข้าใจ สามารถตัดสินใจ จัดการตนเอง และรู้เท่าทันสื่อในเรื่องสุขภาพได้ในระดับดี อย่างไรก็ตาม ยังมีจุดที่ต้องพัฒนาในด้านการสื่อสารเรื่องสุขภาพที่ยังมีสัดส่วนอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง (ร้อยละ 41.2) ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมและพัฒนาทักษะการสื่อสารเรื่องสุขภาพให้มากขึ้น เพื่อให้ประชาชนสามารถรับและส่งต่อข้อมูลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

พฤติกรรมกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง

จากการศึกษาพฤติกรรมกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของเพศหญิงในบ้านเขียบ ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองทั้งแบบสังเกตและแบบคลำอยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ โดยมีค่าเฉลี่ยของการตรวจทั้ง 2 แบบอยู่ในช่วงการปฏิบัติเป็นบางครั้งถึงค่อนข้างบ่อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าเพศหญิงไทยมีพฤติกรรมกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับที่ยังไม่ดีนัก โดยมีความถี่ในการตรวจไม่สม่ำเสมอ^{12,13}

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าการตรวจคัดกรองโดยการสังเกตมีสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติในระดับปานกลางสูงที่สุด (ร้อยละ 68.9) ในขณะที่การตรวจคัดกรองโดยการคลำมีสัดส่วนของกลุ่มที่ปฏิบัติในระดับมากกับระดับปานกลางใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 48.0 และ 43.9 ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีข้อจำกัดในการตรวจคัดกรองโดยการคลำ¹³ เป็นวิธีที่มีความจำเพาะและความไวในการตรวจพบความผิดปกติมากกว่าการสังเกต ดังนั้นจึงควรมีการให้ความรู้และฝึกทักษะการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองโดยเฉพาะวิธีการคลำที่ถูกต้องแก่กลุ่มเป้าหมายให้มากขึ้น เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมกรรมการตรวจคัดกรองที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องต่อไป

ความสัมพันธ์ของลักษณะประชากรและพฤติกรรมกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ลักษณะประชากร ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย (BMI) สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ที่อยู่อาศัย ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ($p\text{-value} > 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ อนุมศรี อินทนนท์ และรุจิรา อ่ำพันธ์¹⁴ ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30 – 70 ปี ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปรือใหญ่ อำเภوخุขัน จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง นอกจากนี้การเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองก็ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองเช่นเดียวกัน ซึ่งอาจชี้ให้เห็นว่า ผู้หญิงได้รับข้อมูลข่าวสารจากหลากหลายแหล่งทั้งจากสื่อหรือจากเจ้าหน้าที่ แต่ยังขาดความชำนาญในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง จนทำให้เกิดการไม่มั่นใจที่จะปฏิบัติงานไปสู่การละเลยการปฏิบัติ¹⁴ ซึ่งสอดคล้องกับภารัตน์ ชุมหล่อ¹⁵ ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรี อายุ 30 – 70 ปี ในเขตพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแสงวิมาน ตำบลคลองน้อย อำเภอบางแพ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง¹⁵

พันธูธรรมจัดเป็นหนึ่งในปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดโรคมะเร็งได้ แต่ไม่ได้เป็นปัจจัยที่จะส่งผลให้คนในครอบครัวหรือญาติมีการปฏิบัติตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น จากผลการศึกษาพบว่า การมีญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่าประวัติในครอบครัวมีประวัติโรคมะเร็ง ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง¹⁵

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง

จากผลการศึกษาเป็นที่น่าสนใจว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งชี้ให้เห็นว่า เมื่อเกิดความรู้ด้านสุขภาพที่มากย่อมส่งผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้สังเกตเห็นถึงความผิดปกติของร่างกายได้อย่างรวดเร็วสอดคล้องกับทฤษฎีของ สมควร และคณะ¹⁶ ได้ศึกษาเรื่อง ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดลำปาง พบว่า การตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม แต่อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาในครั้งนี้ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก แต่การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองยังอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองด้วยการสังเกตที่พบว่ามีผู้ที่ระดับพฤติกรรมการตรวจในระดับมากเพียงร้อยละ 25.7 เท่านั้น ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะในระดับพื้นที่จึงควรเพิ่มเติมในส่วนของการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เน้นการฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง¹⁶

จากผลการศึกษาในประชากรเพศหญิงอายุ 20-59 ปี บ้านเขียบ ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม สามารถให้ความเห็นได้ว่าหน่วยงานระดับท้องถิ่นรวมถึงภาครัฐควรมีการประชาสัมพันธ์ในเรื่องของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมอย่างถูกวิธี รวมถึงเน้นในเรื่องของการพาฝึกปฏิบัติเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับประชาชนเพื่อนำสู่การปฏิบัติที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากพบว่าประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพในเรื่องการคัดกรองเป็นอย่างดี แต่การปฏิบัติยังไม่สอดคล้องกันจึงมีความเป็นไปได้ว่าการปฏิบัติที่ไม่สอดคล้องกันนี้เกิดจากความไม่มั่นใจในการปฏิบัติอย่างถูกวิธี

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ให้ความช่วยเหลือในการประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ที่ให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถามในครั้งนี้จนทำให้งานสำเร็จลุล่วงตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ นอกจากนี้ขอขอบคุณหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่สนับสนุนด้านวิชาการจนงานวิจัยนี้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Organization WH. Global breast cancer initiative implementation framework: assessing, strengthening and scaling up of services for the early detection and management of breast cancer: executive summary. Geneva: World Health Organization; 2023. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/367911>
2. Virani S, Bilheem S, Chansaard W, Chitapanarux I, Daoprasert K, Khuanchana S, et al. National and subnational population-based incidence of cancer in Thailand: Assessing cancers with the highest burdens. *Cancers*. 2017;9(8):108. doi:10.3390/cancers9080108
3. Health Data Center. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ [Internet]. [cited 2023 Nov 11]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
4. ชลียา วามะลุน, โสภิต ทับทิมหิน. การพัฒนารูปแบบการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี [Internet]. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*. 2021;32(1):166-83.

5. เพชรรัตน์ วิษา. ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองในอาสาสมัครผู้ต้องขังในทัณฑสถานหญิงเชียงใหม่ [Internet]. [cited 2023 Nov 13]. Available from: https://archive.lib.cmu.ac.th/full/T/2556/nuco40756pw_ch2.pdf
6. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. Health Literacy / Health Behavior [Internet]. [cited 2023 Nov 4]. Available from: <http://www.hed.go.th/linkHed/321>
7. ฐาพัชรลดา เกียรติเลิศเดชา, อารยา เชียงของ, ปราณีมา ทองศรี, อนงค์นุช สารจันทร์. ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมและโรคมะเร็งปากมดลูก: กรณีศึกษาการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในเขตกรุงเทพมหานคร [Internet]. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2021;8(1):211-21.
8. สุมัทนา กลางคาร, วรพจน์ พรหมสัตยพรต. หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. มหาสารคาม: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2553.
9. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพ [Internet]. [cited 2023 Nov 20]. Available from: <http://www.hed.go.th/linkHed/403>
10. มูลนิธิธันยรักษ์ ฯ พระราชประสงค์ของสมเด็จพระย่า, กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย, สภาอากาศไทย, สปสช., และภาคเอกชน. สมุดบันทึกการตรวจเต้านมตนเอง [Internet]. [cited 2023 Nov 20]. Available from: <https://doh.hpc.go.th/data/bse/BSESelfRecord.pdf>
11. นิรุวรรณ เทิร์นโบล. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้านสาธารณสุขและการเขียนรายงานการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2021.
12. สายสุทธิ รมเย็น. การสำรวจพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีไทยอายุ 30-70 ปี ในเขตสุขภาพที่ 1. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา 2558; 5(2): 65-77.
13. บังอร สุภาเกตุ, จงมณี สุริยะ. การประเมินผลพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีไทยภายใต้โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระย่า ด้านภัยมะเร็งเต้านม. รายงานผลการวิจัย. นนทบุรี: กลุ่มอนามัยวัยทำงานสำนักส่งเสริมสุขภาพ; 2560.)
14. ถนอมศรี อินทนนท์, รุจิรา อ่ำพันธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30 – 70 ปี ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปรือใหญ่ อำเภอบางขัน จังหวัดศรีสะเกษ [Internet]. [cited 2023 Nov 14]. Available from: <https://he03.tcithaijo.org/index.php/SJRH/article/view/1266>
15. วิภารัตน์ ชุมหล่อ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ของสตรี อายุ 30-70 ปี ในเขตพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแสงวิมาน ตำบลคลองน้อย อำเภอบางแพ จังหวัดนครศรีธรรมราช [Internet]. [cited 2023 Nov 13]. Available from: <https://hpc11.anamai>.
16. ทิพวรรณ สมควร, สีนินาฏ ชาวตระการ, วรางคณา นาคเสน. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดลำปาง [Internet]. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2022;18(1):55-45.

Received: 9 Apr. 2024, Revised: 18 Jun. 2024

Accepted: 19 Jun. 2024

บทความวิจัย**การรับรู้ และทัศนคติต่อเซลล์บำบัด ในกลุ่มประชาชนคนไทยอายุ 15-60 ปี**ชาลิตลักษณ์ จันทราลักษณ์¹, ภูษณิศ อรุณฉาย², ศรีเพชร นนทตา³, ศุภจิน มังคลรังษี^{4*}**บทคัดย่อ**

ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมาเวชศาสตร์ฟื้นฟูโดยใช้เซลล์บำบัดเป็นทางเลือกการรักษาที่มีศักยภาพสำหรับการแก้ไข ปัญหาสุขภาพและโรคต่างๆ การยอมรับและการนำนวัตกรรม ทางกายภาพมาใช้นั้น ได้รับอิทธิพล จากการรับรู้ ของสาธารณสุข นอกจากนี้ยังมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการใช้เซลล์บำบัดในการ รักษา โรคและการชะลอวัย การศึกษานี้มี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้และทัศนคติของประชาชนต่อการบำบัดด้วยเซลล์ และระบุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติ เหล่านี้ การศึกษานี้เป็น Cross sectional study เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ (Google Form) ศึกษาประชากรที่อาศัยอยู่ในเขต กรุงเทพมหานคร อายุ 15-60 ปี คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตร Cochran ได้ขนาด กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 345 คน แต่มีผู้เข้าร่วมการศึกษานี้ทั้งหมด จำนวน 351 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.54 กลุ่มอายุ 26-35 ร้อยละ 28.77 การศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ร้อยละ 50.71 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ เซลล์บำบัด จากสื่อสังคมออนไลน์ /อินเทอร์เน็ต ร้อยละ 43.59 ไม่เคยใช้เซลล์บำบัด ร้อยละ 79.20 กลุ่มตัว อย่างส่วนใหญ่มีการ รับรู้เกี่ยวกับเซลล์บำบัด อยู่ระดับต่ำ ร้อยละ 46.72 มีทัศนคติเกี่ยวกับ เซลล์บำบัด อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 47.86 การรับรู้เกี่ยวกับเซลล์บำบัดเป็นปัจจัยทำนายทัศนคติต่อ เซลล์บำบัด ของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta=0.129, p-value<0.05)สามารถทำนายได้ร้อยละ 12.9 ควรจัดแคมเปญให้การศึกษาเพื่อเพิ่มความตระหนักรู้ และเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัด ด้วยเซลล์ผ่าน ทางช่องทางออนไลน์ และออฟไลน์เพื่อแพร่กระจายข้อมูลที่ถูกต้อง เกี่ยวกับประโยชน์ และความเสี่ยงของ การใช้เซลล์บำบัด

คำสำคัญ: สเต็มเซลล์, การรับรู้, ทัศนคติ, การบำบัดด้วยสเต็มเซลล์โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร (ฝ่ายมัธยม)¹ โรงเรียนนานาชาติกัปปพัฒน์²โรงเรียนสุนารีวิทยา³ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ^{4*}*Corresponding author Email: khunsujimon@gmail.com

Original Article

Perception and Attitude toward Stem Cell Therapy among
Thai Aged 15-60Chaleelak Chantralak¹, Pusanisa Aroonschai², Sipheth Nonta³, Sujimon
Mungkalarungsi^{4*}

Abstract

In recent years, regenerative medicine using cell therapy has emerged as a promising treatment option for addressing various health conditions and diseases. The acceptance and adoption of this medical innovation are influenced by public perception. Additionally, there are misconceptions surrounding the use of cell therapy for disease treatment and anti-aging purposes. This study aims to investigate public perception and attitudes towards cell therapy and identify the factors that influence these attitudes. A cross-sectional study was conducted using an online questionnaire to assess public perception of cell therapy among residents of Bangkok Metropolitan Region aged 15-60 years. Data were collected using a structured online questionnaire administered through Google Forms. The sample size was calculated by Cochran equal to 345.

There were a total of 351 volunteer participated in this study. The majority were female (59.54%), aged 26-35 years (28.77%), and had an education level of bachelor's degree (50.71%). The most common source of information about cell therapy was social media/internet (43.59%). Most participants had never undergone cell therapy (79.20%). The majority of the sample had low levels of knowledge about cell therapy (46.72%) and moderate attitudes towards cell therapy (47.86%). Knowledge about cell therapy was a statistically significant predictor of attitudes towards cell therapy (Beta= 0.129, p-value <0.05), accounting for 12.9% of the variance. There is a need for public education campaigns to increase awareness and knowledge about cell therapy. Misconceptions about cell therapy should be addressed to promote informed decision-making. Communication strategies should be tailored to the specific needs and information levels of different audiences.

Keyword: Stem cell, Perception, Attitude, Stem Cell Therapy

Srinakharinwirot University Prasarnmit Demonstration School (Secondary)¹ Keerapat International School² Suranari Witthaya School³ Assumption University^{4*}

*Corresponding author Email: khunsujimon@gmail.com

บทนำ

ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา เวชศาสตร์ฟื้นฟู โดยเฉพาะการบำบัดด้วยสเต็มเซลล์ กลายเป็นสาขาที่เป็นตัวเลือกในการรักษาที่มีศักยภาพสำหรับปัญหาสภาวะสุขภาพและโรคต่างๆ มากมาย การบำบัดด้วยสเต็มเซลล์ถือเป็นการซ่อมแซมเนื้อเยื่อ การสร้างใหม่ และมีศักยภาพในการรักษาโรคที่ไม่สามารถรักษาได้ก่อนหน้านี้ ตั้งแต่โรคทางระบบประสาทไปจนถึงการฟื้นฟูอวัยวะ^{1,2,3} อย่างไรก็ตาม การยอมรับและการนำนวัตกรรมทางการแพทย์มาใช้นั้นได้รับอิทธิพลอย่างมากจากการรับรู้ของสาธารณชน ซึ่งอาจกำหนดได้จากปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม ความเข้าใจทางวิทยาศาสตร์ และการพิจารณาด้านจริยธรรม^{4,5} นอกเหนือจากนี้ยัง มีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการใช้เซลล์บำบัดในการรักษาโรคและการชลอวัย

เทคโนโลยีสเต็มเซลล์เกี่ยวข้องกับการใช้สเต็มเซลล์ที่มีความสามารถพิเศษในการพัฒนาเป็นเซลล์ประเภทต่างๆ ในร่างกาย เซลล์เหล่านี้สามารถซ่อมแซมหรือเปลี่ยนเนื้อเยื่อและอวัยวะที่เสียหายได้ ทำให้เกิดความหวังในการรักษาโรคต่างๆ มากมาย⁶ การบำบัดด้วยสเต็มเซลล์แสดงให้เห็นผลในการรักษาภาวะต่างๆ เช่น โรคพาร์กินสัน อาการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง เบาหวาน และโรคหัวใจ^{9,10} อย่างไรก็ตาม ควบคู่ไปกับการใช้งานที่คาดหวังเหล่านี้ ยังมีความเสี่ยงโดยธรรมชาติ รวมถึงการปฏิเสธภูมิคุ้มกัน การสร้างเนื้องอก และข้อกังวลด้านจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับแหล่งที่มาของเซลล์ต้นกำเนิด¹¹ ประกอบกับ ประเทศไทย จัดได้ว่าเป็นหนึ่งในผู้นำด้านการดูแลรักษาสุขภาพ ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ด้วยจำนวนประชากรที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทั้งประชากรไทย และชาวต่างชาติ ที่เดินทางเข้ามารักษาสุขภาพในประเทศไทย และภูมิทัศน์ทางวัฒนธรรมที่หลากหลาย¹²

ในประเทศไทย กลุ่มประชากรของบุคคลอายุ 15-60 ปีครอบคลุมส่วนสำคัญของประชากร ซึ่งแสดงถึงภูมิหลังทางเศรษฐกิจและสังคม ระดับการศึกษา และประสบการณ์ด้านสุขภาพที่หลากหลาย ข้อมูลประชากรกลุ่มนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการนำวิธีการรักษาทางการแพทย์ที่เป็นนวัตกรรมมาใช้ เนื่องจากการมีส่วนร่วมและมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจด้านการดูแลสุขภาพ ทักษะคิดและการรับรู้ภายในกลุ่มนี้อาจส่งผลกระทบต่อทางเลือกในการยอมรับและการใช้ประโยชน์จากการบำบัดด้วยสเต็มเซลล์ในวงกว้าง

กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นเมืองหลวงและเมืองที่ใหญ่ที่สุดของประเทศไทย เป็นศูนย์กลางสำหรับความก้าวหน้าทางการแพทย์และบริการด้านสุขภาพ เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลและสถาบันวิจัยชั้นนำหลายแห่ง¹² ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ และทัศนคติต่อเซลล์บำบัด ในกลุ่มประชากรกลุ่มนี้ การทำความเข้าใจการรับรู้ของสาธารณะเกี่ยวกับการบำบัดด้วยสเต็มเซลล์สำหรับเวชศาสตร์ฟื้นฟูในผู้ใหญ่อายุ 15-60 ปีในกรุงเทพมหานคร จึงกลายเป็นเรื่องจำเป็นที่ควรศึกษา เนื่องจากกลุ่มอายุนี้อาจเป็นส่วนสำคัญของประชากร เป็นบุคคลที่มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตน¹³

การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการรับรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับเซลล์บำบัดพบว่า การศึกษาโดย Doaa Aboalola and et al.¹⁴ ตรวจสอบความตระหนักรู้และความเข้าใจของสาธารณชนเกี่ยวกับการรักษาสเต็มเซลล์ที่มีอยู่ในซาอุดีอาระเบีย ตลอดจนความไว้วางใจในโรงพยาบาลและศูนย์วิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยสเต็มเซลล์ Almaeen and et al.¹⁵ ประเมินการรับรู้และทัศนคติต่อ สเต็มเซลล์ของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัย Jouf พบว่านักศึกษาแพทย์และทันตแพทยศาสตร์มีการรับรู้ ปานกลางเกี่ยวกับการบำบัดด้วยสเต็มเซลล์ ในทำนองเดียวกัน นักศึกษาพยาบาลในมาเลเซียแสดงให้เห็นถึงการรับรู้ปานกลางเกี่ยวกับการใช้สเต็มเซลล์ในการศึกษาของ LYE and et al.¹⁶ ในขณะเดียวกัน ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ในอียิปต์ก็มีการรับรู้และทัศนคติ ปานกลางต่อการบำบัดด้วยสเต็มเซลล์ อย่างไรก็ตาม นักศึกษาทันตแพทย์ในการศึกษาแยกกันแสดงระดับการรับรู้ต่ำเกี่ยวกับการบำบัดด้วยสเต็มเซลล์ โดยสรุปการศึกษาชี้ให้เห็นว่า แม้ว่าการรับรู้เกี่ยวกับการบำบัดด้วยสเต็มเซลล์ในหมู่ประชากรโดยทั่วไปจะต่ำ แต่ทัศนคติต่อการใช้สเต็มเซลล์ในทางการแพทย์นั้นค่อนข้างเป็นบวก

อย่างไรก็ดี การวิจัยที่เจาะลึกถึงมุมมองและทัศนคติของประชาชนทั่วไป มีอยู่อย่างจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของกรุงเทพมหานคร การศึกษาครั้งนี้ศึกษาการรับรู้ ความเชื่อ และความกังวลเกี่ยวกับการบำบัดด้วยสเตมเซลล์ของผู้ใหญ่อายุ 15-60 ปี ในกรุงเทพมหานคร ประโยชน์ที่ได้จากการศึกษานี้ให้ข้อมูลเชิงลึกอันที่สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในนโยบายการดูแลสุขภาพ และจัดทำโครงการให้ความรู้แก่ประชาชน

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับเซลล์บำบัด
2. เพื่อศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับเซลล์บำบัด
3. เพื่อปัจจัยที่ส่งผลต่อทัศนคติต่อเซลล์บำบัด

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้านี้เป็น Cross sectional study เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ (Google Form) ระหว่างวันที่ 1 ก.พ. 2567 -31 มี.ค. พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้านี้กลุ่มประชากร คือประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร อายุ 15-60 ปี ที่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ ซึ่งไม่ทราบจำนวน (Infinite population) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสูตรของ Cochran¹⁷ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 345 คน เก็บข้อมูลแบบสุ่ม (Random sampling) ด้วยแบบสอบถามออนไลน์ (Google form) โดยการส่งบัตรเชิญให้เข้าร่วมการศึกษาค้นคว้าในกลุ่มสังคมออนไลน์ เช่นกลุ่มท่องเที่ยว ยานยนต์ บ้านและสวน การศึกษา เกมส์ หางาน กีฬา สัตว์เลี้ยง ทำอาหาร และ ตลาดนัด มีอาสาสมัครเต็มใจเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้าทั้งหมดจำนวน 351 คน ทางผู้วิจัยจึงขอใช้ข้อมูลทั้งหมดในการศึกษาค้นคว้านี้

เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในการศึกษาค้นคว้านี้คือแบบสอบถามที่ทางผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามกระบวนการพัฒนาเครื่องมือ ดังนี้ ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับเซลล์บำบัด การรักษาด้วยเซลล์บำบัด จากแหล่ง ข้อมูลขององค์การอนามัยโลก คณะแพทย์ และศึกษาจากเอกสารและ งานวิชาการที่เกี่ยวข้องย้อนหลัง 5 ปี และได้้นำข้อมูลมาพัฒนาเป็นแบบสอบถาม ประกอบไปด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม มี 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สูงสุดช่องทางได้รับ ข่าวสารเกี่ยวกับเซลล์บำบัด ประสบการณ์ใช้เซลล์บำบัด และ ข้อกังวลเกี่ยวกับการใช้เซลล์บำบัด

ส่วนที่ 2 คำถามวัดการรับรู้เกี่ยวกับเซลล์บำบัด มี 10 ข้อ เป็นคำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบ 3 ข้อ มีคำตอบที่ถูกต้อง 1 คำตอบ ข้อที่ตอบถูกนำคะแนนมารวมกัน พิสัยของคะแนนเท่ากับ 0-10 โดยการแปลงผลของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับเซลล์ บำบัด มีดังนี้ ¹⁸

ร้อยละ	คะแนน	การแปลผลคะแนนการรับรู้
80-100	8.00-10.00	ดี
60-79	6.90-7.00	ปานกลาง
<60	<6.00	ต่ำ

ส่วนที่ 3 คำถามวัดระดับทัศนคติเกี่ยวกับเซลล์บำบัด มี 11 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราวัด ระดับความคิดเห็น (Likert Scale) 1-5 โดย 5= เห็นด้วยมากๆ, 4= เห็นด้วย, 3= เฉยๆ, 2=ไม่เห็นด้วย, 1= ไม่เห็นด้วยมาก ๆ ทุกข้อจะถูกนำคะแนนมารวมกัน พิสัยของคะแนนเท่ากับ 11-55 โดยการแปลงคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับเซลล์บำบัดมีดังนี้¹⁸

ร้อยละ	คะแนน	การแปลผลคะแนนทัศนคติ
80-100	44-55	ดี
60-79	33-43	ปานกลาง
<60	<33	ต่ำ

การตรวจสอบเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อศึกษารั้วนี้ได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์จำนวน 3 ท่าน โดยมีค่า IOC เท่ากับ 1.0 และ 1.0 และได้นำแบบสอบถามไปทดลอง (Try Out) เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในต่างพื้นที่จำนวน 10 คน เพื่อทดสอบความยากง่ายของคำถาม ไม่มีการแก้ไขคำถามเพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และ ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

วิเคราะห์ปัจจัย ที่มีอำนาจทำนายตัวแปรตาม ด้วยสมการถดถอยเชิงเส้น (Linear regression analysis)

ผลการศึกษา

จากผู้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 351 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.54 กลุ่มอายุ ส่วนใหญ่คือ อายุ 26-35 ร้อยละ 28.77 และ อายุ 36-45 ร้อยละ 23.93 ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุด ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 50.71 ส่วนใหญ่ได้รับ ข้อมูลเกี่ยวกับเซลล์บำบัดจากสื่อสังคมออนไลน์/ อินเทอร์เน็ต ร้อยละ 43.59 รองลงมา ไม่รู้จักและไม่ได้หาข้อมูลเกี่ยวกับเซลล์ บำบัด ร้อยละ 20.80 สำหรับประสบการณ์การใช้เซลล์บำบัด ส่วนใหญ่เป็นผู้ไม่เคยใช้เซลล์บำบัด ร้อยละ 79.20

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง (n=351)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	142 (40.46)
หญิง	209 (59.54)
อายุ	
15-25	74 (21.08)
26-35	101 (28.77)
36-45	84 (23.93)
46-55	45 (12.82)
56-60	47 (13.39)
การศึกษาสูงสุด	

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)
มัธยมศึกษา	111 (31.62)
ปริญญาตรี	178 (50.71)
สูงกว่าปริญญาตรี	62 (17.66)
ช่องทางได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเซลล์บำบัด	
ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ	41 (11.68)
วารสารวิทยาศาสตร์	20 (5.70)
ข่าว	33 (9.40)
สื่อสังคมออนไลน์ / อินเทอร์เน็ต	153 (43.59)
เพื่อน/ครอบครัว	31 (8.83)
ไม่มี/ไม่ได้หาข้อมูลในหัวข้อนี้	73 (20.80)
ประสบการณ์การใช้เซลล์บำบัด	
เคยพิจารณาการใช้เซลล์บำบัด	55 (15.67)
เคยใช้เซลล์บำบัด	18 (5.13)
ไม่เคยใช้เซลล์บำบัด	278 (79.20)
รวม	351 (100.00)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับเซลล์บำบัดอยู่ระดับต่ำ ร้อยละ 46.72 รองลงมา มีการรับรู้เกี่ยวกับเซลล์บำบัดอยู่ ระดับปานกลางร้อยละ 37.61 และระดับสูงร้อยละ 15.67

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ระดับคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับเซลล์บำบัดของกลุ่มตัวอย่าง (n=351)

จำนวน (ร้อยละ)	ระดับคะแนน	ระดับการรับรู้เกี่ยวกับเซลล์บำบัด
55 (15.67)	8.00-10.00	ดี
132 (37.61)	6.00-7.99	ปานกลาง
164 (46.72)	<6.00	ต่ำ

จากการวิเคราะห์คำถามวัดการรับรู้เกี่ยวกับเซลล์บำบัดพบว่า คำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูก มากสุด 3 ข้อ ได้แก่ 1) สเต็มเซลล์รักษาความเสื่อมโทรมของร่างกาย ร้อยละ 81.77 2) สเต็มเซลล์คืออะไร ร้อยละ 72.65 และ 3) ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น จากการบำบัด ด้วยสเต็มเซลล์คืออะไร ร้อยละ 72.65 ส่วนคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูก น้อยสุด 3 ข้อ ได้แก่ 1) ข้อความใดเป็นจริงเกี่ยวกับเซลล์ต้นกำเนิด จากร่างกาย ร้อยละ 16.24 2) ข้อใดใช้อธิบายกระบวนการที่สเต็มเซลล์ กลายเป็นเซลล์ชนิดใดชนิดหนึ่ง ร้อยละ 21.08 3) สเต็มเซลล์ชนิดใดสามารถในการพัฒนาเป็นเซลล์ชนิดใดก็ได้ในร่างกายมนุษย์ ร้อยละ 21.37

ตารางที่ 3 แสดงคำถามวัดการรับรู้เกี่ยวกับเซลล์บำบัด จำนวน และร้อยละของข้อที่ตอบถูก

คำถาม	จำนวน (ร้อยละ)
1. สเต็มเซลล์คืออะไร	255 (72.65)
2. สเต็มเซลล์สามารถหาได้จากที่ไหน	229 (65.24)
3. จุดประสงค์หลักของการใช้สเต็มเซลล์บำบัดในเวชศาสตร์ฟื้นฟูคืออะไร	254 (72.36)
4. สเต็มเซลล์ชนิดใดสามารถในการพัฒนาเป็นเซลล์ชนิดใดก็ได้ในร่างกายมนุษย์	75 (21.37)
5. ประเด็นด้านจริยธรรมใดบ้างที่มักเกี่ยวข้องกับการวิจัยสเต็มเซลล์	208 (59.26)
6. ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการบำบัดด้วยสเต็มเซลล์คืออะไร	255 (72.65)
7. เซลล์ต้นกำเนิด Pluripotent (iPSC) ได้แก่:	224 (63.82)
8. ข้อใดใช้อธิบายกระบวนการที่สเต็มเซลล์กลายเป็นเซลล์ชนิดใดชนิดหนึ่ง	74 (21.08)
9. สเต็มเซลล์รักษาความเสื่อมโทรมของร่างกาย	287 (81.77)
10. ข้อความใดเป็นจริงเกี่ยวกับเซลล์ต้นกำเนิดจากร่างกาย	57 (16.24)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับเซลล์บำบัดอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 47.86 รองลงมามีทัศนคติเกี่ยวกับ เซลล์บำบัด อยู่ระดับดีร้อยละ 40.17 และระดับต่ำ ร้อยละ 11.97

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ร้อยละ ระดับคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับเซลล์บำบัดของกลุ่มตัวอย่าง (n=351)

จำนวน (ร้อยละ)	ระดับคะแนน	ระดับทัศนคติเกี่ยวกับเซลล์บำบัด
141 (40.17)	44-55	ดี
168 (47.86)	33-43	ปานกลาง
42 (11.97)	<33	ต่ำ

จากการวิเคราะห์คำถามวัดระดับทัศนคติกับเซลล์บำบัดพบว่า คำถามที่กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วย อย่างยิ่งมากที่สุด 3 ข้อได้แก่ 1) การบำบัดด้วยสเต็มเซลล์ควรได้รับการคุ้มครองโดยการประกันสุขภาพ ร้อยละ 44.73 2) คุณคิดว่าการบำบัดด้วย สเต็มเซลล์ จะส่งผลต่ออนาคตของการแพทย์ในอีกอนาคต อันใกล้ ร้อยละ 41.60 และ 3) คุณสนับสนุนนโยบายเพื่อให้ ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาด้วยสเต็มเซลล์ได้มาก ขึ้น ร้อยละ 35.33 ส่วนคำถามที่กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยอย่างยิ่งน้อยที่สุด 3 ข้อได้แก่ 1) คุณจะเข้าร่วม หรือบริจาคให้กับองค์กรการกุศลที่มุ่งเน้น การวิจัยด้านการบำบัดด้วยสเต็มเซลล์ ร้อยละ 17.09 2) คุณคุ้นเคยกับแนวคิดการบำบัด ด้วยสเต็มเซลล์ในเวชศาสตร์ฟื้นฟู ร้อยละ 20.73 และ 3) คุณเชื่อถือข้อมูลที่ นักวิทยาศาสตร์และผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ แจ้งเกี่ยวกับความปลอดภัยและ ประสิทธิภาพของการ บำบัดด้วยสเต็มเซลล์ ร้อยละ 21.94

ตารางที่ 5 แสดงคำถามวัดระดับทัศนคติกับเซลล์บำบัด จำนวน และร้อยละของข้อที่ตอบ

คำถาม	5 เห็นด้วย อย่างยิ่ง	4 เห็นด้วย	3 เฉยๆ	2 ไม่เห็นด้วย	1 ไม่เห็น ด้วย
1. คุณคุ้นเคยกับแนวความคิดการบำบัดด้วยสเต็มเซลล์ในเวช าสตร์ฟื้นฟู	71 (20.23)	54 (15.38)	137 (39.03)	43 (12.25)	46 (13.11)
2. การบำบัดด้วยสเต็มเซลล์มีศักยภาพในการ รักษา โรคบางโรคได้อย่างมีนัยสำคัญ	105 (29.91)	121 (34.47)	102 (29.06)	14 (3.99)	9 (2.57)
3. คุณเชื่อถือข้อมูลที่นักวิทยาศาสตร์และผู้เชี่ยวชาญ ทางการแพทย์แจ้งเกี่ยวกับความปลอดภัยและประ สิทธิภาพของการบำบัดด้วยสเต็มเซลล์	77 (21.94)	117 (33.33)	120 (34.19)	27 (7.69)	10 (2.85)
4. คุณสนับสนุนการใช้งบประมาณของประเทศ เพื่อการวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดด้วยสเต็มเซลล์	107 (30.49)	121 (34.47)	93 (26.50)	17 (4.84)	13 (3.70)
5. คุณสนับสนุนนโยบายเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการ รักษาด้วยสเต็มเซลล์ได้มากขึ้น	124 (35.33)	122 (34.76)	80 (22.79)	16 (4.56)	9 (2.56)
6. ในความเห็นของคุณ ประโยชน์ที่เป็นไปได้ ของการบำบัดด้วยสเต็มเซลล์ มีมากกว่าการ พิจารณาด้านจริยธรรมและศีลธรรม	92 (26.21)	89 (25.36)	132 (37.61)	26 (7.40)	12 (3.42)
7. หากได้รับการแนะนำจากแพทย์ คุณมีแนวโน้มที่จะพิจารณาการบำบัดด้วยสเต็ม เซลล์เป็นทางเลือกในการรักษาสำหรับภาวะทางแพ ทย์ที่ร้ายแรง	107 (30.48)	125 (35.61)	83 (23.65)	26 (7.41)	10 (2.85)
8. การบำบัดด้วยสเต็มเซลล์ควรได้รับการคุ้ม ครองโดยการประกันสุขภาพ	157 (44.73)	99 (28.21)	68 (19.37)	16 (4.56)	11 (3.13)
9. เซลล์ต้นกำเนิดจากร่างกาย และเซลล์ต้น กำเนิดจากตัวอ่อนในแตกต่างกันในแง่ของ การยอมรับทางจริยธรรมความคิดเห็นของคุณ	91 (25.92)	85 (24.22)	143 (40.74)	22 (6.27)	10 (2.85)
10. คุณจะเข้าร่วมหรือบริจาคให้กับองค์กรการ กุศลที่มุ่งเน้นการวิจัยด้านการบำบัดด้วยสเต็ม เซลล์	60 (17.09)	77 (21.94)	165 (47.01)	32 (9.12)	17 (4.84)
11. คุณคิดว่าการบำบัดด้วยสเต็มเซลล์จะส่งผล ต่ออนาคตของการแพทย์ในอีกอนาคตอันใกล้	146 (41.60)	104 (29.63)	78 (22.22)	17 (4.84)	6 (1.71)

จากการวิเคราะห์สมการเชิงเส้นถดถอย (Linear regression analysis) พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับเซลล์บำบัด เป็นปัจจัยทำนายทัศนคติต่อเซลล์บำบัดของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta=.129, p-value <0.05) สามารถทำนายได้ ร้อยละ 12.9

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายทัศนคติต่อเซลล์บำบัดของกลุ่มตัวอย่างด้วย Linear regression analysis

ตัวแปร	B	Std. Error	Beta	t	p-value
เพศ	0.865	0.933	0.050	0.927	0.355
อายุ	-0.271	0.444	-0.042	-0.610	0.543
การศึกษาสูงสุด	0.053	0.837	0.004	0.063	0.950
ช่องทางได้รับข่าวสารเกี่ยวกับเซลล์บำบัด	-0.266	0.299	-0.048	-0.891	0.374
ประสบการณ์ใช้เซลล์บำบัด	-1.395	0.614	-0.122	-2.270	0.024
การรับรู้เกี่ยวกับเซลล์บำบัด	0.515	0.216	0.129	2.389	0.017

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้เกี่ยวกับเซลล์บำบัดอยู่ระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคคลทั่วไป ไม่ได้เฉพาะเจาะจงอยู่ในสายวิทยาศาสตร์สุขภาพจึงมีการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องเซลล์บำบัดอยู่ระดับต่ำ ประกอบกับ ร้อยละ 79.20 ของกลุ่มตัวอย่าง ไม่เคยใช้เซลล์บำบัด แสดงให้เห็นว่าส่วนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาจไม่มีความจำเป็นต้องใช้เซลล์บำบัด เนื่องจากเซลล์บำบัดถูกนำมาใช้รักษาโรคที่เกิดจากความชรา และใช้ในการเสริมความงาม เพื่อชะลอความเสื่อมของผิวพรรณ¹⁹ กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 73.78 มีอายุน้อยกว่า 46 ปี อาจจะยังไม่มีความจำเป็นต้องรักษาโรคจากความชรา จึงยังไม่สนใจศึกษาหาข้อมูลเกี่ยวกับเซลล์บำบัดเท่าที่ควร นอกเหนือจากนี้เรื่องเซลล์บำบัดเป็นเรื่อง เฉพาะ ทาง ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ คนทั่วไปที่ไม่เคยศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้มาก่อน อาจไม่มีการรับรู้ ความ เข้าใจที่ลึกซึ้ง เทคโนโลยีเซลล์ต้นกำเนิดถือว่าเป็นเทคโนโลยี ที่เกิดขึ้นใหม่ และมีหลายประเด็น ที่ยัง ไม่มีความแน่ชัดต้องการรับรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบันอาจยังไม่เพียงพอต่อการยอมรับเทคโนโลยี เหล่านี้ได้ ทั้งหมด²⁰

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการรับรู้เกี่ยวกับเซลล์บำบัดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระดับต่ำ เป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาของ Doaa Aboalola and et al.²¹ ที่ศึกษาเกี่ยวกับ Public awareness and understanding of stem cell treatments available in Saudi Arabia and their trust in hospitals and research centers involved in stem cell research—a cross sectional study พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับเซลล์บำบัดอยู่ระดับต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษา ของ Aboalola et al.²² ที่ศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการบำบัดด้วยสเต็มเซลล์ ในหมู่ประชากร ของชาวคูเวตอาระเบีย: การศึกษาแบบตัดขวางในกลุ่มคนไข้และญาติของคนไข้ พบว่ามีการรับรู้เกี่ยวกับเซลล์บำบัดอยู่ระดับต่ำ

การศึกษาประเมินการรับรู้และทัศนคติเกี่ยวกับเซลล์บำบัดส่วนใหญ่ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่อยู่ในสายวิทยาศาสตร์ สุขภาพ จากผลการศึกษาของ Almaeen et al.¹⁵ ได้ทำการศึกษาการรับรู้และทัศนคติต่อสเต็มเซลล์ และความสำคัญของการ ประยุกต์ใช้ทางการแพทย์ ของนักศึกษาวิทยาศาสตร์ สุขภาพ มหาวิทยาลัย Jouf ในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาแพทย์ และนักศึกษาทันตะแพทย์ พบว่ากลุ่ม ตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับเซลล์บำบัดอยู่ระดับปานกลาง การศึกษากลุ่มนักศึกษาพยาบาล ในประเทศ มาเลเซีย¹⁶ ผลการศึกษาแสดงให้เห็น ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับเซลล์บำบัด และการใช้ทางการแพทย์อยู่ ระดับปานกลาง การศึกษาในกลุ่มผู้ให้บริการ ดูแลรักษาสุขภาพในประเทศอียิปต์ กลุ่มตัวอย่าง นี้มี ระดับการรับรู้และทัศนคติ

เกี่ยวกับเซลล์บำบัด อยู่ระดับปานกลาง²³ ในขณะที่การศึกษารับรู้ เกี่ยวกับเซลล์บำบัดและการใช้ทางการแพทย์ในกลุ่มนักศึกษาทันตแพทย์ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ระดับต่ำ²⁴ ปัจจัยที่มีนัยสำคัญต่อการรับรู้คือทัศนคติ

อย่างไรก็ตาม การศึกษาในกลุ่มพยาบาลได้บ่งชี้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการรักษาด้วยเซลล์ ตันกำเนิดและการประยุกต์ใช้งานต่อเด็ก ๆ²⁵ แสดงให้เห็นว่า การรับรู้เกี่ยวกับเซลล์บำบัดเป็นการรับรู้เฉพาะทางประกอบ กับมีการรับรู้ใหม่เกิดขึ้นจากงานวิจัยที่เกี่ยวกับเซลล์บำบัดได้รับการเผยแพร่ในช่วง หลายปีที่ผ่านมาซึ่งเป็นการรับรู้ ใหม่ หากมีการติดตามหรือศึกษาเกี่ยวกับเรื่องเซลล์บำบัดอย่างต่อเนื่อง ก็จะมีการรับรู้ ความเข้าใจมากขึ้น ด้านทัศนคติต่อการ ใช้เซลล์บำบัดทางการแพทย์ ถึงแม้ว่าจะมีระดับการรับรู้เกี่ยวกับเซลล์บำบัด อยู่ระดับต่ำ กลุ่มตัวอย่าง มีระดับทัศนคติเกี่ยวกับเซลล์บำบัด อยู่ ระดับ ปาน กลาง ทั้งนี้ อาจเป็น เพราะ กลุ่ม ตัวอย่าง ส่วน ใหญ่ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 68.37 ส่งผลให้มี ความตระหนักรู้เกี่ยวกับเซลล์บำบัด อยู่บ้างจากการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ และมี ทัศนคติต่อการนำไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ ผลการศึกษาเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาของ Almaeen et al.¹⁵ พบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็น นักศึกษาแพทย์และทันตแพทย์ มีระดับทัศนคติเกี่ยวกับเซลล์บำบัดและการนำไปใช้ ทางทางการแพทย์ อยู่ระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ LYE et al. ที่ศึกษารับรู้และทัศนคติ เกี่ยวกับสเต็มเซลล์และการประยุกต์ในการแพทย์ ของนักศึกษาพยาบาลใน Universiti Sains Malaysia ประเทศมาเลเซีย และผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเชิงบวก ต่อสเต็มเซลล์และการนำไปใช้¹⁶ การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายทัศนคติต่อเซลล์บำบัดของ กลุ่มตัวอย่าง พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับเซลล์บำบัด สามารถ ทำนายทัศนคติต่อการใช้เซลล์บำบัดทางการแพทย์ได้ ร้อยละ 12.9 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ ด้วยทฤษฎี KAP Theory ซึ่งกล่าวไว้ว่า ตามทฤษฎี KAP การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพ ของ มนุษย์ เกิดขึ้นได้จากการได้มาซึ่งการรับรู้ ที่ถูกต้อง การสร้างทัศนคติ และการนำพฤติกรรม (หรือแนวปฏิบัติ) มาใช้ในกระบวนการต่อเนื่อง 3 กระบวนการ²⁶ สอดคล้อง กับผลการศึกษาของ Almaeen et al.¹⁵ ที่พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับเซลล์บำบัดมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับทัศนคติต่อการ ใช้ เซลล์บำบัดทางการแพทย์ ($r=0.334$, $p=0.001$) จากการศึกษาการรับรู้ และทัศนคติต่อสเต็มเซลล์ และ ความสำคัญของ การประยุกต์ใช้ทางการแพทย์ของนักศึกษา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัย Jouf

อย่างไรก็ดี ปัจจัยที่ส่งผลต่อทัศนคติอาจไม่ได้มีเพียงแค่การรับรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้นๆเท่านั้น อาจมีปัจจัยทางด้านศาสนา ความเชื่อวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่นการศึกษาโดย LYE et al.¹⁶ ที่ทำการศึกษา การรับรู้และทัศนคติ เกี่ยวกับสเต็มเซลล์ และการประยุกต์ทางการแพทย์ของนักศึกษาพยาบาลใน Universiti Sains Malaysia ประเทศมาเลเซีย พบว่าการรับรู้และ ทัศนคติมีความสัมพันธ์กันต่ำ บ่งชี้ว่ามีปัจจัยอื่นๆ เช่น ศาสนา และวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะ

ควรจัดแคมเปญให้การศึกษาเพื่อเพิ่มความตระหนักรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดด้วยเซลล์บำบัดผ่านทางช่องทาง ออนไลน์และออฟไลน์เพื่อแพร่กระจายข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับประโยชน์ และความเสี่ยงของการใช้เซลล์บำบัด ควรมีการวิจัย เพิ่มเติม เพื่อสำรวจปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และทัศนคติของประชาชนต่อการรักษาด้วยเซลล์

เอกสารอ้างอิง

1. Hoang DM, Pham PT, Bach TQ, Ngo ATL, Nguyen QT, Phan TTK, et al. Stem cell-based therapy for human diseases. Signal transduction and targeted therapy. 2022; 7(1): 272
2. Biehl JK, Russell B. Introduction to stem cell therapy. The Journal of cardiovascular nursing. 2009; 24(2): 98–105
3. สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย; ม.ป.ป. บทบาทของสเต็มเซลล์ต่อการรักษา มะเร็งเม็ดเลือดขาวแบบเฉียบพลัน; ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 8 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://tsh.or.th/Knowledge/Details/58>
4. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย; c2021. Stem Cell and Regenerative Medicine; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 8 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/stem-cell-regenerative-medicine/>
5. Cook M, Richey A, Brafman DA, Frow EK. Weighing up the evidence used by direct-to-consumer stem cell businesses. Stem cell reports. 2021; 16(12): 2852–2860
6. Arthurs JR, Martin Lillie CM, Master Z, Shapiro SA. The Direct to Consumer Stem Cell Market and the Role of Primary Care Providers in Correcting Misinformation. Journal of primary care & community health. 2022; 13: 21501319221121460
7. MGR Online [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: MGR Online; c2024-2024. “นวัตกรรมเซลล์บำบัด-สเต็มเซลล์” ธุรกิจหลอก คนรวย! “แพทย์จุฬาฯ” ชี้คนไทยถูกหลอกรักษา “สเต็มเซลล์” (ตอนที่ 3); 2556 [เข้าถึงเมื่อ 15 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://mgronline.com/specialscoop/detail/9560000077735>
8. Paulo A Fontes and Angus W Thomson. Stem cell technology. BMJ. 1999; 13; 319(7220) : 1308. doi: 10.1136/bmj.319.7220.1308
9. Duc M. Hoang, corresponding author Phuong T. Pham, Trung Q. Bach, Anh T. L. Ngo, Quyen T. Nguyen, Trang T. K. Phan, Giang H. Nguyen, Phuong T. T. Le, Van T. Hoang, Nicholas R. Forsyth, Michael Heke, and Liem Thanh Nguyen. Stem cell-based therapy for human diseases. Signal Transduct Target Ther. 2022; 7: 272. doi: 10.1038/s41392-022-01134-4
10. Parisa Goodarzi, Hamid Reza Aghayan, Bagher Larijani, Masoud Soleimani, Ahmad-Reza Dehpour, Mehrnaz Sahebjam, Firoozeh Ghaderi, and Babak Arjmand. Stem cell-based approach for the treatment of Parkinson's disease. Med J Islam Repub Iran. 2015; 29: 168.
11. Vladislav Volarevic,, Bojana Simovic Markovic, Marina Gazdic, Ana Volarevic, Nemanja Jovicic, Nebojsa Arsenijevic, Lyle Armstrong, Valentin Djonov, Majlinda Lako, and Miodrag Stojkovic. Ethical and Safety Issues of Stem Cell-Based Therapy. Int J Med Sci. 2018; 15(1): 36–45. doi: 10.7150/ijms.21666
12. Nooseisai M, Wang YF, Hongsraragon P, Munisamy M. Medical tourism within the medical hub policy: reviewing the need of a balanced strategy for health inequality reduction in a Thai context. J Health Res. 2016; 30(6): 445-450.

13. Turner L, Knoepfler P. Selling Stem Cells in the USA: Assessing the Direct-to-Consumer Industry. *Cell Stem Cell*. 2016; 19(2): 154-157.
14. Doaa Aboalola,corresponding author, Majed Ramadan, Moayad Baadhaim, Rawiah Alsiary, Heba Badraiq, Tariq Alghamdi, Samer Zakri, Neda Aboulola, Tark Falatah, and Dalal Malibari. Public awareness and understanding of stem cell treatments available in Saudi Arabia and their trust in hospitals and research centers involved in stem cell research—a cross sectional study. *Front Public Health*. 2024; 12: 1364809. doi: 10.3389/fpubh.2024.1364809
15. Almaeen A, Wani FA, Thirunavukkarasu A. Knowledge and attitudes towards stem cells and the significance of their medical application among healthcare sciences students of Jouf University. *PeerJ*. 2021; 9: e10661
16. Lye JL, Soon LK, Wan Ahmad WA, Tan SC. Knowledge and Attitude about Stem Cells and Their Application in Medicine among Nursing Students in Universiti Sains Malaysia, Malaysia. *The Malaysian journal of medical sciences: MJMS*. 2015; 22(4): 23–31.
17. Chanuan Uakarn, Kajohnsak Chaokromthong and Nittaya Sintao. Sample Size Estimation using Yamane and Cochran and Krejcie and Morgan and Green Formulas and Cohen Statistical Power Analysis by G*Power and Comparisons. *APHEIT INTERNATIONAL JOURNAL*. 2021; 10(2): 76-88
18. Bloom,Benjamin S.,et al. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: Mc Graw-Hill Book Company
19. มหาวิทยาลัยมหิดล [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; สเต็มเซลล์ นำมาใช้ประโยชน์ได้อย่างไร รักษาได้ทุกโรคจริงหรือไม่ [เข้าถึงเมื่อ 18 มิ.ย 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1534>.
20. Poonpipatgul S. The public perception toward stem cell technology in Thailand. [Thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2016
21. Doaa Aboalola,corresponding author , Majed Ramadan, Moayad Baadhaim Rawiah Alsiary, Heba Badraiq, Tariq Alghamdi, Samer Zakri, Neda Aboulola, Tark Falatah and Dalal Malibari. Public awareness and understanding of stem cell treatments available in Saudi Arabia and their trust in hospitals and research centers involved in stem cell research—a cross sectional study. *Front Public Health*. 2024; 12: 1364809. doi: 10.3389/fpubh.2024.1364809
22. Aboalola D, Badraiq H, Alsiary R, Zakri S, Aboulola N, Haneef L, Malibari D, Baadhaim M, Alsayegh K. An Infodemic of Misinformation on Stem Cell Therapy Among the Population of Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. *Frontiers in medicine*. 2022; 9: 789695.
23. Abo-Baker Mohamed H, Masoud Elsaid D. Stem Cell Therapy: Health Care Providers' Knowledge and Attitude. *Egyptian Journal of Health Care*, 2021; 12(3): 1547-1558

24. Alhadlaq A, Al-Maflehi N, Alzahrani, S, ALAssiri A. Assessment of knowledge and attitude toward stem cells and their implications in dentistry among recent graduates of dental schools in Saudi Arabia. The Saudi dental journal. 2019; 31(1): 66–75
25. Khalil AMSM, El Sayed Sharshor SM. Pediatric Nurses Knowledge, Awareness and Attitude towards Application of Stem Cells Therapy in Children. IOSR Journal of Nursing and Health Science. 2016; 5(4): 88-96
26. Kim TR, Ross JA, Smith DP. KOREA: Trends in Four National KAP Surveys, 1964–1967. Studies in Family Planning. 1969; 1(43): 6–11.

Received: 3 Mar.2024, Revised: 3 Apr.2024

Accepted: 8 Apr. 2024

บทความวิจัย

การประเมินผลโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี
ทุกชีวีปลอดภัย อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้ตัวแบบ CIPPI MODEL

สุภาพร แปะยอ^{1*}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินผลโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย โดยมีการประเมินผลโครงการใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท (Context) ด้านปัจจัยป้อนเข้า (Input) ด้านกระบวนการ (Process) ด้านผลผลิต (Product) และด้านผลกระทบ (Impact) โดยศึกษาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 70 คน จากกลุ่มตัวแทนคู่แต่งงานที่เข้าร่วมในโครงการในการวิจัยในการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม จำนวน 30 คู่ และกลุ่มเจ้าหน้าที่และผู้นำชุมชนจำนวน 40 คน

ผลการศึกษาพบว่า การประเมินด้านบริบท พบว่า โครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย เกิดขึ้นจากปัญหาอัตราเกิดต่ำ และมีเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าในชุมชน นำไปสู่นโยบายของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการแก้ไขปัญหาของพื้นที่ โดยวัตถุประสงค์มีความสอดคล้องกับสถานการณ์และความต้องการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จะดำเนินงานให้บรรลุตัวชี้วัดด้านคุณภาพของการส่งเสริมสุขภาพงานอนามัยแม่และเด็ก สนองนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นการจัดบริการให้มีการเพิ่มประชากรและมีคุณภาพ ด้านปัจจัยป้อนเข้า พบว่า เจ้าหน้าที่ในการดำเนินโครงการเพียงพอต่อการให้บริการ มีทีมสหวิชาชีพที่มีความรู้ มีกระบวนการทำงานชัดเจน อีกทั้งยังมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ด้านผลผลิตพบว่า ผลที่เกิดขึ้นกับคู่แต่งงานทำให้มีความพร้อมในการมีลูก และมีพัฒนาการสมวัยเป็นคนดีมีคุณธรรม ส่วนผลที่เกิดขึ้นต่อองค์กรทำให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานมีการพัฒนาทักษะ ความรู้ ความสามารถและบรรลุตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ด้านผลกระทบ พบว่าผลกระทบในทางบวกเกิดภาพลักษณ์ที่ดีต่อองค์กร พัฒนาศักยภาพการดูแลประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนผลกระทบทางลบนั้น แม้จะได้รับงบประมาณจากเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอลดลง แต่มีการได้รับสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพิ่มเติม ทำให้เกิดกฎกติกาชุมชน มาตรการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ในธรรมนูญอำเภอ และธรรมนูญตำบลคนม่วงสามสิบ

คำสำคัญ: การประเมินผลโครงการ, CIPPI Model, โครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย

^{1*}นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

*Corresponding author : boonchuepoo@gmail.com

*Original Article***Evaluation of the National Marriage Project; have children to help the nation, be happy, be smart and every life is safe by using the CIPPI MODEL. Muang Sam Sib District, Ubon Ratchathani Province.**Supaporn Paeyo^{1*}**Abstract**

The objective of this study was to have children to help the nation, be happy, be smart and every life is safe. The project is evaluated in 5 areas: Context, Input, Process, Product and Impact. The study was based on in-depth interviews and focus group discussions with a purposively selected sample of 70 people from a representative group of married couples participating in the project. In the research, in-depth interviews and focus groups were conducted with 30 people and a group of 40 officials and community leaders.

The result of the study was contextual evaluation found that evaluation of the National Marriage Project; arises from the problem of low birth rates and the presence of children with developmental delays in the community. the policy of the District Quality of Life Development Committee. The objectives are appropriate and consistent with the situation and needs of public health officials who will work to achieve the indicators. It is also consistent with the Ministry of Public Health policy that focuses on providing services to increase the population and have quality. Inputs was found that the staff in implementing it was still sufficient to provide services. There is a multidisciplinary team with knowledge and clear work continuously monitoring and evaluation. In terms of productivity, it was found that the results for married couples lead to good relationships in the family. Having children who develop appropriately, are good and moral people. As for the impact on the organization, it made the staff understand and achieve the indicators of the Ministry of Public Health. In terms of impact, it was found that the positive impact created a good image for the organization. The quality of care for people in the sub-district health promotion hospital has improved. As for the negative impact, although the estimated negative amount received from the health service network decreased, there was additional budget support from local administrative organizations.

Keywords: Project evaluation, CIPP Model, the National Marriage Project, have children to help the nation, be happy, be smart and every life is safe

*Public Health Technical Officer Professional Level . Muang Sam Sip District Public Health Office. Ubonratchathani Province.

*Corresponding author :_boonchuepoo@gmail.com

บทนำ

การแต่งงานเป็นพิธีหนึ่งที่เปลี่ยนแปลงสถานภาพของชายและหญิงโดยรับรองความสัมพันธ์ ระหว่างฝ่ายชายและฝ่ายหญิงให้เป็นความสัมพันธ์ที่มีลักษณะเป็นทางการและถูกต้องตามกฎหมาย อีกทั้งเป็นการสร้างเครือข่ายระหว่างเครือญาติของทั้งสองฝ่ายด้วยเช่นกัน การแต่งงานจึงเป็นประเพณีที่ผู้คนให้ความสำคัญมากประเพณีหนึ่งในชีวิต และยังเป็นพิธีที่พบเห็นได้ในทุกสังคมทั่วโลกด้วยรูปแบบที่แตกต่างกันไปตามแต่ละวัฒนธรรมของสังคม นั้นๆ การแต่งงานตามแบบประเพณีไทยก็มีกระบวนการและขั้นตอนหลายขั้นจนกว่าจะสำเร็จเป็น พิธีการแต่งงานอย่างสมบูรณ์ ซึ่งในแต่ละขั้นตอนพิธีก็มีรายละเอียดที่คู่สมรสนิยมปฏิบัติเพื่อความเป็นสิริมงคลแก่ชีวิตคู่ของตน เช่น การตรวจดวงชะตา การหาฤกษ์วันและเวลาที่เป็นมงคล รวมถึงการจัดเตรียม อาหารและของหวานที่สื่อสัญลักษณ์ถึงสิ่งดีงาม เช่น ขนมทองหยอดซึ่งสื่อถึงเงินทองความร่ำรวย และ ขนมถ้วยฟูซึ่งสื่อถึงความเจริญเฟื่องฟู (เสฐียร โกเศศ 2532 : 12) การให้ความสำคัญกับรายละเอียดต่างๆ อย่างพิถีพิถันนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของพิธีแต่งงานที่มีต่อวัฒนธรรมไทย

สถาบันครอบครัวเป็นพื้นฐานทางสังคมที่มีหน้าที่ถ่ายทอดให้การเรียนรู้วัฒนธรรมและ ค่านิยมแก่สมาชิกในครอบครัว รวมทั้งช่วยขัดเกลาพฤติกรรมมนุษย์ให้รู้ว่สิ่งใดควรทำ สิ่งใดไม่ควรทำ หรืออะไรถูกอะไรผิด เป็น สถาบันที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพอย่างลึกซึ้ง ท่ามกลางกระแสโลก ได้พัฒนาทางเทคโนโลยีแบบก้าวกระโดด และการแข่งขันทางด้านเศรษฐกิจค่อนข้างสูง ทำให้สถาบันครอบครัว ที่เป็นสถาบันพื้นฐานที่สุดเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตและมีความสำคัญยิ่งของสังคม เพราะสถาบันขั้นมูลฐานที่เป็นจุดเริ่มต้นของสถาบันทั้งหลาย ในสมัยก่อนนั้นสถาบันครอบครัว ทำหน้าที่เป็นทั้งสถาบันการศึกษา สถาบันเศรษฐกิจ และสถาบันการปกครอง ของชีวิต เพราะว่าสถาบันครอบครัวนั้นได้ ทำหน้าที่ให้การศึกษาและความรู้ นอกจากนี้ยังทำหน้าที่ในด้านเศรษฐกิจ และ ปฏิบัติหน้าที่ในการอบรมสั่งสอนสมาชิกของครอบครัวให้เป็นพลเมือง แต่ในปัจจุบันสถาบันการศึกษา และสถาบันเศรษฐกิจได้เข้ามามีบทบาทปฏิบัติ หน้าที่แทนสถาบันครอบครัวในด้านการให้การศึกษา แก่สมาชิกของสังคม และผลิตเครื่องอุปโภคและบริโภคขึ้นจำหน่ายสมาชิกในสังคม บทบาทในด้านดังกล่าวของสถาบันครอบครัวจึงลดความสำคัญลงไปเรื่อยๆ การเริ่มต้นของสถาบันครอบครัวนั้น เริ่มต้นจากของสองคนที่มีความคิดจิตใจที่ตรงกัน ความเข้าใจซึ่งกันละกัน และสุดท้ายตกลงที่จะใช้ชีวิต อยู่ร่วมกัน จึงได้จัดการให้สังคมได้รับรู้เป็นทางการนั้นคือ การแต่งงาน (พระภิกษุชาพงษ์ สิริภทโท 2561 : 2)

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัย การเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 - 2569) ว่าด้วยการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ จึงได้จัดทำแผนการดำเนินการโครงการและกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม และในปี 2563 ได้จัดกิจกรรม “วิwärtsสร้างชาติ” ในการสร้างความรอบรู้ด้านการเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อนมีบุตรให้กับประชาชน ส่งเสริมให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ทานวิตามินเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก อย่างน้อย 1 เดือนก่อนตั้งครรภ์ ส่งเสริมให้หญิง-ชายวัยเจริญพันธุ์วางแผนการมีบุตร และตรวจสุขภาพก่อนการตั้งครรภ์ แนวทางการจัดการเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์ การเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์เพื่อเป็นพ่อแม่คุณภาพ การส่งเสริมโภชนาการและการออกกำลังกายเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ เพศควรรู้ โรคที่สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน และการนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานให้เกิดประโยชน์สูงสุด อันจะส่งผลให้ การเกิดเป็นไปอย่างมีคุณภาพ (แนวทางการจัดการเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์ กรมอนามัย 2563 : 6)

อำเภอวังสามสี มีวิสัยทัศน์ คือ “ชุมชนเข้มแข็ง เมืองน่าอยู่ เกษตรปลอดภัย อาหารปลอดภัย” มีอัตลักษณ์เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน คือ “ม่วงสามสีถิ่นคนดี เมืองน่าอยู่ ดูแลกัน” และมีคำขวัญประจำอำเภอ คือ

"ถิ่นคนดีศรีธัญชัยสระโบรณน แหล่งกำเนิดมะขามหวาน พระโอรนไผ่ใหญ่ กราบไหว้หลวงพ่อกษมสีมา ชมวัดป่าวิเวก เอนกค่าคุณธรรม" ซึ่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ภายใต้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ ซึ่งมีการบังคับใช้ ตั้งแต่วันที่ 10 มีนาคม 2561 มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานปี 2566 กำหนดประเด็นการขับเคลื่อนพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน 12 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นเกษตรปลอดสาร อาหารปลอดภัย ประเด็นการจัดการขยะและสิ่งปฏิกูล ประเด็นการป้องกันการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ประเด็นการป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำ ประเด็นงานศพ งานบุญปลอดเหล้าปลอดการพนัน ประเด็นการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ประเด็นการป้องกันการฆ่าตัวตายและการใช้ความรุนแรงในครอบครัว ประเด็นการจัดการโรคเรื้อรัง ประเด็นการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ประเด็นการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ประเด็นการคุ้มครองผู้บริโภค และประเด็นธรรมนูญตำบล (รายงานผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอวังสามสี ปี 2565 : 2)

จากข้อมูลอำเภอวังสามสี ในปี 2563-2565 มีอัตราการเกิดต่อประชากรพันคน เท่ากับ 2.49, 1.98 และ 1.68 ซึ่งมีเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 84.88, 88.47 และ ร้อยละ 89.96 มีพัฒนาการไม่สมวัย คิดเป็นร้อยละ 0.45 0.45 และ ร้อยละ 0.36 จากรายงานระบบคลังข้อมูลสุขภาพด้านการแพทย์ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข จึงได้มีโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี เป็นนโยบายการดำเนินงานในประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนอำเภอวังสามสี ภายใต้ประเด็นการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยมีประเด็นการขับเคลื่อนได้แก่การแต่งงานช่วยชาติ พิธีการแต่งงาน (นม ไข่ ไอโอดีน การ์ดอวยพร คำกล่าวอวยพรประธานในพิธี ของที่ระลึก) เมื่อเข้าไปทำงานแต่งงานมีการอวยพร ชุดของขวัญ สำหรับมอบให้เจ้าของงานแต่งงาน ซึ่ง มีคู่แต่งงานสมัครใจเข้าร่วมโครงการตั้งแต่ปี 2563 -2566 จำนวน 30 คู่ มีลูกช่วยชาติ เป็นการเตรียมตัวก่อนตั้งครรภ์กินวิตามินเสริมธาตุเหล็กวันละ 1 เม็ดติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน ระหว่างตั้งครรภ์รับประทานนมจิตร วันละ 1 กล่อง หรือ ไข่วันละ 1 ฟอง รับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีน ติดต่อกันอย่างน้อย 90 วัน ผักผลไม้คุณภาพ ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย รับขวัญเด็กเยี่ยมหลังคลอด กองทุนนมจิตร กิจกรรมตักบาตรด้วยนมจิตร สุข ฉลาด เก่ง ดี (งานมหัศจรรย์ 1,000 วัน แรกเกิด – 2 ปี) ส่งเสริมพัฒนาการ แรกเกิด – 6 ปี เด็กในชุมชนเป็นคนดีมีคุณธรรม โครงการมรรคนายกน้อย ทุกชีวีปลอดภัย การฝึกทักษะการป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/โรงเรียน

ผู้วิจัยจึงเชื่อว่า การประเมินผลโครงการจะทำให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชุมชน มีทิศทางในการทำงานอย่างชัดเจนมากขึ้น เนื่องจากโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี เป็นโครงการต่อเนื่อง ที่มีการดำเนินโครงการมาเป็นระยะ 3 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาที่เหมาะสมต่อการประเมินผลโครงการ เนื่องจากยังไม่เคยมีการประเมินโครงการมาก่อน การประเมินผลโครงการจะทำให้ได้ทราบถึงผลการดำเนินงานที่ผ่านมาว่าโครงการสามารถบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ นอกจากนี้ยังพบปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงาน ซึ่งการประเมินผล โครงการจะทำให้สามารถนำมาปรับปรุงและพัฒนาโครงการให้ดีขึ้น การประเมินโครงการจึงมี ความสำคัญในการกำหนดโครงการในอนาคตให้เหมาะสมกับความต้องการของประชาชน และรูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินด้านบริบท (Context Evaluation) ของโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี ใน ด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับโครงการ โดยประเมินความ

เป็นมาของโครงการ ความเหมาะสมของ วัตถุประสงค์ของโครงการ และประเมินความสอดคล้องของกฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับโครงการเพื่อการปรับปรุงและพัฒนาโครงการ

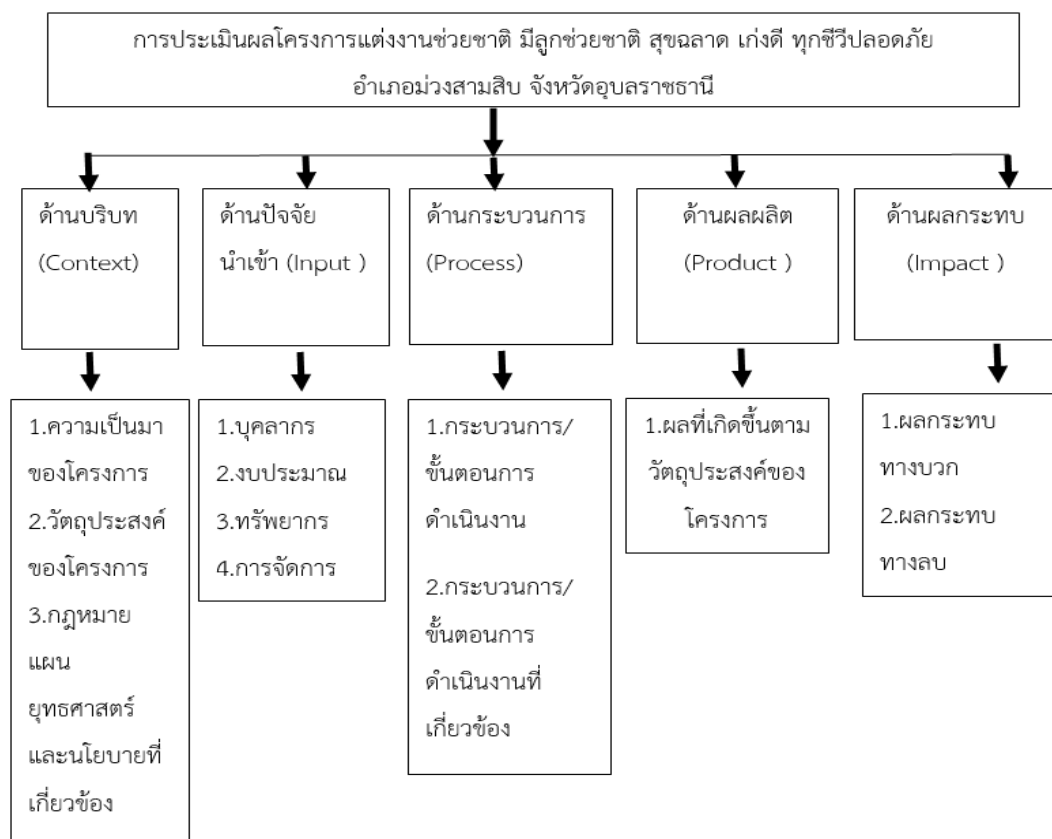
2. เพื่อประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) ของโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี ในด้าน 4M'S ได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับคน (Man) เงิน (Money) ทรัพยากร (Material) และการจัดการ (Management) ในด้านความเพียงพอ ความเหมาะสม ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงแก้ไขโครงการ

3. เพื่อประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) ของโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี การประเมินความเหมาะสมของกระบวนการในการดำเนินงานโครงการ เพื่อตรวจสอบความก้าวหน้าในการทำงาน โดยข้อบกพร่องของการดำเนินโครงการ จะใช้ เป็นข้อมูลในการพัฒนาแก้ไข ปรับปรุง โครงการให้การให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

4. เพื่อประเมินผลผลิต (Product Evaluation) ของโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี ในด้านผลผลิตที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการ หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเมื่อสิ้นสุดโครงการ ในการบรรลุวัตถุประสงค์ (Objectives) ของโครงการที่กำหนดไว้

5. เพื่อประเมินผลกระทบ (Impact Evaluation) ของโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งผลกระทบทางบวกและทางลบ

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาข้อมูลจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดย การศึกษาจากแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หนังสือ เอกสารทางวิชาการ รายงานการประชุม วิทยานิพนธ์ บทความ กฎหมาย นโยบาย รายงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่เป็นบทความในเว็บไซต์ต่างๆ รวมถึงการศึกษาข้อมูลของโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย เพื่อศึกษารายละเอียดของการดำเนินงาน เป็นข้อมูลประกอบการศึกษา

2. การศึกษาภาคสนาม โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับครอบครัวสมาชิกในโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย และสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เกี่ยวข้อง

เครื่องมือการวิจัย

โดยผู้วิจัยได้ใช้ การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group) นอกจากนี้ผู้วิจัยยังใช้การสังเกต แบบมีส่วนร่วมในระหว่างการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group) เพราะผู้วิจัยถือเป็นเครื่องมือหนึ่งในการเข้าถึงและเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยยังมีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินโครงการ ซึ่งตลอดระยะเวลาของการดำเนินโครงการที่ผ่านมา ทำให้ผู้วิจัยได้ ทราบถึงผลของการดำเนินโครงการและปัญหาและอุปสรรคของโครงการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวแทนคู่แต่งงานที่เข้าร่วมในโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี ในการวิจัยในการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม จำนวน 30 คู่

2. กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีความเกี่ยวข้องกับ การดำเนินโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 23 คน ผู้นำชุมชน (กำนัน)จำนวน 14 คน และเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสามสี จำนวน 3 คน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Simple) รวมทั้งสิ้น 40 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ตัวแทนคู่แต่งงาน

1. เป็นตัวแทนคู่แต่งงานเข้าร่วมโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี ไม่น้อยกว่า 1 ปี
2. มีที่อยู่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี
3. มีอายุ 20-49 ปี
4. มีความยินยอมและเต็มใจในการให้ข้อมูล

เจ้าหน้าที่และผู้นำชุมชน

1. ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุกแห่งในอำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี โดยปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี
2. ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นระยะเวลา ไม่น้อยกว่า 1 ปี

3. เป็นผู้นำชุมชน (กำนัน)
4. มีความยินยอมและเต็มใจในการให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดออกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ตัวแทนคู่แต่งงาน

1. คู่แต่งงานมีเหตุที่ทำให้ไม่สามารถร่วมการวิจัยได้ เช่น เจ็บป่วย เสียชีวิต ย้ายที่อยู่ หรือติดภารกิจที่ต้องไปทำธุระด่วนหรือมีความจำเป็นกะทันหัน
2. ไม่สามารถเข้าร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มทั้ง 2 ครั้งได้
3. ไม่ประสงค์ที่จะให้ข้อมูลกับนักศึกษา
4. ออกจากการเป็นสมาชิกครอบครัวในโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวิปลอดภัย อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

เจ้าหน้าที่และผู้นำชุมชน

1. เจ้าหน้าที่และผู้นำชุมชนมีเหตุที่ทำให้ไม่สามารถร่วมการวิจัยได้ เช่น เจ็บป่วย เสียชีวิต กลับ ย้ายสถานที่ปฏิบัติงานต่างอำเภอ หรือต่างจังหวัด
2. ไม่สามารถเข้าร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มทั้ง 2 ครั้งได้
3. ไม่ประสงค์ที่จะให้ข้อมูลกับนักศึกษา
4. ถูกเลิกจ้างหรือลาออกจากงาน

เกณฑ์การถอนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ตัวแทนคู่แต่งงาน

1. ตัวแทนคู่แต่งงานอาจปฏิเสธเข้าร่วม หรือถอนตัวในการให้ข้อมูล (ถอน ความยินยอม) ได้ทุกเมื่อโดยไม่มีโทษ หรือสูญเสียประโยชน์อันควรได้ตามสิทธิ
 2. ตัวแทนคู่แต่งงานเกิดความเครียด เกิดความไม่สบายใจในระหว่างให้ข้อมูล หรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้
- เจ้าหน้าที่และผู้นำชุมชน
1. เจ้าหน้าที่และผู้นำชุมชนอาจปฏิเสธเข้าร่วม หรือถอนตัวในการให้ข้อมูล (ถอนความยินยอม) ได้ทุกเมื่อโดยไม่มีโทษ หรือสูญเสียประโยชน์อันควรได้ตามสิทธิ
 2. เจ้าหน้าที่และผู้นำชุมชนเกิดความเครียด เกิดความไม่สบายใจในระหว่างให้ข้อมูลหรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้แนวข้อคำถามเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บข้อมูล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับคู่แต่งงานและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวิปลอดภัย อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้ประเด็นคำถามตามตัวแบบการประเมินผลโครงการ CIPPI MODEL ใน 5 ด้าน ได้แก่ บริบท (Context) ปัจจัยป้อนเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลผลิต (Product) และ ผลกระทบ (Impact) นอกจากนี้ยังมีแนวทางการสัมภาษณ์การสังเกต และอุปกรณ์ภาคสนามโดยมี รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แนวคำถามในการวิจัย คำถามสำหรับการวิจัยจะแบ่งเป็น 2 ชุด เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม
2. นโยบาย กฎหมายของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย ที่สอดคล้องกับการทำงานของโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาดเก่งดี ทุกชีวีปลอดภัยอย่างไรบ้าง ปัจจัยป้อนเข้า (Input): ด้านบุคลากร (Man)
3. บุคลากรที่ดำเนินโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย อำเภอวังสามสิบ จังหวัด
- ปัจจัยป้อนเข้า (Input): ด้านงบประมาณ (Money)
4. การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย อำเภอวังสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นอย่างไรบ้าง
- ปัจจัยป้อนเข้า (Input): ด้านทรัพยากร (Material)
5. การสนับสนุนทรัพยากรทางสังคมที่ใช้ในการดำเนินโครงการ
- ปัจจัยป้อนเข้า (Input): ด้านการจัดการโครงการ (Management)
6. ท่านเล่าถึงกระบวนการและขั้นตอนการบริหารจัดการโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย อำเภอวังสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี กระบวนการ (Process)
7. ท่านเล่าถึงกระบวนการและขั้นตอนการดำเนินโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย อำเภอวังสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นอย่างไรบ้าง
8. ท่านเล่าถึงกระบวนการและขั้นตอนการดำเนินโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย อำเภอวังสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ท่านเกี่ยวข้อง เป็นอย่างไรบ้าง ผลผลิต (Product)
9. ผลที่เกิดขึ้นกับคู่แต่งงานและครอบครัวในโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย อำเภอวังสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานีเป็นอย่างไร
10. ผลที่เกิดขึ้นของโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย อำเภอวังสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานีต่อองค์กรเป็นอย่างไร ผลกระทบ (Impact)
11. ผลกระทบทางบวกที่เกิดขึ้นต่อโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย อำเภอวังสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นอย่างไรบ้าง
12. ผลกระทบทางลบที่เกิดขึ้นต่อโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย อำเภอวังสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นอย่างไรบ้าง
13. ท่านมีข้อเสนอแนะต่อโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย อำเภอวังสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี อย่างไรบ้าง
- สำหรับตัวแทนคู่แต่งงาน ด้านบริบท (Context)
1. ท่านทราบความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย อำเภอวังสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นอย่างไร
- ปัจจัยป้อนเข้า (Input): ด้านบุคลากร (Man)
2. บุคลากรที่ดำเนินโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย อำเภอวังสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นอย่างไร
3. คู่แต่งงานเป็นอย่างไร
- ปัจจัยป้อนเข้า (Input): ด้านงบประมาณ (Money)

4. ตัวแทนคู่แต่งงานได้รับงบประมาณสนับสนุนจากโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี ในลักษณะใดบ้าง

ปัจจัยป้อนเข้า (Input): ด้านทรัพยากร (Material)

5. ครอบครัวได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี ในลักษณะใดบ้าง

ปัจจัยป้อนเข้า (Input): ด้านการจัดการโครงการ (Management)

6. ท่านมีส่วนร่วมในโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี อย่างไรบ้าง

กระบวนการ (Process)

7. ท่านเล่าถึงการเข้าร่วมโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี ในแต่ละ ขั้นตอน/กิจกรรมที่ท่านเข้าร่วม ว่าเป็นอย่างไรบ้าง

ผลผลิต (Product)

8. ผลที่เกิดขึ้นกับคู่แต่งงานในโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี เป็นอย่างไร

ผลกระทบ (Impact)

9. ผลกระทบทางบวกที่เกิดขึ้นต่อโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี เป็นอย่างไร

10. ผลกระทบทางลบที่เกิดขึ้นต่อโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี เป็นอย่างไร

11. ท่านมีข้อเสนอแนะต่อโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี อย่างไรบ้าง ทั้งนี้ผู้ศึกษาได้สรุปประเด็นในการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มเจ้าหน้าที่และผู้นำชุมชน คู่แต่งงาน ตามรูปแบบการประเมินผลโครงการ CIPPI Model ดังนี้

CIPPI	เจ้าหน้าที่และผู้นำชุมชน	คู่แต่งงาน
C ด้านบริบท	1. ความเป็นมาของโครงการ 2. วัตถุประสงค์ 3. กฎหมาย แผน ยุทธศาสตร์ นโยบายที่เกี่ยวข้อง	1. ความเป็นมาของโครงการ 2. วัตถุประสงค์
I ด้านปัจจัยนำเข้า	1. บุคลากร (เจ้าหน้าที่และผู้นำชุมชน) 2. ทรัพยากร 3. งบประมาณ 4. การจัดการ	1. บุคลากร (คู่แต่งงาน) 2. ทรัพยากร 3. งบประมาณ 4. การจัดการ
P ด้านกระบวนการ	1. กระบวนการและขั้นตอนการดำเนินโครงการ 2. กระบวนการและขั้นตอนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง	1. กระบวนการและขั้นตอนการดำเนินโครงการ
P ด้านผลผลิต	ผลที่เกิดขึ้นตามวัตถุประสงค์ (ต่อคู่แต่งงานและต่อองค์กร)	ผลที่เกิดขึ้นตามวัตถุประสงค์ (ต่อคู่แต่งงาน)
I ด้านผลกระทบ	ผลกระทบทางบวก ผลกระทบทางลบ	ผลกระทบทางบวก ผลกระทบทางลบ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) แบบพรรณนาเชิงวิเคราะห์ (Analytical Descriptive Method) โดยเป็นการประเมินผลโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้ ตัวแบบ CIPPI MODEL ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ศึกษาจากเอกสาร (Documentary Research) ได้แก่ หนังสือ บทความวิชาการ วิทยานิพนธ์ รายงานการวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ แนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวกับแนวคิดการเตรียมความพร้อมของคู่แต่งงาน นโยบาย แผน มาตรการ ในการดูแลกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ ข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมต่างๆ

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลจากภาคสนาม (Field Research) ผู้วิจัยใช้การเก็บรวบรวม ข้อมูลในภาคสนามซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิจากพื้นที่ที่ใช้ในการศึกษา โดยผู้วิจัยมีขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 คือ การกำหนดผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย การศึกษาเรื่องการประเมินผล โครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้ตัวแบบ CIPPI Model ซึ่งเป็นการประเมินผลโครงการที่ได้ ดำเนินมาแล้วเป็นระยะเวลา 4 ปี โดยได้กำหนดการสัมภาษณ์ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ คู่แต่งงานที่เข้าร่วมโครงการและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้นำชุมชน (กำนัน) ที่มีความเกี่ยวข้อง กับการดำเนินโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวีปลอดภัย อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทั้งสองกลุ่ม เป็นผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียจากการดำเนินโครงการ

ขั้นตอนที่ 2 การสัมภาษณ์เชิงลึก โดยเป็นการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ซึ่งสัมภาษณ์คู่แต่งงาน 30 คน เจ้าหน้าที่และผู้นำชุมชน จำนวน 40 คน โดยใช้คำถามปลายเปิดใน การสัมภาษณ์ซึ่งแนวคำถามมีความสอดคล้องกับ รูปแบบของการประเมินผลโครงการ CIPPI MODEL ใน 5 ด้าน ได้แก่ การประเมินเกี่ยวกับบริบท (Context) ปัจจัยป้อนเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลผลิต (Product) และผลกระทบ (Impact)

ขั้นตอนที่ 3 การสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยแบ่งการสนทนากลุ่มออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ กลุ่มแรกเป็นคู่แต่งงาน โดย จะใช้ในการสนทนากลุ่ม 2 ครั้ง จำนวน 30 คู่ กลุ่มที่สองเป็นกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล และผู้นำชุมชน(กำนัน) ที่มีความเกี่ยวข้องกับการ ดำเนินโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่ง ดี ทุกชีวีปลอดภัย อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้การสนทนากลุ่ม 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 กลุ่มเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครั้งที่ 2 กลุ่มผู้นำชุมชน (กำนัน) รวมทั้งหมด จำนวน 40 คน การสนทนากลุ่มนี้จะใช้ แนวคำถามเดียวกับกับการสัมภาษณ์เชิงลึกในรูปแบบของการประเมินผลโครงการ CIPPI MODEL 5 ด้าน ได้แก่ การ ประเมินเกี่ยวกับบริบท (Context) ปัจจัยป้อนเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลผลิต (Product) และผลกระทบ (Impact)

การเก็บข้อมูลภาคสนาม ผู้วิจัยมีการจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แนวคำถาม เพื่อใช้เป็น แนวทางในการสัมภาษณ์ แบบเจาะลึกและการสนทนากลุ่ม โดยมีการตั้งประเด็นคำถามไว้ล่วงหน้า ซึ่งประเด็นคำถามมี ความสอดคล้องกับรูปแบบการประเมินผลโครงการ CIPPI MODEL และเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของ การศึกษา โดยใช้ วิธีการจดบันทึกและบันทึกเทปเพื่อความสะดวกในการสัมภาษณ์ และได้ข้อมูลอย่าง ครบถ้วน

การเก็บ ข้อมูล ผู้วิจัยเริ่มเก็บ รวบรวม ข้อมูลจากผู้มีส่วนร่วม ในการวิจัย หลังจากที่ ได้ กำหนดผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแล้ว และได้ติดต่อนัดหมาย แล้วจึงเริ่มการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนา กลุ่มจากผู้มีส่วน ร่วมในการวิจัยที่ได้คัดเลือกไว้วันเวลาและความสะดวกของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ทั้งนี้แนวคำถามสามารถปรับและ

ยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์ หรืออาจมีประเด็นเพิ่มเติมได้แต่ต้อง สอดคล้องกับรูปแบบการประเมินผลโครงการ CIPPI MODEL เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนตรงประเด็น ทั้งนี้ระยะเวลาทำการเก็บข้อมูลอาจยืดหยุ่นได้ตามความเหมาะสม

การวิเคราะห์ข้อมูล

มีวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลจากการศึกษาเอกสาร การวิเคราะห์ข้อมูลจากการค้นหาความหมายของ การกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ การส่งเสริมพัฒนาการ รูปแบบที่ใช้ในการประเมินโครงการ CIPPI MODEL เพื่อใช้เป็นศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องใน การประเมินโครงการจะช่วยให้ผู้ศึกษาได้ทราบถึงแนวทางและวิธีการในการประเมินผลโครงการ ที่สามารถนำมาปรับใช้ในการวิจัยได้

2. ข้อมูลจากการบันทึกภาคสนาม เป็นการวิเคราะห์สรุปข้อมูลที่นักวิจัยได้บันทึกจาก การลงพื้นที่สังเกตการณ์ ในขณะทำการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม โดยจะแบ่งข้อมูลตาม ข้อคำถามหลักที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ตามรูปแบบของ CIPPI MODEL ในด้านการประเมินเกี่ยวกับ บริบท (Context) ปัจจัยป้อนเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลผลิต (Product) และ ผลกระทบ (Impact)

จริยธรรมในการวิจัย

รับรองการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองที่ SSJ.UB 2566 – 073

ผลการวิจัย

1. การประเมินผลด้านบริบท (Context) ผลการศึกษา พบว่า ความเป็นมาของโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวิปลอดภัย เกิดขึ้น จากสถานการณ์ปัญหาอัตราเกิดต่ำ และมีเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าในชุมชน นำไปสู่นโยบายของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนับสนุนทรัพยากรที่ใช้ในการสนับสนุนให้แก่คู่แต่งงานมีชุดของขวัญที่ประกอบด้วย พิธีมอบ Gift Set (นมจืด ไข่ เกลือไอโอดีน วิตามินเสริมธาตุเหล็ก การ์ดอวยพร) และชุดพิธีแต่งงานช่วยชาติ ก่อนตั้งครรภ์กินวิตามินเสริมธาตุเหล็ก ขณะตั้งครรภ์รับประทานนมจืด วันละ 1 กล่อง หรือ ไข่วันละ 1 ฟองและรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนตลอดการตั้งครรภ์ ฝากครรภ์คุณภาพ ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย รับขวัญเด็กเยี่ยมหลังคลอด ส่งเสริมพัฒนาการ แรกเกิด – 6 ปี เด็กในชุมชนเป็นคนดีมีคุณธรรม เช่น โครงการมรรคนายกน้อย การฝึกทักษะการป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำ อายุต่ำกว่า 15 ปี (ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/โรงเรียน) โดยเริ่มต้นจัดทำโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาด เก่งดี ทุกชีวิปลอดภัยอย่างเป็นรูปธรรม ตั้งแต่ปี พ.ศ.2563 เปิดตัวโครงการโดยนายอำเภอวังสามสี ณ หอประชุมอำเภอวังสามสีในการประชุมหัวหน้าส่วนราชการ กำหนดผู้ใหญ่บ้าน

ด้านวัตถุประสงค์ของโครงการ พบว่า มี 3 ประการ คือ 1)เพื่อให้คู่แต่งงานมีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ก่อนสมรส ก่อนมีบุตร ขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด 2)เพื่อให้ลูกมีคุณภาพตั้งแต่ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตเป็นต้นไป 3)เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยตามช่วงอายุของเด็ก โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทราบถึงวัตถุประสงค์ของโครงการเป็นอย่างดี โครงการแต่งงานช่วยชาติเป็นส่วนหนึ่งของการ ขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรฐานการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิด และการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ“การเกิดทุกรายมีคุณภาพ เด็กเกิดรอด แม่ปลอดภัย”ด้าน

นโยบายที่เกี่ยวข้อง กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายวิว่าสร้างชาติ มุ่งส่งเสริมคุณภาพประชากรเน้นให้รักทุกคู่ มีการเตรียมความพร้อมก่อนแต่งและก่อนมีลูก ส่งเสริมให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ ที่ใช้ชีวิตคู่ และวางแผนจะมีลูกกินวิตามินเสริมธาตุเหล็กและโฟลิก สัปดาห์ละ 1 เม็ด ก่อนตั้งครรภ์อย่างน้อย 1 เดือน เพื่อลดความเสี่ยงจากการเกิดความพิการแต่กำเนิด และให้คู่รักตรวจสุขภาพที่จำเป็นตามกลุ่มวัยและตามสิทธิ เพื่อให้การเกิดทุกรายมีคุณภาพ ลูกแข็งแรงและมีพัฒนาการสมวัย แก้ปัญหา "เด็กเกิดน้อย ด้อยคุณภาพ" โดยมีรูปแบบรูปแบบการดำเนินงาน กิจกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของสังคม

2. ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) พบว่า ในภาพรวมด้านบุคลากร (Man) ที่เป็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า จำนวนเจ้าหน้าที่เพียงพอต่อการให้บริการแก่คู่แต่งงานที่มารับบริการ แต่หากมีการจัด กิจกรรมประจำปีหรือการเยี่ยมบ้าน เจ้าหน้าที่จะมีจำนวนไม่เพียงพอ เพราะต้องดูแลบริการประชาชนทั่วไปด้วย ส่วนทีมสหวิชาชีพมีบทบาทร่วมกันในการเยี่ยมบ้าน การประชุมร่วมกัน โดยเจ้าหน้าที่ยังมองเห็นถึง ความสำคัญด้านบุคลากรว่า บุคลากรควรมีทั้งความรู้ ประสบการณ์ ทักษะที่ดี และมีอุดมการณ์เดียวกัน ในการดูแลคุณภาพชีวิตประชาชน และในด้านของผู้นำชุมชนมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีความเข้าใจกระบวนการทำงานและได้รับการช่วยเหลือจากทั้งทางด้านการปกครองอำเภอม่วงสามสิบ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้สำหรับคู่แต่งงาน มีความพึงพอใจต่อการได้รับบริการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ด้านงบประมาณ (Money) พบว่า ได้รับ การสนับสนุนจากงบประมาณเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอม่วงสามสิบ งบประมาณกองทุนตำบลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่คิดว่างบประมาณ ที่ได้รับมีความเพียงพอและเหมาะสมกับการนำไปใช้ในการดำเนินโครงการ และการจัดสรรให้ แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุกแห่งด้านทรัพยากร (Material) พบว่า ทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินโครงการ ประกอบด้วย ชุดแต่งงาน Gift Set (นมจืด ไข่ เกลือ ไอโอดีน วิตามินเสริมธาตุเหล็ก การ์ดอวยพร) ซึ่งเจ้าหน้าที่ได้รับสิ่งของดังกล่าวจากการรับบริจาคโครงการถนนสายวัฒนธรรมตักบาตรนมจืด ในทุกตำบล ให้กับหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 90 วัน 90 กล่องต่อคน และงบกองทุนตำบลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการจัดทำโครงการจัดซื้อนมจืดสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ทำให้งบประมาณเพียงพอต่อการจัดโครงการทุกปี แต่ทั้งนี้เจ้าหน้าที่จะแจ้งให้คู่แต่งงานที่ตั้งครรภ์ทราบตั้งแต่ครั้งแรกที่มารับบริการว่า การสนับสนุนทรัพยากรเป็นเพียงบางส่วนที่ช่วยเหลือคู่แต่งงาน เพื่อลดรายจ่าย ในครอบครัว ไม่ใช่การช่วยเหลือทั้งหมด เพราะต้องการให้ครอบครัวพึ่งพาตนเองเป็นหลัก และ หากสิ่งของมีจำนวนไม่เพียงพอ เจ้าหน้าที่ก็จะแจ้งให้แก่คู่แต่งงานทราบถึงเหตุผล ซึ่งคู่แต่งงานมีความเข้าใจในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นอย่างดี ด้านการจัดการ (Management) พบว่า ในการจัดการโครงการนั้น พยาบาลวิชาชีพจะเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดทำโครงการในแต่ละปี มีการจัดตั้งทีมงานรับผิดชอบ คือ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุข โดยมีการวางแผนการจัดกิจกรรมรายไตรมาส รายปีตามระยะเวลาที่กำหนด ในส่วนเจ้าหน้าที่มองว่าการทำงานยังมีปัญหาในการติดตามเยี่ยมบ้านในคู่แต่งงานที่มีการย้ายไปทำงานต่างจังหวัด และด้วยจำนวนบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีจำนวนน้อยจึงทำให้การเยี่ยมบ้านไม่สม่ำเสมอซึ่งด้วยภาระงานประจำของเจ้าหน้าที่ที่มีมาก ทำให้มีความต้องการทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลม่วงสามสิบ สนับสนุนการเยี่ยมบ้านตามแผน

3. ด้านกระบวนการ (Process) พบว่าการเข้าร่วมโครงการ เริ่มต้นจากคู่แต่งงานติดต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ โดยมีช่องทางการติดต่อ 3 ช่องทางหลักคือ 1) การโทรศัพท์มาสอบถามด้วยตนเอง 2) การเดินทางมาติดต่อด้วยตนเอง 3) การประสานจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน เนื่องจากคู่แต่งงาน ต้องการความช่วยเหลือด้านการวางแผนครอบครัว รวมทั้งต้องการคำปรึกษา และคำแนะนำในด้านการดูแลสุขภาพให้มีความพัฒนาการสมวัย โดยใน เบื้องต้นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะมีการอธิบายขั้นตอนของการ ให้บริการของหน่วยงาน เพื่อทำความเข้าใจกับคู่แต่งงานที่มาติดต่อก่อน และนัดหมายให้ครอบครัวคู่แต่งงานทราบถึงขั้นตอนพิธี

การในการเข้าร่วมโครงการ และเจ้าหน้าที่ลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมบ้านของคู่แต่งงาน เพื่อประเมินการจัดพิธีแต่งงานโดยขั้นตอนแรกเป็นกระบวนการแสวงหาข้อเท็จจริง (Fact Finding) ขั้นตอนที่สองการประเมินสภาพปัญหา (Assessment) โดยแบ่ง ปัญหาออกเป็น 2 ระดับ คือ 1) คู่แต่งงาน ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการวางแผนครอบครัว ซึ่งพยาบาลวิชาชีพจะให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่คู่แต่งงาน เพื่อให้คู่แต่งงานกำหนดเวลาที่เหมาะสมในการวางแผนการตั้งครรภ์ได้ด้วยตนเอง 2) คู่แต่งงาน ต้องการ การช่วยเหลือและการสนับสนุนทรัพยากรสำหรับดูแล ในระยะการตั้งครรภ์จนถึงการคลอด ซึ่งพยาบาลวิชาชีพจะเสนอโครงการแต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุขฉลาดเก่งดี ทุกชีวิปลอดภัย เพื่อเป็นทางเลือก ให้แก่คู่แต่งงานจึงตัดสินใจเข้าร่วมโครงการด้วยตนเอง จากนั้น พยาบาลวิชาชีพจะเยี่ยมครอบครัวคู่แต่งงาน เพื่อจะได้ประเมินความช่วยเหลือสนับสนุนอย่างเหมาะสมตาม ความต้องการของคู่แต่งงาน

กระบวนการให้ความช่วยเหลือสนับสนุน เมื่อพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้รวบรวมข้อมูล ข้อเท็จจริง จากการสัมภาษณ์และการติดตามเยี่ยมบ้าน คู่แต่งงานที่เข้าร่วมโครงการแล้ว เจ้าหน้าที่จะมีการประชุมทีมงาน เพื่อวางแผนการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนแก่คู่แต่งงาน ในกรณีที่มีการตั้งครรภ์สนับสนุน นมจืด 90 วัน 90 กล้อง ไข่ เกลือไอโอดีน และวิตามินเสริมธาตุเหล็ก และรับฝากครรภ์คุณภาพตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด อีกทั้งยังมีการดำเนินการจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้แก่คู่แต่งงานโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) คู่แต่งงานมีการเตรียม ความพร้อมตั้งแต่ก่อนสมรส ก่อนมีลูก ขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด 2) ลูกมีคุณภาพตั้งแต่ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตเป็นต้นไป 3) เด็กมีพัฒนาการสมวัยตามช่วงอายุของเด็ก 4) ลูกเป็นคนดีมีคุณธรรม จริยธรรม 5) ลูกมีทักษะชีวิตลอยตัวในน้ำได้ป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำ ซึ่งทำให้คู่แต่งงานสามารถดำรงบทบาทหน้าที่ ในการเลี้ยงดูลูก

กระบวนการติดตามและประเมินผล ดังนี้ 1) การติดตามคู่แต่งงานทุกไตรมาส 2) แบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม 3) การเยี่ยมบ้านคู่แต่งงาน เพื่อประเมินผล ภายหลังสิ้นสุดโครงการ เจ้าหน้าที่มีข้อเสนอแนะว่า การติดตามและประเมินผลคู่แต่งงานยังต้องปรับปรุงแก้ไข โดยเฉพาะ คู่แต่งงานที่เดินทางไปประกอบอาชีพต่างจังหวัด ติดตามประเมินผลโดยการโทรศัพท์ โอนเป็นต้นและการติดตามเยี่ยมบ้านยังคงต้องการทีมสหวิชาชีพ สนับสนุนจากโรงพยาบาลม่วงสามสิบ ซึ่งต้องมีการวางแผนการดำเนินโครงการต่อไป เมื่อได้ติดตามผลของคู่แต่งงานแล้ว เจ้าหน้าที่จะมีการประเมินผลภายหลังสิ้นสุดโครงการ โดยแบ่งเป็น 2 กรณี คือ 1) การช่วยเหลือต่อเนื่อง ในกรณีที่คู่แต่งงานยังไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ 2) การยุติให้ความช่วยเหลือ ในกรณีที่ คู่แต่งงานมีความพร้อมในการดูแลลูก ตนและสามารถวางแผนครอบครัวได้เองในการตั้งครรภ์รอบต่อไป

4. ด้านผลผลิต (Product) พบว่า ผลที่เกิดขึ้น ต่อคู่แต่งงาน ได้แก่ 1) คู่แต่งงานที่ได้อยู่กับครอบครัว จะสามารถดูแลคู่แต่งงานได้อย่างใกล้ชิด ครอบครัวจะทำให้คู่แต่งงานมีความสุข เข้าใจกันมากขึ้น 2) คู่แต่งงานมีความเข้มแข็ง จากการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทำให้คู่แต่งงานสามารถดำรง บทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลคนในครอบครัวได้ แม้ว่าครอบครัวจะประสบปัญหาภายใน ครอบครัว แต่ครอบครัวก็ยังสามารถดูแลกันและกันได้เอง 3) คู่แต่งงานที่ได้รับความรักความอบอุ่นจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว เพราะครอบครัว เป็นต้นทุนที่สำคัญในการเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน มีความรักความเอาใจใส่จากครอบครัวในทุกด้าน ทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ 4) คู่แต่งงานมีความสัมพันธ์ที่ดีขึ้น ผลผลิตหนึ่งที่เจ้าหน้าที่เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของคู่แต่งงานได้อย่างชัดเจนที่สุดก็คือพัฒนาการที่ดีขึ้นของลูก ทั้งเรื่องพัฒนาการตามวัย การเจริญเติบโต สุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ อารมณ์ 5) ครอบครัวมีทัศนคติที่ดีต่อคู่แต่งงาน การส่งเสริมและสนับสนุนให้คู่แต่งงานเกิดความรับผิดชอบ สามารถ ดูแลลูกด้วยตนเอง นอกจากจะทำให้ลูกได้รับความรักความอบอุ่นจากครอบครัว และ การเห็นคุณค่าในตนเองแล้ว ยังทำให้ครอบครัวของคู่แต่งงานมีทัศนคติต่อกัน โดย

เรื่องของทัศนคติมีความสอดคล้องกับนโยบาย ของกระทรวงสาธารณสุข 6) คู่แต่งงานในครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี ด้านของสุขภาพร่างกายและจิตใจ

ผลที่เกิดขึ้นต้ององค์กร ประกอบด้วย 1)จากการดำเนินโครงการ ซึ่งช่วยเหลือและให้การสนับสนุนแก่คู่แต่งงาน ให้สามารถดูแลกันได้บ้าน ซึ่งเป็น เครื่องมือของงานวางแผนครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุข มีช่องทางในการช่วยเหลือ เพื่อสร้างครอบครัวที่สมบูรณ์แบบเมื่อมีลูกจะมีพัฒนาการสมวัย เป็นคนดี มีคุณธรรม ซึ่งผลผลิตที่เกิดขึ้นนั้น ทำให้มีจำนวนคู่แต่งงานเข้าร่วมโครงการ 30 คู่ มีลูกจำนวน 22 คู่ และลูกทุกคนมีพัฒนาการสมวัย 2)เมื่อครอบครัวเห็นผลดีที่เกิดขึ้นกับคู่แต่งงานและครอบครัวแล้ว ครอบครัวจึงสามารถดำเนินหน้าที่ของครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถวางแผนการดูแลคู่แต่งงาน ได้ในระยะยาวได้ 3) เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความเข้าใจตระหนักถึงความสัมพันธ์ของคู่แต่งงาน เนื่องจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้เห็นถึงผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการ ที่มีการสนับสนุนให้คู่แต่งงานได้มีความเข้าใจการใช้ชีวิตมากขึ้น ผลที่เกิดขึ้นต่อครอบครัวคู่แต่งงานนั้น ประการแรกทำให้คู่แต่งงานได้อยู่กับครอบครัว ครอบครัวเป็น คู่แต่งงานด้วยตนเอง ส่งผลให้ได้รับความรักความอบอุ่นจากครอบครัว เมื่อมีลูก ก็มี พัฒนาการที่ดีขึ้น ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ครอบครัวเกิดความเข้มแข็ง มีทัศนคติที่ดีต่อกัน ส่วนผลที่เกิดขึ้นต่อองค์กรนั้น ทำให้สามารถบรรลุตัวชี้วัดการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพประชาชนตามกลุ่มวัย อีกทั้งยังทำให้ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความเข้าใจและตระหนักถึงความสัมพันธ์ของครอบครัว

5. ด้านผลกระทบ (Impact) พบว่า ผลกระทบทางบวก 1) เกิดภาพลักษณ์ที่ดีต่อองค์กร 2) คุณภาพการดูแลกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ และวัยเด็ก 0-6 ปี ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดีขึ้น จากผลการดำเนินงานระดับความสำเร็จของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพและผลการคัดกรองพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยมากขึ้น 3) การวางแผนการดูแลคู่แต่งงานในระยะยาว มีมาตรการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในธรรมนูญอำเภอธรรมนูญตำบล และธรรมนูญหมู่บ้าน เมื่อครอบครัวสามารถดูแลคู่แต่งงานไปพร้อมๆกับการให้คำปรึกษาของเจ้าหน้าที่ได้เป็นอย่างดี จึงทำให้ครอบครัว มีบทบาทหน้าที่หลักในการดูแล พร้อมทั้งครอบครัวยังสามารถวางแผนการดูแลในระยะยาวได้ 4) นำไปสู่การจัดทำแนวทาง ผลงาน Best practice อำเภอม่วงสามสิบ แต่งงานช่วยชาติ มีลูกช่วยชาติ สุข ฉลาด เก่ง ดี ทุกชีวิปลอดภัย เป็นโครงการที่ประสบความสำเร็จ ในด้านการจัดบริการในกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ เป็นรูปแบบการจัดบริการหนึ่งขององค์กรภาครัฐ รูปแบบใหม่แก่คู่แต่งงาน เพื่อเตรียมความพร้อมในการมีลูก การส่งเสริมทักษะชีวิตการลอยตัวในน้ำ เป็นนโยบายของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี และผลกระทบทางลบได้แก่ การได้รับงบประมาณจากหน่วยงานเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอม่วงสามสิบลดลง จะส่งผลต่อการสนับสนุนงบประมาณในการจัดทำโครงการ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 สร้างความรอบรู้ให้ประชาชนในการแต่งงาน การวางแผนครอบครัว ผ่านการสร้างสื่อ ที่สามารถทำให้ประชาชนเข้าใจและเข้าถึงได้ง่าย เช่น การทำสื่อหมอลำการวางแผนครอบครัว การเทศนาคำสอนจากพระสงฆ์ เป็นต้น

2. การนำประเด็นการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเป็น กฎ กติกาชุมชน บรรจุในธรรมนูญอำเภอ ธรรมนูญตำบล และธรรมนูญหมู่บ้าน

3. จัดตั้งกลุ่มธนาคารนมจิระดับอำเภอ และระดับตำบล เพื่อกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

2.1 การเพิ่มบทบาทของทีมสหวิชาชีพ ทั้งการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ และการประชุมร่วมกันเพื่อประเมินความช่วยเหลือสนับสนุนคู่แต่งงาน

2.2 การเพิ่มกิจกรรมเพื่อเสริมแรงกับคู่แต่งงานมากยิ่งขึ้น มีการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับความต้องการและเป็นประโยชน์แก่คู่แต่งงาน

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 1.ควรพิจารณาหาวิธีการวิจัยในลักษณะอื่น เช่น การวิจัยเชิงปริมาณ การทำวิจัยกึ่งทดลอง หรือวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลาย
- 2.ควรนำการวิจัยไปใช้ในการประเมินโครงการอื่นๆโดยใช้ตัวแบบอื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยใคร่ขอกราบขอบพระคุณนายอำเภอม่วงสามสิบ ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอม่วงสามสิบ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอทุกท่าน กรรมการที่ปรึกษา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลม่วงสามสิบ สาธารณสุขอำเภอม่วงสามสิบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขที่ให้ความกรุณาและช่วยเหลืออย่างยิ่งโดยให้คำปรึกษา แนะนำ และแก้ไข ข้อบกพร่องต่างๆ ตลอดจนชี้แนะแนวทางอันเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยจนเสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. แนวทางการจัดการเตรียมความพร้อม ก่อนสมรส และก่อนตั้งครรภ์. พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพมหานคร สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2563.
2. กรมอนามัย สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. การประเมินผลนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์ แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 - 2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมี คุณภาพ. ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, 2564.
3. ธารทิพย์ อนันชัย. การประเมินผลโครงการเด็กก่อนรักจากครอบครัวโดยใช้ตัวแบบ CIPPI MODEL. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาวิทยาลัทยธรรมศาสตร์, 2561.
4. นิธิ บุณณจันทร์. การประเมินผลโครงการฝึกอบรมคนพิการ หลักสูตรเจ้าหน้าที่สำนักงาน เพื่อการดำรงชีวิตอิสระ ของคนพิการ. งานสัมมนาวิชาการระดับชาติด้านคนพิการ ครั้งที่ 10, 2561.
5. ประกายรัตน์ ภัทรธิดี และกมลลา แสงสีทอง. วงจรชีวิตครอบครัวและการสร้าง ครอบครัว: จิตวิทยาครอบครัวและ ครอบครัวศึกษา. มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมาธิราช, 2545
6. ปฐวี ประเทืองคุณ. การพัฒนาชิปโมเดลสำหรับประเมินผลโครงการก่อสร้าง. วิทยานิพนธ์ วิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต (เทคโนโลยีวิศวกรรมโยธาและสิ่งแวดล้อม) บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเทคโนโลยี พระจอมเกล้าพระนครเหนือ, 2564.
7. ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์. ศึกษาการประเมินผลโครงการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลชุมชนในการ ขับเคลื่อน อำเภอจัดการสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 8 วารสารคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัทยบูรพา ปีที่ 28 ฉบับ ที่ 3 (ก.ค.-ก.ย.), 2563.

8. พระภัทชาพงษ์ สิริภทโท. คุณค่าทางจริยธรรมจากคตินิยมในคำขวัญแต่งงานชาวจังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต(พระพุทธศาสนา) มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2561.
9. พระภาสน ธีรจิตโต. การศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อในพิธีกรรมเกี่ยวกับการแต่งงาน ของกลุ่มชาติพันธุ์อ่าข่ากับชาวพุทธล้านนา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต (พระพุทธศาสนา) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2553.
10. พนิดา หาญตระกูล. การประเมินโครงการมีความสุขสนุกกับ 4H (HEAD HEART HAND HEALTH) โดยใช้ตัวแบบซีป (CIPP MODEL) ของโรงเรียนเทศบาลวัดช่องลม (เปี่ยมวิทยาคม) สังกัดเทศบาลนครสมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการศึกษา) วิทยาลัยครูสุริยเทพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต, 2561.

ข้อแนะนำสำหรับผู้วิจัย

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

(Academic Journal of Community Public Health: AJCPH)

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับผู้เขียน (Instructions for the Authors)

1. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health) กำหนดตีพิมพ์ปีละ 4 ฉบับ (มกราคม – มีนาคม, เมษายน – มิถุนายน, กรกฎาคม – กันยายน และ ตุลาคม – ธันวาคม)
2. วารสารพิจารณาตีพิมพ์บทความวิจัยประเภทนิพนธ์ต้นฉบับ (Research article) โดยต้องเป็น งานที่ไม่เคยถูกนำไปพิมพ์เผยแพร่ในวารสารอื่นใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาในวารสารใด ๆ
3. กองบรรณาธิการจะพิจารณาค้นฉบับ (Manuscript) ตามข้อกำหนดของรูปแบบวารสาร และ ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวน 3 คน เป็นผู้อ่าน
- 4.

ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

- พิมพ์ในไฟล์ Word
- ต้นฉบับพิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A 4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (รวมเนื้อหา ทุกส่วน)
- กรอบของข้อความ ขอบบน 1.25 นิ้ว ขอบล่าง 1.0 นิ้ว ขอบซ้าย 1.25 นิ้ว ขอบขวา 1.0 นิ้ว
- ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 ช่วงบรรทัด - ตัวอักษร ใช้ TH SarabunPSK ขนาด 16 point หัวข้อใช้ขนาด 16 point ตัวหนา

การเรียงลำดับเนื้อหาต้นฉบับ

1. ชื่อเรื่อง (Title)

- ภาษาไทย ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

2. ชื่อผู้เขียน (Authors) - ชื่อผู้เขียน (ทุกคน) ภาษาไทย

- ภาษาอังกฤษ ชื่ออยู่วุฒิการศึกษา ขนาด 14 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ตำแหน่ง/สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้เขียน ภาษาไทย – ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

- E-mail address ของผู้วิจัยหลัก (Corresponding author)

3. บทคัดย่อ (Abstract)

- ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract” ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ ความยาวภาษาไทย ไม่เกิน 300 คำ ความยาวภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 300 คำ เขียนให้ครอบคลุมสาระสำคัญ คือ ภูมิหลัง วัตถุประสงค์วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุป และอภิปรายผลการศึกษา

4. คำสำคัญ (Keyword) ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 5 คำ

5. บทนำ (Introduction) บรรยายประเด็นปัญหาของงานวิจัยและเหตุผลในการทำวิจัย และระบุถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยในส่วนท้ายของบทนำ

6. วิธีดำเนินการวิจัย (Methods) ระบุรูปแบบงานวิจัย (Research design) ประชากรที่ศึกษา (Studying population) ขนาดตัวอย่าง (Sample size) และวิธีสุ่มตัวอย่าง (Sampling method) ตลอดจนทั้งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Collecting data) การวิเคราะห์ ข้อมูล (Data analysis) วิธีการวิเคราะห์ (Analyses) และสถิติที่ใช้ (Statistics)

7. ผลการวิจัย (Results) ควรนำเสนอผลการวิจัยเรียงตามลำดับให้สอดคล้องกับการตอบ ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ตามลำดับ ถ้ามีการนำเสนอผลในรูปแบบตาราง กราฟ หรือรูปภาพ ควรมีการอธิบายผลที่สอดคล้องกัน

8. สรุปและอภิปรายผลการวิจัย (Conclusion and Discussion) การเขียนอภิปรายผล ควรมุ่งไปที่ประเด็นสำคัญ ๆ ของผลการวิจัย และควรมีหลักฐานอ้างอิงประกอบด้วยเสมอ และ สรุปผลเฉพาะเนื้อหาในแง่ของผลการวิจัยที่สำคัญ ๆ ซึ่งอาจรวมถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ด้วย

9. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

10. เอกสารอ้างอิง (References)

- ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver
- การอ้างอิงในเนื้อหาใช้ตัวเลขอารบิกแทนเอกสารที่อ้างถึง โดยใส่ตัวเลขเหนือบรรทัด (Superscript) ไว้ท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิง
- ในส่วนเอกสารอ้างอิง (References) การอ้างอิงตัวเลขใส่ตามลำดับที่อ้างอิง ตั้งแต่เลข 1 เป็นต้นไป จนจบเอกสาร หากต้องการอ้างอิงเอกสารที่เคยอ้างแล้วซ้ำอีก ให้ใส่หมายเลข เดิมที่เคยอ้างไว้ครั้งแรก และหมายเลขที่อ้างอิงถึงในเนื้อหานั้น จะต้องตรงกับหมายเลข ที่มีการกำกับไว้ในส่วนอ้างอิงในเนื้อหา
- เอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับในส่วนเอกสารอ้างอิง

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงในเนื้อหา

.....ผู้ป่วยเสียชีวิต 136 ราย¹ จากสถานการณ์การระบาดของโรค
ไข้เลือดออกจะเห็นว่า โรคไข้เลือดออกยังคงเป็นการจัดยุงลายซึ่งเป็นพาหะนำเชื้อไวรัส
โรคไข้เลือดออกมาสู่คน²การป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออกต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน⁵

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง. สถานการณ์โรคไข้เลือดออกปี 2560. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2562.
2. สำนักโรคติดต่อฯ. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกแดงก้น. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2554.
3.
4.
5. อรุณ พิศาลสุทธิกุล, สุเมธ พรหมอินทร์ และวันชัย ธรรมสังการ. “พฤติกรรมป้องกัน โรคไข้เลือดออกของประชาชน กรณีศึกษา: หมู่บ้านในเขตตำบลคานโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดสตูล” สงขลานครินทร์เวชสาร.27(1): 81-89; มกราคม-กุมภาพันธ์, 2552.

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

สำหรับการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ต้องคำนึงถึงหลักจริยธรรม การวิจัยในคน โดยได้ระบุถึงวาทะในบุคคล (Respect to person) เช่น การขอความยินยอม ความเป็นส่วนตัว และการเก็บรักษาความลับ และต้องระบุเลขการรับรองจริยธรรมในบทความด้วย

การส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

- ให้ผู้พิมพ์ส่งไฟล์ต้นฉบับในรูปแบบ Word document
- ค่าใช้จ่ายเพื่อการตีพิมพ์ 3,500 บาท การชำระเงิน โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชี “วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน” เลขบัญชี “955-0-13237-4” (ให้แนบหลักฐานการโอนมาที่ e-mail: editorial.ajcph@gmail.com)