



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

The Office of Disease Prevention and Control 5, Ratchaburi Province Journal

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
The Office of Disease Prevention and Control 5, Ratchaburi Province.
Department of Disease Control, Ministry of Public Health.

รายงานผลการวิจัยและบทความวิชาการ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

1

ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2567

Volume 8 No.1 January-June 2024 ISSN : 2539-6676

สารบัญ / นิพนธ์ต้นฉบับ	หน้า / Page	Contents / Original Articles
การศึกษาการใช้ชุดน้ำยาตรวจไขเลือดออกอย่างรวดเร็วชนิดที่ตรวจหาแอนติเจน NS1 (Dengue NS1 Rapid test) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล อาจารย์ อักษรนิตย์ (วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต การจัดการภัยพิบัติ) วท.ม. กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง	12	The Study of Applying Dengue NS1 Rapid Test in Sub-District Health Promoting Hospitals Evaluation of Pneumonia surveillance system, Somdejphrabad-dhalertlah Hospital, Samut Songkhram, 2022 Pajaree Aksonnit (Disaster Management) MSc. Division of Vector-Borne Diseases
ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษา โรงเรียนในเขตเทศบาลตำบลหลักเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ปีการศึกษา 2566 สมชาย ชลิศราพงศ์ สบ.(สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต) พวงเพชร มณฑีเยร พย.บ.(พยาบาลศาสตรบัณฑิต) จารุณี คงสอน วท.บ.(สาธารณสุขศาสตร์) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหม้อ จังหวัดราชบุรี	25	Health literacy on Overnutrition among Primary School Students under the Responsibility of Lak Mueang Subdistrict Municipality, Mueang Ratchaburi, Academic year 2023 Somchai Chalitsarapong B.P.H.(Public Health) Puangpet Montien B.N.S.(Bachelor of Nursing Science) Jarunee Komgson B.Sc.(Public Health) Khok Mo Sub-District Health Promoting Hospital, Ratchaburi.
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ณ คลินิกแสงตะวัน โรงพยาบาลราชบุรี สิริลักษณ์ พรหมโกมุท, โรงพยาบาลราชบุรี	35	Factors Influencing Health Literacy in People Living with HIV at Saengtawan Clinic, Ratchaburi Hospital Siriluk Promkomut, Ratchaburi Hospital
การจัดการสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรคเบาหวาน ตำบลเขาแร้ง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี สันติ เข้มทอง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองราชบุรี	48	Health Management for Health Beliefs Modification and Participation of Risk Group on Diabetes Prevention in Khao Raeng Subdistrict, Mueang District, Ratchaburi Province. Santhi Khemthong Muang Ratchaburi District Health Office
ผลของการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรรณิการ์ นีรารักษ์ วท.ม.(สุขศึกษา) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ธนิस्ता นธิเศษฐทรัพย์ พ.บ.(แพทยศาสตรบัณฑิต) โรงพยาบาลบางแพะ จังหวัดราชบุรี	64	Effects of Using Health Care Program for Elderly in Spreading of Coronavirus Disease 2019 Kannika Niraruk M.Sc.(Health Education) Office of Disease Prevention and Control 5, Ratchaburi. Thanista Nithisetasp M.D.(Doctor of Medicine) Bangphae Hospital, Ratchaburi.

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี
เป็นวารสารทางวิชาการในด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านวิชาการ และเป็นฐานข้อมูลในการศึกษา ค้นคว้าอ้างอิง จากแหล่งข้อมูลการวิจัย และการพัฒนางานให้เกิดประโยชน์ แก่บุคลากรทางการแพทย์และเครือข่ายสาธารณสุข
2. เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์และเครือข่ายสาธารณสุขมีการนำเสนอผลการดำเนินงาน มีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้จากการปฏิบัติงานร่วมกัน เป็นแนวทางการดำเนินงาน

1. คณะที่ปรึกษา

- | | | |
|----------------|-------------|---|
| 1.1 นายพราน | ไพรสวรรณ์ | ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี |
| 1.2 นายอนุพงศ์ | สุจริยากุล | นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค |
| 1.3 นายพงษ์ธร | ชาติพิทักษ์ | ผู้อำนวยการกองดิจิทัลเพื่อการควบคุมโรค |
| 1.4 นายอรุณพล | ชีพัสต์ยากร | อาจารย์ประจำมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น |

2. บรรณาธิการ

- | | | |
|-------------|-----------|---|
| 2.1 นายพราน | ไพรสวรรณ์ | ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี |
|-------------|-----------|---|

3. กองบรรณาธิการ

- | | | |
|--------------------|----------------|---|
| 3.1 นายไกรฤกษ์ | สุธรรม | นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการพิเศษ
รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ |
| 3.2 นางณรรักษ์ | อติรัตน์ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ |
| 3.3 นายมานิต | คงแป้น | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ |
| 3.4 นายชาญชัยณรงค์ | ทรงศาตรี | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ
มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ |
| 3.5 นายวรยุทธ | นาคอ้าย | วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดชลบุรี |
| 3.6 นางสาวรัชนีญา | ทรัพย์ประเสริฐ | วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดชลบุรี |

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๕ จังหวัดราชบุรี เป็นวารสารทางวิชาการ มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์และเครือข่ายสาธารณสุข ได้มีเวทีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ แนวทางการปฏิบัติงานร่วมกัน และเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ หรือรายงานผลการวิจัยในด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ที่เป็นประโยชน์กับบุคลากรเครือข่าย โดยใช้เป็นแหล่งข้อมูลอ้างอิงในการศึกษา ค้นคว้า และวิจัย ที่เป็นลักษณะนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) จัดพิมพ์ปีละ ๒ ฉบับ

ฉบับที่ ๑ ประจำเดือน มกราคม - มิถุนายน ตีพิมพ์สัปดาห์ท้ายของเดือน มิถุนายน

ฉบับที่ ๒ ประจำเดือน กรกฎาคม - ธันวาคม ตีพิมพ์สัปดาห์ท้ายของเดือน ธันวาคม

รับเรื่องเพื่อตีพิมพ์ ฉบับที่ ๑ ภายในเดือน มีนาคม ฉบับที่ ๒ ภายในเดือนกันยายน ยินดีรับบทความทางวิชาการ นวัตกรรม งานวิจัย บทความพื้นวิชา รายงานการสอบสวนโรค การพยากรณ์โรค หรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพ โดยเรื่องที่จะส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์มาก่อนหรืออยู่ระหว่างตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้ กองบรรณาธิการวารสารฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับ ก่อนหลังโดยมีการพิจารณาตามขั้นตอน ดังนี้

๑. ผู้ส่งเรื่องตีพิมพ์ต้องศึกษาหลักเกณฑ์ คำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อตีพิมพ์ กองบรรณาธิการวารสารฯ จะไม่รับนิพนธ์ต้นฉบับที่ไม่ถูกต้องตามแบบฟอร์มและกติกา
๒. ผู้ส่งเรื่องต้องกรอกแบบฟอร์มใบสมัครส่งบทความ/ผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ พร้อมเอกสารนิพนธ์ต้นฉบับ จำนวน ๑ ชุด โดยจัดทำเป็นไฟล์เอกสาร Microsoft Word และส่งไฟล์ Microsoft Word ที่ E-mail : odpc5journal@gmail.com
๓. กองบรรณาธิการวารสารฯ จะตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องของต้นฉบับ
๔. กองบรรณาธิการวารสารฯ จัดส่งต้นฉบับให้ผู้เชี่ยวชาญ (Peer Review) ในสาขานั้นๆ เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบ อ่านบทความ และตัดสินว่าบทความดังกล่าวเป็นที่ยอมรับ หรือปฏิเสธ หรือให้กลับไปปรับปรุงแก้ไข ก่อนรับรองให้ลงพิมพ์วารสาร จำนวน ๓ ท่าน ต่อเรื่อง
๕. ในกรณีที่ผู้เชี่ยวชาญลงความเห็นให้ปรับปรุงแก้ไข กองบรรณาธิการวารสารฯ จะส่งให้ผู้เขียนแก้ไขตามผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ
๖. เรื่องที่ได้พิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการวารสารฯ จะตรวจสอบความถูกต้องและจัดพิมพ์ต้นฉบับวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๕ จังหวัดราชบุรี
๗. จัดส่งต้นฉบับ ดำเนินการจัดทำรูปเล่ม
๘. กองบรรณาธิการวารสารฯ ดำเนินการเผยแพร่วารสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์
๙. การขอใบรับรองการตีพิมพ์ จะสามารถออกใบรับรองการตีพิมพ์ได้ในกรณีที่ผู้เชี่ยวชาญยอมรับให้ตีพิมพ์ได้

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อตีพิมพ์

๑. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ	การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ “บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์ และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง” ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์
รายงานผลการปฏิบัติงาน	ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง
บทความพินิจวิชา	ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจ ที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ ความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจ วิเคราะห์ หรือวิเคราะห์ สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย
ย่อเอกสาร	อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

๒. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง	ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
ชื่อผู้เขียน	ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอภิไธยต่อท้ายชื่อ และสถาบันที่ทำงานอยู่ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
เนื้อเรื่อง	ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัดและชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนเต็มไว้ครั้งแรกก่อน
บทคัดย่อ	คือการย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้ว ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิเคราะห์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
บทนำ	อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษาค้นคว้าของผู้ที่เกี่ยวข้องและวัตถุประสงค์ของการวิจัย
วัตถุประสงค์และวิธีการ	อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์
ผลการศึกษา	อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วพยายามสรุป เปรียบเทียบกับสมมุติฐานที่วางไว้

วิจารณ์	ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องมาประกอบคำวิจารณ์ด้วย
สรุป (ถ้ามี)	ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาวัตถุประสงค์ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้นๆ รวมทั้งผลการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป
เอกสารอ้างอิง	<ol style="list-style-type: none"> ๑. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง ๒. การเขียนเอกสารอ้างอิงให้ใช้รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) ๓. การอ้างอิงเอกสารใด ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข ๑ สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ๔. เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกแบบจะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความล่าช้าในการพิมพ์ เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมครบตามหลักเกณฑ์

๓. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใช้หมายเลข(๑) ด้วย สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อย่อ และชื่อย่อวารสาร บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง(เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไป) ให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง ชื่อย่อวารสารในการอ้างอิงให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. Nation Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/liji.html> การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการมีหลักเกณฑ์และรูปแบบการอ้างอิง ดังนี้

๓.๑ การอ้างอิงเอกสาร

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร/ชื่อย่อวารสาร ปีที่พิมพ์:เล่มที่:หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ก.วารสารภาษาไทย

ชื่อผู้นิพนธ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช

ตัวอย่าง เช่น ธีระ รามสูต, นิวัติ มนตรีวิสุวดี, สุรศักดิ์ ลัมปตตะวนิช. อุบัติการณ์โรคเรื้อนระยะแรก โดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยาคลินิกจากวงต่างขาของผิวหนังผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเรื้อน ๕๘๘ ราย. วารสารโรคติดต่อ ๒๕๒๗;๑๐:๑๐๑-๒.

ข.วารสารภาษาอังกฤษ

ใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้นิพนธ์มากกว่า ๖ คน ให้ใส่ชื่อเพียง ๖ คนแรก แล้วตามด้วย et.al. หรือและคณะ ถ้าเป็นภาษาไทย ใช้ชื่อวารสารใช้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้นๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้ายตามตัวอย่าง ดังนี้

ตัวอย่าง เช่น Fischl MA, Dickinson GM, Scottn GB. Evaluation of Heterosexual partner, children and household contacts of adults with AIDS. JAMA ๑๙๘๗;๒๕๗:๖๔๐-๔.

๓.๒ การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา แบ่งเป็น ๒ ลักษณะ

ก.การอ้างอิงทั้งหมด

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์ (edition). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง เช่น Toman K. Tuberculosis cas-finding and chemo-therapy. Geneva: World Health Organization; ๑๙๗๙.

ข.การอ้างอิงบทหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และบรรณาธิการของหนังสือ

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อบท. ใน:ชื่อบรรณาธิการ,บรรณาธิการ.ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง เช่น ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน:ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุนนาค, ตระหนักจิต หาริณสุต, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: รวมทรรศน์;๒๕๓๓. หน้า ๑๑๕-๒๐.

๓.๓ เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม หรือรายงานการประชุม (Conference proceeding)

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม;วัน เดือน ปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์; สำนักพิมพ์;ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง เช่น Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the ๑๐th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; ๑๙๙๕ Oct ๑๕-๑๙; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; ๑๙๙๖.

3.4 การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper)

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้เขียน, ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ,บรรณาธิการ/editor. ชื่อการประชุม; วัน เดือนปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่ประชุม. เมืองที่พิมพ์;ปีพิมพ์.หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง เช่น Bengtsson S, Solheim BG.Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics.In:Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MED-NFO ๙๒. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; ๑๙๙๒ Sep ๖-๑๐; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; ๑๙๙๒. P. ๑๕๖๑-๕.

๓.๕ เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้พิมพ์. เรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา. จำนวนหน้า.

ตัวอย่าง เช่น เอี่ยมเดือน ไชยหาญ. ลักษณะเครือข่ายชุมชนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติดในชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; ๒๕๔๒. ๘๐ หน้า.

๓.๖ การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

ก.วารสารอิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [สืบค้นเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; เล่มที่ (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย. เข้าถึงได้จาก/Available from:<http://...>

ตัวอย่าง เช่น Alavi-Naini R, Moghtaderi A, Mohammadi M, Zabetian M. Factors associated with mortality in Tuberculosis patients. J Res Med Sci. [internet]. ๒๐๑๓ [cited ๒๐๑๓ Nov ๕]; ๑๘:๕๒-๕. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3719227/>

ข.หนังสือหรือบทความอิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง[ประเภทของสื่อ]. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์ [สืบค้นเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. จำนวนหน้า. แหล่งข้อมูล/Available from:<http://...>

ตัวอย่าง เช่น Mewertris M, Gould D, Mahato B. Rising out-of-pocket spending for medical care: a growing strain of family budgets [Internet]. New York. Commonwealth Fund; ๒๐๐๖ Feb [cited ๒๐๐๖ Oct ๒]. ๒๓ p. Available from: http://www.cmfw.org/usr_doc/Merlis_risingoopspending_๘๘๗.pdf

ขนิษฐา กาญจนรังสีนนท์. การสร้างเครือข่ายเพื่อการพัฒนา [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๓ ต.ค. ๒๕๕๕]. แหล่งข้อมูล: <http://www.northphc.org>

๔. การส่งต้นฉบับ

๔.๑ การส่งเรื่องตีพิมพ์ ให้ส่งต้นฉบับ 1 ชุด โดยจัดทำเป็นไฟล์เอกสาร Microsoft Word และส่งไฟล์ Microsoft Word ที่ Email : odpc5journal@gmail.com

๔.๒ ภาพประกอบถ้าเป็นภาพเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษหนามัน ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์ หรืออาจใช้ภาพขาวดำขนาดโปสการ์ดแทนได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหากอย่าเขียนลงในรูป

๕. การรับเรื่องต้นฉบับ

๕.๑ เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ และส่งให้ ผู้เชี่ยวชาญ (Peer Reviewer) อย่างน้อย ๓ ท่าน ร่วมพิจารณา

๕.๒ เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการวารสารฯ จะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

๕.๓ เรื่องที่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการวารสารฯ จะนำเล่มวารสารเข้าสู่เว็บไซต์ <http://ddc.moph.go.th/odpc5/journal.php> ผู้เขียนสามารถดาวน์โหลดวารสารได้

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๕ จังหวัดราชบุรี ถือเป็นผลงานทางวิชาการหรือการวิจัย และวิเคราะห์ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๕ จังหวัดราชบุรี หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจำเป็นต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

ติดต่อประสานงาน

๑. กลุ่มพัฒนานวัตกรรม วิจัย และดิจิทัล สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๕ จังหวัดราชบุรี
123/202 ถนนเพชรเกษม ซอย ๑ ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ๗๐๐๐๐
Email: odpc5journal@gmail.com โทร. ๐๓๒-๓๑๐๘๐๒
๒. นางกานต์ชนก อุบลบาน โทร. ๐๘๖-๔๘๙๐๓๗๐

ใบสมัครส่งบทความ/ผลงานวิชาการลงตีพิมพ์
วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

1. ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย)

2. ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ)

3. ผู้นิพนธ์

ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

โทรศัพท์..... โทรสาร..... E-mail.....

4. วุฒิการศึกษาชั้นสูงสุด..... วุฒिय่อ (ภาษาไทย).....

..... วุฒिय่อ (ภาษาอังกฤษ).....

5. ชื่อผู้เขียนร่วม (ถ้ามี)..... วุฒिय่อ (ภาษาไทย).....

..... วุฒिय่อ (ภาษาอังกฤษ).....

6. สิ่งที่ส่งมาด้วย ⇒ แผ่นดิสก์ข้อมูลต้นฉบับ ชื่อแฟ้มข้อมูล

 ⇒ เอกสารพิมพ์ต้นฉบับ จำนวน 1 ชุด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความ/ผลงานวิชาการนี้ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารฉบับอื่นหากข้าพเจ้าขาดการติดต่อในการแก้ไขบทความนานเกิน 2 เดือน ถือว่าข้าพเจ้าสละสิทธิ์ในการลงวารสาร

ลงชื่อ..... เจ้าของบทความ/ผลงานวิชาการ

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

7. การส่งใบสมัครและบทความ/ผลงานวิชาการ

1. ต้นฉบับบทความ/ผลงานวิชาการ ใช้อักษร TH SarabunPSKขนาด 16 สำหรับภาพประกอบถ้าเป็นภาพลายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษหนาแน่น ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์ หรืออาจใช้ภาพขาวดำขนาดโปสการ์ดแทนก็ได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกออกต่างหาก อย่าเขียนลงในภาพ

2. การส่งใบสมัครและบทความ/ผลงานวิชาการ ให้ส่งเอกสารต้นฉบับ 1 ชุดพร้อม Electronics File โดย

2.1 ใบสมัครและเอกสารบทความ/ผลงานวิชาการ ใช้กระดาษพิมพ์ตัดขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียวส่งที่ กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ถนนศรีสุริยวงศ์ ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมืองราชบุรี จังหวัดราชบุรี 70000 โทร.032-310802 และมีือถือ 081-8933309

2.2 เอกสารบทความ/ผลงานวิชาการ ส่งเป็น Electronics File พร้อมระบุชื่อ Le (กิตติกรรมประกาศ) และระบบที่ใช้ พิมพ์ด้วยโปรแกรม Ms Word ที่ E-mail: odpc5journal@gmail.com

สารจากบรรณาธิการ

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ได้ดำเนินการมาถึงฉบับนี้เป็นปีที่ 8 ยังคงความเข้มข้นด้วยสาระความรู้และเนื้อหาสาระทางวิชาการที่น่าสนใจเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพให้กับผู้อ่านทุกท่าน สำหรับในฉบับนี้มีนิพนธ์ต้นฉบับหลายเรื่องที่น่าสนใจ อยากรู้เชิญชวนให้ผู้อ่านได้หาความรู้ ได้แก่ เรื่องการศึกษาการใช้ชุดน้ำยาตรวจไขเลือดออกอย่างรวดเร็วชนิดที่ตรวจหาแอนติเจน NS1 (Dengue NS1 Rapid test) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษา โรงเรียนในเขตเทศบาลตำบลหลักเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ปีการศึกษา 2566 เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ณ คลินิกแสงตะวัน โรงพยาบาลราชบุรี และเรื่องการจัดการสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรคเบาหวาน ตำบลเขาแร้ง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

สุดท้ายเรามีความมุ่งมั่นตั้งใจเสนอผลงานทางวิชาการและความรู้เพื่อเป็นสื่อกลางการพัฒนาเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่มีคุณภาพต่อไป กองบรรณาธิการขอเรียนว่าเรายินดีต้อนรับ บทความทางวิชาการและงานวิจัยด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากทุกท่าน นอกจากนี้ท่านยังสามารถดาวน์โหลดเอกสารได้จากเว็บไซต์ของเราที่ <https://ddc.moph.go.th/odpc5/journal.php>

บรรณาธิการ

การศึกษาการใช้ชุดน้ำยาตรวจไข้เลือดออกอย่างรวดเร็วชนิดที่ตรวจหาแอนติเจน
NS1 (Dengue NS1 Rapid test) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล
The Study of Applying Dengue NS1 Rapid Test in Sub-District
Health Promoting Hospitals

ปาจารย์ อักษรนิตย์

(วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต การจัดการภัยพิบัติ) วท.ม.

กองโรคติดต่อมาโดยแมลง

Pajaree Aksonnit

(Disaster Management) MSc.

Division of Vector-Borne Diseases

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสัดส่วนการใช้ ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้ ผลการใช้ชุดตรวจฯ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) การดำเนินงานหลังใช้ชุดตรวจฯ การติดตามสถานะการรักษา และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสงสัยโรคไข้เลือดออกที่มารับการตรวจวินิจฉัยด้วยชุดตรวจฯ ที่รายงานเป็นข้อมูลสะสม ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลโดย รพ.สต. รายงานผลการใช้ชุดตรวจฯ ตามแบบฟอร์มออนไลน์ที่กำหนด (Google Sheet) ซึ่งมีการใช้ชุดตรวจฯ แล้ว จำนวน 5,172 ราย ใน 790 รพ.สต. วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ ผลการศึกษา พบว่า มีการใช้ในกลุ่มเด็กมากกว่าผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่ใช้ชุดตรวจฯ หลังจากวันเริ่มป่วย 2 วัน จำนวน 1,443 ราย (ร้อยละ 27.90) กรณีผลการตรวจ NS1 เป็นบวก ได้แนะนำให้ทายากันยุง กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง จำนวน 752 ราย (ร้อยละ 89.84) ดำเนินการควบคุมโรคตามมาตรการ 3-3-1 และงดการจ่ายยากลุ่ม NSAIDs จำนวน 669 ราย (ร้อยละ 79.93) ส่งตัวผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาทันที จำนวน 533 ราย (ร้อยละ 63.68) การลงพื้นที่สอบสวนโรค ฉีดเสปร์ยุงกระพือ และกำจัดลูกน้ำยุงในบ้านผู้ป่วย ส่วนใหญ่ดำเนินการหลังจากวันเริ่มป่วย 3 วันเป็นต้นไป จำนวน 304 ราย (ร้อยละ 36.32) แต่เมื่อเทียบกับวันที่ใช้ชุดตรวจฯ พบว่า ส่วนใหญ่ ดำเนินการวันเดียวกับที่ใช้ชุดตรวจจำนวน 369 ราย (ร้อยละ 44.09) สำหรับการพันสารเคมี โดยหน่วยงานท้องถิ่น ส่วนใหญ่ดำเนินการหลังจากวันเริ่มป่วย 3 วันเป็นต้นไป จำนวน 320 ราย (ร้อยละ 38.23) เมื่อเทียบกับวันที่ใช้ชุดตรวจฯ พบว่า ส่วนใหญ่ดำเนินการหลังจากใช้ชุดตรวจ 1 วัน จำนวน 206 ราย (ร้อยละ 24.61) กรณี NS1 เป็นลบ ได้แนะนำให้ทายากันยุง กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง จำนวน 3,015 ราย (ร้อยละ 69.55) งดการจ่ายยากลุ่ม NSAIDs จำนวน 2,598 ราย (ร้อยละ 59.93) แนะนำให้ไปโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจรักษาหาสาเหตุการติดเชื้อโรคอื่นๆ จำนวน 2,071 ราย (ร้อยละ 47.77) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยรักษาหาย จำนวน 437 ราย (ร้อยละ 52.21) และยังไม่พบการรายงานการเสียชีวิต ข้อเสนอเชิงนโยบาย ควรผลักดันให้มีการใช้ชุดตรวจฯ ใน รพ.สต. เพื่อให้สามารถวินิจฉัยโรคได้อย่างรวดเร็ว ลดอาการป่วยหนักและการเสียชีวิต กำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินการตามมาตรการต่างๆหลังใช้ชุดตรวจฯ และการรายงานข้อมูลการใช้ชุดตรวจฯ ของ รพ.สต. เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน

Abstract

This survey research aims to study the proportion of use, general information of the users, results of applying Dengue NS1 Rapid Test in Sub-district Health promoting Hospitals, implementation after applying Dengue NS1 Rapid Test, follow-up on treatment status, and policy recommendations. The samples were suspected dengue cases who were diagnosed by Dengue NS1 Rapid Test that reported the accumulated data as of February 28, 2024. Data were collected by Sub-district Health Promoting Hospitals, reporting the results of applying Dengue NS1 Rapid Test via the specified online form (Google Sheet). There were 5,172 cases using Dengue NS1 Rapid Test in 790 Sub-district Health Promoting Hospitals. Data were analyzed by descriptive statistics including frequencies and percentages. The result found that test kits were applied in more children than adults. After the onset of 2 days, most of them totaling 1,443 cases (27.90%) used test kits. In the case of NS1 positive, it is recommended to apply mosquito repellent, destroy mosquito breeding sites in 752 cases (89.84%), conduct disease control according to measures 3-3-1, and avoid prescriptions of NSAIDs totaling 669 cases (79.93%), take patients to the hospitals for treatment immediately totaling 533 cases (63.68%). Visiting the sites to investigate diseases, spraying and destroying mosquito larvae in patients' homes, most performed after the illness onset of 3 days, totaling 304 cases (36.32%), but when compared to the day of applying Dengue NS1 Rapid Test, it was found that most conducted on the same day as the test kits were used in 369 cases (44.09%). For chemical spraying by local authorities, most performed after the illness onset of 3 days, totaling 320 cases (38.23 %), but when compared to the day of applying Dengue NS1 Rapid Test, it was found that most performed after 1 day of using the test kit in 206 cases (24.61%). In case of NS1 negative, it is recommended to apply mosquito repellent, destroy mosquito breeding sites in 3,015 cases (69.55 percent), avoid prescriptions of NSAIDs in 2,598 cases (59.93%), take to the hospitals for treatment and diagnosis of other diseases treatment in 2,071 cases (47.77%). Most cases have been recovered in 437 cases (52.21%), and deaths have not been reported. Policy recommendation: Dengue NS1 Rapid Test should be pushed to use in Sub-district Health Promoting Hospitals in order to make diagnosis the diseases quickly, reduce serious illness and death, supervise, monitor, and evaluate the implementation of measures after applying Dengue NS1 Rapid Test as well as reporting data on applying Dengue NS1 Rapid Test in Sub-district Health Promoting Hospitals in order to obtain accurate and complete information.

บทนำ

โรคไข้เลือดออก หรือ ไข้เดงกี (Dengue Fever; DF) หรือ ไข้เลือดออกเดงกี (Dengue Hemorrhagic Fever; DHF) เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ในประเทศไทย มีรายงานการระบาดของโรคนานกว่า 40 ปี โดยเฉลี่ยในแต่ละปีจะพบผู้ป่วย 60,000 ราย และเสียชีวิต 60 ราย แต่หากปีที่มีการระบาดจะพบผู้ป่วยมากถึง 150,000 ราย และเสียชีวิต 150 ราย สำหรับสถานการณ์ในปี พ.ศ. 2567 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 13 มีนาคม 2567 พบผู้ป่วย 19,386 ราย อัตราป่วย 29.31 ต่อประชากรแสนคน ผู้เสียชีวิตยืนยันสะสม 18 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.101

ปัจจุบันกรมควบคุมโรค กำหนดแนวทางการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยใช้มาตรการ 3-3-1² หมายถึง รายงานผู้สงสัยหรือผู้ป่วยภายใน 3 ชั่วโมง ควบคุมโรคเบื้องต้นเร็วภายใน 3 ชั่วโมง และควบคุมโรค ภาพรวมในชุมชนที่เกิดโรภายใน 1 วัน หลังจากรับแจ้งรายงานผู้ป่วย กลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาเพื่อยกระดับมาตรการในการควบคุมโรคไข้เลือดออกให้มีประสิทธิภาพ จึงมุ่งเน้นให้บุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่สามารถวินิจฉัยยืนยันผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก และรายงานในระบบเฝ้าระวังโรคได้เร็ว³ โดยใช้ชุดน้ำยาตรวจไข้เลือดออกอย่างรวดเร็ว ชนิดที่ตรวจหาแอนติเจน NS1 (Dengue NS1 Rapid test) โดยสามารถตรวจพบในเลือดของผู้ป่วยไม่เกิน 7 วัน หลังเริ่มเป็นไข้⁴ และด้วยข้อจำกัดของโครงสร้างการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) ที่ไม่มีแพทย์อยู่ประจำและไม่มีห้องปฏิบัติการตรวจวินิจฉัยเชื้อ ประชาชนจะสามารถรับการตรวจวินิจฉัยด้วยชุดตรวจฯ ดังกล่าวโดยตรง จึงเหมาะสำหรับ รพ.สต. ที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก ที่

แนะนำการตรวจด้วย Dengue NS1 Rapid test ใน รพ.สต. (district health centres)⁵

ดังนั้น การใช้ชุดตรวจฯ ที่มีความแม่นยำ สะดวก และรวดเร็วในการวินิจฉัยโรคไข้เลือดออกใน รพ.สต. และสถานพยาบาลที่อยู่ห่างไกลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ที่จะช่วยให้ประชาชนได้รับการตรวจวินิจฉัย ได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลต่อการจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพและดำเนินการควบคุมการระบาดในพื้นที่ได้อย่างทันท่วงที⁶ กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค จึงได้สนับสนุนชุดตรวจฯ ตามการประเมินพื้นที่เสี่ยงระดับอำเภอของโรคไข้เลือดออก และกำหนดให้มีการรายงานผลการใช้ชุดตรวจฯ ต่อ 1 case ตามแบบฟอร์มในระบบออนไลน์ และนำข้อมูล ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567 มาทำการศึกษาการใช้ชุดตรวจฯ ของ รพ.สต. โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1) ศึกษาสัดส่วนการใช้และจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลที่มีการใช้ชุดตรวจฯ
- 2) ศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้ชุดตรวจฯ ได้แก่ เพศ ช่วงอายุ อาชีพ วันที่ใช้ชุดตรวจเมื่อเทียบกับวันเริ่มป่วย
- 3) ศึกษาผลการตรวจจากชุดตรวจฯ
- 4) ศึกษาการดำเนินงานหลังใช้ชุดตรวจฯ ทั้งกรณีผลเป็นบวก และเป็นลบ
- 5) ศึกษาการติดตามสถานะการรักษา 6) จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อการปรับปรุงการดำเนินงานต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยสงสัยโรคไข้เลือดออกที่มารับการตรวจวินิจฉัยด้วยชุดตรวจฯ ที่ รพ.สต. และ รพ.สต. มีการรายงานข้อมูลการใช้ชุดตรวจฯ ตามแบบ

ฟอร์มในระบบออนไลน์สะสม ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบบฟอร์มในระบบออนไลน์ (ระบบติดตามผลการใช้ชุดตรวจไข้เลือดออกแบบรวดเร็ว)⁷ ประกอบด้วยข้อมูลสำคัญได้แก่ ชื่อหน่วยบริการ วันเดือนปีที่ใช้ชุดตรวจ HN เพศ อายุ อาชีพ วันเริ่มป่วย ผลการตรวจ NS1 การดำเนินการหลังทราบผลตรวจ วันที่ดำเนินการควบคุมโรค การติดตามสถานะผู้ป่วย โดยได้ตรวจสอบความตรงในเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญของโรคติดต่อฯ โดยแมลง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค สนับสนุนชุดน้ำยาตรวจไข้เลือดออกอย่างรวดเร็ว ชนิดที่ตรวจหาแอนติเจน NS1 (Dengue NS1 rapid test) ตามการประเมินพื้นที่เสี่ยงระดับอำเภอของโรคไข้เลือดออก ปี 2566 ตั้งแต่วันที่ 20 มิถุนายน 2566 จำนวน 37,625 ชุด ไปยังสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) และ สคร. กระจายชุดตรวจฯ ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และ สสจ. พิจารณาจัดสรรชุดตรวจไปยัง รพ.สต. ที่อยู่ในอำเภอระบาด ตามความเหมาะสม

2. รพ.สต. รายงานผลการใช้ชุดตรวจฯ ตามแบบฟอร์มออนไลน์ที่กำหนด (Google Sheet) ภายใน 7 วัน หลังใช้ชุดตรวจต่อ 1 case

3. ผู้ศึกษารวบรวม ตรวจสอบความถูกต้อง วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการศึกษา

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ

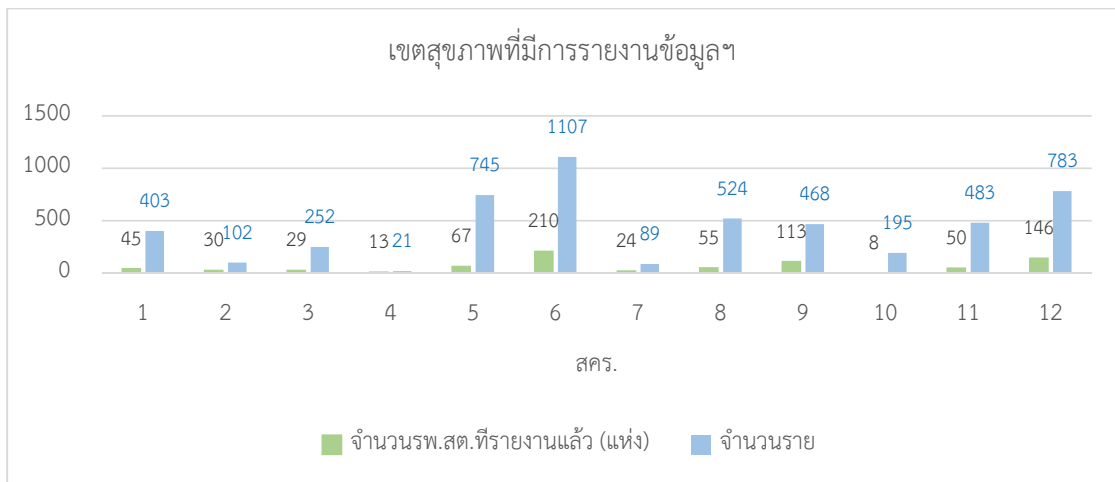
ผลการศึกษา

1) จากการจัดสรรชุดตรวจทั้งหมด 37,625 ชุด มีการใช้แล้ว 5,172 ชุด คิดเป็นร้อยละ 13.75 ซึ่งถือว่าเป็นสัดส่วนของการใช้ที่ยังน้อย

2) รายงานผลการใช้ชุดตรวจฯ สรุปได้ดังนี้

2.1 มีการรายงานการใช้ชุดตรวจฯ แล้วทุกเขต โดยมีจังหวัดที่มีการรายงานของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ทั้งหมด 69 จังหวัด

2.2 จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และจำนวนรายในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ที่มีการรายงานข้อมูลฯ แสดงดังภาพที่ 1

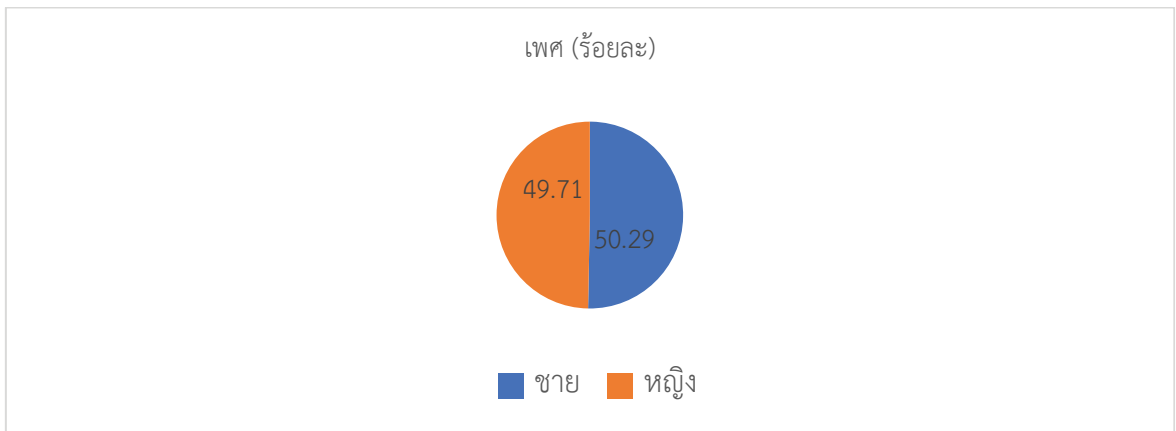


ภาพที่ 1 จำนวน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และจำนวนรายในแต่ละ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ที่มีการรายงานข้อมูลฯ

จากภาพที่ 1 พบว่า เขตสุขภาพที่ 6 มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ที่มีการรายงานข้อมูลทั้งสิ้น 210 แห่ง เป็นจำนวน 1,107 ราย รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ 12 มี 146 แห่ง จำนวน 783 ราย เขตสุขภาพที่ 9 มี 113 แห่ง จำนวน 468 ราย ตามลำดับ

2.3 ผลการใช้ชุดน้ำยาตรวจไข้เลือดออกอย่างรวดเร็วชนิดที่ตรวจหาแอนติเจน NS1 (Dengue

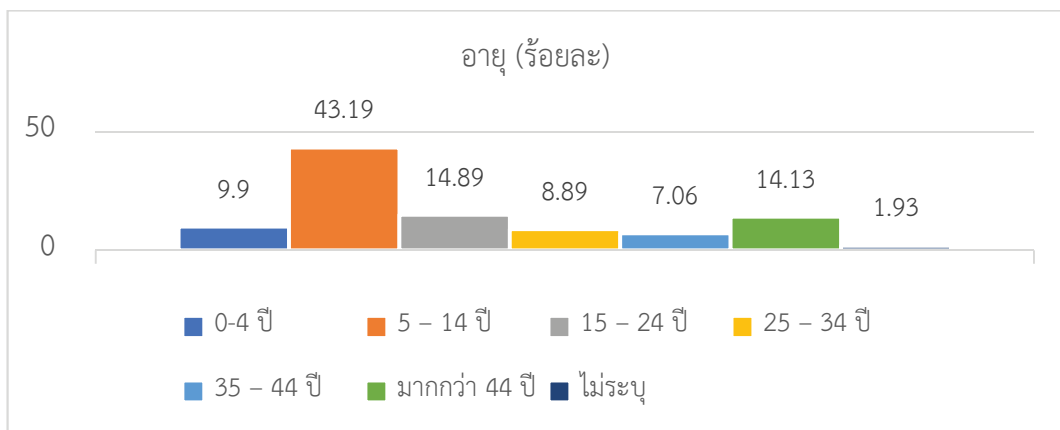
NS1 Rapid test) ภาพรวม มีรายงานทั้งสิ้น 5,172 ราย ใน 790 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ในผู้ใช้ชุดตรวจฯ พบว่าเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยพบเพศชาย 2,601 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.29 เพศหญิง 2,571 ราย คิดเป็น ร้อยละ 49.71 ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ร้อยละของผู้ใช้ชุดตรวจ จำแนกตามเพศ

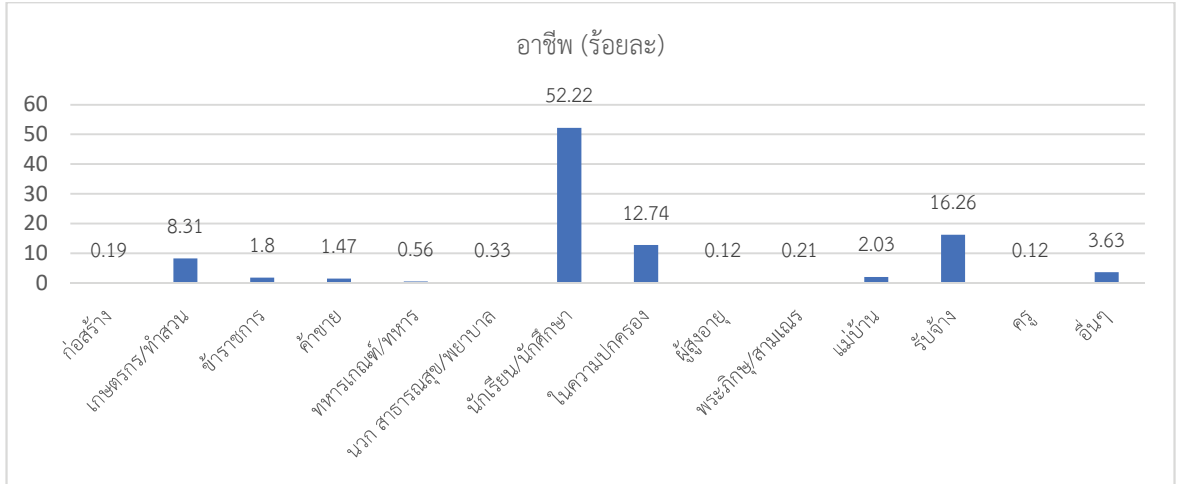
2.4 พบมากที่สุดในช่วงอายุ 5 – 14 ปี จำนวน 2,234 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.19 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 15-24 ปี จำนวน 770 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.89, อายุมากกว่า 44 ปี จำนวน 731 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.13 ตามลำดับ ดังภาพที่ 3 ซึ่งพบการใช้ในกลุ่มเด็ก

มากกว่าผู้ใหญ่ แม้ว่าผู้ใหญ่จะเป็นกลุ่มเสี่ยงและ การเสียชีวิตมากกว่าเด็ก แต่อาจเป็นเพราะพบโรค ไข้เลือดออกได้บ่อยในเด็กวัยเรียน จึงทำให้มีการใช้ ชุดตรวจ NS1 ในกลุ่มนี้เป็นจำนวนมาก



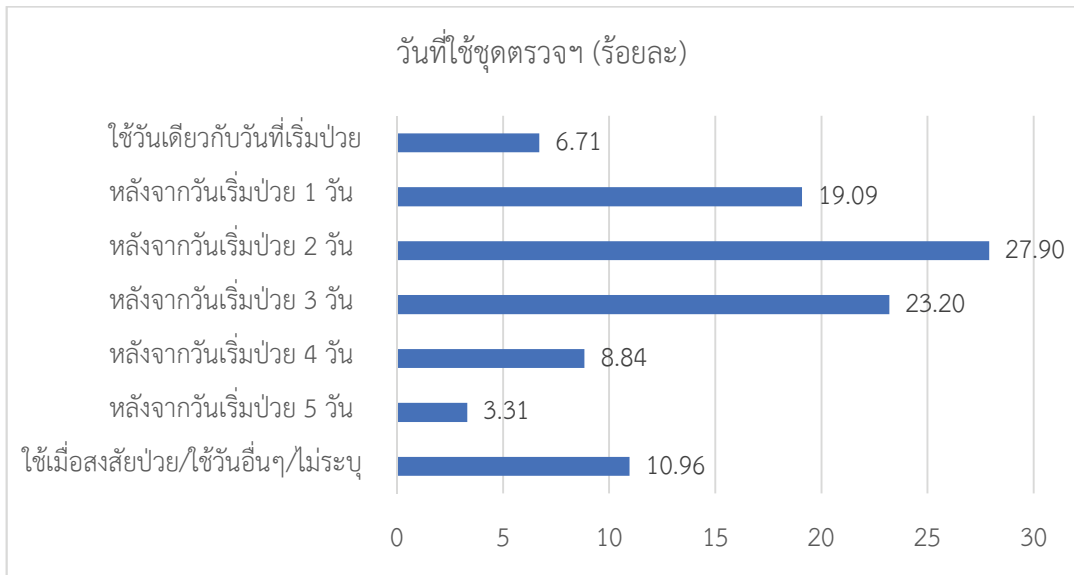
ภาพที่ 3 ร้อยละของผู้ใช้ชุดตรวจ จำแนกตามกลุ่มอายุ

2.5 อาชีพที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ นักเรียน/นักศึกษา จำนวน 2,701 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.22 รองลงมาคือ รับจ้าง จำนวน 841 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.26, ในปกครอง จำนวน 659 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.74 ตามลำดับ ดังภาพที่ 4 ซึ่งพบการใช้ชุดตรวจฯ ในกลุ่มนักเรียน/นักศึกษาเป็นจำนวนมากเช่นเดียวกัน



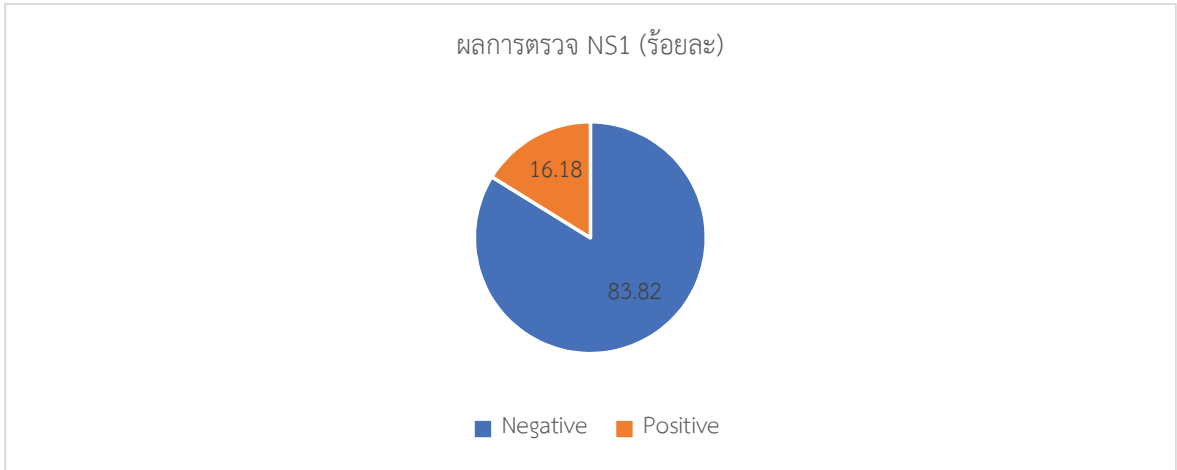
ภาพที่ 4 ร้อยละของผู้ใช้ชุดตรวจฯ จำแนกตามอาชีพ

2.6 ส่วนใหญ่พบวันที่ใช้ชุดตรวจฯ หลังจากวันเริ่มป่วย 2 วัน จำนวน 1,443 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.90 รองลงมาคือ หลังจากวันเริ่มป่วย 3 วัน จำนวน 1,200 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.20 หลังจากวันเริ่มป่วย 1 วัน จำนวน 987 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.09 ดังภาพที่ 5 ซึ่งถือว่าค่อนข้างเร็ว



ภาพที่ 5 ร้อยละของวันที่ใช้ชุดตรวจฯ หลังจากวันเริ่มป่วย

2.7 ผลการตรวจ NS1 พบว่า เป็นลบ จำนวน 4,335 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.82 เป็นบวก จำนวน 837 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.18 ดังภาพที่ 6



ภาพที่ 6 ร้อยละของผลการตรวจ NS1

2.8 กรณีผลการตรวจ NS1 เป็นบวก จำนวน 837 ราย ได้มีการดำเนินการหลังทราบผลตรวจ โดยแนะนำให้ทายากันยุง กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในบ้านตนเอง ร้อยละ 89.84 รองลงมาคือ งดการจ่ายากลุ่ม NSAIDs และดำเนินการควบคุมโรคตามมาตรการ 3-3-1 มีการดำเนินการร้อยละ 79.93 ส่งตัวผู้ป่วย

พร้อมผลตรวจ NS1 เป็นบวก ไปโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาทันที ร้อยละ 63.68 ตามลำดับ สรุปได้ดังตารางที่ 1 ซึ่งส่วนใหญ่พบว่า ได้มีการดำเนินการตามมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคที่กำหนด ทำให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาอย่างทันท่วงที เพื่อลดการป่วยที่รุนแรงและการเสียชีวิต

ตารางที่ 1 สรุปการดำเนินการหลังทราบผลตรวจ กรณี NS1 เป็นบวก

การดำเนินการหลังทราบผลตรวจ (กรณี NS1 เป็นบวก) N = 837 (ราย)	ดำเนินการ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ได้ดำเนินการ/ไม่ได้รายงานข้อมูล จำนวน (ร้อยละ)
แนะนำให้ทายากันยุง กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในบ้านตนเอง	752 (89.84)	85 (10.16)
งดการจ่ายากลุ่ม NSAIDs	669 (79.93)	168 (20.07)
ดำเนินการควบคุมโรคตามมาตรการ 3-3-1	669 (79.93)	168 (20.07)
ส่งตัวผู้ป่วยพร้อมผลตรวจ NS1 เป็นบวก ไปโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาทันที	533 (63.68)	304 (36.32)
แนะนำให้ไปโรงพยาบาล เพื่อรับการตรวจรักษาหาสาเหตุการติดเชื้อโรคอื่นๆ	345 (41.22)	492 (58.78)

2.9 การดำเนินงานตามมาตรการ กรณี NS1 เป็นบวก ได้มีการระบุวัน/เดือน/ปี ที่ลงพื้นที่สอบสวนโรค ฉีดเสปรย์กระป๋อง และกำจัดลูกน้ำยุงในบ้านผู้ป่วยส่วนใหญ่ ดำเนินการหลังจากวันเริ่มป่วย 3 วัน เป็นต้นไป ร้อยละ 36.32 ไม่รายงานข้อมูล/ไม่ได้ดำเนินการ ร้อยละ 35.01 ดำเนินการหลังจากวันเริ่มป่วย 2 วัน ร้อยละ 10.99 ดำเนินการหลังจากวันเริ่มป่วย 1 วัน ร้อยละ 10.16 และดำเนินการวันเดียวกับที่เริ่มป่วย ร้อยละ 7.53 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับวันที่ใช้ชุดตรวจ NS1 พบว่า ได้ดำเนินการวันเดียวกับที่ใช้ NS1 ร้อยละ 44.09 ไม่ได้รายงานข้อมูล/ไม่ได้ดำเนินการ ร้อยละ 36.44 ดำเนินการหลังจากใช้ NS1 1 วัน ร้อยละ 16.13 ดำเนินการหลังใช้ NS1 2 วัน ร้อยละ 1.91 และดำเนินการหลังใช้ NS1 3 วัน เป็นต้นไป ร้อยละ 1.43 ตามลำดับ ซึ่งพบว่า ยังมีสัดส่วนที่ค่อนข้างน้อยในการดำเนินการควบคุมโรคดังกล่าวได้ตามเวลาที่กำหนดคือ ภายใน 1 วัน หลังรับแจ้งรายงานผู้ป่วย หรือขาดการรายงานข้อมูล ซึ่งควรต้องมีการดำเนินการ/การรายงานอย่างทันเวลาและครบถ้วน

2.10 การดำเนินงานตามมาตรการ กรณี NS1 เป็นบวก มีการระบุวัน/เดือน/ปี ที่พ้นสารเคมี โดยหน่วยงานท้องถิ่น ส่วนใหญ่พบการไม่รายงานข้อมูล/ไม่ได้ดำเนินการ แต่ยังมีดำเนินการหลังจากวันเริ่มป่วย 3 วัน เป็นต้นไป ร้อยละ 38.23 ดำเนินการหลังจากวันเริ่มป่วย 2 วัน ร้อยละ 8.24 ดำเนินการหลังจากวันเริ่มป่วย 1 วัน ร้อยละ 5.26 และดำเนินการวันเดียวกับที่เริ่มป่วย ร้อยละ 5.14 เมื่อเทียบกับวันที่ใช้ชุดตรวจ NS1 พบว่า ส่วนใหญ่พบการไม่รายงานข้อมูล/ไม่ได้ดำเนินการเช่นกัน แต่ได้ดำเนินการหลังจากใช้ NS1 1 วัน ร้อยละ 24.61 ดำเนินการวันเดียวกับที่ใช้ NS1 ร้อยละ 19.24 ดำเนินการหลังใช้ NS1 2 วัน ร้อยละ 9.20 และดำเนินการหลังใช้ NS1 3 วัน เป็นต้นไป ร้อยละ 2.39 ดังตารางที่ 2 ซึ่งพบว่า ยังมีสัดส่วนที่น้อยในการดำเนินการควบคุมโรคดังกล่าวได้ตามเวลาที่กำหนดคือ ภายใน 1 วัน หลังรับแจ้งรายงานผู้ป่วย หรือขาดการรายงานข้อมูล ซึ่งควรต้องมีการดำเนินการ/การรายงานอย่างทันเวลาและครบถ้วน เพื่อป้องกันและควบคุมการระบาดของโรค

ตารางที่ 2 สรุปการดำเนินงานตามมาตรการ กรณี NS1 เป็นบวก เทียบกับวันเริ่มป่วยและวันที่ใช้ชุดตรวจ NS1

การดำเนินงานตามมาตรการ (กรณี NS1 เป็นบวก) (N = 837)	วันที่เริ่มดำเนินการ จำนวน (ร้อยละ)				
	ลงพื้นที่สอบสวนโรค ฉีด เสปรย์กระป๋อง และกำจัด ลูกน้ำยุงในบ้านผู้ป่วย	ดำเนินการ หลังจากวันเริ่ม ป่วย 3 วันเป็น ต้นไป 304 (36.32)	ไม่รายงาน ข้อมูล/ไม่ได้ ดำเนินการ 293 (35.10)	ดำเนินการ หลังจากวันเริ่ม ป่วย 2 วัน 92 (10.99)	ดำเนินการหลังจาก วันเริ่มป่วย 1 วัน 85 (10.16)
	ดำเนินการวัน เดียวกับที่ใช้ NS1 369 (44.09)	ไม่ได้รายงาน ข้อมูล/ไม่ได้ ดำเนินการ 305 (36.44)	ดำเนินการ หลังจากใช้ NS1 1 วัน 135 (16.13)	ดำเนินการหลังใช้ NS1 2 วัน 16 (1.91)	ดำเนินการหลัง ใช้ NS1 3 วัน เป็นต้นไป 12 (1.43)

ตารางที่ 2 สรุปการดำเนินงานตามมาตรการ กรณี NS1 เป็นบวก เทียบกับวันเริ่มป่วยและวันที่ใช้ชุดตรวจ NS1 (ต่อ)

การดำเนินงานตามมาตรการ (กรณี NS1 เป็นบวก) (N = 837)	วันที่เริ่มดำเนินการ จำนวน (ร้อยละ)				
	พันสารเคมี โดยหน่วยงาน ท้องถิ่น	ไม่รายงาน ข้อมูล/ไม่ได้ ดำเนินการ 361 (43.13)	ดำเนินการ หลังจากวันเริ่ม ป่วย 3 วันเป็น ต้นไป 320 (38.23)	ดำเนินการ หลังจากวันเริ่ม ป่วย 2 วัน 69 (8.24)	ดำเนินการหลังจาก วันเริ่มป่วย 1 วัน 44 (5.26)
	ไม่ได้รายงาน ข้อมูล/ไม่ได้ ดำเนินการ 373 (44.56)	ดำเนินการ หลังจากใช้ NS1 1 วัน 206 (24.61)	ดำเนินการวัน เดียวกับที่ใช้ NS1 1611 (19.24)	ดำเนินการหลังใช้ NS1 2 วัน 77 (9.20)	ดำเนินการหลัง ใช้ NS1 3 วัน เป็นต้นไป 20 (2.39)

2.11 กรณี NS1 เป็นลบ จำนวน 4,335 ราย ได้มีการดำเนินการหลังทราบผลตรวจ โดยแนะนำให้ทายากันยุง กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในบ้านตนเอง มีการดำเนินการ ร้อยละ 69.55 งดการจ่ายยากลุ่ม NSAIDs ร้อยละ 59.93 แนะนำให้ไปโรงพยาบาล เพื่อรับการตรวจรักษาหาสาเหตุการติดเชื้อโรคอื่นๆ

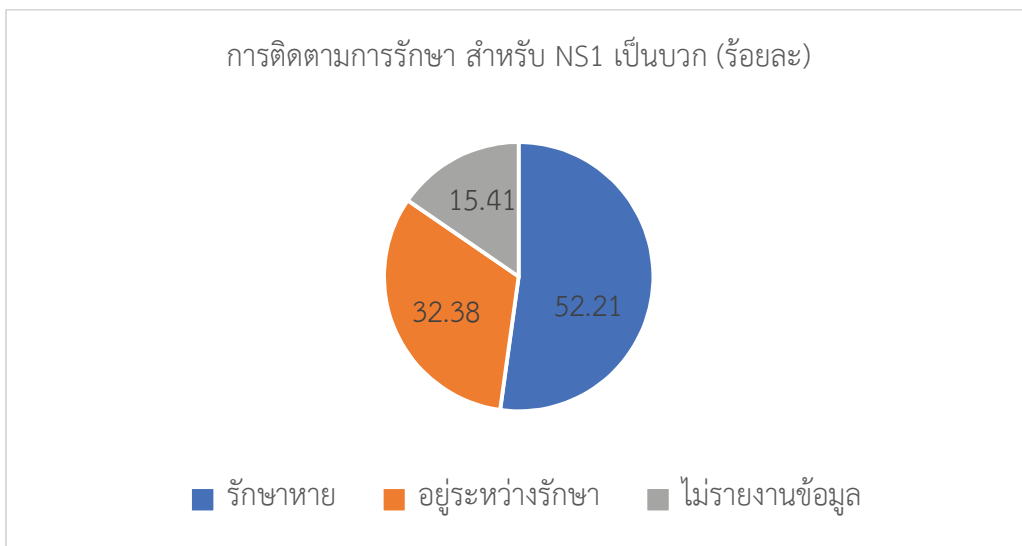
ร้อยละ 47.77 ตามลำดับ สรุปได้ดังตารางที่ 3 ซึ่งพบว่า แม้ผลตรวจจะเป็นลบ แต่ยังคงมีการให้คำแนะนำในการป้องกันตนเองและโรคที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต รวมทั้ง ตรวจหาสาเหตุอื่นๆ ส่งผลต่อการจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 3 สรุปการดำเนินการหลังทราบผลตรวจ กรณี NS1 เป็นลบ

การดำเนินการหลังทราบผลตรวจ (กรณี NS1 เป็นลบ) N = 4,335 (ราย)	ดำเนินการ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ได้ดำเนินการ/ไม่ได้รายงานข้อมูล จำนวน (ร้อยละ)
แนะนำให้ทายากันยุง กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในบ้านตนเอง	3,015 (69.55)	1,320 (30.45)
งดการจ่ายยากลุ่ม NSAIDs	2,598 (59.93)	1,737 (40.07)
แนะนำให้ไปโรงพยาบาล เพื่อรับการตรวจรักษาหาสาเหตุการติดเชื้อโรคอื่นๆ	2,071 (47.77)	2,264 (52.23)

2.12 ผู้ป่วยที่ผลตรวจ NS1 เป็นบวก ทั้งหมด 837 ราย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยรักษาหาย ร้อยละ 52.21 อยู่ในระหว่างการรักษาร้อยละ 32.38 ไม่รายงานข้อมูล ร้อยละ 15.41 ทั้งนี้ ยังไม่พบการรายงานการเสียชีวิต ดังภาพที่ 7 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการ

ใช้ชุดตรวจฯ ในการวินิจฉัยโรคไข้เลือดออกได้อย่างรวดเร็วใน รพ.สต. และสถานพยาบาลที่อยู่ห่างไกล หากผลเป็นบวกและได้รับการส่งตัวไปโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาทันทีสามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาหาย ลดความรุนแรงและการเสียชีวิตได้



ภาพที่ 7 การติดตามสถานะผู้ป่วยที่ผลตรวจ NS1 เป็นบวก

วิจารณ์

จากการศึกษา พบว่า มีการใช้ชุดตรวจฯ ใน รพ.สต. ร้อยละ 13.75 ซึ่งถือว่าเป็นสัดส่วนที่น้อย และยังไม่ครบทุกจังหวัด อาจเป็นเพราะส่วนใหญ่ผู้ป่วยยังไม่ยอมไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล^๑

ผู้ที่ใช้ชุดตรวจฯ พบว่าเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยพบมากที่สุดในช่วงอายุ 5-14 ปี รองลงมาคือ ช่วงอายุ 15-24 ปี ซึ่งพบการใช้ในกลุ่มเด็กมากกว่าผู้ใหญ่ แม้ว่าผู้ใหญ่จะเป็นกลุ่มเสี่ยงและพบการเสียชีวิตมากกว่าเด็ก แต่อาจเป็นเพราะอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกสูงในกลุ่มเด็ก^๑ จึงทำให้มีการใช้ชุดตรวจ NS1 ในกลุ่มนี้เป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับอาชีพส่วนใหญ่ของผู้ใช้คือ นักเรียน/นักศึกษา ส่วนใหญ่พบวันที่ใช้ชุดตรวจ หลังจากวันเริ่มป่วย 2, 3 และ 1 วัน ซึ่งถือว่าค่อนข้างเร็ว ทั้งนี้ ควรจะใช้ในช่วง 0-5 วันแรกของการป่วย ซึ่งให้ความไว (sensitivity) และความแม่นยำ (Positive predictive values : PPV) มากกว่า 95%¹⁰

ผลการตรวจ NS1 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นลบ แต่ยังมีทำให้คำแนะนำในการป้องกันตนเองและโรคที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต รวมทั้ง ตรวจหาสาเหตุอื่นๆ

ส่งผลต่อการจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ ส่วนกรณีผลการตรวจเป็นบวก พบว่า ส่วนใหญ่ได้มีการดำเนินการตามมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคที่กำหนด ได้แก่ แนะนำให้ทายากันยุง กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในบ้านตนเอง งดการจ่ายยากลุ่ม NSAIDs และดำเนินการควบคุมโรคตามมาตรการ 3-3-1 และส่งตัวผู้ป่วยพร้อมผลตรวจ NS1 เป็นบวก ไปโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาทันที ซึ่งถ้าสามารถตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยได้ถูกต้องในช่วงแรกๆ ของการติดเชื้อ จะส่งผลต่อการจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพและดำเนินการควบคุมการระบาดในพื้นที่ได้อย่างทันทั่วทั้ง 6 นอกจากนี้ การวินิจฉัยโรคอย่างรวดเร็ว จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออกได้ดียิ่งขึ้น และสามารถวางแผนการจัดการผู้ป่วยได้¹¹

การลงพื้นที่สอบสวนโรค ฉีดสเปรย์ป้องกัน และกำจัดลูกน้ำยุงในบ้านผู้ป่วย รวมทั้ง การพ่นสารเคมีโดยหน่วยงานท้องถิ่น พบว่า ยังมีสัดส่วนที่ค่อนข้างน้อยในการดำเนินการควบคุมโรคดังกล่าวได้ตามเวลาที่กำหนดคือ ภายใน 1 วัน หลังรับแจ้งรายงานผู้ป่วย² หรือขาดการรายงานข้อมูล ในขณะที่การศึกษาของ

วรรณมา หาญเชาว์วรกุล และคณะ¹² พบว่า การดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่มีผลการตรวจ rapid test ระยะเวลาตั้งแต่วันที่เริ่มป่วยจนถึงวันสอบสวนอยู่ในช่วง 2-9 วัน และตั้งแต่วันที่เริ่มป่วยจนถึงวันที่ดำเนินการควบคุมโรคอยู่ในช่วง 2-10 วัน

ผู้ป่วยที่ผลตรวจ NS1 เป็นบวก ส่วนใหญ่ผู้ป่วยรักษาหาย และยังไม่พบการรายงานการเสียชีวิต แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการใช้ชุดตรวจฯ ในการวินิจฉัยโรคไขเลือดออกได้อย่างรวดเร็วใน รพ.สต. ซึ่งหากผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจยืนยันว่ามีการติดเชื้อไวรัสเดงกี ทำให้ผู้ป่วยพบแพทย์ล่าช้าและมักมาโรงพยาบาลเมื่อมีอาการมากแล้ว มีภาวะช็อกกานาน และตามมาด้วยการทำงานของอวัยวะล้มเหลวตั้งแต่แรกเริ่ม¹³ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากการเฝ้าระวังของกรมควบคุมโรค พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยยืนยันเสียชีวิตส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65) ไปรักษาที่โรงพยาบาลช้า โดยไปหลังมีไข้ 4 วันขึ้นไป จึงได้รับการรักษาที่เหมาะสมล่าช้า จนมีอาการรุนแรงและเสียชีวิต¹⁴

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. ควรผลักดันให้มีการใช้ชุดตรวจฯ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่ใกล้ชิดประชาชน เพื่อให้สามารถวินิจฉัยโรคได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ เมื่อเริ่มป่วยควรแนะนำให้มีการไปตรวจโดยเร็ว ภายใน 0-5 วันแรกของการป่วย⁴ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงที่จะมีโอกาสเสียชีวิต เช่น ผู้ที่มีภาวะอ้วน ผู้ที่มีโรคประจำตัว ผู้สูงอายุ¹⁴ และกลุ่มที่มีอัตราป่วยสูง⁹ เช่น กลุ่มเด็กเพื่อทราบผลและเร่งส่งตัวผู้ป่วยที่พบผลเป็นบวกไปโรงพยาบาลและรับการรักษาได้อย่างทัน่วงที เพื่อลดอาการป่วยหนักและการเสียชีวิต

2. กำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินการตามมาตรการต่างๆ หลังใช้ชุดตรวจฯ อย่างต่อเนื่อง

โดยเฉพาะการควบคุมโรคตามมาตรการ 3-3-1 ให้ทันภายในเวลาที่กำหนด รวมทั้ง ให้การแนะนำให้ทายากันยุง กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในบ้านตนเอง งดการจ่ายยากลุ่ม NSAIDs ในผู้มีอาการ

3. ติดตามการรายงานข้อมูลการใช้ชุดตรวจฯ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน สามารถนำไปวิเคราะห์ประสิทธิผลและประโยชน์ของการใช้ชุดตรวจ NS1 รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ได้อย่างถูกต้องและแม่นยำมากขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาคั้งต่อไป

1. การรายงานข้อมูลในระบบออนไลน์ยังไม่ครบถ้วน ซึ่งข้อมูลที่ขาดไป อาจมีความสำคัญและมีผลต่อการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ เช่น ประสิทธิภาพของการใช้ชุดตรวจฯ ความรวดเร็วของการรักษาและการควบคุมโรค เป็นต้น ในอนาคต หากได้ข้อมูลที่มีปริมาณมากพอและครบถ้วน ควรวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ เช่น การใช้ชุดตรวจฯ กับการเสียชีวิตหรือการรักษาหาย การส่งตัวผู้ป่วยที่ผลเป็นบวกเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลทันที กับการเสียชีวิตหรือการรักษาหาย การใช้ชุดตรวจฯ กับระยะเวลาในการควบคุมโรค เป็นต้น

2. การลงไปศึกษาและเก็บข้อมูลในพื้นที่เพิ่มเติมจากการรายงานในระบบรายงานออนไลน์ เพื่อประเมินการใช้งานจริงในพื้นที่ ปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่พบ ทศคนคิดต่อการใช้ชุดตรวจฯ รวมทั้ง การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพอื่นๆ ให้ครบถ้วน โดยใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และการสังเกต

3. การศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมที่ยังขาด เช่น ข้อมูลผู้ป่วยไขเลือดออกรุ่นที่สองในพื้นที่เดียวกับผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจด้วยชุดตรวจ NS1 หรือ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจด้วยชุดตรวจ NS1 กับการมีผู้ป่วยรุ่นที่สองในพื้นที่ที่ผู้ป่วยรายแรกอาศัย

เอกสารอ้างอิง

1. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506** [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี. [สืบค้นเมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2567]. แหล่งข้อมูล: <http://doe.moph.go.th/surdata/index.php>
2. กองโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อมาโดยยุงลาย สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พ.ศ. 2564**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2564.
3. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **นิยามโรคและแนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย พ.ศ. 2563**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: หจก.แคนนากราฟิก; 2563.
4. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. **คำแนะนำการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับโรคไข้เลือดออก** [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี. [สืบค้นเมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2567]. 4 หน้า. แหล่งข้อมูล: <https://www3.dmsc.moph.go.th/assets/post/Nkp1bmU2Ni1zaGVldC0wMjI=.pdf>
5. World Health Organization. **Handbook for Clinical Management of Dengue** [internet]. Geneva. WHO press; 2012 [cited 2024 March 10]. 111 p. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/76887/9789241504713_eng.pdf?sequence=1
6. Kassim FM, Izati MN, TgRogayah TA, Apandi YM, Saat Z. Use of dengue NS1 antigen for early diagnosis of dengue virus infection. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health* 2011; 42(3): 562-9.
7. กองโรคติดต่อมาโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **ระบบติดตามผลการใช้ชุดตรวจไข้เลือดออกแบบรวดเร็ว (Dengue NS1 rapid test)**[อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://sites.google.com/view/denguens1/%E0%B8%AB%E0%B8%99%E0%B8%B2%E0%B9%81%E0%B8%A3%E0%B8%81>
8. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. **การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2566** [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2567]. แหล่งข้อมูล: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230929131046_99194.pdf
9. กองโรคติดต่อมาโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2567**. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2567]. แหล่งข้อมูล: https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/43e588b9-9773-4918-a56b-76d446496e61/page/p_48wsohppdd
10. Zhang H, Li W, Wang J, Peng H, Che X, Chen X, et.al. **NS1-based tests with diagnostic utility for confirming dengue infection: a meta-analysis**. *International Journal of Infectious Diseases* 2014; 26: 57-66.

11. Tuan NM, Nhan HT, Chau NV, Hung NT, Tuan HM, Tram TV, et.al. **Sensitivity and specificity of a novel classifier for the early diagnosis of dengue.** PLOS Neglected Tropical Diseases 2015; 9(4): e0003638.
12. วรรณภา หาญเขาวีวรกุล, ธนพล หวังธีระประเสริฐ, ศรายุทธ ตาสัก, จุติกาญจน์ ภูเก้าล้วน, พัชรินทร์ บุญอินทร์. **รายงานการวิจัยการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการส่งตรวจวินิจฉัยไข้เลือดออกเบื้องต้น (Rapid test) กับ ผลการรักษา และผลการควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน.** คลังความรู้ กรมควบคุมโรค. [อินเทอร์เน็ต]. 2558. [สืบค้นเมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://klb.ddc.moph.go.th/dataentry/research/form/79>
13. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกีในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2563.** พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
14. กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **สถานการณ์โรคไข้เลือดออกเสียชีวิต พ.ศ. 2566.** [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://lookerstudio.google.com/s/g-6yH8UBBVg>

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษา
โรงเรียนในเขตเทศบาลตำบลหลักเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี
ปีการศึกษา 2566

Health literacy on Overnutrition inamong Primary Schools Students under
the Responsibility of Lak Mueang Subdistrict Municipality, Mueang Ratchaburi,
Academic year 2023

สมชาย ชลิศราพงศ์ :

สบ. (สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต)

พวงเพชร มณฑะไย :

พย.บ. (พยาบาลศาสตรบัณฑิต)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหม้อ
จังหวัดราชบุรี

Somchai Chalitsarapong : B.P.H.

B.P.H. (Public Health)

Puangpet Montien :

B.N.S. (Bachelor of Nursing Science)

Khok Mo Sub-District Health

Promoting Hospital, Ratchaburi

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนในเขตเทศบาลตำบลหลักเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ปีการศึกษา 2566 ประชากรในการศึกษาจำนวน 220 คนจาก 4 โรงเรียน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม ตั้งแต่วันที่ 28 สิงหาคม 2566 ถึง 15 กันยายน 2566 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

ผลการวิจัย พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 51.36) กำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 37.73, คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์อยู่ในระดับ(ร้อยละ 73.18) คะแนนความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับระดับต่ำ (ร้อยละ 51.82) คะแนนการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 73.18) คะแนนทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 77.73) คะแนนทักษะการจัดการตนเองอยู่ในระดับระดับต่ำ (ร้อยละ 55.91) คะแนนการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 69.55) คะแนนทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.64)

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู และครอบครัวของนักเรียนควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ทั้งในและนอกห้องเรียนร่วมกัน เพื่อให้เด็กนักเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์และนำไปสู่ในการจัดการและออกแบบการปรับพฤติกรรมสุขภาพ

คำสำคัญ : นักเรียนประถมศึกษา, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์

Abstract

This cross-sectional research aimed to study the health literacy on overnutrition among grad 4th to 6th students in primary schools within the municipality of Lak Mueang Subdistrict, Mueang District, Ratchaburi Province, academic year 2023. The study population consisted of 220 students from 4 schools. Data collection was questionnaires conducting from August 28th,2023 to September 15th,2023. Data analysis was descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, maximum, and minimum values

The research findings revealed that the majority of students were male (51.36%), studying in the 5th grade (37.73%). The average score for health literacy regarding overnutrition was 73.18%, while the understanding of health literacy was at a lower level (51.82%). The score for accessing health information was also low (73.18%), as well as communication skills (77.73%), self-management skills (55.91%), media literacy (69.55%), and decision-making skills (53.64%).

Health officials, teachers, and students' families should engage in activities to promote learning both inside and outside the classroom in order to enhance students' health literacy regarding overnutrition. This literacy can then be applied to manage and design health behavior modification.

Key words : Primary school students, Health literacy, Overnutrition

ความเป็นมา

ภาวะน้ำหนักเกินในเด็กนักเรียน เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย และทั่วโลก เนื่องจากมีแนวโน้มการเป็นโรคอ้วนสูงขึ้น ภาวะโรคอ้วนในประเทศไทยมีแนวโน้ม จะขยายตัวเพิ่มขึ้นอีกในอนาคต จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย พบคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มากกว่า 1 ใน 3 อยู่ในภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเพิ่มขึ้นสองเท่าตัว เมื่อเทียบกับในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา ปี 2534-2552 และหากเปรียบเทียบในระดับภูมิภาคพบว่า คนไทยอ้วนสูงสุดเป็นอันดับ 2 จากทั้งหมด 10 ประเทศอาเซียน รองจากมาเลเซียเท่านั้น ขณะเดียวกัน สถานการณ์เด็กอ้วนที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ยังพบเด็กไทยปฐมวัย(อายุ 1-5 ปี) และวัยเรียน (อายุ 6-14 ปี) ประมาณ 1 ใน 10 คน มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน⁽¹⁾ สาเหตุของการเกิดภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนในเด็กวัยเรียนส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม ที่ส่งผลกระทบต่อ ให้ปัญหาดังกล่าวขยายวงกว้างครอบคลุมทุกพื้นที่⁽²⁾

โรคอ้วนถือเป็นสาเหตุให้เจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคตับ โรคมะเร็ง โรคเกี่ยวกับถุงน้ำดี โรคซึมเศร้า ภาวะหายใจลำบาก และหยุดหายใจขณะหลับ และโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น และคนอ้วนมีโอกาสเป็นโรคเหล่านี้มากกว่าปกติ 2-3 เท่า⁽¹⁾

สำหรับคนอ้วนความรู้ด้านสุขภาพก็เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องมีทักษะในการปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้มีสุขภาพดี ซึ่งต้องใช้ความรู้ด้านสุขภาพ 6 องค์ประกอบหลัก ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ความรู้ และทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมไปถึงสามารถชี้แนะ เรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี ตามแนวคิดของ Nutbeam⁽³⁾ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ แนวคิดนี้พัฒนามาจากการดูแลรักษาทางคลินิก และการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ถ้าบุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะส่งผลกระทบต่อ การปฏิบัติตัวและการจัดการทางสุขภาพ⁽⁴⁾ เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่พัฒนาการด้านสติปัญญาค่อนข้างสมบูรณ์ ทั้งภาษา การฟัง พูด อ่าน เขียน เด็กที่มีโอกาสการกินเกณฑ์ยังใช้ชีวิตโดยไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ ก็อาจจะกลายเป็นคนอ้วนได้ จึงมีความจำเป็นต้องใช้ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้อง และมีสุขภาพที่ดีต่อไปได้ในอนาคต

จากข้อมูลของกรมอนามัย ปี 2565 ในเขตสุขภาพที่ 5 เด็กมีความสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน มีเพียงร้อยละ 52.6256.84 และมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 15.56 จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ปัญหาโภชนาการเกินและปัญหาโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่จะต้องเร่งแก้ไข เนื่องจากเด็กที่เป็นโรคอ้วนเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่จะมีโอกาสเป็นโรคอ้วน 1 ใน 4 และหากอ้วนจนถึงวัยรุ่นโอกาสเสี่ยงสูงถึง 3 ใน 4 ผลเสียจากการเกิดโรคอ้วน นำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง) และเด็กอายุ 6-14 ปี ในจังหวัดราชบุรี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 15.74 ในอำเภอเมืองราชบุรี ร้อยละ 16.88 และในเขตเทศบาลตำบลหลักเมือง มีเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 61.83

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีผลการศึกษาวิจัยพฤติกรรมสุขภาพเด็กวัยเรียน หลากหลายด้าน รวมถึงรายงานการศึกษา ความรอบรู้สุขภาพของเด็กวัยเรียนในประเทศไทยมีจำนวนน้อยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษาในเขตเทศบาลตำบลหลักเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ปีการศึกษา 2566 เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ของนักเรียน และนำผลการศึกษาที่ได้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเด็กวัยเรียนมีความรอบรู้ทางสุขภาพทั้งด้านความรู้ พฤติกรรมการบริโภค เพื่อป้องกันภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ไม่ให้เกิดกลายเป็นผู้ใหญ่อ้วนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษา โรงเรียนในเขตเทศบาลตำบลหลักเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ปีการศึกษา 2566

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษา โรงเรียนในเขตเทศบาลตำบลหลักเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ปีการศึกษา 2566

ประชากร

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการศึกษาในกลุ่มประชากรนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนในเขต

เทศบาลตำบลหลักเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ปีการศึกษา 2566 ทั้งหมด 4 แห่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ โรงเรียนเทศบาลตำบลหลักเมือง 79 คน โรงเรียนวัดบางลี่ 72 คน โรงเรียนวัดท้ายเมือง 32 คน และโรงเรียนกองทัพบกอุปถัมภ์ (โยธินวิทยา) 47 คน รวมทั้งหมด 230 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ส่วนที่ 1

ข้อมูลทั่วไปของนักเรียน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นที่กำลังศึกษา จำนวนเงินที่ได้รับมาโรงเรียนในแต่ละวัน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบในช่องว่าง จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2

แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ จำนวน 10 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก (Multiple Choices) โดยให้ผู้ตอบเลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลค่าคะแนนรวม ตามเกณฑ์ 0-5 คะแนน หมายถึง ความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับต่ำ, 6-7 คะแนน หมายถึง ความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับปานกลาง 8-10 คะแนน หมายถึง ความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3-6

การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตัวเองและการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ จำนวนตัวแปรละ 5 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นตัวเลือกแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ไม่ได้ปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง เท่ากับ 4 คะแนน ปฏิบัติทุกครั้ง เท่ากับ 5 คะแนน โดยเกณฑ์การแปลค่าคะแนนรวม ตาม

เกณฑ์ 1-15 คะแนน หมายถึง มีทักษะตามตัวแปร อยู่ในระดับต่ำ, 16-20 คะแนน หมายถึง มีทักษะตามตัวแปรอยู่ในระดับปานกลาง, 21-25 คะแนน หมายถึง มีทักษะตามตัวแปรอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 7

ทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ จำนวน 4 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นตัวเลือกแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ มากที่สุด เท่ากับ 4 คะแนน มากเท่ากับ 3 คะแนน น้อย เท่ากับ 2 คะแนน น้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน โดยเกณฑ์การแปลค่าคะแนนรวมตามเกณฑ์ 1-7 คะแนน หมายถึง การตัดสินใจอยู่ในระดับต่ำ, 8-12 คะแนน หมายถึง การตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง, 13-16 คะแนน หมายถึง การตัดสินใจอยู่ในระดับสูง

เกณฑ์การให้คะแนน ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมทั้ง 6 องค์ประกอบหลัก จำนวน 35 ข้อ คะแนนรวม 131 คะแนน โดยเกณฑ์การแปลค่าคะแนนตามเกณฑ์ 1-80 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ, 81-110 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง, 111-131 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้จัดทำหนังสือเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยจากทางโรงเรียนในเขตเทศบาลตำบลหลักเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี เพื่อติดต่อขออนุญาตผู้อำนวยการโรงเรียนในการเก็บข้อมูล

2. จัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้ปกครองของนักเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลและรายละเอียดต่างๆ ให้ผู้ปกครองของนักเรียน ในหนังสือแสดงเจตนา

ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และทำหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย เพื่อให้ผู้ปกครองแสดงเจตนายินยอมให้นักเรียนเข้าร่วมการวิจัย

3. เมื่อได้รับการยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจัดเตรียมแบบสอบถามให้เพียงพอกับจำนวนนักเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

3.1 ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับคุณครูอนามัยโรงเรียนเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย พร้อมทั้งชี้แจง รายละเอียด วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย ความสำคัญและอธิบายการทำแบบสอบถามของผู้เข้าร่วมวิจัยซึ่งเป็นนักเรียน

3.2 ผู้วิจัยจึงดำเนินการแจกแบบสอบถามการวิจัยให้กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ผู้เข้าร่วมวิจัย ตอบข้อคำถามด้วยตนเองเนื่องจากเด็กสามารถอ่านออกเขียนได้ทุกคน พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดการตอบแบบสอบถามและถ้าไม่เข้าใจคำถามให้สอบถามคุณครูอนามัยครูอนามัยได้ และใช้เวลาในการทำแบบสอบถาม 2 ชั่วโมง

4. ติดตามสอบถามปัญหาต่างๆ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ประสานงาน หลังส่งแบบสอบถามไปแล้วประมาณ 1 สัปดาห์ รวมทั้งขอความร่วมมือในการส่งแบบสอบถามกลับคืนภายใน 3 สัปดาห์

5. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้กลับคืนมาจำนวน 230 ฉบับ มาตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม ก่อนการบันทึกข้อมูล พบว่า แบบสอบถามไม่สมบูรณ์จำนวน 10 ฉบับ จึงนำแบบสอบถามไปวิเคราะห์ข้อมูลได้เพียง 220 ฉบับ คิดเป็น 95.65% และนำแบบสอบถามมาตรวจความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามนำไปเข้าโปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

6. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยของ EC จากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี เมื่อวันที่ 7 สิงหาคม 2566 เลขที่โครงการวิจัย RbPH REC 085/2566

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของนักเรียน พบว่า เด็กนักเรียนประถมศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง

จำนวน 113 คน ร้อยละ 51.36 อายุมากที่สุด 14 ปี จำนวน 2 คน ร้อยละ 0.91 และอายุน้อยที่สุด 9 ปี จำนวน 25 คน ร้อยละ 11.36 ($\mu = 10.74, S.D. \sigma = 1.04, \text{Min} = 9, \text{Max} = 14$) ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 82 คน ร้อยละ 37.73 รองลงมา คือ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 71 คน ร้อยละ 32.27 และชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 66 คน ร้อยละ 30.00 และส่วนใหญ่ได้รับเงินมาโรงเรียนวันละน้อยกว่า 50 บาท จำนวน 153 คน ร้อยละ 69.55 รองลงมา 50-99 บาท จำนวน 247 คน ร้อยละ 21.36 และมากกว่า 100 บาทขึ้นไป จำนวน 20 คน ร้อยละ 9.09 ตามลำดับ ($\mu = 48.23, \sigma = 21.38, \text{Min} = 10, \text{Max} = 120$)

1. ตารางจำนวนร้อยละ ระดับความรอบรู้ด้านความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษา (N = 220)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษา	ระดับความรอบรู้						μ	σ
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง			
	n	%	n	%	n	%		
1. ความรอบรู้ด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนา	114	51.82	62	28.18	44	20.00	5.71	2.17
2. ความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์	161	73.18	52	23.64	7	3.18	11.80	3.98
3. ความรอบรู้ด้านทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์	171	77.73	41	18.64	8	3.63	13.74	5.11
4. ความรอบรู้ด้านทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์	123	55.91	70	31.82	27	12.27	13.82	4.30

1. ตารางจำนวนร้อยละ ระดับความรอบรู้ด้านความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษา (N = 220) (ต่อ)

ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษา	ระดับความรอบรู้						μ	σ
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง			
	n	%	n	%	n	%		
5. ความรอบรู้ด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์	153	69.55	55	24.55	12	5.90	11.92	4.44
6. ความรอบรู้ด้านทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์	59	26.82	118	53.64	43	19.55	10.56	2.37

ผลการศึกษาคะแนนระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 77.73 ความรอบรู้ด้านทักษะ

การตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.64 และความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 20.00

2. ตารางจำนวน ร้อยละของนักเรียนประถมศึกษา ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ (N = 220)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์	จำนวน	ร้อยละ	คะแนนเต็ม (131 คะแนน)
ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ อยู่ในระดับต่ำ (1 - 80 คะแนน)	161	73.18	$\mu = 67.69$ $\sigma = 14.56$ Min = 32 Max = 105
ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ อยู่ในระดับปานกลาง (81 - 110 คะแนน)	56	25.45	
ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ อยู่ในระดับสูง (111 - 131 คะแนน)	3	1.36	

ผลการศึกษามีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษา พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ

73.18 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 25.45 และความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 1.36 ตามลำดับ

วิจารณ์ และข้อสรุป

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษาที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านความเข้าใจด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์โดยภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 51.82 ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่นักเรียนซึ่งมีอายุอยู่ในช่วงอายุ 9-14 ปี อยู่ในวัยเรียนรวมทั้งได้รับความรู้จากการเรียนในโรงเรียนเกี่ยวกับเรื่องโภชนาการซึ่งถูกบรรจุอยู่ในการเรียนในทุกระดับชั้นของนักเรียน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอารยา ทิพย์วงศ์ และจารุณี นุ่มพูล⁽⁵⁾ ที่พบว่าความฉลาดทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินกรุงเทพมหานครพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ด้านสุขภาพจากโรงเรียนในหลักสูตรกระทรวงศึกษาธิการกำหนด และระดับความรู้มีความเหมาะสมกับเด็กแตกต่างกันในแต่ละชั้นซึ่งความรู้จะส่งผลต่อการคิด ตัดสินใจกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพของนักเรียนระดับประถมศึกษาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 73.18 อาจเนื่องจากนักเรียนมีการค้นหาข้อมูลด้านโภชนาการจากสื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต และหนังสือสอบถามข้อมูลภาวะโภชนาการเกินจากครู หรือพ่อแม่ รวมถึงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักเรียนปฏิบัติหลายๆ ครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จามจุรี แซ่หลู่ และนภาวรณ วิริยะศิริกุล⁽⁶⁾ ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของเด็กวัยเรียนที่เริ่มอ้วนและอ้วนในโรงเรียนที่สังกัดสำนักงาน

เขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา อำเภอมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีพอ สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนในวัยรุ่นตอนต้นที่พบว่าการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนอยู่ในระดับพอใช้ได้ อาจอธิบายได้ว่าทักษะการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพแม้ว่าจะมีแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่นักเรียนสามารถเลือกสืบค้นได้ แต่ขาดการตรวจสอบข้อมูลทางสุขภาพที่สืบค้นมาจากหลายๆ แหล่ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาวรัตน์ สุวรรณไวพัฒนา และคณะ⁽⁷⁾

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ด้านทักษะการสื่อสารของนักเรียนระดับประถมศึกษาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 77.73 ทั้งนี้อาจเนื่องจากเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาได้ฟังคำแนะนำเรื่องโรคอ้วนและการควบคุมน้ำหนักจากครู พ่อแม่ และเพื่อน ได้เล่าเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของนักเรียนให้กับพ่อแม่หรือเพื่อน ฟังจนเข้าใจ และอ่านหนังสือเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคอ้วนและโรคอื่นๆ แต่ไม่สามารถบอกข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคอ้วนให้คนอื่นเข้าใจได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอารยา ทิพย์วงศ์ และจารุณี นุ่มพูล⁽⁵⁾

4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ด้านทักษะการจัดการตนเองของนักเรียนระดับประถมศึกษาอยู่ในระดับปานต่ำ ร้อยละ 55.91 เนื่องจากนักเรียนได้รับความรู้ทางโภชนาการ แต่อาจไม่ได้รับการฝึกการจัดการตนเองรวมทั้งอาจไม่ได้มีส่วนร่วมในการเลือกอาหารที่เหมาะสม หรือกำหนดอาหารที่ช่วยในการควบคุมน้ำหนักตัวของตนเอง โดยการรับประทานของนักเรียนทั้ง 3 มื้อนั้น มื้อเช้าและมื้อเย็นนักเรียนจะรับประทานอาหารที่ผู้ปกครองจัดเตรียมให้ มีเพียงมื้อกลางวัน

นักเรียนสามารถเลือกซื้อรับประทานเองที่โรงเรียน ซึ่งบางแห่งจะมีการจัดอาหารกลางวันไว้ให้นักเรียนแล้วด้วยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อีร์สติกต์ ศรีพิทักษ์ และคณะ⁽⁸⁾ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนวัยรุ่น จังหวัดยะลา อยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งได้พบว่าระดับชั้นการเรียนที่ต่างกันจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ต่างกันจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนก็จะแตกต่างกันไปด้วย

5. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ด้านความรู้เท่าทันสื่อของนักเรียนระดับประถมศึกษาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 69.55 เนื่องจากนักเรียนสามารถเข้าถึงสื่อต่างๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบันได้อย่างสะดวกง่ายดาย สื่อดังกล่าวมักมีโฆษณาแฝงอยู่เสมอ โดยเมื่อนักเรียนได้รับสื่อดังกล่าวบ่อยครั้งอาจส่งผลต่อการเลือกรับสื่อหรือการตัดสินใจหรือรู้เท่าทันสื่อของนักเรียนและการตัดสินใจในการบริโภคอาหารเหล่านั้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อารยา ทิพย์วงศ์ และจารุณี นุ่มพูล⁽⁵⁾

6. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ด้านทักษะการตัดสินใจของนักเรียนระดับประถมศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.64 เนื่องจากนักเรียนระดับประถมศึกษาโดยมากมีความรู้ในเรื่องโภชนาการอยู่ในระดับสูงสามารถแนะนำถึงการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคอ้วนได้ แต่ยังไม่สามารถตัดสินใจในการปฏิเสธพฤติกรรมที่สามารถนำไปสู่โรคอ้วนได้ อาจอธิบายได้ว่าในการตัดสินใจของวัยรุ่นนั้นอาจมีพฤติกรรมของกลุ่มเพื่อนมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อารยา ทิพย์วงศ์ และจารุณี นุ่มพูล⁽⁵⁾ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วน

กับพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน พบว่า เด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ดี แต่ทักษะการตัดสินใจยังไม่ถูกต้องทั้งหมดเนื่องจากอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าเด็กวัยเรียนยังมีพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและความรอบรู้สุขภาพในระดับที่ไม่ดีค่อนข้างต่ำ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวมทั้งครูในโรงเรียนควรจัดกิจกรรมสร้างรอบรู้ด้านสุขภาพเน้นด้าน โภชนาการรวมถึงด้านอื่นๆ ควบคู่ไปด้วย โดยเป็นกิจกรรมทั้งในและนอกห้องเรียน รวมถึงการพัฒนาสื่อทางโภชนาการสื่อสุขภาพ เพื่อพัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อของนักเรียน อีกทั้งใช้วิธีการสื่อสารข้อมูลสุขภาพในรูปแบบแคมเปญทำให้เด็กวัยเรียนเข้าใจจดจำได้ง่ายและไม่สับสน

2. ควรศึกษาปัจจัยด้านโภชนาการภายในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษา โรงเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์และลดอัตราการเกิดภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ในเด็กนักเรียนประถมศึกษา

3. ควรเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเด็นด้านทักษะการตัดสินใจ ความรู้ความเข้าใจ และทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์กับเด็กนักเรียนประถมศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองราชบุรี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหม้อ โรงเรียนในเขตเทศบาลตำบลหลักเมือง ที่สนับสนุนข้อมูลสำหรับการศึกษาในครั้งนี้ รวมถึงการให้คำแนะนำจาก นายโชติ เกิดบัณฑิต สาธารณสุขอำเภอเมืองราชบุรี นางสาวนาตยา มีสุข พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ และนายไพโรจน์ เสาะแสวง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ในด้านการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานสุขภาพคนไทยปี 2557. นครปฐม: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2557.
2. กรมอนามัย รายงานประจำปี 2559. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2559.
3. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*. 2008; 67(12):2072-2078.
4. อังศิรินทร์ อินทรกำแหง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การวัดและการพัฒนา. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์; 2560.
5. อารยา ทิพย์วงศ์ และจารุณี นุ่มพูล. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางด้านสุขภาวะเกี่ยวกับโรคอ้วนกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน. กรุงเทพมหานคร: วารสารพยาบาล. 2557; 28(2):1-11.
6. จามจุรี แซ่หลู่ และนภาพรรณ วิริยะศิริกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน ของเด็กวัยเรียนที่เริ่มอ้วนและอ้วนในโรงเรียนที่สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช: วารสารมหาจุฬานาครธรรมศน์. 2563; 7(11):1-15.
7. วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนา, จุฬารัตน์ ภิรมย์ไกรภักดิ์ และวิจิตรา นวนันทวงศ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนของเด็กวัยรุ่นตอนต้น: วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 6 (ฉบับพิเศษ). 2562; 80-90.
8. ธีรศักดิ์ ศรีพิทักษ์, นิรชร ชูติพัฒนา และอิสระทองสามสี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนวัยรุ่น จังหวัดยะลา: การประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 10. 2562; 1529-1545. ม.ป.ท.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
ณ คลินิกแสงตะวัน โรงพยาบาลราชบุรี

Factors Influencing Health Literacy in People Living with HIV
at Saengtawan Clinic, Ratchaburi Hospital

สิริลักษณ์ พรหมโกมุท
โรงพยาบาลราชบุรี

Siriluk Promkomut
Ratchaburi Hospital

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ณ คลินิกแสงตะวัน โรงพยาบาลราชบุรี ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการ ณ คลินิกแสงตะวัน โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 485 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ค่าที่อิสระ การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรสโสด มีอายุระหว่าง 46–60 ปี สำเร็จการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า มีรายได้ระหว่าง 10,000–20,000 บาท ร้อยละ 37.3 และอาชีพเกษตรกร/รับจ้างทั่วไป ส่วนใหญ่ติดเชื้อ HIV จากการมีเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 91.1) ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วย HIV มากกว่า 5 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 61.9) เหตุผลที่เข้ารับการตรวจครั้งแรก คือ มีอาการสงสัยหรือเข้าข่ายติดเชื้อ (ร้อยละ 49.3) ระยะเวลาที่เข้ารับยาด้าน HIV มากกว่า 1 ปี ถึง 5 ปี (ร้อยละ 60.2) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 81.6) และส่วนใหญ่มาตามแพทย์นัด (ร้อยละ 91.1) กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคม การข้ามผ่านข้อจำกัดของตนเอง และความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพ สาเหตุของการติดเชื้อ HIV ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และระยะเวลาที่เข้ารับยาด้าน HIV แตกต่างกัน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .05 ส่วนเพศ การมีโรคประจำตัว สถานภาพสมรส เหตุผลที่เข้ารับการตรวจครั้งแรก และการมาตามแพทย์นัดที่แตกต่างกัน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน 2) การสนับสนุนทางสังคม การข้ามผ่านข้อจำกัดของตนเองมีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการ ณ คลินิกแสงตะวัน โรงพยาบาลราชบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .001 โดยมีอำนาจในการพยากรณ์ (R²) ได้ร้อยละ 54.0 การข้ามผ่านข้อจำกัดของตนเองสามารถพยากรณ์ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการ ณ คลินิกแสงตะวัน โรงพยาบาลราชบุรี ได้มากที่สุด รองลงมาคือการสนับสนุนทางสังคม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานเท่ากับ .592 และ .217 ตามลำดับ

Abstract

This cross-sectional descriptive study aims to compare the personal factors and clinical factors with health literacy in people living with HIV, and to study factors influencing health literacy in people living with HIV at Saengtawan clinic, Ratchaburi hospital. There were 485 samples chosen from people living with HIV who receive services at Saengtawan clinic, Ratchaburi hospital. The questionnaires were used to collect the data. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, t-test Independent, one-way analysis of variance, and multiple regression analysis.

The result found that most samples were female, single, age between 46–60 years old, completed secondary school education or equivalent, income between 10,000–20,000 baht, and farmers or employees (37.3%). Most were infected with HIV by having sexual intercourse (91.1%), and living with HIV more than 5 years (61.9%). First detected reason was having signs or suspected infection (49.3%), and having ART treatment for more than 1 – 5 years (60.2%). Most did not have medical condition (81.6%), and visited to the doctor's follow-up (91.1%). The samples displayed moderate level of social support, self-transcendence, and health literacy. The hypothesis test was following: 1) the samples with different age, education, income, occupation, causes of HIV infection, illness duration, and ART treatment duration were found the different health literacy with statically significant at .001 and .05. As for age, status, medical condition, income, first detected reason, and visited to the doctor's follow-up were found indifferent health literacy. 2) Social support and self-transcendence were the significant influencing health literacy in people living with HIV at Saengtawan clinic, Ratchaburi hospital with statistically significant at .001 and .05 under investigation (R²) at 54.0 percent. Self-transcendence could predict health literacy in people living with HIV at Saengtawan clinic, Ratchaburi hospital at the highest level, following social support with standardized regression coefficient of .592 and .217 respectively.

บทนำ

เอชไอวีเป็นไวรัสที่ทำให้เกิดโรคเอดส์ เป็นหนึ่งในความท้าทายด้านสาธารณสุขที่ร้ายแรงที่สุดในโลก ในระดับโลกต่างมีความมุ่งมั่นในการหยุดยั้งการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ และต้องการทำให้เกิดความมั่นใจว่าประชากรทุกคนที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถเข้าถึงการรักษาเอชไอวีได้⁽¹⁾ ข้อมูลล่าสุดจากโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ ในปี 2021 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากประชากรทั่วโลกราว 38.4 ล้านคน⁽²⁾ สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยตามข้อมูลจาก UNAIDS (Thailand) ในปี 2022 มีผู้ติดเชื้อฯ ประมาณ 560,000 คน โดยเป็นผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่ จำนวน 9,200 คน มีผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัส หรือ Antiretroviral therapy (ART) จำนวน 457,133 คน⁽³⁾ ผู้ติดเชื้อที่รู้สถานะและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ร้อยละ 90.2 และมีผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ จำนวน 11,000 คน⁽²⁻³⁾ โดยในภาพรวมจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ ประชากรผู้ติดเชื้อรวม และผู้เสียชีวิตมีจำนวนเพิ่มขึ้น (เมื่อเทียบกับปี 2021) สถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดราชบุรี จากการสำรวจและเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อฯ (Integrated biological behavioral surveillance หรือ IBBS) ในปี พ.ศ. 2557 ระบุถึงจังหวัดราชบุรี เป็นหนึ่งในพื้นที่เฝ้าระวัง 5 จังหวัด (กรุงเทพมหานคร ภูเก็ต เชียงใหม่ ชลบุรี และราชบุรี)⁽⁴⁾ ซึ่งจากรายงาน National AIDS Program (NAP web reports) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁹ ข้อมูลผู้ติดเชื้อฯ ในโรงพยาบาลราชบุรีที่ยังคงมีชีวิตอยู่ทั้งหมด พบว่า 5 ปีย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 – 2565 มีจำนวนผู้ติดเชื้อฯ เพิ่มขึ้นทุกปี⁽⁵⁾

แม้จะมีความก้าวหน้าอย่างมีนัยสำคัญในครอบคลุมของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ART) แต่

ผู้ป่วยจำนวนมากยังคงประสบกับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญหลังจากเริ่มการรักษา⁽⁶⁾ และการทานยาที่ไม่สม่ำเสมอยังคงเป็นภัยคุกคามที่สำคัญต่อการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและเอชไอวี⁽⁷⁻⁹⁾ ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการไม่มีความรู้หรือการมีความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ครบถ้วนของผู้ติดเชื้อฯ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้น เป็นความรู้ที่แตกต่างจากความรู้ทางการแพทย์ขั้นพื้นฐานซึ่งไม่เพียงแต่ครอบคลุมไปถึงความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพเท่านั้น หากแต่หมายรวมไปถึงความสามารถในการเข้าใจหลักการทางการแพทย์ที่ซับซ้อนและมีการตัดสินใจทางด้านสุขภาพบนพื้นฐานความรู้ที่กว้างขวางด้วย เพื่อประกอบการตัดสินใจด้านสุขภาพอย่างมีความรอบรู้⁽¹⁰⁻¹¹⁾ ซึ่งความสำเร็จในการดูแลรักษาเอชไอวีอย่างต่อเนื่องนั้น ผู้ติดเชื้อจำเป็นต้องมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับหนึ่ง เพื่อทำความเข้าใจว่าเอชไอวีมีผลกระทบต่อร่างกายอย่างไร มีการเริ่มต้นและปฏิบัติตามกฎหมายของยาต้านไวรัสที่เฉพาะเจาะจงเพื่อให้เกิดการจัดการเชื้อไวรัสได้อย่างต่อเนื่อง มีความสามารถในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล ทำความเข้าใจคำแนะนำทางการแพทย์ และดำเนินการตามแผนการรักษา และเพื่อนำไปสู่แนวทางในการดูแลเอชไอวีอย่างต่อเนื่องต่อไป⁽¹¹⁾

อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทยมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่แพร่หลายมากนัก โดยส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นไปที่การออกแบบโปรแกรมเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาทางจิตสังคม คือ การสนับสนุนทางสังคม และการข้ามผ่านข้อจำกัดของตนเอง และปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิกที่อาจส่งผลต่อ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อฯ เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศ โดย Mgbako⁽¹¹⁾ ระบุว่ายังมีเพียงไม่กี่การศึกษาที่สำรวจโครงสร้างทางจิตสังคมที่หล่อหลอมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งมีอย่างจำกัดในปัจจุบัน จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเข้าใจตัวแปรอื่น ๆ ในความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ของเอชไอวี เนื่องจากระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของคน ๆ หนึ่งนั้นไม่คงที่ และไม่ได้สะท้อนถึงลักษณะที่แท้จริงของปัจเจกบุคคลโดยทั่วไปแล้ว การศึกษาที่ผ่านมาและวรรณกรรมความรอบรู้ด้านสุขภาพในปัจจุบันเกี่ยวกับเอชไอวียังขาดเนื้อหาความสำคัญเกี่ยวกับตัวแปรทางจิตสังคมที่เป็นตัวกลางในความสัมพันธ์ระหว่างเชื้อชาติ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และผลลัพธ์ของเอชไอวี ซึ่งอาจจินตนาการได้ว่า แม้แต่ผู้ติดเชื้อที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงก็อาจมีวินัยและความต่อเนื่องในการรักษาด้วยยาไม่ดีได้ เนื่องจากปัจจัยหลายประการ⁽¹¹⁾ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความต้องการที่แตกต่างกันและหลากหลายของผู้ติดเชื้อฯ อีกด้วย

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเอชไอวี ณ คลินิกแสงตะวัน โรงพยาบาลราชบุรี โดยศึกษาปัจจัยแวดล้อมเพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่ชัดเจนในมิติที่เป็นข้อดีและข้อจำกัดของผู้ติดเชื้อฯ ซึ่งถือเป็นการดูแลสนับสนุนด้านจิตสังคมให้กับผู้ติดเชื้อฯ อันเป็นบทบาทหน้าที่โดยตรงของผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ตามบริบทของหน่วยบริการสุขภาพในไทยของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค⁽¹²⁾ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการศึกษาในครั้งนี้อาจมิได้มีเป้าหมายเพื่อลดจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ลงในทางตรง แต่การศึกษาครั้งนี้

จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อฯ เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนรวมถึงมีการตัดสินใจในกระบวนการรักษาได้อย่างถูกต้องและนำไปสู่การวางแผนส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อฯ ให้มีความครอบคลุมและการพัฒนาองค์ความรู้และปรับปรุงรูปแบบพฤติกรรม การป้องกันและการรักษาตัวที่ยั่งยืนและคงทนต่อไป ส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีคงอยู่ในระบบการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพ ตลอดจนเพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมในหลากหลายมิติมากยิ่งขึ้น ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของกรมควบคุมโรค⁽¹³⁾ ในประเด็นการยกระดับคุณภาพและบูรณาการการดำเนินงานป้องกันที่มีประสิทธิผลเดิมให้เข้มข้นและยั่งยืนในระบบ พัฒนาและเร่งรัดการรักษาดูแลและช่วยเหลือทางสังคมให้มีคุณภาพรอบด้านและยั่งยืน

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ณ คลินิกแสงตะวัน โรงพยาบาลราชบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ณ คลินิกแสงตะวัน โรงพยาบาลราชบุรี

วัสดุและวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายภาคตัดขวาง (Cross sectional descriptive research)

ประชากร คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการ ณ คลินิกแสงตะวัน โรงพยาบาลราชบุรี ในกลุ่มที่ลงทะเบียนและรับยาต้านไวรัสและยังมีชีวิตอยู่ ที่มีการนัดหมายจากแพทย์เพื่อรับการรักษา การปรึกษาและ/หรือฟื้นฟูร่างกายและจิตใจโดยทีมสหวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์กำลังการทดสอบ (Power analysis) วิเคราะห์ด้วยโปรแกรม G*Power 3⁽¹⁴⁾ ทำการวิเคราะห์โดยใส่พารามิเตอร์ที่กำหนด ประกอบด้วย Effect size f^2 ระดับกลาง 0.3, $\alpha = 0.05$, Power = 0.80 ค่า Df = 2 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 485 คน ใช้วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) โดยมีเกณฑ์คุณสมบัติต่าง ๆ ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria)

ประกอบด้วย

- เป็นผู้ติดเชื้อชาวไทยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์จากแพทย์โรงพยาบาลราชบุรี และ/หรือได้รับการวินิจฉัยจากโรงพยาบาลอื่น ๆ ว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยยืนยันด้วยผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ ทั้งชนิดมีอาการและไม่มีอาการ
- เป็นผู้ติดเชื้อที่ลงทะเบียนและรับยาต้านไวรัสและยังมีชีวิตอยู่ และมีการนัดหมายจากแพทย์เพื่อรับการรักษา การปรึกษา และ/หรือฟื้นฟูร่างกายและจิตใจโดยทีมสหวิชาชีพ ณ คลินิกแสงตะวัน โรงพยาบาลราชบุรี ตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป
- มีอายุระหว่าง 18–60 ปี
- สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ อ่านหนังสือออกและเขียนได้ ไม่มีความบกพร่องหรือความยากลำบากในการอ่าน การเขียน
- มีภาวะการรู้ตัวปกติ รับรู้ วัน เวลา สถานที่ และบุคคล
- มีสภาวะทางการแพทย์ และ/หรือสภาวะอารมณ์ จิตใจ และร่างกายที่เป็นปกติ ณ ช่วงเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย และ/หรือมีสภาวะที่ไม่รบกวนการให้ข้อมูล
- เป็นผู้ที่สามารถตัดสินใจและเซ็นยินยอมได้ด้วยตนเอง และมีความยินดีที่จะให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจและเต็มใจ

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

- ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ประสบปัญหาเกี่ยวกับการทำความเข้าใจข้อความเกินกว่า 3 ครั้งขึ้นไป แม้ว่าจะมีการชี้แจงทำความเข้าใจไปแล้ว
- ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย แต่ต่อมาได้ปฏิเสธการให้ข้อมูล และ/หรือผู้เข้าร่วมวิจัยที่ไม่สะดวกให้ข้อมูลหรือไม่สามารถให้ข้อมูลจนจบขั้นตอนได้

เกณฑ์การยุติการวิจัย (Termination criteria)

- กรณีเกิดเหตุสุดวิสัยกับผู้วิจัย หรือมีสถานการณ์ฉุกเฉินร้ายแรงที่ไม่สามารถควบคุมได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อคำถามหลัก 6 ข้อ คือ เพศวิถี อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือนของครอบครัว และอาชีพ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยทางคลินิก ประกอบด้วยข้อคำถามหลัก 6 ข้อ คือ สาเหตุของการติดเชื้อ HIV ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วย HIV เหตุผลที่เข้ารับการตรวจครั้งแรก ระยะเวลาที่ได้รับยาต้าน HIV โรคประจำตัวอื่น ๆ และการมาตามแพทย์นัด

ตอนที่ 3 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ฉบับภาษาไทยซึ่งแปลและพัฒนาโดยณภัทรรต บัวทอง⁽¹⁵⁾ จากต้นฉบับภาษาอังกฤษของหน่วยงานการบริการทรัพยากรสาธารณสุขสำหรับเอชไอวี/เอดส์ ประเทศสหรัฐอเมริกา⁽¹⁶⁾ ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบบวัดฉบับภาษาไทยได้ผ่านการประเมินความตรงทางภาษาจากผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันภาษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และแบบวัดมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .85⁽¹⁵⁾ ซึ่งเกณฑ์การยอมรับสำหรับค่าความเชื่อมั่น คือ

มีค่าตั้งแต่ .70 ขึ้นไป⁽¹⁷⁾ กำหนดเกณฑ์การแปลผล ความหมายของค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคม คือ คะแนน 20-46 อยู่ในเกณฑ์ต่ำ คะแนน 47-73 อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง และคะแนน 74 ขึ้นไป อยู่ในเกณฑ์มาก

ตอนที่ 4 แบบวัดการข้ามผ่านข้อจำกัดของตนเอง (Self-transcendence) ฉบับภาษาไทยของ นพวรรณ ศรีงาม(18) ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ แบบวัดถูกนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลสุโขทัยมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.82⁽¹⁸⁾ ซึ่งเกณฑ์การยอมรับสำหรับค่าความเชื่อมั่น คือ มีค่าตั้งแต่ .70 ขึ้นไป⁽¹⁷⁾ กำหนดเกณฑ์การแปลผล ความหมายของค่าคะแนนการข้ามผ่านข้อจำกัดของตนเอง คือ คะแนน 15-30 อยู่ในเกณฑ์ต่ำ คะแนน 31-45 อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง และคะแนน 46-60 อยู่ในเกณฑ์สูง

ตอนที่ 5 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ฉบับภาษาไทยที่พัฒนาโดย สิทธิพล บุญมั่น⁽¹⁹⁾ ซึ่งเป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นโดยเฉพาะสำหรับใช้ในในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผ่านการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบทุกข้อมีค่ามากกว่า .30 ดัชนีรากที่สองของความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่ามีค่าเท่ากับ .02 Chi-square มีค่าเท่ากับ 114.66 และความน่าจะเป็นที่เหตุการณ์นี้จะเกิดขึ้นถ้าสมมติฐานหลักเป็นจริงมีค่าเท่ากับ .06 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์⁽¹⁷⁾ และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยแบบวัดมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ .82⁽¹⁹⁾ ซึ่งเกณฑ์การยอมรับสำหรับค่าความเชื่อมั่น คือ มีค่าตั้งแต่ .70 ขึ้นไป⁽¹⁷⁾ กำหนดเกณฑ์การแปลผลความหมายของค่าคะแนนความรู้ทางด้านสุขภาพ คือ ต่ำกว่า 13 คะแนน คือ อยู่ในเกณฑ์ต่ำ คะแนน 14-15

อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือปานกลาง และคะแนน 16-17 อยู่ในเกณฑ์ดี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาวิจัยโดยขออนุญาตหัวหน้ากลุ่มงาน รวมถึงชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยแก่ทีมแพทย์ พยาบาล ทีมสหวิชาชีพและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีภายในคลินิก แสงตะวัน โรงพยาบาลราชบุรี เพื่อให้การเก็บข้อมูลเป็นไปอย่างถูกต้องตามหลักจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ และไม่รบกวนกระบวนการดูแลรักษา เก็บข้อมูลโดยความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยมีการลงนามในใบยินยอมเพื่อเก็บข้อมูลให้เป็นลายลักษณ์อักษร (Written Consent) และชี้แจงถึงการตอบแบบสอบถามว่าจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการเข้ารับบริการทางการแพทย์ เพื่อให้สอดคล้องกับหลักการให้ประโยชน์ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence/Non-maleficence) การเก็บข้อมูลจะไม่มีการระบุชื่อนามสกุลจริง ไม่มีการทำสัญลักษณ์หรือบันทึกภาพใด ๆ หากผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดความรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ เครียดหรือกังวล ในบางคำถามหรือขณะทำการเก็บข้อมูล ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้หรือมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยจะเป็นบุคคลเดียวที่เข้าถึงข้อมูลของแบบสอบถามได้ และจะทำลายเอกสารแบบสอบถามทั้งหมดทันทีหรือไม่เกิน 6 เดือนนับตั้งแต่วันที่เก็บข้อมูลครบ โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม – มีนาคม พ.ศ. 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์เพื่อบรรยาย สถิติที่ใช้ คือ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation--S.D.)

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางคลินิก สถิติที่ใช้ คือ การวิเคราะห์ค่าทีอิสระ (t-test independent) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way Analysis of Variance หรือ F-test)

3. การวิเคราะห์อิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมและการข้ามผ่านข้อจำกัดของตนเองที่มีต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ สถิติที่ใช้ คือ การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เลือกตัวแปรเข้าสมการพยากรณ์ด้วยวิธี Enter Method กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p \leq .05$)

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย (Protecting the Rights of Research Participants)

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติและรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลราชบุรี ตามหลัก CIOMS, ICH, GCP และ E6 ในกรณีที่ทำการวิจัยในกลุ่มเปราะบางที่เอกสาร COA-RBHEC 002/2024 รหัสโครงการ RBHEC 059/66 ณ วันที่ 03 เดือน มกราคม พ.ศ. 2567 โดยผู้วิจัยยืนยันว่าข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็น

ความลับและเปิดเผยเฉพาะในภาพรวมที่เป็นสรุปผลการวิจัยเท่านั้น

ผลการศึกษา

ปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมีสัดส่วนมากที่สุด ร้อยละ 40 อายุ 46–60 ปี ร้อยละ 30.7 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า 42.3 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 48.2 มีรายได้ระหว่าง 10,000–20,000 บาท ร้อยละ 37.3 และอาชีพเกษตรกร/รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 29.9

ปัจจัยทางคลินิก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ติดเชื้อ HIV จากการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 91.1 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วย HIV มากกว่า 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 61.9 เหตุผลที่เข้ารับการตรวจครั้งแรก คือ มีอาการสงสัยหรือเข้าข่ายติดเชื้อ ร้อยละ 49.3 ระยะเวลาที่ได้รับยาต้าน HIV มากกว่า 1 ปี ถึง 5 ปี ร้อยละ 60.2 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 81.6 และส่วนใหญ่มาตามแพทย์นัด ร้อยละ 91.1

การวิเคราะห์ระดับคะแนนการสนับสนุนทางสังคม การข้ามผ่านข้อจำกัดของตนเอง และความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการ ณ คลินิกแสงตะวัน โรงพยาบาลราชบุรีทั้งหมดมีภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยระดับความคิดเห็นการสนับสนุนทางสังคม การข้ามผ่านข้อจำกัดของตนเอง และความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตัวแปร	mean	S.D.	แปลผล
1. การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)	60.89	11.78	ปานกลาง
2. การข้ามผ่านข้อจำกัดของตนเอง (Self-transcendence)	45.14	5.90	ปานกลาง
3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)	12.15	3.01	ปานกลาง

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางคลินิก ในตัวแปร 2 กลุ่ม

ปัจจัย	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	t-test for Equality of Means		
	Mean \pm SD	t	df	Sig.
เพศ				
ชาย (n = 212)	0.69 \pm 0.20	-1.922	386.282	.055
หญิง (n = 191)	0.73 \pm 0.15			
สาเหตุของการติดเชื้อ HIV				
ติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ (n = 439)	0.72 \pm 0.17	2.924	46.141	.005**
ติดเชื้อจากเหตุผลอื่น (n = 43)	0.62 \pm 0.24			
การมีโรคประจำตัว				
ไม่มี (n = 395)	0.71 \pm 0.73	-.892	162.976	.374
มี (n = 87)	0.39 \pm 0.14			
การมาตามแพทย์นัด				
มาตามนัดทุกครั้ง (n = 439)	0.72 \pm 0.18	.894	48.787	.376
ไม่ได้มาตามนัด ตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป (n = 43)	0.69 \pm 0.20			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง การวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกตาม ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางคลินิกของผู้ติดเชื้อเอช ไอวี ที่มารับบริการ ณ คลินิกแสงตะวัน โรงพยาบาล ราชบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วย และ ระยะเวลาที่ได้รับยาต้าน HIV แตกต่างกัน มีความ รอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 และ .001 (p-value = .045, .000, .000 .001, .001, และ .000 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่ม ตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรส และเหตุผลที่เข้ารับการ ตรวจครั้งแรก มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่แตกต่าง กัน (p-value = .256 และ .130 ตามลำดับ) ดังแสดง ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกตาม ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางคลินิก ในตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม

ปัจจัย	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
อายุ	ระหว่างกลุ่ม	.195	2	.098	3.130	.045*
	ภายในกลุ่ม	14.939	479	.031		
	ภาพรวม	15.135	481			
ระดับการศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	.970	2	.485	16.395	.000***
	ภายในกลุ่ม	14.165	479	.030		
	ภาพรวม	15.135	481			

ปัจจัย	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
สถานภาพสมรส	ระหว่างกลุ่ม	.086	2	.043	1.368	.256
	ภายในกลุ่ม	15.049	479	.031		
	ภาพรวม	15.135	481			
รายได้ต่อเดือน	ระหว่างกลุ่ม	.987	3	.329	11.117	.000***
	ภายในกลุ่ม	14.148	478	.030		
	ภาพรวม	15.135	481			
อาชีพ	ระหว่างกลุ่ม	.556	4	.139	4.551	.001***
	ภายในกลุ่ม	14.578	477	.031		
	ภาพรวม	15.135	481			
ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วย HIV	ระหว่างกลุ่ม	.467	2	.234	7.633	.001***
	ภายในกลุ่ม	14.667	479	.031		
	ภาพรวม	15.135	481			
เหตุผลที่เข้ารับการตรวจครั้งแรก	ระหว่างกลุ่ม	.177	3	.059	1.889	.130
	ภายในกลุ่ม	14.957	478	.031		
	ภาพรวม	15.135	481			
ระยะเวลาที่ได้รับยาต้าน HIV	ระหว่างกลุ่ม	.870	2	.435	14.616	.000***
	ภายในกลุ่ม	14.264	479	.030		
	ภาพรวม	15.135	481			

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การข้ามผ่านข้อจำกัดของตนเอง และความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการ ณ คลินิกแสงตะวัน โรงพยาบาลราชบุรี พบว่าการสนับสนุนทางสังคม การข้ามผ่านข้อจำกัดของตนเองมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการ ณ คลินิกแสงตะวัน โรงพยาบาลราชบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .001 โดยการข้ามผ่านข้อจำกัด

ของตนเองสามารถพยากรณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการ ณ คลินิกแสงตะวัน โรงพยาบาลราชบุรี ได้มากที่สุด รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานเท่ากับ .592 และ 217 ตามลำดับ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ 70.1 มีอำนาจในการพยากรณ์ (R²) ได้ร้อยละ 54.0 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การข้ามผ่านข้อจำกัดของตนเอง และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n = 485)

ปัจจัย	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ			
	B	β	t	Sig.
ค่าคงที่	3.460		15.043	.000
การสนับสนุนทางสังคม	.187	.217	2.353*	.026
การข้ามผ่านข้อจำกัดของตนเอง	.470	.592	3.749***	.000

R = .701³, R² = .540, F = 210.1037, Adjusted R² = .436, SE_e = .29542

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิจารณ์และสรุป

จากการศึกษา “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ณ คลินิกแสงตะวัน โรงพยาบาลราชบุรี” สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานได้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการ ณ คลินิกแสงตะวัน โรงพยาบาลราชบุรีที่มีปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางคลินิกแตกต่างกัน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพ สาเหตุของการติดเชื้อ HIV ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วย และระยะเวลาที่ได้รับยาต้าน HIV แตกต่างกัน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้เป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อ HIV ผู้ติดเชื้อฯในบางกลุ่มอาจไม่รู้ถึงการอยากค้นคว้าหาข้อมูล หรือมีข้อจำกัดในเรื่องการรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bunman⁽²⁰⁾ ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี: การทบทวนเชิงพรรณนา โดยพบว่าการศึกษา อายุ สามารถใช้ทำนายระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kartono และคณะ⁽²¹⁾ ศึกษาผลกระทบ

ของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ เกิดจากการศึกษาต่ำ ความเชื่อผิด ๆ การเผยแพร่ความรู้ที่ไม่สม่าเสมอและเนื้อหาไม่เหมาะสม ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ การมีโรคประจำตัว สถานภาพสมรส และเหตุผลที่เข้ารับการตรวจครั้งแรก และการมาตามแพทย์นัดที่แตกต่างกัน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่ไม่ได้กระทบโดยตรงต่อการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพได้เพียงพอ

สมมติฐานที่ 2 การสนับสนุนทางสังคม และการข้ามผ่านข้อจำกัดของตนเอง มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ณ คลินิกแสงตะวัน โรงพยาบาลราชบุรี

ผลการวิจัยพบว่า การข้ามผ่านข้อจำกัดของตนเองและการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการ ณ คลินิกแสงตะวัน โรงพยาบาลราชบุรี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการข้ามผ่านข้อจำกัดของตนเองนั้นเป็นสถานะความแข็งแกร่งของจิตใจของผู้ติดเชื้อฯ ในการเผชิญกับความเจ็บป่วยหรือความยุ่งยากในชีวิต เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมหรือสนับสนุนความมีสุขภาวะที่ดี ซึ่งการจะมีสุขภาวะที่ดีคือต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

Reed⁽²²⁾ ที่ได้อธิบายถึงประสบการณ์ในการขยายขอบเขตส่วนบุคคลเพื่อให้ได้รับความรู้สึกที่ดีขึ้นของความหมายชีวิตหรือการมีสุขภาวะที่ดี โดยเฉพาะในบริบทของเอชไอวี/เอดส์ เพราะการถูกวินิจฉัยเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ถือเป็นเหตุการณ์สำคัญที่เปลี่ยนชีวิตซึ่งมีผลกระทบทางสังคม ร่างกาย และจิตใจสำหรับผู้ติดเชื้อและคนสำคัญอื่น ๆ ครอบครัว รวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วย เช่นเดียวกับการสนับสนุนทางสังคมที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อฯ นั้นมีกำลังใจในการแสวงหาความรู้และวิธีการในการดูแลรักษาตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Ramer และคณะ⁽²³⁾ ที่ศึกษาผลของการลูกกลมของโรคเอดส์/เอชไอวีต่อจิตวิญญาณและข้ามผ่านข้อจำกัดของตนเองในประชากรพหุวัฒนธรรม โดยพบว่าการข้ามผ่านข้อจำกัดของตนเองมีความสัมพันธ์การมีสุขภาวะที่ดีซึ่งอาจนำไปสู่การรับรู้สุขภาพที่เพิ่มขึ้นได้

การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการสนับสนุนทางสังคมจะเป็นสิ่งที่ช่วยทำให้ผู้ติดเชื้อฯ ยังรู้สึกถึงการได้รับการยอมรับและมีคุณค่าซึ่งจะมีส่วนช่วยสร้างขวัญและพลังใจให้กับผู้ติดเชื้อฯ ให้สามารถแสวงหาความรู้และวิธีการในการดูแลรักษาตนเองให้ดีขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวารินทร์ บินโฮเซ็น และทีปภา แจ่มกระจ่าง⁽²⁴⁾ ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยพบว่าการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดี เช่นเดียวกับการศึกษาของ Berhe และคณะ⁽²⁵⁾ ศึกษาการรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิก ART ที่โรงพยาบาลของรัฐในเขตกาโม ทางตอนใต้ของเอธิโอเปีย พ.ศ. 2564 โดย

พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีสัมพันธ์กับความรู้อย่างมีนัยสำคัญเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการกำหนดแนวปฏิบัติมาตรฐานในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยพิจารณาถึงความแตกต่างของอายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพ สาเหตุของการติดเชื้อ HIV ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วย และระยะเวลาที่ได้รับยาต้าน HIV ของผู้ติดเชื้อฯ รวมถึงปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมและการข้ามผ่านข้อจำกัดของตนเอง เพื่อให้สามารถวางแผนแนวทางการรักษาได้อย่างตรงจุดและครอบคลุม ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อฯ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องในวงกว้างสามารถทำให้ผู้ติดเชื้อฯ อยู่นในระบบการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพและได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และเป็นประโยชน์ในการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ ให้กว้างขวางต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. HIVGov. U.S. Government global HIV/AIDS activities: The global HIV/AIDS epidemic. 2021. Retrieved on 04 February 2022 from: <https://www.hiv.gov/federal-response/pepfar-global-aids/us-government-global-aids-activities>.
2. UNAIDS. UNAIDS 2021 epidemiological estimates: Fact sheet – world aids day 2022. Geneva, Switzerland: UNAIDS. 2023.
3. กรมควบคุมโรค. คาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวี. นนทบุรี: ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวี

- ของประเทศไทย กองนวัตกรรมและวิจัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2565.
4. กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2560: รายงานผลการดำเนินงานสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: เจ. เอส. การพิมพ์. 2560ก.
 5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ระบบบริการข้อมูลสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ (NAP Web Reports). ออนไลน์. Retrieved on 7 September 2023, Available from: https://www.nhso.go.th/page/online_service.
 6. Yiannoutsos, C.T., Johnson, L.F., Boule, A., et al. Estimated mortality of adult HIV-infected patients starting treatment with combination antiretroviral therapy. *Sex Transm Infect.* 2012; 88(Suppl 2): i33-43. 3.
 7. Steele, K.T., Steenhoff, A.P., Newcomb, C.W., et al. Early mortality and AIDS progression despite high initial antiretroviral therapy adherence and virologic suppression in Botswana. *PLoS One.* 2011; 6(6): e20010.
 8. Ford, N., Darder, M., Spelman, T., Maclean, E., Mills, E., & Boule, A. Early adherence to antiretroviral medication as a predictor of long-term HIV virological suppression: five-year follow-up of an observational cohort. *PLoS One.* 2010; 5(5) :e10460.
 9. Tique, J.A., Howard, L.M., Gaveta, S., Sidat, M., Rothman, R.L., Vermund, S.H., & Ciampa, P.J. Measuring health literacy among adults with HIV infection in Mozambique: development and validation of the HIV literacy test. *AIDS Behav.* 2017 Mar; 21(3): 822-832.
 10. CDC. What is health literacy? Take action. Find out. [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2021. Retrieved on 16 June 2022, Available from: <https://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/index.html>.
 11. Mgbako, O., Conard, R., Mellins, C.A., Dacus, J., & Remien, R.H. A systematic review of factors critical for HIV health literacy, ART adherence and retention in care in the U.S. for racial and ethnic minorities. *AIDS Behav.* 2022; April 21: Online ahead of print. doi.org/10.1007/s10461-022-03680-y.
 12. กรมควบคุมโรค. แนวทางการจัดบริการรับยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีอาการคงที่ โดยมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ตามบริบทของหน่วยบริการสุขภาพในไทย. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: เรติเอชั่น จำกัด. 2563.
 13. กรมควบคุมโรค. แผนงานวิจัยด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ. 2562 – 2564. นนทบุรี: กองนวัตกรรมและวิจัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2562.
 14. Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.G. Statistical power analysis using G*Power 3.1: Test for correlation and

- regression analyses. *Behav. Res. Methods.* 2009; 41: 1149-60.
15. ณภัศวรรัต บัวทอง. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและปัจจัยร่วมในระดับบุคคลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2551. (ดุชฎินิพนธ์).
 16. Bray, J. DHHS. Health resources and service administration (HRSA) and the forum for collaborative HIV research. Adherence to HIV therapy: Building a bridge to success. NIH of AIDS research workshop. Washington D.C. November 15-16. 1999: 5-6.
 17. Taber, K.S. The use of Cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education. *Research in Science Education.* 2018; 48: 1273-1296.
 18. นพวรรณ ศรีงาม. ภาวะเหนือตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาลกำแพงเพชร. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2549. (วิทยานิพนธ์).
 19. สิทธิพล บุญมัน. การพัฒนาเครื่องมือและประเมินความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2562. (ดุชฎินิพนธ์).
 20. Bunman, S. Factors associated with health literacy among people living with hivHIV: A narrative review. *The Bangkok Medical Journal.* 2020; 16(2): 237-241.
 21. Kartono, R., Latipun, L., & Rahardjanto, A. The impact of low health literacy to social relationship of the people living with HIV/AIDS. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research* (volume 231). In 5th International Conference on Community Development (AMCA 2018) (pp. 691-694). 2018.
 22. Reed, P.G. The theory of self-transcendence. In M.J. Smith & P.R. Liehr (Eds.), *Middle range theory for nursing* (pp. 145-165). New York: Springer. 2003.
 23. Ramer, L., Johnson, D., Chan, L., & Barret, M. (2006). The effect of AIDS/HIV disease progression on spirituality and self-transcendence in a multicultural population. *Journal of Transcultural Nursing.* 2006; 17: 280-289.
 24. วารินทร์ บินโฮเซ็น และทีปภา แจ่มกระจ่าง. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.* 2556; 21(1): 65-79.
 25. Berhe, H., Godana, W., Sidamo, N.B., Birgoda, G.T., Gebresillasie, L., Hussen, S., & Gebeyehu, S. Perceived social support and associated factors among adults living with HIV/AIDS attending ART clinic at public hospitals in Gamo zone, Southern Ethiopia 2021. *HIV/AIDS - Research and Palliative Care.* 2022; 14: 103-117.

การจัดการสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของกลุ่มเสี่ยง
ในการป้องกันโรคเบาหวาน ตำบลเขาแร้ง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี
Health Management for Health Beliefs Modification and
Participation of Risk Group on Diabetes Prevention in Khao Raeng Subdistrict,
Mueang District, Ratchaburi Province.

สันติ เข้มทอง

Santhi Khemthong

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองราชบุรี

Muang Ratchaburi District Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์ศึกษาการจัดการสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรคเบาหวาน ตำบลเขาแร้ง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อายุระหว่าง 35-60 ปี จำนวน 70 คน กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 คน กลุ่มตัวอย่างถูกเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยอาสาสมัคร เก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถาม ทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.85 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t-test และ Paired t-test

ผลการวิจัย กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของโรคเบาหวาน ค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเบาหวาน ด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด และการมีส่วนร่วมของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มากกว่าก่อนการทดลอง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และยังพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่าก่อนทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ประโยชน์ที่ได้รับในการวิจัยนี้ คือ เป็นทางเลือกหนึ่งในการนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานและโรคแทรกซ้อนอื่นๆ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study health management for health beliefs modification and participation of risk group on diabetes prevention, Khao Raeng Subdistrict, Mueang District, Ratchaburi Province. The sample group was diabetes risk group at the age of 35-60 years in the total of 70 people. For an experimental and a comparison groups, there were 35 people in each group. The sample group was selected according to the criteria by volunteers. Data collection was questionnaires. Confidence was tested by Cronbach's alpha coefficient equal to 0.85. Data were analyzed by statistics including percentage, mean, standard deviation, independent t-test and Paired t- test.

The results found that the experimental group had a mean score of health beliefs on perception regarding risk, violence, benefits and barriers of diabetes. Mean score of self-care for diabetes prevention, exercise, consumption, stress management and participation of diabetes risk groups were higher than before the experiment and higher than the comparison group. In addition, it was found that blood sugar levels were lower than before the experiment and less than the comparison group statistically significant ($p < 0.05$).

Studies show that health beliefs and participation of diabetes risk groups resulting in the experimental group have awareness of health and have better self-care behavior. Blood sugar levels decrease before the experiment and other complications.

บทนำ

โรคเบาหวาน เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทย และมีแนวโน้มที่ขนาดของปัญหาเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ หากเกิดเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลให้เกิดความเสียหายต่ออวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะระบบประสาท และหลอดเลือด ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น 2-4 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน และจากพฤติกรรมต่างๆ เปลี่ยนแปลงไป เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ผลที่ตามมาคือทำให้เกิดโรคต่างๆ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคความดันโลหิต อีกทั้งยังพบภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมีทั้งเฉียบพลัน โดยพบว่าโรคเบาหวานเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 6 พบผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานถึง 11.6 ล้านคน⁽¹⁾

ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน ในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราการตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี⁽²⁾

สถานการณ์โรคเบาหวานจังหวัดราชบุรี จากการรวบรวมข้อมูลตายและการป่วยด้วยโรคเบาหวาน พบว่าอัตราป่วยของผู้ป่วยในที่เข้ารับการรักษา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และจากข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรคเรื้อรังย้อนหลัง 3 ปี พบว่าในปี พ.ศ. 2563-2565 อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานจังหวัดราชบุรี คิดเป็นร้อยละ 741.84 , 787.58 และ 877.58 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ

ตำบลเขาแร้ง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี มีสถานบริการสาธารณสุข 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาแร้ง รับผิดชอบ 7 หมู่บ้าน มีประชากร

ทั้งหมด 3,502 คน ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 1,318 คน ในปี พ.ศ. 2566 มีประชาชนเข้าร่วมการตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานตามมาตรฐาน คิดเป็นร้อยละ 90.04 พบมีความเสี่ยงร่วมน้อย 1 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 9.14 พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น ค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน คิดเป็นร้อยละ 19.41 มีภาวะความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 17.35 มีประวัติหรือเคยมีประวัติน้ำตาลในเลือดสูงจากการตรวจเลือดโดยงดอาหาร (IFG= 100-125 mmHg) คิดเป็นร้อยละ 16.14 ค้นพบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ คิดเป็นร้อยละ 2.54 ปัจจุบันมีผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษาทั้งหมด 208 คน คิดเป็นร้อยละ 5.93 และมีผู้ขึ้นทะเบียนกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคเบาหวาน ทั้งหมด 98 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.79 จากการดำเนินงานการตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานตามมาตรฐาน 2-3 ปี ที่ผ่านมา ยังไม่ได้มีการแก้ไขปัญหาในกลุ่มเสี่ยงที่ค้นพบในแต่ละปีอย่างชัดเจน จะมีก็แต่เพียงการให้คำแนะนำในเรื่องพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย เป็นต้น จะเห็นได้ว่าการค้นหาผู้ที่เป็นเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ยังไม่มีอาการ การลดปัจจัยเสี่ยงและรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ซึ่งจะช่วยลดและชะลอการเกิดโรคและผลกระทบดังกล่าวได้⁽³⁾

จากสถานการณ์ของโรคเบาหวาน มีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้น วิถีชีวิตของประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงตามสภาพชุมชน พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ลดลง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในเรื่องการจัดการสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรคเบาหวาน ตำบลเขาแร้ง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ซึ่งจะทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีสภาวะสุขภาพที่ดี และไม่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1) เพื่อเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือด ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

2) เพื่อเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง

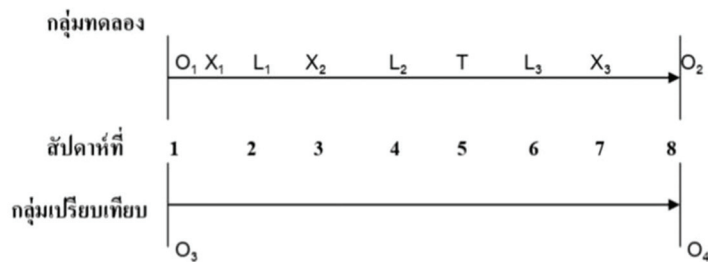
วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) แบบสองกลุ่ม

วัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pre-post test design) โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถาม ใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t-test และ Paired t- test รายละเอียดดังนี้

กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมตามรูปแบบที่ผู้วิจัยกำหนด

กลุ่มเปรียบเทียบ คือ กลุ่มที่ไม่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม



รูปแบบการวิจัย

- O₁ O₃ หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง
- O₂ O₄ หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง
- X₁ หมายถึง กิจกรรมเพื่อสร้างความตระหนัก ร่วมวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุของปัญหา การรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรง รับรู้ผลประโยชน์และอุปสรรค
- X₂ หมายถึง กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคเบาหวานเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด
- X₃ หมายถึง กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการสรุป ประเมินผลการดำเนินงาน
- T หมายถึง การกระตุ้นเตือน โดยการเยี่ยมบ้าน
- L หมายถึง การสื่อข้อมูล การติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มไลน์ “DM Risk Group”

ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ กลุ่มเสี่ยง ผู้ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลเขาแร้ง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ในช่วงเวลา 6 เดือนขึ้นไป มีการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Stanley Lemeshow⁽⁴⁾

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

โดยกำหนดให้ n = ขนาดตัวอย่าง

σ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในประชากรจากการสำรวจ เท่ากับ 7.14

Z_α = ค่ามาตรฐานจากตาราง Z ที่ระดับ Type I Error ที่ $\alpha = 0.05$ (1.64)

Z_β = ค่ามาตรฐานจากตาราง Z ที่ระดับ Type II Error ที่ $\beta = 0.10$ (1.28)

μ_1 = ค่าเฉลี่ยของ outcome ก่อนการทดลองจากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น
เท่ากับ 65.71

μ_2 = ค่าเฉลี่ยของ outcome หลังการทดลองที่คาดหวังไว้ และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ
เท่ากับ 70.69

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าในสูตร} \quad n &= \frac{2 \sigma^2 (Z_\alpha + Z_\beta)^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2} \\ &= \frac{2 \times 7.14^2 \times (1.64 + 1.28)^2}{(65.71 - 70.69)^2} \\ &= 34.72 \text{ คน / กลุ่ม} \\ &= 35 \text{ คน / กลุ่ม} \end{aligned}$$

กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกประชากรที่จะศึกษา ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า คือ

1. ผู้ที่มีอายุระหว่าง 35 – 60 ปี ทั้งเพศชาย และหญิง

2. ผ่านการตรวจตามแบบฟอร์มการคัดกรองภาวะเบาหวานตามมาตรฐาน พบข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้

1 ข้อ ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องขึ้นทะเบียน

2.1 มีบิดา มารดา พี่หรือน้อง คนใดคนหนึ่ง เป็นโรคเบาหวาน

2.2 มีภาวะอ้วน โดยมีดัรรชนีมวลกาย มากกว่าหรือเท่ากับ 25

2.3 มีภาวะความดันโลหิตสูง (ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก $\geq 130 - 139$ mmHg. ไดเอสโตลิก $\geq 80 - 90$ mmHg.)

2.4 มีประวัติเป็นเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์

หรือมีประวัติการคลอดบุตรที่น้ำหนักตัวแรกคลอดมากกว่า 4 กิโลกรัม

2.5 มีประวัติหรือเคยมีประวัติน้ำตาลในเลือดสูงจากการตรวจเลือดโดยการงดอาหาร (IFG = 100 – 125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)

3. ขึ้นทะเบียนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานของตำบลเขาแร้ง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

4. ไม่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน (IFG \leq 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)

5. สามารถรับรู้ รับฟังด้วยคำพูดและเสียงปกติ และสามารถอ่านและเขียนได้

6. มีความยินดีและเต็มใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์คัดออก คือ

1. ผู้ที่มีโรคประจำตัว หรือมีโรคที่ต้องรับยาต่อเนื่อง เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง

2. ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pre - post test design) มีจำนวน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ศึกษาการจัดการสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรคเบาหวาน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ชนิด คือ ชนิดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการจัดเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย แผนการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการป้องกันโรคเบาหวาน ของประชากรกลุ่มเสี่ยง และคู่มือการดูแลตนเองเพื่อ

ป้องกันโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยมีการจัดกิจกรรมกลุ่ม จำนวน 4 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 1,3,5,7 และกิจกรรมการกระตุ้นเตือน ผ่านระบบกลุ่มไลน์ “เขาแร้ง DM Risk Group” จำนวน 3 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 2,4,6) และสรุปผลงานในสัปดาห์ที่ 8 รวมเวลา 8 สัปดาห์ มีการนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค นำแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ได้แก่ การวางแผน การดำเนินงาน การประเมินผล และการป้องกันโรค ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมต่างๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม โดยผู้วิจัยได้นำมาจากการศึกษาของ เกษมณี คำดี⁽⁵⁾ โดยได้มีการปรับเพื่อให้เหมาะสมกับพื้นที่แบบสอบถาม ใช้สอบถามกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 4 ส่วน มีค่าสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้องภายใน Cronbach 's Alpha Coefficient⁽⁶⁾ เท่ากับ 0.83 ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย รายได้ และระดับน้ำตาลในเลือด

ส่วนที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรค ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า กำหนดไว้ 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ครอบคลุมเนื้อหาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้ง 3 หมวด

ส่วนที่ 3 การป้องกันโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 3 หมวด คือ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการจัดการความเครียด

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 3 หมวด คือ การมีส่วนร่วมในการวางแผน การดำเนินงาน การประเมินผล

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเบื้องต้น โดยหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ นำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ 35-60 ปี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลก่อน-หลังการทดลอง (Pre-test) ในช่วงสัปดาห์ที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด แล้วนัดหมายวันเก็บรวบรวมข้อมูลในสัปดาห์ที่ 8

กลุ่มทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลก่อน-หลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถาม ความเชื่อด้านสุขภาพ และการป้องกันโรคในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ในช่วงสัปดาห์ที่ 1 แล้วนัดหมายวัน และสถานที่ เพื่อพบกลุ่มทดลองเพื่อทำกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 (3 ชั่วโมง) การจัดการเรียนรู้เพื่อสร้างความตระหนักในเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ผลประโยชน์ และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน

กิจกรรมครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 (3 ชั่วโมง) การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคเบาหวาน

กิจกรรมครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 5 การกระตุ้นเตือนเยี่ยมบ้าน

กิจกรรมครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 7 (3 ชั่วโมง) การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมการป้องกันโรคเบาหวานและนัดหมาย เก็บรวบรวมข้อมูลในสัปดาห์ที่ 8

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t-test และ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี เมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน 2566 เลขที่โครงการวิจัย RbPH REC 098/2566

ผลการศึกษา

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74.43) มีอายุระหว่าง 45-54 ปี (ร้อยละ 54.29) อายุเฉลี่ย 46.52 ปี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 77.14) การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 48.57) พบมีประวัติญาติสายตรงป่วยด้วยโรคเบาหวาน (ร้อยละ 22.86) ค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.5-24.9 กิโลกรัมต่อเมตร² (ร้อยละ 57.14) ระดับน้ำตาลในเลือดตรวจวัดครั้งสุดท้าย อยู่ระหว่าง 110-119 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (ร้อยละ 42.86) ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 105.18 mg%

กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.43) มีอายุระหว่างอายุ 45-54 ปี (ร้อยละ 48.57) มีอายุเฉลี่ย 45.73 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 74.29) การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 51.43) พบมีประวัติญาติสายตรงป่วยด้วยโรคเบาหวาน (ร้อยละ 28.57) มีน้ำหนักระหว่าง 55-74 กิโลกรัม (ร้อยละ 65.71) ค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.5-24.9 กิโลกรัมต่อเมตร² (ร้อยละ 45.72) ระดับ

น้ำตาลในเลือดตรวจวัดครั้งสุดท้าย อยู่ระหว่าง 110 – 119 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (ร้อยละ 54.29) ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 108.74 mg%

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การรับรู้โอกาสเสี่ยง	N	\bar{X}	S.D.	ระดับ	t	df	p-value
ก่อนทดลอง							
กลุ่มทดลอง	35	22.49	2.36	ปานกลาง	1.500	68	0.138
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	23.69	2.08	ปานกลาง			
หลังทดลอง							
กลุ่มทดลอง	35	28.05	1.59	ดี	13.525	68	< 0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	23.83	1.61	ปานกลาง			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ตารางที่ 1 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง โรคเบาหวานอยู่ในระดับดี มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มเปรียบเทียบ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่เบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ไม่แตกต่างกัน หลัง ระดับ 0.05 การทดลอง กลุ่มทดลอง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การรับรู้ความรุนแรง	N	\bar{X}	S.D.	ระดับ	T	df	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	35	24.56	1.86	ดี	1.543	68	0.127
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	23.65	2.83	ปานกลาง			
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	35	28.95	1.04	ดี	10.995	68	< 0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	23.59	2.28	ปานกลาง			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและ ปานกลาง หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีการรับรู้กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรง ความรุนแรงของโรคเบาหวานอยู่ในระดับดี มากกว่าของโรคเบาหวานไม่แตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีการ กลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานอยู่ในระดับดี ขณะที่ สำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ที่กลุ่มเปรียบเทียบมีการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การรับรู้ประโยชน์	N	\bar{X}	S.D.	ระดับ	T	df	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	35	22.77	1.76	ปานกลาง	1.306	68	0.197
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	23.26	2.56	ปานกลาง			
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	35	28.86	1.04	ดี	11.577	68	< 0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	22.80	2.35	ปานกลาง			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ตารางที่ 3 พบว่า ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมี ประโยชน์ของโรคเบาหวานอยู่ในระดับดี มากกว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของโรคเบาหวานไม่ ก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมี แตกต่างกัน โดยมีระดับการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับ นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปานกลาง หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีการรับรู้

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การรับรู้อุปสรรค	N	\bar{X}	S.D.	ระดับ	T	df	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	35	22.74	1.74	ปานกลาง	1.304	68	0.195
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	23.24	2.53	ปานกลาง			
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	35	28.84	1.05	ดี	11.576	68	< 0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	22.78	2.34	ปานกลาง			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ตารางที่ 4 ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีคะแนน มีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับดี มากกว่าก่อนการ เฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันโรค ทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญ เบาทหวานไม่แตกต่างกัน โดยมีระดับการรับรู้ประโยชน์ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 อยู่ในระดับปานกลาง **หลังการทดลอง** กลุ่มทดลอง

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบการป้องกันโรคเบาหวานด้านการออกกำลังกาย ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ออกกำลังกาย	N	\bar{X}	S.D.	ระดับ	T	df	p-value
ก่อนทดลอง							
กลุ่มทดลอง	35	10.40	1.68	ปานกลาง	3.231	68	0.002
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	11.55	2.97	ปานกลาง			
หลังทดลอง							
กลุ่มทดลอง	35	14.23	1.34	ดี	9.179	68	< 0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	11.82	2.38	ปานกลาง			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ตารางที่ 5 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง มี มีการป้องกันโรคเบาหวานด้านการออกกำลังกาย มีการป้องกันโรคเบาหวานด้านการออกกำลังกายอยู่ อยู่ในระดับดี มากกว่ากลุ่มกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งอยู่ ในระดับปานกลาง กลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับ ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ปานกลาง ไม่แตกต่างกัน **หลังการทดลอง** กลุ่มทดลอง 0.05

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการป้องกันโรคเบาหวานด้านการรับประทานอาหาร ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การรับประทานอาหาร	N	\bar{X}	S.D.	ระดับ	T	df	p-value
ก่อนทดลอง							
กลุ่มทดลอง	35	10.33	1.64	ปานกลาง	0.664	68	0.510
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	10.57	1.69	ปานกลาง			
หลังทดลอง							
กลุ่มทดลอง	35	14.27	1.93	ดี	8.903	68	< 0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	10.27	1.62	ปานกลาง			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ตารางที่ 6 พบว่า **ก่อนการทดลอง** กลุ่มทดลองและ โรคเบาหวานด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับ กลุ่มเปรียบเทียบ มีการป้องกันโรคเบาหวานด้าน ดี มากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง การรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ไม่แตก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ต่างกัน **หลังการทดลอง** กลุ่มทดลอง มีการป้องกัน

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการป้องกันโรคเบาหวานด้านการจัดการความเครียด ก่อนและหลัง ทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความเครียด	n	\bar{X}	S.D.	ระดับ	T	df	p-value
ก่อนทดลอง							
กลุ่มทดลอง	35	10.40	1.57	ปานกลาง	1.104	68	0.274
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	10.97	1.67	ปานกลาง			
หลังทดลอง							
กลุ่มทดลอง	35	14.33	1.02	ดี	11.327	68	< 0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	10.92	1.43	ปานกลาง			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ตารางที่ 7 พบว่า **ก่อนทดลอง** กลุ่มทดลองและ เบาหวานด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับ กลุ่มเปรียบเทียบ มีการป้องกันโรคเบาหวานด้าน ดี มากกว่ากลุ่มกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งอยู่ในระดับ การจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ไม่แตก ปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ต่างกัน **หลังทดลอง** กลุ่มทดลอง มีการป้องกันโรค

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การมีส่วนร่วม	N	\bar{X}	S.D.	ระดับ	T	df	p-value
ก่อนทดลอง							
กลุ่มทดลอง	35	17.42	2.55	ปานกลาง	19.915	68	< 0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	12.66	1.78	ต่ำ			
หลังทดลอง							
กลุ่มทดลอง	35	26.31	2.41	ดี	26.290	68	< 0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	14.97	1.84	ต่ำ			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ตารางที่ 8 พบว่า **ก่อนการทดลอง** กลุ่มทดลองการ กลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรคเบาหวานอยู่ในระดับดี มีส่วนร่วมของกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรคเบาหวาน มากกว่ากลุ่มกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งอยู่ในระดับต่ำ อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ต่ำ **หลังการทดลอง** กลุ่มทดลอง การมีส่วนร่วมของ

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่ม เปรียบเทียบ

ระดับน้ำตาลในเลือด	n	\bar{X}	S.D.	ระดับ	T	df	p-value
ก่อนทดลอง							
กลุ่มทดลอง	35	105.17 ²	5.51	ภาวะเสี่ยง	-2.659	68	0.010
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	108.03 ²	6.59	ภาวะเสี่ยง			
หลังทดลอง							
กลุ่มทดลอง	35	92.70 ¹	3.75	ปกติ	- 11.912	68	< 0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	109.77 ²	6.48	ภาวะเสี่ยง			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

¹ เกณฑ์ปกติ ($\bar{X} < 100$ มก./ ดล.)

² เกณฑ์ภาวะเสี่ยง ($\bar{X} = 100 - 125$ มก./ ดล.)

ตารางที่ 9 พบว่า **ก่อนการทดลอง** ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ ภาวะเสี่ยง **หลังทดลอง** กลุ่มทดลอง มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ กลุ่มเปรียบเทียบระดับน้ำตาล อยู่ในเกณฑ์ภาวะเสี่ยง ซึ่งระดับน้ำตาลกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05

วิจารณ์และสรุป

จากการศึกษา การจัดการสุขภาพเพื่อปรับ เปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของ กลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรคเบาหวาน ตำบลเขาแร่ อําเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ผู้วิจัยขอนําเสนอผล อภิปรายผล ดังนี้

1. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับ รู้ประโยชน์และอุปสรรคของโรคเบาหวาน พบว่าภาย หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ทั้ง 3 ด้านอยู่

ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการ ทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.05$) เนื่องจากการจัดการสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ใช้การมีส่วนร่วมของกลุ่มเสี่ยง นำแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การเยี่ยมบ้าน และการนําระบบสาธารณสุขเทศบาลใช้ใ นการกระตุ้นเตือน สอดคล้องกับการศึกษาของรัชนี อุทสิงห์⁽⁷⁾ ศึกษารูปแบบการป้องกันโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่าภาย หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง

การรับรู้ความรุนแรง ต่อการเกิดโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตลอดจนพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของจริยาภรณ์ พลอยแก้ว และสุพัฒนา คำสอน⁽⁸⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมแรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่รับโปรแกรมการสร้างเสริมแรงจูงใจ มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

2. การจัดการสุขภาพ เป็นการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างสิ้นเชิงด้วยการออกกำลังกาย การรับประทาน อาหาร การพักผ่อน และการจัดการความเครียดอย่างเป็นระบบ พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการจัดการด้านการออกกำลังกาย การรับประทาน อาหาร และการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดี เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนันทวัน วงษ์เงิน⁽⁹⁾ โดยภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเอง แตกต่างจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.05$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

3. การป้องกันโรคเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วย การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการจัดการความเครียด พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกัน

โรคเบาหวาน ทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับดี เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เนื่องจากมีการจัดการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ นำการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมานำใช้ สอดคล้องกับการศึกษาของเกษร โพธิ์พัฒน์⁽¹⁰⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายโดยใช้ยางยืดต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายโดยใช้ยางยืด สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของรัตนภรณ์ ศิริเกตุ⁽¹¹⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

4. การมีส่วนร่วม ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีส่วนร่วมในการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวาน ทั้งในส่วนการวางแผน การดำเนินการ และการประเมินผล อยู่ในระดับปานกลาง เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เนื่องจากผู้วิจัยมีการจัดการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ นำการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การติดตามเยี่ยมบ้าน และการนำระบบสารสนเทศ การสร้างกลุ่มไลน์เพื่อกระตุ้นเตือนมาใช้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ คลื่นแก้ว⁽¹²⁾ ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยครอบครัวชุมชนในพื้นที่โรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตาด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีกระบวนการ 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การรวบรวมข้อมูล 2) ค้นหาแกนนำ 3) การสร้างความตระหนักรู้ 4) จัดเวทีให้แกนนำทุกระดับร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ 5) การจัดทำแผนปฏิบัติการและวางแผนการดำเนินงาน 6) การนำแผนงานไปปฏิบัติ 7) การประเมินผลกระบวนการดังกล่าวทำให้การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมีการปฏิบัติตนในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการรักษาโรคและด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน หลังการพัฒนา มีการปฏิบัติตนได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ผู้ป่วยเบาหวานหลังการพัฒนาสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับดี การมีส่วนร่วมของแกนนำในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และสอดคล้องกับภาคประชาสังคม⁽¹³⁾ ศึกษาแบบการจัดกิจกรรมสิ่งแวดล้อมสร้างสรรค์แบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพแก่กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบว่า มีความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังทั้งค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และผลการตรวจระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปกติ 100 เปอร์เซ็นต์ และมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

5. ระดับน้ำตาลในเลือด ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งลดลงจากก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการจัดการปรับเปลี่ยนความเชื่อ

ด้านสุขภาพ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การติดตามเยี่ยมบ้าน นำระบบสารสนเทศการสร้างกลุ่มไลน์กระตุ้นเตือนมาใช้ เป็นผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดกลุ่มทดลองลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนงลักษณ์ ตุ่นแก้ว และคณะ⁽¹⁴⁾ ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ. 2ส. 1ย. และการใช้ป้องกันปัจจัยเสี่ยง 7 สี่ต่อความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานพบว่า หลังการทดลองผู้เข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยเบาหวานพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น และมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของกฤตกร หมั่นสระเกษ และคณะ⁽¹⁵⁾ ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน พบว่า หลังทดลองคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนมาการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

1. การจัดการสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ ในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค เป็นทางเลือกที่สามารถนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคอื่นๆ ต่อไปได้
2. ควรมีการศึกษาในรูปแบบเดียวกันนี้ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น สามีภรรยา บุตรและหรือญาติใกล้ชิด เพื่อช่วยในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
3. ควรมีการศึกษาเชิงปฏิบัติการ โดยให้มีทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษา เช่น ผู้นำชุมชน อบต. อสม. เพื่อที่จะหาแนวทางในการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาและให้การสนับสนุน

References

1. World Health Organization. Global report on diabetes. Geneva: WHO; 2018.
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, รายงานประจำปีกรมควบคุมโรค. นนทบุรี: กรม ;2560 ;14
3. อังคินันท์ อินทรกำแหง, ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 2560: 6-10.
4. Stanley Lemeshow. Adequacy of Sample Size in Health Studies. 1990 : 40.
5. เกษมณี คำดี. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชน [วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2558.
6. Cronbach, L. J. Essentials of psychological testing (5th ed.). New York : Harper Collins Publishers [Internet]. 1990 [cited 13 september 2023] :202-204. Available from: <https://archive.org/details/essentialsofpsych00cron>
7. รัชณี อุทสิงห์. รูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในเขตเทศบาลนคร อุบลราชธานี อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี สำนักวิทยบริการและเทคโนโลยีสารสนเทศ [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 12 กันยายน 2566];57:94-95: เข้าถึงได้จาก http://www.lib.ubru.ac.th/thesis/Ratchanee_2557/title.pdf
8. จริญญาภรณ์ พลอยแก้ว, สุปัทธนา คำสอน. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมแรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน [อินเทอร์เน็ต] 2561 ; [เข้าถึงเมื่อ 12 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.northern.ac.th/north_research/p/document/file_14909406071.pdf.
9. นันทวัน วงษ์เงิน. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. ว.มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 กันยายน 2566] ;13:71-72 เข้าถึงได้จาก <https://he01.tci-haijo.org/index.php/EAUHJSci/article/view/208070>
10. เกษร โพธิ์พัฒน์. ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายโดยใช้ยางยืดต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง [วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2557: 53-57
11. รัตนาภรณ์ ศิริเกต ,สุรชาติ สิทธิปกรณ์ ,พร้อมจิตร์ ท่อบุญเทิม. ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. ว.ศรีนครินทร์เวชสาร [อินเทอร์เน็ต] 2558 ; [เข้าถึง เมื่อ 12 กันยายน 2566] ;30;299-304 เข้าถึงได้จาก <https://www.thaiscience.info/journals/Article/SRMJ/10977709.pdf>
12. กรรณิการ์ คลื่นแก้ว. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยครอบครัวชุมชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตาด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม [อินเทอร์เน็ต] 2557 ; [เข้าถึง เมื่อ 12 กันยายน 2566] ; 67-69 เข้าถึงได้จาก <http://khoon.msu.ac.th/fulltextman/full4/kannika8792/titlepage.pdf>

13. ปภาดา ชมพูนิตย. รูปแบบการจัดกิจกรรมสิ่งแวดล้อมสร้างสรรค์แบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพะกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาสิ่งแวดล้อมศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์. [อินเทอร์เน็ต] 2557 ; [เข้าถึง เมื่อ 12 กันยายน 2566] ; 147-152 เข้าถึงได้จาก <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/rdirmu/article/view/209744>
14. นงลักษณ์ ตุ่นแก้ว และคณะ. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ. 2ส. 1ย. และการใช้ป้องกันจراثรรชีวิต 7 สี ต่อความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน. ว. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ 2561 ;24(2), 83-95
15. กฤตกร หมั่นสระเกษ และคณะ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน. นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 2562; 25:46-49.

ผลของการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
Effects of Using Health Care Program for Elderly in Spreading of
Coronavirus Disease 2019

กรรณิการ์ นีรารักษ์ วท.ม.(สุขศึกษา)

Kannika Niraruk M.Sc.(Health Education)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

Office of Disease Prevention and Control 5,

Ratchaburi.

ธนิस्ता นิธิเศรษฐทรัพย์ พ.บ.(แพทยศาสตรบัณฑิต)

Thanista Nithisetasap M.D.(Doctor of Medicine)

โรงพยาบาลบางแพะ จังหวัดราชบุรี

Bangphae Hospital, Ratchaburi.

บทคัดย่อ

การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่อาจทำให้ผู้สูงอายุ ที่เก็บตัวอยู่ในบ้านเป็นเวลานานติดต่อกันหลายเดือน เกิดการถดถอยของร่างกายและสมอง การวิจัยกึ่งทดลองนี้ เพื่อศึกษาผลของการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ตามหลัก 5 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เอนกายพักผ่อน และออกห่างสังคมนอกบ้าน) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 35 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีระยะเวลาในการทดลอง 10 สัปดาห์ การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการทดลอง ใช้สถิติ t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตัวหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) และมีพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) เมื่อเปรียบเทียบหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง (p < 0.05) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง (p < 0.05) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05)

ประโยชน์ที่ได้รับในการวิจัยนี้ คือ โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามหลัก 5 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เอนกายพักผ่อน และออกกำลังกายสังคมนอกบ้าน) ซึ่งมีผลทำให้ผู้สูงอายุพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น

คำสำคัญ : การดูแลผู้สูงอายุ, สถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

Caring for the elderly who must stay at home during the Coronavirus Disease 2019 epidemic situation may deteriorate their body and brain. This quasi-experimental research aimed to study the effect of caring for the elderly in the home-bound group, according to the 5 key domains (food, exercise, emotion, relaxed and away from society outside the home). The samples of 70 elderly people were divided into 35 of an experimental group and 35 of a group. The experimental group received a health promotion program and conducted in 10 weeks. A comparative analysis of the results of the t-test was used.

The results showed that the experimental group had a statistically significant higher mean scores on the health promotion knowledge and behavior after the experiment than before the experiment (p -value < 0.001) and had better health behaviors after the experiment than before the experiment statistically significant (p -value < 0.001).

When compared after the experiment between the experimental group and the comparison group. It was found that the experimental group had statistically significant higher scores on knowledge and health behaviors of the elderly than the comparison group (p -value < 0.001).

Knowledge of health promotion and behavior of the elderly after the experiment the mean scores was higher than before the experiment ($p < 0.05$). The difference was statistically significant (p -value < 0.05). After the experiment of the experimental group, the mean health behavior scores in the elderly after the trial were greater than before ($p < 0.05$) and the difference was statistically significant (p -value < 0.05).

Studies show that health care program for elderly in spreading of Coronavirus Disease 2019 according to the 5 principles (food, exercise, emotional, sit back and relax, and social distance outside the home) which will make the elderly have better health behaviors.

Keyword : Caring for the elderly, Spreading of Coronavirus Disease 2019

บทนำ

จากการคาดประมาณประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ประเทศไทยจะมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงมากกว่า ร้อยละ 20 หรือเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” ในปี 2564 และประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างชัดเจน มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.5 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 17.5 ในปี 2562 ในปี พ.ศ. 2568 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 17.81⁽¹⁾

จังหวัดราชบุรีมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึงในปี 2564 มีผู้สูงอายุจำนวน 172,122 คน (ร้อยละ 19.80) และพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัวยากจน ยากลำบาก มีจำนวนมากที่สุด คือ 1,320 คน รองลงมา คือ ผู้สูงอายุที่ต้องดูแลคนในครอบครัวที่เป็นเด็ก ผู้ป่วยเรื้อรัง พิการ และจิตเวช จำนวน 442 คน และปัจจุบันอำเภอบางแพเป็นอีกหนึ่งอำเภอของจังหวัดราชบุรีที่มีสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีผู้สูงอายุทั้งหมด 9,854 คน (ร้อยละ 22.14)

การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย ดำเนินอยู่ในประเทศไทยตั้งแต่วันที่ 13 มกราคม 2563 และเป็นส่วนหนึ่งของการระบาดทั่วโลก ณ วันที่ 19 ธันวาคม 2564 มียอดผู้ป่วยสะสม 2,191,528 ราย เสียชีวิต 21,283 ราย⁽²⁾ และมีแนวโน้มจะกระจายไปทั่วประเทศ โดยหากมีการติดเชื้อในผู้ซึ่งร่างกายไม่แข็งแรงรวมถึงผู้สูงอายุ จะมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าคนทั่วไป

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุแต่ละคนมีการรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเอง ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ส่งผลให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน⁽³⁾ ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ⁽⁴⁾ ปัญหาทางสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่ป้องกันได้

โดยสาเหตุของการเกิดโรคส่วนใหญ่นั้นมาจากพฤติกรรมกรดำเนินชีวิตหรือการดูแลสุขภาพตนเองเป็นโรคที่สามารถหลีกเลี่ยงหรือบรรเทาความรุนแรงได้⁽⁵⁾ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ ซึ่งมีความเสื่อมถอยทางร่างกายทุกระบบและมีโรคประจำตัว ระบบภูมิคุ้มกันทำงานลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกายได้ง่าย⁽⁶⁾ จึงเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงที่จะมีโอกาสในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้สูงกว่ากลุ่มวัยอื่น

การป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญ⁽⁷⁾ ควรเพิ่มข้อเสนอแนะการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ หรือ 608 โดยทั้งนี้ การปฏิบัติตนหรือมีพฤติกรรมที่ถูกต้องตามหลัก 5 อ. ได้แก่ 1. อ.อาหาร 2. อ.ออกกำลังกาย 3. อ.อารมณ์ 4. อ.อดิเรก 5. อ.อนามัย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 5 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เอนกายพักผ่อน และออกห่างสังคมนอกบ้าน) สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลบางแพ ตำบลบางแพ อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยึดตามแนวปฏิบัติของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ของการศึกษา คือ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามหลัก 5 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เอนกายพักผ่อน และออกห่างสังคมนอกบ้าน) หลังการทดลองในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลบางแพ ตำบลบางแพ อำเภอบางแพ

จังหวัดราชบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ คือ

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบสองกลุ่มทดสอบก่อน - หลัง (Two Group Pretest - Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ ผู้สูงอายุ เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลบางแพ ตำบลบางแพ อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี รวมทั้งสิ้น 3,731 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลบางแพ ตำบลบางแพ อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี จำนวน 70 คน โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 35 คน ซึ่งได้จากวิธีการสุ่มอย่างง่าย คำนวณหาขนาดตัวอย่างในการศึกษาโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย กรณี 2 กลุ่ม ประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน⁽⁸⁾

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรมตามหลัก 5 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เอนกายพักผ่อน และออกห่างสังคมนอกบ้าน) ดังนี้ (1) การให้ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วยสาเหตุ อาการแสดง การป้องกัน และการปฏิบัติตัวสำหรับผู้สูงอายุ วัคซีนป้องกันโรค

(2) การให้ความรู้เรื่องกิจกรรมกายบริหารที่เหมาะสม 14 ท่า (3) การฝึกออกกำลังกายที่เหมาะสมกับบริบท

14 ท่า แบ่งเป็นกลุ่มย่อย 3 กลุ่มในการฝึกกายบริหาร โดยมีอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบด้วยไม้ทำราวจับเก้าอี้นั่ง

(4) กิจกรรม ด้านจัดการอารมณ์สำหรับผู้สูงอายุ

(5) กิจกรรมด้านการพักผ่อนที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

(6) กิจกรรมการสวดมนต์ไหว้พระและแผ่เมตตา (7)

การให้ความรู้เรื่องอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และ

ทำกิจกรรมกลุ่มกิจกรรมย่อยที่ 1 สนทนากลุ่มเรื่อง

การควบคุมอาหาร สาธิตอาหารและการอ่านฉลาก

อาหารเลือกเมนูอาหารสำหรับ ใน 1 วัน จากแผ่นภาพ

กิจกรรมย่อยที่ 2 นำเสนอ แลกเปลี่ยนประสบการณ์

การควบคุมและการรับประทานอาหารในห้องถิ่น (8)

การวิเคราะห์พฤติกรรมตนเอง โดยการเขียนใส่สมุด

บันทึกกิจกรรมตามแบบที่ออกแบบไว้ (9) กิจกรรมให้

คำปรึกษารายบุคคลโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริม

สร้างพลังอำนาจ การให้กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงพฤติกรรม

การรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย

ด้านอารมณ์ ด้านเอนกายพักผ่อน ด้านการปฏิบัติ

ตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ

เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (10) กิจกรรมสนทนากลุ่ม

การแลกเปลี่ยนมาพูดคุยประสบการณ์ พฤติกรรม

สุขภาพที่ผ่านมา ร่วมกับให้ผู้เข้าร่วม กิจกรรมแสดง

ความคิดเห็น และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว

ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19

เพื่อดูแลสุขภาพใช้กิจกรรมกลุ่มพูดคุย การดูแล

สุขภาพ วิธีป้องกัน การปฏิบัติตามมาตรการทางสังคม

บรรยายอภิปรายข้อปฏิบัติตัวและพฤติกรรมสุขภาพ

ที่จำเป็นในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส

โควิด 19

2. แบบประเมินพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูง

อายุประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ

อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ภาวะสุขภาพ โรคประจำตัว ยาที่รับประทานเป็นประจำ ผู้ดูแล ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้ด้านปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 โดยมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือกจำแนกความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ด้านเอนกายพักผ่อน ด้านการออกกำลังกายของสูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ ถ้าตอบใช่ได้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ด้านเอนกายพักผ่อน ด้านการออกกำลังกายในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด 19 ลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ คือ ประจำ หมายถึง ท่านได้ทำกิจกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นประจำทุกวันหรือตามกำหนด บางครั้ง หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นบางวันหรือ 2-3 วัน และไม่เคย หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นนาน ๆ ครั้งหรือไม่เคยปฏิบัติเลยเกณฑ์การให้คะแนนลักษณะคำตอบของข้อความที่แสดงถึงพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้สูงอายุปฏิบัติทุกครั้งจนถึงปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หรือไม่เคยปฏิบัติเลย ให้คะแนน 3, 2 และ 1 ตามลำดับสำหรับเกณฑ์ในการให้คะแนน ในแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ การแปลความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยได้

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนโดยใช้เกณฑ์การแปลผลของ Best⁽⁹⁾

ส่วนที่ 4 การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อใช้ประเมินคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม โดยใช้ดัชนีบาร์ธเอลดีแอล (Barthel ADL index) มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้ ผู้สูงอายุกลุ่ม 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนน ขึ้นไป ผู้สูงอายุกลุ่ม 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน ผู้สูงอายุกลุ่ม 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พึ่งพาหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติอนุมานเปรียบเทียบภายในกลุ่มด้วย Paired t-test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยชี้แจงแก่ผู้ร่วมวิจัยด้วยตนเองโดยให้ผู้ร่วมวิจัยทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย หรือการปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใด ๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยเสนอการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้น

ผลการศึกษา

ผลวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มทดลอง เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.14 เพศหญิง ร้อยละ 42.86 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 65-69 ปี ร้อยละ 31.43 รองลงมาอายุระหว่าง 75-79 ปี ร้อยละ 22.86 ระดับการศึกษา จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 71.43 รองลงมาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 17.14 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 65.71 รองลงมาคือ ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 14.29 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 80 รองลงมาคือ มีรายได้ 5,000-10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 8.57 ส่วนใหญ่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยมีน้ำตาลในเลือดสูง/มีเบาหวาน ร้อยละ 37.14 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.57 ยาที่รับประทานเป็นประจำ ส่วนใหญ่คือยาโรคประจำตัว ร้อยละ 68.57 ส่วนใหญ่มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำบ้านเป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 82.86 ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อยู่เป็นครอบครัวหลายคน ร้อยละ 65.71 ส่วนใน กลุ่มเปรียบเทียบ เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.29 เพศหญิง ร้อยละ 45.71 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 65-69 ปี ร้อยละ 28.57 รองลงมาอายุระหว่าง 70-74 ปี และ 60-64 ปี ร้อยละ 22.86 ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 65.71 รองลงมาระดับมัธยมศึกษา / ปวช. ร้อยละ 17.14 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 48.57 รองลงมาคือไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 28.57 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 80 รองลงมา คือ มีรายได้ 5,000-10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 11.43 ส่วนใหญ่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยกินอาหารรสหวาน/มัน/เค็มจัด ร้อยละ 42.86 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 74.29 ยาที่รับประทานเป็นประจำส่วนใหญ่คือยาโรคประจำตัว ร้อยละ 74.29 ส่วนใหญ่มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำบ้านเป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 74.29

ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่เป็นคู่สามี-ภรรยา ร้อยละ 54.29 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะทางประชากรที่ไม่แตกต่างกันทั้ง เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ มีภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีโรคประจำตัว ยาที่รับประทานเป็นประจำส่วนใหญ่คือ ยาโรคประจำตัว มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำบ้านเป็นผู้ดูแลหลัก ส่วนในด้าน ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุมีลักษณะทางประชากรที่แตกต่างกันคือ ในกลุ่มทดลองอยู่เป็นครอบครัวหลายคน ร้อยละ 65.71 กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่อยู่เป็นคู่สามี-ภรรยา ร้อยละ 54.29

ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว	n	\bar{x}	SD	Mean		t	p-value
				Difference	95%CI		
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	35	17.54	2.74		(-4.98)-		
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	16.54	2.63	4.37	(-3.75)	-14.36	.000*
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	35	21.91	2.66		(-1.75)-		
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	17.97	2.60	1.42	(-1.10)	-8.91	.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 1 **กลุ่มทดลอง** พบว่าเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.05$)

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนการทดลองและหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.05$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว	n	\bar{x}	SD	Mean			
				Difference	95% CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	35	17.54	2.74				
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	16.54	2.63	1.00	0.17-1.82	2.47	.018
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	35	21.91	2.66				
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	17.97	2.60	3.94	3.15-4.72	10.19	.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 2 **ก่อนการทดลอง** พบว่า การสร้างเสริมสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนน คะแนนความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนมีความแตกต่างกัน ($p < 0.05$) **หลังการทดลอง** พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน คะแนนความรู้เกี่ยวกับ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างระดับของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว	กลุ่มทดลอง (n=35)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย (0-16 คะแนน)	12	34.29	2	5.71	13	37.14	12	34.29
ระดับปานกลาง (17-20 คะแนน)	15	42.86	5	14.29	18	51.43	17	48.57
ระดับดี (21-25 คะแนน)	8	22.86	28	80.00	4	11.43	6	17.14

จากตารางที่ 3 พบว่า **กลุ่มทดลอง** ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 42.86 รองลงมาคือ มีความรู้ระดับน้อย ร้อยละ 34.29 หลังการทดลองส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 80 รองลงมาคือ มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 14.29 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 51.43 รองลงมา คือ มีความรู้ระดับน้อย ร้อยละ 37.14 หลังการทดลองมีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 47.57 รองลงมาคือ มีความรู้ระดับน้อย ร้อยละ 34.29

พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองโดยแยกเป็นรายด้าน

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนการทดลอง				t	p-value
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ			
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
ด้านอาหาร	9.00	0.64	8.82	0.82	-1.43	0.16
ออกกำลังกาย	8.05	2.56	8.11	2.63	1.00	0.32
อารมณ์	9.00	1.74	8.51	1.98	-3.87	<0.001
เอนกายพักผ่อน	10.04	2.26	8.74	1.54	-3.74	0.001
ออกห่างสังคม	14.60	1.26	14.62	1.26	1.00	0.324

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4 ก่อนการทดลอง พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมใกล้เคียงกัน

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองโดยแยกเป็นรายด้าน

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนการทดลอง				t	p-value
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ			
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
ด้านอาหาร	12.14	1.11	9.86	1.19	-7.22	<0.001
ออกกำลังกาย	11.65	1.57	8.34	2.37	-6.99	<0.001
อารมณ์	11.97	1.44	8.62	2.47	-6.86	<0.001
เอนกายพักผ่อน	12.54	2.03	9.12	1.39	-7.50	<0.001
ออกห่างสังคม	14.94	0.23	14.85	0.35	-1.13	<0.001

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 5 หลังการทดลอง พบว่า มากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบ ยกเว้น ด้านออกห่างสังคม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมด้าน สังคม มีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เอนกายพักผ่อน

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ	n	Mean		95% CI	t	p-value
		\bar{x}	SD			
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	35	51.37	5.55	(-14.54)-		
หลังการทดลอง	35	63.31	4.84	11.94 (-9.34)	-9.34	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	35	48.85	6.40	(-2.49)-		
หลังการทดลอง	35	50.82	6.60	1.97 (-1.44)	-7.65	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 6 **กลุ่มทดลอง** พบว่า **กลุ่มเปรียบเทียบ** พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองและ หลังการทดลองพบว่าภายหลังการทดลองมากกว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนมีความแตกต่างกัน (p<0.05) ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุ	n	\bar{x}	SD	Mean			
				Difference	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	35	51.37	5.55				
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	48.95	6.40	2.51	1.44-3.58	4.75	<0.001
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	35	63.31	4.84				
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	50.82	6.60	12.48	9.44-15.52	8.34	<0.001

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 7 ก่อนการทดลอง พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนมีความ มีความแตกต่างกัน ($p < 0.05$) หลังการทดลอง พบว่า แตกต่างกัน ($p < 0.05$)

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความแตกต่างระดับของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุและการปฏิบัติตัวของ ผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุ	กลุ่มทดลอง (n=35)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย (1.00-1.66 คะแนน)	8	22.86	0	0.00	11	31.43	10	28.57
ระดับปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน)	25	71.43	9	25.71	23	65.71	23	65.71
ระดับดี (2.34-3.00 คะแนน)	2	5.71	26	74.29	1	2.86	2	5.71

จากตารางที่ 8 พบว่า **กลุ่มทดลอง** ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุและการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับปานกลาง ร้อยละ 71.43 รองลงมา คือ มีความรู้ระดับน้อย ร้อยละ 22.86 หลังการทดลองส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 74.71 รองลงมาคือ มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 25.71 ส่วนใน**กลุ่มเปรียบเทียบ** ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 65.71 รองลงมา คือ มีความรู้ระดับน้อย ร้อยละ 31.43 หลังการทดลองมีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 65.71 รองลงมาคือ มีความรู้ระดับน้อย ร้อยละ 28.57

วิจารณ์และสรุป

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามหลัก 5 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เอนกายพักผ่อน และออกห่างสังคม นอกบ้าน) หลังการทดลองในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลบางแพ ตำบลบางแพ อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผล ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลองของกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ว่า หลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นมากกว่าเดิมและมีพฤติกรรม

สุขภาพดีขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อธิบายได้ว่าการที่กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้เรื่องสร้างเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดีขึ้นหลังจากการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยมีการจัดกิจกรรมการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองในเรื่องความรู้เรื่องอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เอนกายพักผ่อน และออกห่างสังคม โดยการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้กำลังใจกับผู้สูงอายุโดยใช้การบรรยาย สื่อ วีดิทัศน์ ภาพนิ่งแผ่นพับและคู่มือในเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 5 มิติ และมีขบวนการสร้างการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบมีส่วนร่วมของผู้ดูแล โดยมีการให้ความรู้เพื่อให้รับรู้โอกาสเสี่ยงการติดเชื้อภาวะคุกคามผู้สูงอายุจากสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง ในขณะเดียวกันให้รับรู้ถึงประโยชน์พฤติกรรมสุขภาพและอุปสรรคหากจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีการบันทึกพฤติกรรมของตนเอง เพื่อให้มีการทบทวนพฤติกรรมที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ดังนั้นหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจึงทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธนายส ธนธิตีและกนิษฐา จำรูญสวัสดิ์⁽¹⁰⁾ ที่ได้ศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางเตย อำเภอสสามพราน จังหวัดนครปฐม โดยมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่าค่าความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้น ดังนั้นการนำโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ประกอบด้วยความรู้ 5 อ. ส่งผล

ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในทางที่พึงประสงค์มากขึ้น ซึ่งจะช่วยชะลอการ ถดถอยของร่างกายได้ และเมื่อได้รับการให้ความรู้ และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองภายใต้โปรแกรม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 5 อ. ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยได้มาจากการทบทวน ซึ่งพบว่า การที่บุคคลจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ต้องมีปัจจัยต่าง ๆ ที่มาสนับสนุนโดยมีการให้ความรู้ เพื่อให้รับรู้โอกาสเสี่ยง ภาวะคุกคามจากโรค ในขณะที่เดียวกันให้รับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคหากจะต้อง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีการบันทึกพฤติกรรมของตนเอง เพื่อให้มีการทบทวนพฤติกรรมที่ปฏิบัติในชีวิต ประจำวัน สอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพ (Health Belief Model) โดย Becker⁽¹¹⁾ ได้อธิบายไว้ดังนี้ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการ เป็นโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตาม คำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะ เจ็บป่วย 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของ โรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรค ซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต ความรุนแรง ของการเจ็บป่วยนั้น ทำให้เกิดความพิการหรือตายได้ หรือไม่ หรืออาจมีผลกระทบต่อน้ำที่การงาน เมื่อ บุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บ ป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อการป้องกันโรคซึ่งจากผลการวิจัยจำนวนมาก พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ ในทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค 3) การรับรู้ ถึงประโยชน์ ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหา วิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำ

ที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่ เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำ แนะนำก็ขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสีย ของพฤติกรรมนั้น โดย การที่จะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย 4) การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barrier) หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง กับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรม บางอย่าง เช่น การตรวจเลือด หรือการตรวจพิเศษ ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย 5) สิ่งชักนำให้เกิดการ ปฏิบัติ (Cues to Action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เป็นเหตุการณ์ หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้ เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา 6) ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัย โครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์ เกี่ยวกับโรค เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรม สุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับ รู้และการปฏิบัติ 7) แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) หมายถึง สภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นจาก การถูกกระตุ้นด้วยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ได้แก่ ทัศนคติและค่านิยมทางด้านสุขภาพ เป็นต้น

2. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อธิบายได้ว่าการที่กลุ่ม ทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น หลังจากการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้อง การติดเชื้อและป้องกันการถดถอยของร่างกายและ สมองเนื่องจากการเก็บตัวอยู่บ้านเป็นเวลานาน โดย มีการจัดกิจกรรมผู้ดูแลประจำตัวผู้สูงอายุให้มีความ พร้อมต่อสถานการณ์การดูแลช่วงโรคระบาด ร่วมกับ

การชักนำและจูงใจให้เห็นถึงการดูแลสุขภาพตามหลัก 5 อ. สำหรับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อ ควรมีการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of reasoned action) พัฒนาโดย ฟิชเบน และอัจเซน⁽¹²⁾ ที่มีสมมติฐานว่า พฤติกรรมของบุคคลล้วนกระทำไปอย่างมีเหตุผล (Reasonable) ทฤษฎีนี้สามารถเชื่อมโยงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้ว่า หลังการเข้าโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพทำให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองที่มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และรับรู้ว่าการดูแลสุขภาพตนเองจะช่วยให้มีสุขภาพที่ดี ปราศจากโรคภัยและมีอายุยืนยาว จะทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในทางที่พึงประสงค์เพิ่มมากขึ้นซึ่งการดูแลตนเองหลังจากผ่านการเรียนรู้โปรแกรมสร้างสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดเพนเดอร์⁽¹³⁾ ทำให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรมที่มีบุคคลได้ริเริ่ม และกระทำในแนวทางของตนเองเพื่อการดำรงชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของตนไว้ การดูแลตนเองของบุคคลมีแบบแผนมากขึ้น เป้าหมายของพฤติกรรมชัดเจนขึ้น ตลอดจนความต่อเนื่องกันและเมื่อใดที่ได้กระทำอย่างถูกต้องครบถ้วน จะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลตนเองมากขึ้น เพราะได้รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง กิจกรรมที่สัมพันธ์กับอารมณ์ อิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลด้านสถานการณ์ และผลที่เกิดจากพฤติกรรม คือ พันธะสัญญาเพื่อวางแผนการกระทำตามความต้องการและความชอบตามแบบแผนการสร้างเสริมสุขภาพ 5 อ.

ข้อเสนอแนะ

1. การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมที่สร้างขึ้นนั้น อยู่ในช่วงเวลาการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการระบาดระลอกแรก ในปัจจุบันรูปแบบของการระบาดในระลอกใหม่ มีความแตกต่างจากการระบาดในระลอกแรก ทั้งในแง่ความรวดเร็วของการแพร่ระบาดของเชื้อ และความรุนแรง ฉะนั้นการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม สามารถปรับได้ตามเกณฑ์คณะกรรมการควบคุมโรคในสถานการณ์นั้น โดยยึดถือประโยชน์ของผู้สูงอายุที่ปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. ควรมีการวางแผนการจัดกิจกรรมตามตารางเวลาให้เหมาะสม สอดคล้องกับสถานการณ์ การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในแต่ละช่วงเวลา
3. ควรนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่สร้างขึ้นไปประยุกต์ใช้ให้ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่ม และขยายผลไปยังชุมชนอื่น ๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ปราโมทย์ ประสาทกุล. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562. นครปฐม: พรินเทอ; 2563.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถานการณ์โรคประจำปีงบประมาณ 2564. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
3. อธิพิล ดวงจินดา และคณะ. รับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดสุพรรณบุรี: วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2564; 14(4), ตุลาคม – ธันวาคม.
4. สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2562.
5. วิญญูทัศนัญญ บัญทัน คณะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2563; 12(2): 323-337.
6. Eliopoulos C. Gerontological nursing (9th. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins; 2018.
7. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนะนำสำหรับผู้สูงอายุในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2563]. แหล่งข้อมูล: <http://covid19.anamai.moph.go.th/>
8. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒนา; 2552
9. สถิตพงษ์ เจตสุพรรณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลท่าดอน อำเภอแม่เมาะ จังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา; 2559.
10. ธนายุส ธนธิติ และกนิษฐา จำรูญสวัสดิ์.(2558). การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางเตย อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม: วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2558; 35(3), ก.ย.-ธ.ค.
11. Becker, M. The Health Belief Model and Personal Health Behavior. Thorofare, NJ: Charles B. Slack; 1974.
12. Fishbein M., & Ajzen I. Belief, attitude, intentions and behaviors : An introduction to theory and research. Boston, MA: Addison-Wesley; 1975.
13. Pender N. J. Health Promotion in nursing practice. (2nd ed.) Connecticut: Appleton& Lange; 1996.

