

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani Journal (HPC10Journal)



ปีที่ 13 ฉบับที่ 1
เดือน มกราคม - มิถุนายน พ.ศ.2568
VOL.13 NO. 1 JANUARY - JUNE 2025
ISSN 3088-2095 (ONLINE)



วิสัยทัศน์ (Vision)

“องค์กรนำสมรรถนะสูงที่เป็นเลิศในการสร้างสรรค์ความรู้ และนวัตกรรม
รวมพลังภาคีเครือข่ายขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีด้วยตนเองอย่างยั่งยืน”

“The high-performance organization that excellence in the creation of knowledge
and innovation. Join forces with network partners to promote health promotion and
environmental health. So that people have good health with themselves and sustainably”



พันธกิจ (MISSION)

“ ทำหน้าที่ในการสังเคราะห์ใช้ความรู้และดูภาพรวม เพื่อกำหนดนโยบายและ
ออกแบบระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยการประสานงาน
สร้างความร่วมมือและกำกับดูแลเพื่อให้เกิดความรับผิดชอบต่อการดำเนินงาน”



วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani Journal

ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มิถุนายน 2568

Vol. 13 No.1 January-June 2025

ISSN 3088-2095 (Online)

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรมด้านการสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ การจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านโภชนาการ อาชีวอนามัย รวมทั้งงานวิจัยสาขาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ของบุคลากรทั้งภายในและภายนอกศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

กำหนดการออกวารสาร:

ออกปีละ 2 ฉบับ ได้แก่

ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม-มิถุนายน

ฉบับที่ 2 เดือน กรกฎาคม-ธันวาคม

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

HPC10Journal

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani Journal

ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มิถุนายน 2568

Vol. 13 No.1 January-June 2025

ISSN 3088-2095 (Online)

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

นพ.สุทัศน์ ไชยยศ

นพ.ประวิ อัมพวัน

ดร.นิธิศ ธาณี

รศ.ดร.เมธีรัตน์ มั่นวงศ์

ผศ.ดร.สง่า ทับทิมหิน

ผศ.ดร.กิตติ เหลาสภาพ

ผศ.ดร.นิยม จันทน์นวล

ผศ.ดร.กุลธิดา กุลประทีปปัญญา

ผศ.ดร.กุลชญา ลอยหา

ผศ.ดร.ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์

ผศ.ดร.กชพงศ์ สารการ

ผู้ทรงคุณวุฒิภายใน

ดร.ทิวากร พระไชยบุญ

ทพญ.กานต์ศิริ โตโพธิ์ไทย

ผศ.ดร.นครินทร์ ประสิทธิ์

ผศ.ดร.นพรัตน์ เสนาฮาด

นายศตวรรษ ศรีพรหม

นางจุฬาร ธานี

นางสุพัตรา เสนาใหญ่

นางอุมาพร สังข์ฤกษ์

นางวราภรณ์ จันทน์พราว

นางกัญญนัท ธิปินโน

นางสาวปิยนุช พันธุ์ศิริ

ดร.เจนวิทย์ ศรีพรหม

ดร.คาริกา เพิ่มพร

นางสาวศศิธร บุญสุข

นางสาวมนฤดี แสงวงษ์

ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

จังหวัดอุบลราชธานี สถาบันพระบรมชนก

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมชนก

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง กรมอนามัย

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani Journal

ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มิถุนายน 2568

Vol. 13 No.1 January-June 2025

ISSN 3088-2095 (Online)

คณะผู้จัดทำ

บรรณาธิการ	นายศตวรรษ ศรีพรหม	ผู้ช่วยผู้อำนวยการภารกิจด้านวิจัยและ บริการวิชาการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	ดร.เจนวิทย์ ศรีพรหม นางสาวจิตรีรัตน์ ภาวะสุทธิพงษ์ นางสาวศิริลักษณ์ บุตติพันธ์	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
กองบรรณาธิการวิชาการ	นพ.ประวิ อ่ำพันธุ์ รศ.ดร.เมธีรัตน์ มั่นวงศ์ ผศ.ดร.นิยม จันทน์นวล ผศ.ดร.สง่า ทับทิมหิน ดร.นิธิศ ธาณี	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี สถาบันพระบรมชนก
	ผศ.ดร.กุลธิดา กุลประทีปปัญญา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมชนก
	ผศ.ดร.กุลชญา ลอยหา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
	ผศ.ดร.ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
	ผศ.ดร.กชพงศ์ สารการ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
ผู้จัดทำ	นางสาวเดือนธิดา ศรีเสมอ นางสาวสุกานดา แก้วล้อมบึง นางสาวศิริลักษณ์ บุตติพันธ์	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
สำนักงาน	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 45 หมู่ 4 ถนนสถลมารค ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190 โทรศัพท์ 045-251268	
เว็บไซต์	https://he03.tci-thaijo.org/index.php/HPC10Journal	

ข้อกำหนดและคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ การเสนอผลงานตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี จัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ ด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของนักวิชาการ นักวิจัย ผู้ที่สนใจในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในด้านสุขภาพ โดยเนื้อหา บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ในวารสารนี้ ถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนเท่านั้น ทางบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยเสมอไป กำหนดการออกรวบรวมปีละ 2 ฉบับ ได้แก่ ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม-มิถุนายน และฉบับที่ 2 เดือน กรกฎาคม-ธันวาคม รูปแบบ E-Journal

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ นวัตกรรมและเทคโนโลยีของนักวิชาการ นักวิจัย และภาคีเครือข่ายสุขภาพ

2. เพื่อเป็นแหล่งค้นคว้าความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ข้อกำหนดการตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

1. เป็นผลงานวิชาการในสาขาส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม การสาธารณสุข หรือสาขาที่เกี่ยวข้องเขียนด้วยภาษาไทย

2. เป็นผลงานวิชาการที่ไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น

3. หากผลงานวิจัย มีการวิจัยในมนุษย์ (คน) หรือในสัตว์ทดลอง ผู้วิจัยต้องแนบหนังสือรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หรือในสัตว์ทดลองแล้วแต่กรณี โดยระบุหมายเลขหรือรหัสการรับรองลงในเนื้อหาในส่วนของ “การพิจารณาด้านจริยธรรม”

4. กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารภายหลังจากกองบรรณาธิการได้พิจารณาประเมินผลงานวิชาการแล้ว

5. หากผลงานวิชาการใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานวิชาการจะต้องแก้ไขต้นฉบับให้เสร็จ และส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนด มิฉะนั้น จะถือว่าสละสิทธิ์การตีพิมพ์

6. วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี มีการเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ตามที่ประกาศ

ประเภทบทความที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิจัย (Research article)
2. บทความพิเศษ (Special articles) หรือ บทความวิชาการ (Academy articles)
3. บทความปริทัศน์ (Review article)

การพิจารณาบทความ (Peer review process)

บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์จะได้รับการพิจารณาและตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมหรือสาขาที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 2 ท่านต่อ 1 บทความ โดยมีการดำเนินการปกปิดแบบทางเดียว (Single blinded)

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

1. พิมพ์ต้นฉบับด้วยโปรแกรมไมโครซอฟเวิร์ด (Microsoft word) โดยใช้อักษร TH SarabunPSK ขนาดและลักษณะอักษรกำหนดตามตารางที่ 1 ทั้งอักษรภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์หน้าเดียว 1 คอลัมน์ ระยะห่างบรรทัด 1 เท่า (Single space) การจัดแนวข้อความใช้กระจายแบบไทยและชิดซ้าย พิมพ์บนกระดาษสี่ขาขนาดกระดาษ A4 โดยเว้นระยะขอบกระดาษ บน 2.54 ซม. ล่าง 2.54 ซม. ขวา 2.54 ซม. และซ้าย 2.54 ซม. รวมอ้างอิงต้องไม่เกินจำนวนตามที่กำหนดของแต่ละประเภทบทความ และการใช้ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ และอักษรตัวแรก

2. บทความที่จะตีพิมพ์

2.1 บทความวิจัย (Research article) เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัยของผู้เขียน ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น เนื้อหารวมเอกสารอ้างอิงจำนวน 10-20 หน้า ควรประกอบด้วยหัวเรื่องตามลำดับต่อไปนี้

ชื่อเรื่อง (Title) ต้องระบุทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ความยาวไม่ควรเกิน 120 ตัวอักษร

ชื่อผู้เขียน (Author name) ต้องระบุชื่อผู้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษไม่ใส่ยศ หรือตำแหน่งวิชาการ ในกรณีที่ผู้เขียนมากกว่า 1 คนให้เรียงชื่อตามลำดับตามการมีส่วนร่วม โดยให้ใส่เครื่องหมาย ^{1,2} ตามลำดับใส่ดอกจัน (*) หลังชื่อผู้รับผิดชอบหลักบทความ พร้อมทั้ง ส่วนท้ายกระดาษให้ระบุตำแหน่งหน่วยงานสังกัดของผู้เขียนทุกคนขณะทำการวิจัย และ สำหรับผู้รับผิดชอบหลักบทความ (Corresponding author) ให้ระบุ E-mail ด้วยดอกจัน (*)

บทคัดย่อ (Abstract) เขียนเนื้อหาของบทความได้แก่ วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย สรุป และข้อเสนอแนะ โดยใช้ภาษาที่เหมาะสมและสื่อความหมายได้ชัดเจนอย่างกระชับ เขียนแยกภาษาในภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยบทคัดย่อภาษาไทยไม่ควรเกิน 350 คำ และบทคัดย่อภาษาอังกฤษไม่ควรเกิน 300 คำ

คำสำคัญ (Keywords) ระบุคำภาษาไทย ภาษาอังกฤษ แต่ละภาษาจำนวนไม่ควรเกิน 5 คำ โดยเรียงลำดับตามอักษร

เนื้อหาของบทความวิจัย ประกอบด้วย

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัตถุประสงค์การวิจัย

คำถามการวิจัย/สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย (ถ้ามี)

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (ถ้ามี)

การสุ่มขนาดตัวอย่าง (ถ้ามี)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การพิจารณาด้านจริยธรรม (ถ้ามี)

ผลการวิจัย

สรุปและอภิปรายผล
จุดแข็ง จุดอ่อน (ถ้ามี)
ข้อจำกัดในการวิจัย (ถ้ามี)
ข้อเสนอแนะ
 ข้อเสนอแนะในการศึกษานี้
 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป
เอกสารอ้างอิง

รายละเอียดดังนี้

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียนและผู้ร่วม ชื่อ นามสกุล (ไม่ใช้คำย่อและคำนำหน้า) ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ส่วนท้ายกระดาษ ตำแหน่ง หน่วยงานสังกัด และ อีเมล ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทคัดย่อ คือการย่อเนื้อหาสำคัญเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขสถิติเฉพาะที่สำคัญ เขียนเป็นภาษาไทยร้อยแก้ว ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ ไม่แบ่งเป็นข้อ ๆ โดยให้ครอบคลุมถึงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ผลการศึกษา สรุปและข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย การศึกษาค้นคว้า ที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึง รูปแบบการวิจัย วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่าง วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย แหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์ การพิจารณาด้านจริยธรรม (ถ้ามี)

ผลการวิจัย อธิบายผลที่ได้จากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานข้อมูลอย่างเป็นระบบ พร้อมแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ แล้วสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ (ตารางไม่เกิน 5 ตาราง และรูปภาพไม่เกิน 3 ภาพ โดยเป็นประเภท JPAG ความละเอียดอย่างน้อย 300 DPI)

สรุป และอภิปรายผล ควรเขียนสรุปให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ควรเขียนอภิปรายผลว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

จุดแข็ง จุดอ่อน (ถ้ามี)

ข้อจำกัดในการวิจัย (ถ้ามี)

ข้อเสนอแนะ

 ข้อเสนอที่นำผลการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์

 หรือข้อเสนอที่นำผลการวิจัยไปใช้ในเชิงบริหาร/เชิงนโยบาย

 ข้อเสนอสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง
2. การอ้างอิงเอกสาร ให้ใช้ระบบการอ้างอิงแบบตัวเลข (The numerical arrangement system) ตามระบบแวนคูเวอร์ คือ ใส่ตัวเลขยกกำกับไว้ท้ายข้อความหรือชื่อบุคคลที่อ้างถึงข้อความในบทความ โดยใช้

หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงเอกสารซ้ำ ให้ใช้หมายเลขเดิม

2.2 บทความพิเศษ (Special articles) หรือ บทความวิชาการ (Academy articles) ได้แก่ บทความวิชาการ ถอดบทเรียน เรื่องที่กำลังเป็นที่สนใจของมวลชนเป็นพิเศษ เกี่ยวข้องในด้านการแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรรม พยาบาล วิทยาศาสตร์การแพทย์ สาธารณสุข ที่เป็นด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ลักษณะใช้การวิเคราะห์และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน สังกัด บทนำ (Introduction) เนื้อหา (Content) สรุปผล (Conclusions) เอกสารอ้างอิง แบบ Vancouver ความยาวไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์

2.3 บทความปริทัศน์ (Review article) ได้แก่ บทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยนำมาเรียบเรียงและวิเคราะห์รวมถึงวิจารณ์เพื่อให้เกิดความเข้าใจในเรื่องนั้นยิ่งขึ้น ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน สังกัด บทนำ (Introduction) เนื้อหา (Content) สรุปผล (Conclusions) เอกสารอ้างอิง แบบ Vancouver ความยาวไม่เกิน 5 หน้าพิมพ์

ตารางที่ 1 ขนาดและลักษณะของตัวอักษร TH SarabunPSK สำหรับบทความตีพิมพ์

ส่วนประกอบ	ขนาด	ลักษณะ	ส่วนประกอบ	ขนาด	ลักษณะ
ชื่อเรื่อง	18	ตัวหนา/กึ่งกลาง	คำสำคัญ	16	ตัวปกติ
ชื่อผู้เขียน	14	ตัวปกติ/ชิดขวา	หัวข้อหลัก	16	ตัวหนา
สังกัด	12	ตัวปกติ/*ชิดซ้าย	หัวข้อย่อย	16	ตัวหนา
E-mail	12	ตัวปกติ/*ชิดซ้าย	เนื้อหา	16	ตัวปกติ
บทคัดย่อ	16	ตัวปกติ	เอกสารอ้างอิง	16	ตัวปกติ
เนื้อหาในตาราง	14-16	ตัวปกติ	กล่องข้อความ	14-16	ตัวปกติ

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

3.1 ผู้เขียนต้องรับผิดชอบความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง และเอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี ยกเว้นหนังสือ ตำรา บางประเภทที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา

3.2 การอ้างอิงเอกสาร ให้ใช้การอ้างอิงแบบระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style)

3.2.1 การอ้างอิงแบบแทรกในเนื้อหา ระบบแวนคูเวอร์ การอ้างอิงจะเขียนตามหลังข้อความหรือชื่อเจ้าของบทความ หน่วยงาน รวมถึงองค์กร ที่ได้มีการอ้างอิงจะใส่ตัวเลขอารบิกในวงเล็บต่อท้ายและเป็นตัวยกโดยจะเริ่มต้นด้วยหมายเลข 1 ในการอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับที่ได้มีการอ้างอิงไว้ ตัวอย่าง⁽¹⁾ สำหรับกรณีการอ้างอิงซ้ำ เลขการอ้างอิงให้ใช้เลขลำดับเดิมที่ได้ระบุไว้ ส่วนการอ้างอิงท้ายบทความนั้น จะจัดเรียงตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงที่ได้ระบุไว้ในเนื้อหาของบทความ

ตัวอย่างการอ้างอิงในเนื้อหา

กรมอนามัย เป็นองค์กรหลักของประเทศในการอภิบาล ระบบส่งเสริมสุขภาพและระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อประชาชนสุขภาพดี⁽¹⁾

3.2.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำราทั้งเล่ม

หมายเลข. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปี.

Number. Author. Title of the book. Edition. Place of Publication: Publisher; Year.

ตัวอย่าง

1. รังสรรค์ ปัญญาธิคุณ. โรคติดเชื้อของระบบประสาทกลางในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2536.
2. Janeway CA, Travers P, Walport M, Shlomchik M. Immunobiology. 5th ed. New York: Garland Publishing; 2001.

3.2.3 การอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

หมายเลข. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ ครั้งที่พิมพ์.

เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย

Number. Author. Title of a chapter. In: editor(s). Title of the book. Edition. Place of publication: Publisher; Year. p. First page-last page.

ตัวอย่าง

1. ประสงค์ ตูจันดา. บทนำและประวัติทางการแพทย์เกี่ยวกับทารกแรกเกิด. ใน: ประพุทธ ศิริบุญย อรุณ บัญประกอบ. บรรณาธิการ. ทารกแรกเกิด พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2533. หน้า 1-6.
2. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

3.2.4 การอ้างอิงบทความในวารสาร

หมายเลข. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์;เล่มที่ของวารสาร(ฉบับที่):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

Number. Author. Title of the article. Title of the Journal Year;Volume(Issue):First page-last page.

ตัวอย่าง

1. Kane RA, Kane RL. Effect of genetic testing for risk of Alzheimer's disease. N Engl J Med 2009;361(2):298-9.
2. จริญญา เลิศธรรมมณี, เอมอร รักษาณิ, อนุพันธ์ ตันตวิวงศ์, กรรณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒฑีพรณี วรกิจโกคำทร, และคณะ. ความเสี่ยงและประสิทธิผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. จดหมายเหตุทางแพทย์ 2545;85(1):1288-95.

3.2.5 ตัวอย่างการอ้างอิงอื่นๆ

บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน ให้ใส่ชื่อหน่วยงาน/สถาบันในส่วนที่เป็น ชื่อผู้แต่ง

ตัวอย่าง

1. Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.
2. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทยสภาสาร 2538;24:190-204.

3.2.6 การอ้างอิงวิทยานิพนธ์

หมายเลข. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

Number. Author. Title of the article [Type/Degree level]. Place of publication: University; Year.

ตัวอย่าง

1. สมภพ บุญทิม. ผลทางไซโตเจเนติกของสารคดี จากไพล (Zingiber cassumunar Roxb.) ต่อโครโมโซมของมนุษย์ที่เตรียมจากลิมโฟซัยท์ที่เพาะเลี้ยง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต] เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2533.
2. Cairina RB. Infrared spectroscopic studies of solid oxygen [Dissertation]. Berkeley: University of California; 1995.

3.2.7 การอ้างอิงเอกสารที่จัดพิมพ์โดยหน่วยงานจัดทำรายงาน

หมายเลข. ชื่อผู้แต่ง/บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์: หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีพิมพ์. เลขที่รายงาน. หน่วยงานผู้จัดทำรายงาน.

Number. Author/Editor. Title of the article. Place of Publication: Publisher; Year. Number. Agency.

ตัวอย่าง

1. Field MJ, Tranquada RE, Feasley JC, editors. Health services research: work force and educational issues. Washington: National Academy Press; 1995. Contract No.: AHCPR282942008. Sponsored by the Agency for Health Care Policy and Research.

3.2.8 อ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ให้ใช้รูปแบบตามประเภทของเอกสารดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น แต่เพิ่มข้อมูลบอกประเภทของวัสดุหรือเอกสารที่นำมาอ้างอิง วันที่สืบค้นข้อมูลและแหล่งที่มาของข้อมูล ดังนี้
หมายเลข. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [อินเทอร์เน็ต]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]; ปีที่(ฉบับที่): [หน้าแรก-หน้าสุดท้ายของบทความ]. เข้าถึงได้จาก: <http://>

Number. Author. Title of the article. Title of the Journal [Internet]. Year [cited Y M D]; Volume(Issue): [About screen]. Available from: <http://>.....

ตัวอย่าง

3.2.8.1 การอ้างอิงวารสารอินเทอร์เน็ต

1. นวลลอ จุลพิสาสน์. แบบแผนการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (The Vancouver Style) [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 18 เม.ย. 2546]. เข้าถึงได้จาก <http://www.medicine.cmu.ac.th/secret/edserv/journal/vancouver.htm>
2. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier—Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

3.2.8.2 การอ้างอิงโฮมเพจ/เว็บไซต์ (Homepage/Web site)

1. Cancer-Pain.org [Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources; c2000-01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>.

3.2.9 หลักการอ้างอิงชื่อผู้แต่ง

1) ผู้แต่งชาวต่างประเทศ ให้ลงชื่อสกุล ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง (ถ้ามี) และใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นชื่อสกุลและอักษรย่อของชื่อต้นกับชื่อกลาง เช่น Reynolds, F.E.

2) ผู้แต่งชาวไทย ให้ลงชื่อก่อน แล้วตามด้วยนามสกุล เช่น เป็ลื่อง ณ นคร ในกรณีที่เขียนเอกสารเป็นภาษาต่างประเทศ อาจใช้แนวทางเดียวกันกับผู้แต่งชาวต่างประเทศได้

3) ผู้แต่งชาวไทยมีฐานันดรศักดิ์ บรรดาศักดิ์ ให้พิมพ์ชื่อ ตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และฐานันดรศักดิ์หรือบรรดาศักดิ์ เช่น ธรรมศักดิ์มนตรี, เจ้าพระยา ไม่ใส่ยศทางทหาร ตำรวจ หรือตำแหน่งทางวิชาการ/วิชาชีพ

4) ผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ลงชื่อผู้แต่งทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) โดยใช้คำว่า “และ” (สำหรับภาษาไทย) และคำว่า “,and” (สำหรับภาษาอังกฤษ) ก่อนชื่อผู้แต่งคนสุดท้าย

5) ผู้แต่ง 7 คน ขึ้น ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แล้วตามด้วย และคณะ (สำหรับภาษาไทย) หรือ et al.(สำหรับภาษาอังกฤษ)

6) ผู้แต่งเป็นสถาบัน ให้เขียนกลับคำนำหน้า ถ้าเป็นหน่วยงานรัฐบาล อย่างน้อยต้องอ้างถึงระดับกรม และอ้างถึงหน่วยงานระดับสูงก่อน เช่น สาธารณสุข, กระทรวง. กรมควบคุมโรค.

7) ถ้าเป็นหนังสือที่มีบรรณาธิการ และผู้อ้างอิงต้องการอ้างถึงหนังสือทั้งเล่ม ให้เขียนชื่อบรรณาธิการแทนผู้แต่ง และใส่คำว่า “บรรณาธิการ” (สำหรับภาษาไทย) และคำว่า “ed.” หรือ “eds.” แล้วแต่กรณี (สำหรับภาษาต่างประเทศ) เช่น ติรณ พงศ์มพัฒน์ และจรรยา อัฐกุล, บรรณาธิการ. หรือ Forbes, S. M., ed.

4. การส่งบทความต้นฉบับ

4.1 ส่งต้นฉบับบทความในรูปแบบเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ขนาด A4 ประเภท Microsoft word

4.2 ส่งเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในรูปแบบเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ขนาด A4 ประเภท PDF

4.3 ภาพประกอบ หากเป็นภาพถ่ายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษขาว หากเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์ หรือภาพสีขนาดโปสการ์ด การเขียนคำอธิบายภาพให้เขียนแยกต่างหาก ไม่เขียนลงในภาพ และกำกับหมายเลขของภาพประกอบ เพื่อการจัดเรียงพิมพ์ที่ต้องการ

4.4 เส้นตารางขนาด 1/2pt

4.5 การส่งบทความต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ ให้ระบุที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ของผู้รับผิดชอบหลักด้วย ขั้นตอนการส่งไฟล์ เรียงลำดับการ Upload file ดังนี้

1. ไฟล์เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย (ถ้ามี) เลือกเป็น Other-->เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย

2. ไฟล์ภาพประกอบ หรือไฟล์อื่น ๆ (ถ้ามี) เลือกเป็น Other-->ไฟล์อื่น ๆ

3. บทความต้นฉบับ ประเภทไฟล์ Microsoft word เท่านั้น โดยเลือกเป็น ไฟล์บทความ

โดยเข้าใช้ระบบวารสารออนไลน์ ThaiJo พร้อมสมัครสมาชิกวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี และเลือกเมนู การส่งบทความ --> เริ่มการส่งบทความเรื่องใหม่ ที่

<https://he03.tci-thaijo.org/index.php/HPC10Journal/about/submissions>

ขั้นตอนและตัวอย่างแบบฟอร์มการส่งบทความ สามารถดาวน์โหลดได้ที่

https://drive.google.com/drive/folders/1fFXSDL4ve_FetKczO_IkAPafuSc5sc?usp=sharing

สามารถติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่กองบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

การติดต่อสอบถามรายละเอียด

1. ผู้ช่วยบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

นายเจนวิทย์ ศรพรหม

โทรศัพท์: 045-251-266

2. ผู้ช่วยบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

นางสาวฐิติรัตน์ ภาวะสุทธิพงษ์

โทรศัพท์: 045-251-266

3. ผู้ช่วยบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

นางสาวศิริลักษณ์ บุคดีพันธ์

โทรศัพท์: 045-251-266



คำนิยม

การวิจัยด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาสุขภาวะที่ยั่งยืน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกคน ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ตระหนักดีว่าการเผยแพร่องค์ความรู้และนวัตกรรมในด้านนี้ไม่เพียงแต่จะช่วยยกระดับงานสาธารณสุข แต่ยัง เป็นแรงบันดาลใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในชุมชนและสังคม

วารสารฉบับนี้เป็นมากกว่าแหล่งรวบรวมบทความวิจัย แต่เป็นสะพานที่เชื่อมโยงความคิดสร้างสรรค์ ประสิทธิภาพ และความมุ่งมั่นของนักวิจัย บุคลากรสาธารณสุข และผู้ที่สนใจในการส่งเสริมสุขภาพและ อนามัยสิ่งแวดล้อม ทุกบทความในวารสารล้วนผ่านกระบวนการคัดสรรอย่างเข้มงวด เพื่อให้มั่นใจว่ามีคุณภาพ และเป็นประโยชน์ต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติ

ข้าพเจ้าขอชื่นชมและขอบคุณคณะบรรณาธิการและทุกท่านที่ร่วมกันทุ่มเทแรงกายแรงใจในการจัดทำ วารสารฉบับนี้จนสำเร็จลุล่วง ด้วยมาตรฐานที่สูงและความตั้งใจอันแน่วแน่ วารสารนี้จะเป็นอีกหนึ่งแรง ขับเคลื่อนสำคัญที่ช่วยผลักดันให้งานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพก้าวไกลไปสู่ระดับประเทศและระดับสากล

ขอให้วารสารฉบับนี้เป็นแหล่งความรู้ที่สร้างแรงบันดาลใจ และเป็นจุดเริ่มต้นของความร่วมมือในการ พัฒนาสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่ดีขึ้นสำหรับทุกคน

นายแพทย์สุทัศน์ ไชยยศ

ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

HPC10Journal



บทบรรณาธิการ

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแหล่งข้อมูลและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นแหล่งเผยแพร่องค์ความรู้ที่สำคัญ ในรูปแบบสื่อวารสารอิเล็กทรอนิกส์ หรือ E-Journal โดยมีวัตถุประสงค์หลักในการเผยแพร่บทความวิจัยคุณภาพสูงในด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ให้แก่บุคลากรสาธารณสุข นักวิชาการ นักศึกษา และนักวิจัยทั้งในและนอกเขตสุขภาพที่ 10 วารสารฯ ได้รับการเผยแพร่ผ่านทางเว็บไซต์ <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/HPC10Journal>

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ฉบับนี้เป็นฉบับประจำปี ที่ 13 ฉบับที่ 1 เนื้อหาของบทความมีสาระเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยบทความวิจัยจำนวน 6 เรื่อง ได้แก่ 1) การประเมินผลการขับเคลื่อนงานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ่อน ตำบลไม้กลอน อำเภอนาเยีย จังหวัดอำนาจเจริญ 2) การผลของการพัฒนาเมนูอาหารกลางวันตามโปรแกรม Thai School Lunch ต่อภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียน: กรณีศึกษาโรงเรียนอนุบาลอุบลราชธานี 3) ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการใช้สมุดบันทึกสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี อำเภอมะนัง จังหวัดอำนาจเจริญ 4) ประสิทธิภาพของโปรแกรม “สูงวัยมหาชนะชัย ฟันดี” ต่อความรู้ ทักษะสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร 5) พฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคเริมที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคของวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 9 และ 6) ผลของโปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ 5-Fluorouracil (5-FU) ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

กองบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานีหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้อ่านทุกท่าน เพื่อใช้พัฒนางานในพื้นที่รับผิดชอบ และขอขอบพระคุณที่ท่านได้ให้ความสนใจติดตามวารสารอย่างต่อเนื่อง

HPC10Journal

นายศตวรรษ ศรีพรหม

บรรณาธิการ

มิถุนายน 2568

สารบัญ

ข้อกำหนดและคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์	จ
คำนิยม	ฎ
บทบรรณาธิการ	ฐ
บทความวิจัย	
● การประเมินผลการขับเคลื่อนงานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ่อน ตำบลไม้กลอน อำเภอพนม จัหวัดอำนาจเจริญ ไกรวุฒิ บุตตะ	1-18
● การผลของการพัฒนาเมนูอาหารกลางวันตามโปรแกรม Thai School Lunch ต่อภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียน: กรณีศึกษาโรงเรียนอนุบาลอุบลราชธานี ศศิธร บุญสุข, ฐิติรัตน์ ภาวะสุทธิพงษ์	19-33
● ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการใช้สมุดบันทึกสุขภาพต่อ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับ น้ำตาลไม่ดี อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ เพ็ญนภา บุญพุด	34-50
● ประสิทธิผลของโปรแกรม “สูงวัยมหานະชัย ฟันดี” ต่อความรอบรู้ ทันตสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ อำเภอมหานະชัย จังหวัดยโสธร เสาวลักษณ์ ศรีสุข, อนันต์ ไชยกุลวัฒนา, นิยม จันทน์นวล	51-64
● พฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคของวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 9 สุกัญญา รอดอารีย์, กุลชญา ลอยหา, ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์	65-89
● ผลของโปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อ ช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ 5-Fluorouracil (5-FU) ในโรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เลียมใจ คำมุงกุล, กุลชญา ลอยหา, ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์	90-108

บทความวิจัย

การประเมินผลการขับเคลื่อนงานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ กรณีศึกษาโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ่อน ตำบลไม้กลอน อำเภอนา จังหวัดอำนาจเจริญ

ไกรวุฒิ บุตตะ^{1*}

(วันรับบทความ 25 กันยายน 2567, วันแก้ไขบทความ 7 พฤศจิกายน 2567, วันตอบรับบทความ 15 พฤศจิกายน 2567)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นวิจัยประเมินผลโดยใช้รูปแบบประเมินชิป (CIPP Model) เพื่อประเมินผลการขับเคลื่อนงานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้การดำเนินงานและแนวทางการดำเนินงานพัฒนาการขับเคลื่อนงานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) กลุ่มผู้บริหาร 2 คน 2) กลุ่มผู้ให้บริการ 28 คน และ 3) กลุ่มผู้รับบริการ ประชาชนที่เข้าร่วมกิจกรรมการสร้างความรู้สุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 101 คน รวมทั้งหมด ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1 มีนาคม-31 มิถุนายน 2567 เครื่องมือการวิจัยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลศึกษา พบว่า 1) ปัจจัยด้านบริบท มีการสนับสนุนจากผู้นำองค์กรในการประกาศนโยบายให้ถ่ายทอดให้เจ้าหน้าที่รับรู้ สนับสนุนการจัดบริการและจัดสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ 2) ด้านปัจจัยนำเข้ามีความชัดเจนของโครงการ สนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานเกี่ยวข้องและจัดกำลังคนเหมาะสม ส่งเสริมเจ้าหน้าที่ด้านพัฒนาความรู้ผ่านการจัดกิจกรรมอบรม 3) ปัจจัยด้านกระบวนการ บูรณาการการทำงานอย่างมีส่วนร่วม กำหนดเป้าหมายและกิจกรรมที่ชัดเจน การส่งต่อข้อมูลและติดตามประเมินผล 4) ปัจจัยด้านผลผลิต มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ให้เข้าถึงข้อมูลและบริการหลายช่องทางเพื่อสื่อสารกับผู้รับบริการ เกิดการดูแลผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วม มีการให้คำแนะนำ ผลลัพธ์ที่ได้ คือ มีแนวปฏิบัติชัดเจนในการดำเนินงานดังนี้ 1) กำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน มีผู้รับผิดชอบหลักและคณะทำงานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพของหน่วยงาน 2) คณะกรรมการนำประเด็นมุ่งของอำเภอกำหนดเป็นแผนงานของพื้นที่และติดตามจนถึงระดับหมู่บ้าน 3) มีการขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัดเจน 4) มีการกำหนดตัวชี้วัด และ 5) ติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง ผลการประเมินความพึงพอใจภาพรวมต่อการให้บริการอยู่ระดับดีมาก การรับรู้ของเจ้าหน้าที่ภาพรวมอยู่ระดับดีมาก และการรับรู้ของกลุ่มผู้บริการภาพรวมอยู่ระดับดีมาก พบปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงาน คือ ความเข้มแข็งของชุมชนและระบบการจัดการจนเกิดผลลัพธ์ในการดำเนินการที่สามารถเป็นต้นแบบ

คำสำคัญ: องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ การประเมินผล รูปแบบประเมินชิป

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: Kraiwut.b1112@gmail.com

Research Article

Evaluation of the performance of a model health literacy organization: Case study of Ban Thon Subdistrict Health Promoting Hospital, Mai Klon Subdistrict, Phana District, Amnat Charoen Province

Kraiwut Butta^{1*}

(Received: September 25 2024; Revised: November 7 2024; Accepted: November 15 2024)

Abstract

This study an evaluation CIPP Model to evaluate the results of the implementation of health literacy organizations, the perception of operations and the operational guidelines for the development of health literacy organizations. The study was conducted in 3 sample groups, specifically selected according to the inclusion criteria: 1) 2 executives, 2) 28 service providers, and 3) 101 service recipients and people who participated in health literacy activities for chronic disease patients. The study was conducted between March 1 and June 31, 2024. The research instruments used interviews and questionnaires. The analysis was performed using descriptive statistics, including percentages, means and standard deviations.

The study that 1) Context factors: leaders announcing policies, disseminating them to staff, supporting service provision and creating an environment conducive to health. 2) Input factors: Clarity the project, supporting budgets from relevant agencies and arranging appropriate personnel, developing knowledge through organizing training activities. 3) Process factors: Integrating work with participation, setting clear goals and activities, forwarding information and monitoring and evaluating performance. 4) Output factors: There is the use of technology to access information and services multiple channels to communicate, resulting in participatory patient care, providing advice, and resulting in clear guidelines is (1) Defining persons and a working group of health literacy organizations of the organization (2) The committee uses the district's focus points to set a plan for the area and follows up to the village level (3) There is clear promotion of health literacy organizations of the sub-district health promotion hospital (4) Indicators are defined (5) Continuous monitoring and evaluation. The satisfaction with the service were at a very good, the overall perception of the staff was at a very good level, and the overall perception of the service group was at a very good level. The success factors of the operation were the strength of the community and the management system that resulted in the prototype operation results.

Keywords: Health Literacy Organization, Evaluation, CIPP Model

¹ Public Health Technical Officer, Professional Level (Academic Services). Amnat Charoen Provincial Public Health Office.

* Corresponding Author Email: Kraiwut.b1112@gmail.com

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ เป็นหนึ่งในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580)⁽¹⁾ มีเป้าหมายให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถดูแลสุขภาพมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์และสามารถป้องกันและลดโรคที่สามารถป้องกันได้และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2560⁽²⁾ ได้กำหนดไว้ในมาตรา 55 ว่าด้วยรัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ซึ่งการเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ต้องพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง การเข้าถึง เข้าใจความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญต่อการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอจะสร้างให้ประชาชนมีเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องเริ่มจากการมีทักษะด้านการอ่านออกเขียนได้ เป็นการเชื่อมโยงความสามารถในการประเมินข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพสู่ความสามารถในการตัดสินใจ และการสื่อสาร ตลอดจนความสามารถในการเข้าใจคำแนะนำทาง การแพทย์อย่างถ่องแท้และรอบด้านจนนำไปสู่การปฏิบัติเป็นวิถีชีวิตเรียกว่า “ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ”^(3,4) ดังนั้น สภาพิรูปสุขภาพตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12⁽⁵⁾ ให้กรมอนามัยสำรวจความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนทุก 5 ปี เพื่อความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป⁽⁶⁾ ในปี 2562 พบประชาชนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ 88.72 คะแนนจากคะแนนเต็ม 136 คะแนน (ร้อยละ 65) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อ่านไม่ได้ เขียนไม่คล่อง ไม่ได้เรียนหนังสือ ไม่ได้รับสื่อสังคมออนไลน์ และมีปัญหาการได้ยิน เช่นเดียวกับสถานการณ์ระดับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงาน จากปี 2557-2561 โดยกองสุศึกษา พบว่า ประชาชนกลุ่มวัยทำงานส่วนใหญ่มีระดับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้-ดี คิดเป็นร้อยละ 39.00 47.10 45.50 50.73 และ 71.18 ตามลำดับ และอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 1.60 13.20 5.50 7.33 และ 18.88 ตามลำดับ⁽⁷⁾ และข้อมูลเขตสุขภาพที่ 10 ปี 2562 พบสัดส่วนของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากที่สุดถึงร้อยละ 24.05⁽⁶⁾ ระดับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมทั้ง 6 ด้านของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หมอประจำบ้าน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดี⁽⁷⁾ และผลการประเมินศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 ปี 2566 พบประชาชนวัยเด็กและวัยทำงานมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองระดับดีขึ้น (มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ระดับดีขึ้น ≥ 70 -79 ของคะแนนเต็ม) ร้อยละ 60.50⁽⁸⁾

กรมอนามัยและกรมควบคุมโรค เป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนแผนการส่งเสริมการพัฒนาหน่วยบริการสาธารณสุขให้เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยนำแนวคิดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของดอน นัทปิม⁽⁹⁾ ที่ให้ความสำคัญว่า การดำเนินงานสุศึกษา (Health education) และกิจกรรมการสื่อสาร (Communication activities) ทำให้เกิดการพัฒนาความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพโดยตรงการเสริมสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพต้องประกอบด้วยการพัฒนาบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดการเรียนรู้พร้อมกัน โดยมีหน่วยบริการสุขภาพเข้าร่วมกิจกรรมกว่า 5,300 แห่งในปี 2565 กำหนดให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวชี้วัดระดับกระทรวง คือ ประชาชนไทยมีอัตราความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 70⁽¹⁰⁾

การส่งเสริมความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพประชาชนนอกจากปัจจัยเชิงบุคคลต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านระบบขององค์กรที่ประชาชนมีปฏิสัมพันธ์ด้วยไม่ว่าจะเป็นรูปแบบของสื่อสุขภาพ ระดับความยากของภาษาที่ใช้ ลักษณะการสื่อสาร ขั้นตอนการบริการ ลักษณะการพูดคุยหรือให้ข้อมูลของเจ้าหน้าที่ และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้ามาใช้ข้อมูลข่าวสารหรือบริการขององค์กร สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารและบริการขององค์กรได้ดีขึ้นเป็นลักษณะที่โดดเด่นขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literate

organization, HLO)⁽¹⁰⁻¹²⁾ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพระดับองค์กร คือ ระดับความพยายามขององค์กรในการทำให้ประชาชนที่เข้ามาใช้บริการ (To navigate) เข้าใจข้อมูลและการบริการ (To understand) และใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารและการบริการ (To use) เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้ง่ายขึ้นและสะดวกขึ้น เมื่อองค์กรหนึ่งประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพระดับองค์กร เพื่อสร้างแนวปฏิบัติและการบริการที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพทั่วทั้งองค์กรแล้ว องค์กรนั้นเรียกได้ว่า เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literate organization, HLO)

จังหวัดอำนาจเจริญ โดยกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ ได้มีการพัฒนาหน่วยงานในสังกัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ถือเป็นหน่วยงานบริการปฐมภูมิที่ใกล้ชิดประชาชน ในการพัฒนาหน่วยงานให้เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเกิดการเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค สามารถเลือกรับบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง เพิ่มความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเอง ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารและการบริการสุขภาพ จึงได้สนับสนุนให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข้าร่วมพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในปี 2566 ทั้งหมด 61 แห่ง พบว่า ประเมินตนเองผ่านเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 แห่ง (ร้อยละ 4.9) ของหน่วยงานที่สมัคร และมีหน่วยงานต้นแบบ 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ่อน ตำบลไม้กลอน อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพเหลือให้ผ่านเกณฑ์ทุกพื้นที่ในจังหวัดอำนาจเจริญ ผู้วิจัยจึงสนใจประเมินผลการขับเคลื่อนงานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ โดยประยุกต์ใช้รูปแบบประเมินชิป (CIPP Model)⁽¹³⁾ เพื่อนำข้อมูลปัจจัยที่ทำให้พัฒนางานองค์กรรอบรู้สุขภาพสู่ชุมชนรอบรู้สุขภาพและใช้เป็นแนวทางในการนำไปขยายผลในพื้นที่ต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลการขับเคลื่อนงานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ่อน ตำบลไม้กลอน อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ โดยใช้รูปแบบประเมินชิป (CIPP Model) ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบริบท ด้านนโยบาย ด้านกระบวนการ และผลลัพธ์

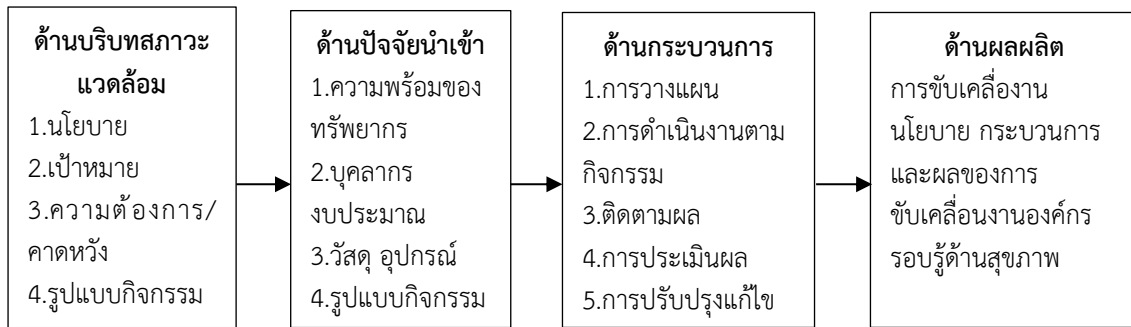
3. คำถามการวิจัย/สมมติฐานการวิจัย

คำถามการวิจัย การดำเนินงานพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ่อน ตำบลไม้กลอน อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญเป็นอย่างไร

สมมติฐานในการวิจัย ปัจจัยด้านบริบท ด้านนโยบาย ด้านกระบวนการ มีผลต่อการขับเคลื่อนงานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ่อน ตำบลไม้กลอน อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ

4. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและใช้รูปแบบประเมินชิป (CIPP Model) โดยนำมาประยุกต์ในกรอบแนวคิดในการทำวิจัยการประเมินผลการดำเนิน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

5. นิยามศัพท์เฉพาะ

การประเมิน หมายถึง การวัดผลการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ โดยใช้รูปแบบประเมินชิป (CIPP Model) ได้แก่ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการบริหารโครงการ และด้านผลผลิตการดำเนินงาน โดยการศึกษานี้จะประเมินผล ได้แก่ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในชุมชนของบุคคล คณะในระดับชุมชน รอบรู้ด้านสุขภาพ (HLC) ความเห็นต่อการแนวปฏิบัติตามแนวคิดองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลสุขภาพ ประชาชน และการรับรู้ข้อมูลการดำเนินงานด้านกระบวนการของของเจ้าหน้าที่

องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง องค์กรที่ยึดถือหลักการว่า การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคนในองค์กร มีการจัดระบบ กระบวนการ และบริการที่ให้ความสำคัญกับเรื่องข้อมูลและการสื่อสาร ที่เอื้อให้บุคลากรทุกคน มีความสามารถในการสื่อสาร การให้ข้อมูลสุขภาพ กิจกรรมสุขศึกษาที่มุ่งเน้นให้ผู้รับบริการ เกิดการเข้าถึง เข้าใจและนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลตนเอง ทางด้านสุขภาพโดยเฉพาะการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคล หมายถึง การกระทำอย่างต่อเนื่องของบุคคลที่เป็นการใช้ทักษะทางปัญญา (ด้านการคิด) และทักษะทางสังคม (การสื่อสาร 2 ทาง สนทนาแลกเปลี่ยนร่วมกัน) ในการเข้าถึงทำความเข้าใจ ประเมินข้อมูลและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดหรือเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมเกิดเป็นแรงจูงใจในตนเองใหม่ การตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลและจัดการสุขภาพตนเองได้ เพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ การศึกษาครั้งนี้ จะเน้นการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

การพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย 1.สร้างทีม (Form a team) 2.สร้างเส้นทางการปรับปรุงคุณภาพ (The path to improvement) 3.สร้างความตระหนัก (Raise awareness) 4.ระบบสนับสนุนและจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม (Improve supportive system) 5.ประเมินผล (Evaluation)

6. วิธีการดำเนินการวิจัย

6.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นวิจัยประเมินผลโดยใช้รูปแบบประเมินชิป (CIPP Model)

6.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ดังนี้

- 1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในบริบทของกลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ผอ.รพ.สต) จำนวน 2 คน

2) กลุ่มที่ให้ข้อมูลในบริบทของกลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 5 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใน 4 หมู่บ้าน ตำบลต้นแบบ หมู่บ้านละ 5 คน รวมจำนวน 28 คน

3) กลุ่มที่ให้ข้อมูลในบริบทของกลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ประชาชนที่เข้าร่วมกิจกรรมการสร้างความรู้รอบรู้สุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 101 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลข้อมูลด้านบริบทปัจจัยนำเข้ากลุ่มตัวอย่างใช้เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มข้อมูลเพื่อตกผลึกข้อมูลเชิงนโยบาย เลือกรูปแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่เป็นผู้บริหารของหน่วยงานพื้นที่ ตำบลบ้านถ่อน ตำบลไม้กลอน อำเภอนาหว้าจังหวัดอำนาจเจริญที่ทำหน้าที่สนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาระบบการรับรู้ด้านสุขภาพที่ส่งต่อการพัฒนาองค์การรับรู้ด้านสุขภาพทั้งในระดับจังหวัด ระดับอำเภอและระดับตำบล คือ สาธารณสุขอำเภอและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2) กลุ่มที่ให้ข้อมูลในบริบทของกลุ่มผู้ให้บริการจากกรณีศึกษาเพื่อประเมินผลด้านบริบท (Context) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านกระบวนการดำเนินงาน (Process) กลุ่มตัวอย่างใช้เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มข้อมูลโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่เป็นผู้ให้บริการประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับยาที่รพ.สต. และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เข้าร่วมกิจกรรมการสร้างความรู้รอบรู้ให้กับผู้ป่วยผู้ตรวจเบาหวานความดันโลหิตภายในหมู่บ้าน และคลินิกโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง

3) กลุ่มผู้รับบริการจากกรณีศึกษา เป็นกลุ่มที่ให้ข้อมูลผลการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างใช้เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มข้อมูลโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับยาที่รพ.สต. และ รพ. ในหมู่บ้านต้นแบบ จำนวน 101 คน

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria) การคัดออกใช้เฉพาะกลุ่มผู้รับบริการจากกรณีศึกษาที่เป็นกลุ่มที่ให้ข้อมูลผลการดำเนินงาน เมื่อพบว่าเป็นผู้ป่วยที่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมสร้างความรู้รอบรู้ หรือเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสุขภาพไม่ครบตามทุกกิจกรรม อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ หรือพูดภาษาไทยไม่ได้ มีปัญหาด้านสติปัญญาและไม่ยินยอมให้ข้อมูล

เกณฑ์การเลิกการศึกษา (Discontinuation criteria) ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สบายใจหรืออึดอัดกับการให้ข้อมูลสามารถออกจากโครงการได้ตลอดเวลาโดยการเลิกจากการศึกษาครั้งนี้ ไม่มีผลต่อการรักษาหรือผลกระทบต่ออาสาสมัคร

เกณฑ์การพิจารณาเลิกหรือยุติการศึกษาทั้งโครงการ (Terminal criteria for the study) การศึกษาครั้งนี้ หากมีผลกระทบต่อหน่วยงานที่ดำเนินการหรือผู้บริหารของหน่วยงานคิดว่าอาจส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของหน่วยงาน สามารถบอกยุติการศึกษาได้ทันที

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด การเข้าร่วมวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและการนำเสนอข้อมูลกระทำในภาพรวมเท่านั้น

6.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้บริหารสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นแบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อการขับเคลื่อนองค์การรับรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยด้านกระบวนการ ปัจจัยด้านผลผลิต ส่วนที่ 3 ปัญหา อุปสรรค และ

ข้อเสนอแนะ ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการขับเคลื่อน กระบวนการดำเนินงานต้องปรับปรุงอะไรบ้างความสำเร็จในการดำเนินการมีอะไรบ้าง

2) แบบสอบถามสำหรับเจ้าหน้าที่สังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อการประเมินปัจจัยด้านบริบท ปัจจัยด้านนำเข้า ปัจจัยด้านกระบวนการและปัจจัยด้านผลลัพธ์ ส่วนที่ 3 การรับรู้ ข้อมูลบริบททั่วกระบวนการดำเนินงานและภาพรวมของกระบวนการ ส่วนที่ 4 คำถามปลายเปิดเพื่อแสดงความคิดเห็นที่สะท้อนปัญหาข้อเสนอแนะการพัฒนา

3) แบบสอบถามสำหรับประชาชนที่สมัครเข้าร่วม ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 การรับรู้ ข้อมูลบริบททั่วไป การดำเนินงานและภาพรวมของกระบวนการ ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นต่อการประเมินปัจจัยด้านบริบท ปัจจัยด้านนำเข้า ปัจจัยด้านกระบวนการและปัจจัยด้านผลลัพธ์ ส่วนที่ 4 คำถามปลายเปิดเพื่อแสดงความคิดเห็นที่สะท้อนปัญหาข้อเสนอแนะการพัฒนา

6.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือตั้งแต่ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพและสร้างแบบสอบถามโดยผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามของยุพิน รอดประพันธ์⁽¹³⁾ นำแบบสอบถามเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา นำมาปรับปรุงให้ถูกต้อง หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.5 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ของครอนบาค (Cronbach)⁽¹⁴⁾ ได้ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ 0.85

6.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังกลุ่มตัวอย่าง ลงพื้นที่เพื่อรวบรวมข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ด้วยตนเองและแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองโดยกำหนดเก็บข้อมูลในการศึกษาในแต่ละด้าน ดังนี้

การประเมิน	ตัวแปรที่ประเมิน	แหล่งข้อมูล	เครื่องมือเก็บข้อมูล
1.ประเมินด้านบริบท สภาวะแวดล้อม	1.นโยบาย 2.เป้าหมาย 3.ความต้องการ/คาดหวัง 4.รูปแบบกิจกรรม	1.กลุ่มผู้บริหาร 2.กลุ่มผู้ให้บริการ	แบบสัมภาษณ์
2.ประเมินปัจจัยนำเข้า (Input)	1.บุคลากร 2.งบประมาณ 3.วัสดุ อุปกรณ์	1.กลุ่มผู้บริหาร 2.กลุ่มผู้ให้บริการ	แบบสอบถาม
3.ประเมินกระบวนการ (Process)	1.การวางแผน 2.การดำเนินงานตาม กิจกรรม 3.ติดตามผลดำเนินงาน 4.การประเมินผล 5.การปรับปรุงแก้ไข	1.กลุ่มผู้ให้บริการ	แบบสอบถาม

การประเมิน	ตัวแปรที่ประเมิน	แหล่งข้อมูล	เครื่องมือเก็บข้อมูล
4. ประเมินผลผลิต (Output)	ระดับความรู้ด้าน บุคคล ชุมชน และ คะแนนความเห็นต่อการ แนวปฏิบัติตามแนวคิด องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ	1.กลุ่มผู้ให้บริการ 2.กลุ่มผู้รับบริการ	แบบสอบถาม

6.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยกำหนดเกณฑ์ของบุญชม ศรีสะอาด⁽¹⁴⁾ แปลความหมายระดับดีมาก ค่าเฉลี่ยคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป เท่ากับ 4.00-5.00 ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนร้อยละ 60-79 เท่ากับ 3.00-3.99 และระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 เท่ากับ 1.00-2.99

7. ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 1) กลุ่มเจ้าหน้าที่และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องซึ่งขับเคลื่อนงานองค์กรรอบรู้สุขภาพต้นแบบ เพศหญิง ร้อยละ 78.6 อายุเฉลี่ย 52.07 ปี (S.D.=12.36) ส่วนใหญ่กลุ่มอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 71.3 ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 82.1 มีบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 82.1 รู้จักและรับข้อมูลข่าวสารเรื่ององค์กรรอบรู้สุขภาพ ร้อยละ 78.6 ทราบจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 60.7 และ 2) กลุ่มผู้รับบริการ เพศหญิง ร้อยละ 61.4 อายุเฉลี่ย 56.73 ปี (S.D.=6.47) ส่วนใหญ่กลุ่มอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 86.1 ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 90.1 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60.1 มารับบริการที่โรงพยาบาลเมื่อมีอาการเจ็บป่วยและมาตามนัด ร้อยละ 42.6 และ 37.6 ตามลำดับ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพอยู่ระดับดีมาก ร้อยละ 68.3 สุขภาพดีขึ้นกว่าเดิม ร้อยละ 85.1 ความพึงพอใจต่อการบริการภาพรวมอยู่ระดับดีมาก ($\bar{X}$ =4.62, S.D.=0.61) ร้อยละ 68.3 ถามข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผ่าน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและญาติพี่น้อง ร้อยละ 94.1, 70.3 และ 63.4 ตามลำดับ

ผลการประเมินการขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ปัจจัยด้านบริบทภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.92, S.D.=0.66) โดยเฉพาะเรื่องการประสานงานก่อให้เกิดความร่วมมืออย่างมีประสิทธิภาพ อยู่ระดับดีมาก ($\bar{X}$ =4.07, S.D.=0.76) ปัจจัยด้านนำเข้าภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.94, S.D.=0.72) มากที่สุด คือ ความชัดเจนของโครงการอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.96, S.D.=0.79) ปัจจัยด้านผลผลิต ภาพรวมอยู่ระดับดีมาก ($\bar{X}$ =4.16, S.D.=0.65) มากที่สุดคือ การให้คำแนะนำ/เทคนิคให้แก่ผู้เข้าร่วมจนสำเร็จ ($\bar{X}$ =4.22, S.D.=0.69) และมีระบบติดตามผู้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ($\bar{X}$ =4.18, S.D.=0.67) ตามลำดับ ด้านผลลัพธ์ ภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.96, S.D.=0.74) มากที่สุด คือ คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากการดำเนินการ ($\bar{X}$ =4.11, S.D.=0.78) และมีแนวปฏิบัติตามแนวคิดองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพชัดเจน ($\bar{X}$ =4.04, S.D.=0.79) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มเจ้าหน้าที่ จำแนกรายปัจจัย

ประเด็น	ระดับความคิดเห็น		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลค่า
1. ปัจจัยด้านบริบท	3.92	0.66	ปานกลาง
1.1 วัตถุประสงค์และเป้าหมายของโครงการมีความเหมาะสม	3.96	0.79	ปานกลาง
1.2 เป้าหมาย/ระยะเวลาดำเนินการสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้	3.89	0.68	ปานกลาง
1.3 สภาพแวดล้อมเหมาะสมกับการดำเนินงาน	3.79	0.68	ปานกลาง
1.4 การประสานงานก่อให้เกิดความร่วมมือ	4.07	0.76	ดีมาก
2. ปัจจัยด้านนำเข้า	3.94	0.72	ปานกลาง
2.1 ความชัดเจนของโครงการ	3.96	0.79	ปานกลาง
2.2 ได้รับการชี้แจงจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	3.93	0.82	ปานกลาง
2.3 มีการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานเกี่ยวข้อง	3.96	0.79	ปานกลาง
2.4 ได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้จากผู้เชี่ยวชาญ/ผู้มีทักษะ	3.93	0.81	ปานกลาง
3. ปัจจัยด้านกระบวนการ	4.21	0.68	ดีมาก
3.1 มีการบูรณาการการทำงานอย่างมีส่วนร่วม	4.21	0.78	ดีมาก
3.2 กำหนดเป้าหมายและกิจกรรมที่ชัดเจน	4.21	0.73	ดีมาก
3.3 มีการส่งต่อข้อมูลและบันทึกข้อมูลอย่างถูกต้องตรงเวลา	4.21	0.73	ดีมาก
3.4 การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน	4.21	0.73	ดีมาก
4. ปัจจัยด้านผลผลิต	4.16	0.65	ดีมาก
4.1 มีระบบติดตามผู้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน	4.18	0.67	ดีมาก
4.2 ให้คำแนะนำ/เทคนิคให้แก่ผู้เข้าร่วมจนสำเร็จ	4.22	0.69	ดีมาก
4.3 ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วม	4.11	0.68	ดีมาก
4.4 ความร่วมมือของคนในชุมชน	4.14	0.65	ดีมาก
5. ด้านผลลัพธ์	3.96	0.74	ปานกลาง
5.1 คะแนนระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในชุมชน HL บุคคล	3.82	0.90	ปานกลาง
5.2 คะแนนระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLC)	3.86	0.84	ปานกลาง
5.3 แนวปฏิบัติตามแนวคิดองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ	4.04	0.79	ดีมาก
5.4 สามารถควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	4.00	0.77	ดีมาก
5.5 คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากการดำเนินการ	4.11	0.78	ดีมาก

ระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยต่าง ๆ พบว่า กลุ่มผู้รับบริการ ปัจจัยด้านบริบทภาพรวมอยู่ระดับดีมาก ($\bar{X}$ =4.68, S.D.=0.43) มากที่สุด คือ เจ้าหน้าที่มีความสามารถในการดูแลและให้ข้อมูลสุขภาพ ($\bar{X}$ =4.75, S.D.=0.43) ปัจจัยด้านนำเข้าภาพรวมอยู่ระดับดีมาก ($\bar{X}$ =4.72, S.D.=0.42) มากที่สุด คือ เจ้าหน้าที่มีความตั้งใจให้บริการอย่างเต็มที่ ($\bar{X}$ =4.74, S.D.=0.44) มีการถ่ายทอดความรู้ ข้อมูลด้านสุขภาพที่ ต้องความต้องการ ($\bar{X}$ =4.71, S.D.=0.45) ตามลำดับ ปัจจัยด้านกระบวนการภาพรวมอยู่ระดับดีมาก ($\bar{X}$ =4.67, S.D.=0.48) มากที่สุด คือ มีการดำเนินการรับสมัครให้เข้าร่วมกิจกรรมอย่างดีและชัดเจน ($\bar{X}$ =4.68, S.D.=0.51) ปัจจัยด้านผลผลิตภาพรวมอยู่ระดับดีมาก ($\bar{X}$ =4.65, S.D.=0.48) มากที่สุด คือ ความพึงพอใจต่อการให้บริการ ($\bar{X}$ = 4.69, S.D.= 0.48) และช่องทางการให้คำแนะนำ/ชักชวนเข้าร่วม ($\bar{X}$ =4.65, S.D.=0.49) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มผู้รับบริการต่อปัจจัยต่าง ๆ ในการดำเนินงาน

ประเด็น	ระดับความคิดเห็น		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลค่า
1. ปัจจัยด้านบริบท	4.68	0.43	ดีมาก
1.1 เป้าหมายของการดำเนินงานเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ	4.65	0.51	ดีมาก
1.2 เจ้าหน้าที่มีความสามารถในการดูแลและให้ข้อมูลสุขภาพ	4.75	0.43	ดีมาก
1.3 สภาพแวดล้อมในพื้นที่และสถานที่เหมาะสมกับการให้บริการ	4.65	0.47	ดีมาก
2. ปัจจัยด้านนำเข้า	4.72	0.42	ดีมาก
2.1 มีการจัดการและบริหารที่ดีด้านการให้บริการสุขภาพ	4.69	0.46	ดีมาก
2.2 เจ้าหน้าที่มีความตั้งใจให้บริการอย่างเต็มที่	4.74	0.44	ดีมาก
2.3 มีการถ่ายทอดความรู้ ข้อมูลด้านสุขภาพที่ตรงความต้องการ	4.71	0.45	ดีมาก
3. ปัจจัยด้านกระบวนการ	4.67	0.48	ดีมาก
3.1 มีการให้ข้อมูลและประชาสัมพันธ์การให้บริการที่ชัดเจน	4.66	0.51	ดีมาก
3.2 มีการดำเนินการรับสมัครให้เข้าร่วมกิจกรรมดีและชัดเจน	4.68	0.51	ดีมาก
3.3 มีช่องทางสื่อสารซักถามและเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม	4.67	0.51	ดีมาก
4. ปัจจัยด้านผลผลิต	4.65	0.48	ดีมาก
4.1 ความพึงพอใจในช่องทางการให้คำแนะนำ/ซักชวนเข้าร่วม	4.65	0.49	ดีมาก
4.2 ความพึงพอใจการติดตามและการประเมินผล	4.62	0.54	ดีมาก
4.3 ความพึงพอใจในภาพรวม	4.69	0.48	ดีมาก

การรับรู้การดำเนินงานกระบวนการขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ

กลุ่มเจ้าหน้าที่ ภาพรวมการรับรู้อยู่ระดับดีมาก ($\bar{X}=4.41$, S.D.=0.68) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ ($\bar{X}=4.79$, S.D.=0.83) ด้านการนำองค์กรของผู้บริหาร ($\bar{X}=4.59$, S.D.=0.90) ด้านสนับสนุนและนโยบายจากผู้นำ ($\bar{X}=4.34$, S.D.=0.67) ด้านการติดตามประเมิน ($\bar{X}=4.20$, S.D.=0.65) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มเจ้าหน้าที่ต่อการรับรู้การดำเนินงานกระบวนการ

ประเด็นการรับรู้การดำเนินงานกระบวนการ	ระดับความคิดเห็น		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลค่า
ด้านการนำองค์กรของผู้บริหาร	4.59	0.90	ดีมาก
ด้านสนับสนุนและนโยบายจากผู้นำ	4.34	0.67	ดีมาก
ด้านกำลังคน	4.28	0.56	ดีมาก
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ	4.79	0.83	ดีมาก
ด้านการติดตามประเมิน	4.20	0.65	ดีมาก
ภาพรวม	4.41	0.68	ดีมาก

กลุ่มผู้บริการภาพรวมการรับรู้อยู่ระดับดีมาก ($\bar{X}=4.63$, S.D.=0.44) คือ ด้านกำลังคน ($\bar{X}=4.69$, S.D.=0.44) ด้านสนับสนุนและนโยบายจากผู้นำ ($\bar{X}=4.66$, S.D.=0.44) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ ($\bar{X}=4.56$, S.D.=0.71) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้รับบริการต่อการรับรู้การดำเนินงานกระบวนการ

ประเด็นการรับรู้การดำเนินงานกระบวนการ	ระดับความคิดเห็น		
	$\bar{x}$	S.D.	แปลค่า
ด้านสนับสนุนและนโยบายจากผู้นำ	4.66	0.44	ดีมาก
ด้านกำลังคน	4.69	0.44	ดีมาก
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ	4.56	0.71	ดีมาก
ด้านการติดตามประเมินผล	4.62	0.61	ดีมาก
ภาพรวม	4.63	0.47	ดีมาก

แนวทางการขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า การขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ การทำงานในชุมชนต้องเข้าถึงชุมชน เข้าใจบริบทของพื้นที่ การประสานทั้งทางแนวดิ่งและแนวราบ ทำงานในพื้นที่ต่างกันจะใช้แนวทางเดียวกันไม่ได้ต้องอาศัยคนในพื้นที่มาร่วมทำงาน แนวทางดำเนินงาน คือ 1) รูปแบบการดำเนินงาน 2) ใช้คณะกรรมการเป็นผู้กำหนดทิศทาง แผนและงบประมาณพร้อมติดตามประเมินผลระดับหมู่บ้าน 3) มีขั้นตอนการขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านก่อนที่ชัดเจน 4) กำหนดตัวชี้วัด และ 5) ติดตามและประเมินอย่างต่อเนื่องทั้งด้านความเข้มแข็งของชุมชนและระบบการจัดการ ผลลัพธ์ตามประเด็นปัญหาที่ดำเนินการและวิธีปฏิบัติที่เป็นแบบอย่าง ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แนวทางการขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพของพื้นที่

ประเด็น	แนวทางการพัฒนา
รูปแบบการดำเนินงาน	มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านก่อนเป็นประธานมีคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับตำบล กำหนดเกณฑ์และคุณสมบัติของคณะกรรมการ คัดเลือกตัวแทนจากผู้นำชุมชนที่มีภาวะผู้นำ เป็นที่ศรัทธาของชุมชน และ อสม. ในหมู่บ้านที่มีความตั้งใจและพร้อมขับเคลื่อนดำเนินการ
กำหนดตัวชี้วัด	1. ร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการพัฒนาส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 100 2. คะแนนความเห็นต่อการแนวปฏิบัติตามแนวคิดองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 99.35 3. คะแนนระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLC) ร้อยละ 98.52 4. คะแนนระดับความรู้ด้านสุขภาพในชุมชน (HL) ระดับบุคคล ร้อยละ 94.46
กลไกขับเคลื่อน	ใช้คณะกรรมการเป็นผู้กำหนดทิศทาง แผนและงบประมาณพร้อมติดตามประเมินผลระดับหมู่บ้าน โดยนำประเด็นมุ่งของอำเภอกำหนดเป็นแผนงานของพื้นที่ คือ ปัญหาผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ และโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง นับวันจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ประเด็น	แนวทางการพัฒนา
ขั้นตอนในการขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ่อน	1. สมัครเข้าร่วมการขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ ระบบปฏิบัติการ “สาสุข อุ๋นใจ” ประเมินในระบบ 2 ครั้ง 2. จัดทำแผนงานโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติตามแนวคิดองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ 3. ประชุมภายในองค์กร เพื่อสื่อสารทิศทางนโยบาย และพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกมิติ (Quality rally 2023) 4. พัฒนาเจ้าหน้าที่ทั้งหมดในองค์กรเข้าร่วมกระบวนการขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในพื้นที่และตอบแบบสำรวจความเห็นต่อแนวปฏิบัติตามแนวคิดองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ 5. มีการพัฒนาระบบการให้ข้อมูล และการรับข้อเสนอแนะของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลากหลายช่องทาง เช่น เพจ เฟสบุ๊ก โทรศัพท์ บอร์ดนิทรรศการความรู้ แผ่นพับ 6. ปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ กำหนดจุดให้บริการที่เป็นสัดส่วน/โซน ผู้ให้บริการแต่ละจุดบริการ/โซน ให้คำแนะนำและช่วยเหลือได้ในกรณีที่ผู้ใช้บริการร้องขอ 7. จัดทำป้ายบอกทางต่าง ๆ ที่เส้นทางเดินบอกห้อง/แผนก/จุดบริการต่าง ๆ
ติดตามประเมิน	ทบทวนกระบวนการ ผลลัพธ์ สรุปบทเรียนการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องทั้งระดับตำบลและภาพรวมของอำเภอ
การประเมินผล	ประเมินผลลัพธ์ทั้งด้านความเข้มแข็งของชุมชนและระบบการจัดการ ผลลัพธ์ตามประเด็นปัญหาที่ดำเนินการและวิธีปฏิบัติที่ดีนวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

8. สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มเจ้าหน้าที่และกลุ่มผู้รับบริการหรือผู้สมัครเข้าร่วม มีความคิดเห็นต่อการดำเนินงานในพื้นที่อยู่ระดับดีมาก โดยเฉพาะกลุ่มผู้รับบริการภาพรวมอยู่ระดับดีมากทั้งปัจจัยด้านบริบท ปัจจัยด้านนำเข้า ปัจจัยด้านกระบวนการ ปัจจัยด้านผลผลิต ปัจจัยด้านบริบท การศึกษาพบว่า

8.1 กลุ่มเจ้าหน้าที่

1) ปัจจัยด้านบริบท ประกอบ การกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายของโครงการ ความเหมาะสมของระยะเวลาการดำเนินงานสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ สภาพแวดล้อมเหมาะสมกับการดำเนินงานและการประสานงานก่อให้เกิดความร่วมมือ พบว่า ปัจจัยบริบทการประสานงานอยู่ในระดับดีมาก ทำให้เกิดความร่วมมืออย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ และบริบทด้านสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับการดำเนินงานเป็นประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างให้ระดับน้อยที่สุด สะท้อนให้เห็นว่า การประสานงานในภาพของหน่วยงานหรือผู้เกี่ยวข้องมีการขับเคลื่อนได้ดี เกิดการประสานงานที่ดี ช่วยให้การดำเนินงานขับเคลื่อนด้านองค์กรรอบรู้สุขภาพได้ เนื่องจากการทำงานในพื้นที่ต่างกันจะใช้แนวทางเดียวกันไม่ได้⁽¹⁷⁾ ต้องอาศัยคนในพื้นที่มาร่วมทำงานโดยเฉพาะปัจจัยด้านบุคคลที่สำคัญมาจากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ของหมู่บ้าน⁽¹⁸⁾ ทำหน้าที่ในการประสานงานทุกระดับ ทำให้การพัฒนา HLO ให้ประสบผลสำเร็จต้องอาศัยคณะทำงานมาช่วยทำแผนพัฒนาและประเมินผล⁽¹⁹⁾

2) ปัจจัยด้านนำเข้าทั้งด้านความชัดเจนของโครงการ การชี้แจง การสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานเกี่ยวข้องและรับการถ่ายทอดองค์ความรู้จากผู้เชี่ยวชาญ การศึกษานี้ สะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยด้านการนำเข้าในมุมมองของกลุ่มเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากใช้คณะกรรมการเป็นผู้กำหนดทิศทาง แผนและ

งบประมาณ ซึ่งการที่คณะกรรมการฯ ที่มาจากพื้นที่เป็นผู้กำหนดและดำเนินการอาจจะยังไม่เพียงพอสำหรับการขับเคลื่อนงานเท่าหน่วยงานหรือภาครัฐ การประเมินองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพในหน่วยบริการสาธารณสุข พบว่าการสนับสนุนนโยบายและงบประมาณจากผู้นำช่วยพัฒนาองค์กรให้ประสบผลสำเร็จ⁽¹⁹⁾ ปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ ต้นทุนด้านการบริหารจัดการการสื่อสารและช่องทางการสื่อสารอยู่ในระดับดีสามารถให้การปฏิบัติงานบรรลุผลสำเร็จ หากสามารถสนับสนุนได้มากขึ้นจะช่วยขับเคลื่อนงานได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น⁽²⁰⁾

3) ปัจจัยด้านกระบวนการ มีการบูรณาการทำงานอย่างมีส่วนร่วม กำหนดเป้าหมายและกิจกรรมที่ชัดเจน ส่งต่อข้อมูลอย่างถูกต้องตรงเวลาและติดตามประเมินผลการดำเนินงาน กลุ่มเจ้าหน้าที่ที่มีความคิดเห็นอยู่ระดับมาก อาจเกิดจากรูปแบบการดำเนินงานของพื้นที่มีการทำงานโดยใช้คณะกรรมการเป็นผู้ดำเนินการร่วมกับเจ้าหน้าที่ในการกำหนดแผนและงบประมาณเพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ โดยใช้ขั้นตอนขับเคลื่อนองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของกรมอนามัย⁽²¹⁾ มาใช้ในการทำงานส่งผลต่อการทำงานที่ชัดเจนมากขึ้น ในการพัฒนาองค์การรอบรู้สุขภาพการจัดการสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชนด้านสุขภาพมีผลต่อสุขภาพ โดยเน้นการจัดบริการ การคัดกรองเลือกบริการ การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ภายใต้กระบวนการพัฒนาให้เข้าถึง เข้าใจ ตอบโต้ ชักถาม ตัดสินใจ ปฏิบัติและบอกต่อในหน่วยบริการสุขภาพ ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลที่ต้องเริ่มจากตนเองในสภาพแวดล้อมที่เอื้อในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ศูนย์บริการชุมชน สถานบริการสาธารณสุข โรงพยาบาล สถานศึกษา ที่ทำงาน สถานประกอบการ⁽²²⁾ และการสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพไปใช้พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสุขภาพภาครัฐ พบว่า อัตราการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่มีมากขึ้น และนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ในวิถีปฏิบัติประจำวันมากขึ้น⁽²³⁾

4) ปัจจัยด้านผลผลิตของพื้นที่ ประเมินผลเกี่ยวกับระบบติดตามผู้เข้าร่วมกิจกรรม การให้คำแนะนำและเทคนิคการดูแลสุขภาพให้แก่ผู้เข้าร่วมจนสำเร็จ ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วม ความร่วมมือของคนในชุมชน การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มเจ้าหน้าที่ที่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก อาจเป็นผลมาจากการดำเนินงานโดยใช้คณะกรรมการที่เป็นสมาชิกของพื้นที่ในการจัดกิจกรรม ติดตามและประเมินผล พบว่าตอบสนองกับสภาพปัญหาความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ ผู้นำสนับสนุนนโยบายร่วมกับคณะทำงานจัดแผนพัฒนาและประเมินผลช่วยให้การดำเนินงานสำเร็จ⁽¹⁹⁾ ซึ่งการถ่ายทอดให้เจ้าหน้าที่ คณะกรรมการได้รับรู้ปัญหา โดยสนับสนุนการจัดการบริการและสร้างสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ให้บริการ เข้าถึงอย่างสะดวก เข้าใจง่าย สามารถเรียนรู้และนำไปปรับใช้อย่างเหมาะสม ช่วยสะท้อนเป้าหมายในการจัดบริการที่มีคุณภาพ ถึงแม้ลักษณะขององค์กรที่เข้าร่วมกิจกรรมอาจมีความแตกต่างกัน อีกทั้งอาจมีอิทธิพลจากปัจจัยอื่น เช่น ประเภทสถานบริการสุขภาพ ผู้บริการ ลักษณะที่ตั้ง^(17, 19-21)

8.2 กลุ่มผู้รับบริการหรือผู้สมัครเข้าร่วม

1) ปัจจัยด้านบริบท ประกอบด้วย เป้าหมายของการดำเนินงานเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพเจ้าหน้าที่มีความสามารถในการดูแลในการให้ข้อมูลสุขภาพ การจัดสภาพแวดล้อมในพื้นที่และสถานที่เหมาะสมกับการให้บริการอยู่ในระดับมาก เนื่องจากมีการขับเคลื่อนงานที่เข้าถึงชุมชน มีจิตอาสา เข้าใจบริบทของพื้นที่เป็นหลัก⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ โดยมีบทบาทหน้าที่ในการประสานทั้งทางแนวดิ่งและแนวราบในการทำงานในพื้นที่ต่างกันจะใช้แนวทางเดียวกันไม่ได้ต้องอาศัยคนในพื้นที่มาร่วมทำงาน⁽¹⁷⁾ ซึ่งบุคคลสำคัญคือ อาสาสมัครสาธารณสุขของหมู่บ้าน (อสม.)⁽¹⁸⁾ ที่เป็นผู้ช่วยประสานงานกับประชาชนในพื้นที่ระดับ โดยอสม. ที่มีความรอบรู้อยู่ในระดับพอใช้ต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ2ส มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ($r=.539$) สะท้อนให้เห็นว่าอสม.ที่มีความรอบรู้ดีจะช่วยสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย

2) ปัจจัยด้านนำเข้า การจัดการและบริหารที่ดีด้านการให้บริการสุขภาพ เจ้าหน้าที่ที่มีความตั้งใจให้บริการอย่างเต็มที่อยู่ระดับมาก จะเห็นได้ว่า มีการพัฒนางานตามขั้นตอนการขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้สุขภาพของกรมอนามัย⁽²¹⁾ โดยเฉพาะการพัฒนาเจ้าหน้าที่ในองค์กรที่เข้าร่วมกระบวนการขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีส่วนร่วมพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในพื้นที่ โดยเฉพาะการปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น กำหนดจุดให้บริการที่เป็นสัดส่วนแบ่งโซนบริการ มีผู้ให้บริการแต่ละจุดบริการที่ให้คำแนะนำและช่วยเหลือได้ในกรณีที่ผู้ใช้บริการร้องขอเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อการขับเคลื่อนงาน⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ ถือเป็นกระบวนการพัฒนาให้เข้าถึง เข้าใจ ตอบโต้ซักถาม ตัดสินใจ ปฏิบัติและบอกต่อในหน่วยบริการสุขภาพ ตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของวชิระ เพ็งจันทร์⁽²²⁾ กล่าวว่า การพัฒนาองค์กรรอบรู้สุขภาพเป็นการจัดการสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน เพื่อมุ่งเน้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลที่ต้องเริ่มจากตนเองในสภาพแวดล้อมที่เอื้อในการดูแลสุขภาพ ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ การจัดระบบบริการและจัดการสิ่งแวดล้อมจึงเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ

3) ปัจจัยด้านกระบวนการ มีการให้ข้อมูลและประชาสัมพันธ์การให้บริการที่ชัดเจน รับสมัครเข้าร่วมกิจกรรม มีช่องทางสื่อสารซักถามและเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะช่องทางการให้คำแนะนำ/ซักชวนเข้าร่วม สอดคล้องกับระดับความรู้สึกต่อการบริการ พบว่า ส่วนใหญ่มีการความรู้สึกดีมาก และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากการสอบถาม อสม. และโทรหาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สะท้อนให้เห็นว่า การเข้าถึงข้อมูลของประชาชนในหมู่บ้านยังใช้การสื่อสารสุขภาพหรือรับความรู้จากกลุ่มเจ้าหน้าที่และอสม. ถือเป็น การสื่อสารสองทางและสามารถโต้ตอบได้ทันที^(8,9) ที่ว่าความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล รับข้อมูล ความเข้าใจข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่จำเป็นจะมาจากบุคคลใกล้ชิด^(9,18) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สื่อสิ่งพิมพ์และสื่อดิจิทัล เป็นต้น^(18,22) ดังนั้น การที่จะกระตุ้นให้บุคคลยอมรับข้อมูลและทำความเข้าใจจนกระทั่งสามารถตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต้องเกิดจากความไว้วางใจ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ และต้องวางแผนและกำหนดวิธีการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเองเพื่อการมีสุขภาพดีเป็นเป้าหมายจะช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนสุขภาพได้อย่างยั่งยืน เห็นได้จากระดับความคิดเห็นด้านปัจจัยด้านบริบทที่กลุ่มผู้รับบริการมีความคิดเห็นมากที่สุด คือ เจ้าหน้าที่ที่มีความสามารถในการดูแลและให้ข้อมูลสุขภาพ

4) ปัจจัยด้านผลผลิต มีการบูรณาการทำงานอย่างมีส่วนร่วม มีการกำหนดเป้าหมายกิจกรรมชัดเจน มีการส่งต่อข้อมูล บันทึกข้อมูลอย่างถูกต้องตรงเวลา ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ในเรื่องการให้คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วม และมีแนวปฏิบัติตามแนวคิดองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพชัดเจน เข้าถึงข้อมูล เข้าถึงบริการ และการติดตามประเมินผลช่วยพัฒนา HLO ให้ประสบผลสำเร็จ⁽¹⁹⁾ ในการพัฒนาองค์กรรอบรู้สุขภาพ ประกอบด้วย 1) ด้านผู้นำและโครงสร้างองค์กร ผู้บริหารเปิดใจ มีวิสัยทัศน์ในการพัฒนา มีโครงสร้างองค์กรที่ยืดหยุ่นสะดวกต่อการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับดี 2) ด้านการบริหารจัดการ การสื่อสารและช่องทางการสื่อสารอยู่ในระดับดี 3) ด้านบุคลากรมีความมุ่งมั่นจะพัฒนาตนเอง มีความสามารถในการปฏิบัติงานให้บรรลุผลสำเร็จและความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับดีมาก ส่งผลต่อการขับเคลื่อนงานพัฒนาองค์กรรอบรู้สุขภาพ⁽²⁰⁾ ซึ่งปัจจัยความสำเร็จในการขับเคลื่อนงาน ประกอบด้วย ผู้นำองค์กรให้ความสำคัญ ประกาศเป็นนโยบาย ถ่ายทอดให้เจ้าหน้าที่รับรู้และสนับสนุนการจัดบริการและสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ด้านสุขภาพ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ และด้านกำลังคนหากมีการส่งเสริมสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่พัฒนาความรู้ในทุก ๆ ด้าน ปลุกฝังให้เจ้าหน้าที่เป็นมิตรและมีจิตให้บริการแก่ผู้ใช้บริการ รับฟังข้อเสนอและนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ดียิ่งขึ้น⁽¹⁸⁾ ตลอดจนด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการที่มีการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย หลากหลายช่องทางเพื่อสื่อสารข้อมูลถึงผู้ใช้บริการอย่างรวดเร็วถูกต้องช่วยในการดูแลผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วม เข้าใจสภาวะสุขภาพของตนเอง สามารถสืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพ เปรียบเทียบข้อเท็จจริงของข่าวสารทางสุขภาพ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ด้านสุขภาพที่ดี ประเมินปัญหาสุขภาพของตนเองและสามารถ

ตัดสินใจเลือกใช้ทักษะต่าง ๆ มาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองได้⁽²⁴⁾ และด้านการติดตามประเมินผลโดยผู้บริหารกำกับติดตาม รับฟังความเห็นจากเจ้าหน้าที่และผู้ใช้บริการ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข พัฒนาให้ดียิ่งขึ้น

การรับรู้การดำเนินงานและกระบวนการขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ทั้งกลุ่มเจ้าหน้าที่และผู้ใช้บริการภาพรวมมีการรับรู้ในระดับดีมาก โดยกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่มีการรับรู้ในระดับมากที่สุดเกี่ยวกับด้านการรับรู้ด้านกำลังคน การรับรู้ด้านการนำองค์กรของผู้บริหาร และด้านสนับสนุนและนโยบายจากผู้นำ แต่ยังมีประเด็นที่น่าสนใจในกลุ่มผู้บริการจะมีการรับรู้ที่น้อยที่สุดด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ เนื่องจากเมื่อต้องการข้อมูลสุขภาพจะสอบถามจาก อสม. และเจ้าหน้าที่เป็นหลัก ซึ่งการขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพยังจำกัดอยู่เฉพาะกลุ่มเจ้าหน้าที่ในการที่มีความสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ด้วยตนเองด้วยการค้นหาข้อมูล ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam^(8,9) ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล (Access) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) การจัดการตนเอง (Self-management) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) และทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) และการพัฒนาความรู้ของประชาชน แบ่งไว้ 3 ระดับ⁽²²⁾ คือ ระดับ 1 Basic functional literacy เป็นความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ที่บุคคลมีสมรรถนะในการอ่านและเขียน ให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ จัดเป็นทักษะพื้นฐาน ด้านการอ่านและเขียนที่จำเป็นด้านบริบททางสุขภาพ เช่น การอ่านใบยินยอม ฉลากยา การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ข้อความเขียนและวาทะจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร การปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น การรับประทานยา นัดหมาย เป็นต้น ระดับ 2 Communicative interactive literacy ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน สมรรถนะในการใช้ความรู้และการสื่อสาร มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ รู้เท่าทัน มีทักษะทางสังคมที่ทำให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น รู้จักซักถาม ผู้รู้ การถ่ายทอดความรู้ที่ตนเองมีให้ผู้อื่นได้เข้าใจ เพื่อเพิ่มพูนความสามารถทางสุขภาพมากขึ้น และระดับ 3 Critical literacy ขั้นวิจารณ์ญาณ สมรรถนะในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้คงตัวอย่างต่อเนื่อง อาจจะเกี่ยวกับลักษณะของผู้รับบริการที่ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้เอง การศึกษานี้ กลุ่มผู้บริการมีรับรู้ในระดับดี อาจจะมาจากการเข้าถึงข้อมูลด้วยการสอบถามข้อมูลกับอสม.และเจ้าหน้าที่เป็นหลัก ซึ่งการสร้างความรู้จำเป็นต้องปรับให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ แต่สิ่งสำคัญ คือ การพัฒนาศักยภาพทีมในพื้นที่เพื่อสื่อสารสร้างความรู้ยังเป็นสิ่งสำคัญ⁽¹⁸⁾ จะส่งผลต่อสุขภาพของกลุ่มผู้บริการ เห็นได้จากข้อมูลในการศึกษานี้ ระดับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้บริการส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมากและประเมินสุขภาพปัจจุบันของตนเองว่าดีขึ้นกว่าเดิม

แนวทางการขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพโดยอาศัยการทำงานในชุมชน เข้าถึงชุมชน มีจิตอาสา และเข้าใจบริบทของพื้นที่ จะเห็นว่าการศึกษานี้จะเป็นการประสานทั้งทางแนวดิ่งและแนวราบพื้นที่ต่างกันจะใช้แนวทางเดียวกันไม่ได้⁽¹⁵⁾ การทำงานต้องอาศัยคนในพื้นที่มาร่วมทำงานและความสำเร็จในการดำเนินการมีปัจจัยบุคคลสำคัญมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขของหมู่บ้าน (อสม.)⁽¹⁸⁾ และกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน มีการมอบหมายงานผู้รับผิดชอบงานหลักและคณะทำงานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพของหน่วยงานโดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ่อนเป็นประธานคณะดำเนินการและแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับตำบล ใช้คณะกรรมการเป็นผู้กำหนดทิศทาง แผนและงบประมาณพร้อมติดตามประเมินผลระดับหมู่บ้าน โดยนำประเด็นมุ่งของอำเภอมากำหนดเป็นแผนงานของพื้นที่ จัดทำแผนการขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ่อนที่ชัดเจน กำหนดตัวชี้วัด ติดตามและประเมินอย่างต่อเนื่องทั้งด้านความเข้มแข็งของชุมชนและระบบการจัดการ ผลลัพธ์ตามประเด็นปัญหาที่ดำเนินการและวิธีปฏิบัติที่ดี นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่างส่งผลต่อความสำเร็จ สิ่งสำคัญ คือการสนับสนุนนโยบายจากผู้นำ โครงสร้างองค์กร ผู้บริหารเปิดใจและมีวิสัยทัศน์ การติดตาม การประเมินผล และต้องมีคณะทำงานจัดแผนพัฒนา

ที่ยืดหยุ่น สะดวกต่อการเปลี่ยนแปลง เน้นบริหารจัดการ สื่อสาร กำหนดช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย และ บุคคลมีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงาน จะช่วยให้บรรลุผลสำเร็จ⁽¹⁸⁻²¹⁾

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 ข้อเสนอแนะในการศึกษานี้

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1) หน่วยงานและภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในพื้นที่ควรตระหนักในบทบาท ทั้งในแนวราบและ แนวตั้ง ทำงานด้วยความยืดหยุ่นให้มากขึ้น นอกเหนือจากการปฏิบัติงานตามสายการบังคับบัญชา ควรเพิ่ม บทบาทขององค์กรอื่น ๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างความรอบรู้สุขภาพในพื้นที่ เช่น การดึงท้องถิ่น โรงเรียนและชุมชนเข้ามาทำงานสนับสนุนการทำงานในพื้นที่ด้วย

2) สร้างความรู้ความเข้าใจเพื่อลดข้อผิดพลาดในการดำเนินงานในโครงการอย่างชัดเจนแก่ เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการ และประชาชนที่สมัครใจเข้าร่วม เน้นการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ข่าวสารให้ ทราบอย่างต่อเนื่อง

3) ควรกระจายกำลังคนให้เหมาะสมกับภาระงานรับผิดชอบ เช่น การจัดสรรกำลังคนให้ สอดคล้องกับปริมาณงานและปริมาณการให้บริการกับประชาชน โดยคำนึงความจำเป็นและความเหมาะสม

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1) การดำเนินงานขององค์กรรอบรู้ด้านให้ประสบผลสำเร็จต้องอาศัยผู้นำองค์กรในการประกาศ นโยบายและถ่ายทอดให้เจ้าหน้าที่รับรู้และสนับสนุนการจัดบริการและสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ผู้ใช้บริการ เข้าถึงอย่างสะดวก เข้าใจง่าย สามารถเรียนรู้และนำไปปรับใช้อย่างเหมาะสม

2) เจ้าหน้าที่และผู้ให้บริการ ต้องสะท้อนเป้าหมายในการจัดบริการที่มีคุณภาพจากการความ คิดเห็นของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการเพื่อสื่อสารข้อมูลเป็นสิ่งที่สำคัญ จึงควรมีติดตามและประเมินอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านความเข้มแข็งของชุมชนและระบบการจัดการ ผลลัพธ์ตามประเด็นปัญหาที่ดำเนินการและวิธีปฏิบัติที่ ดีนวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

3) ควรมีการสอบถามและประเมินความต้องการของผู้รับบริการ อย่างสม่ำเสมอต่อการเพื่อนำ ข้อเสนอแนะไปปรับปรุงบริการ

4) หน่วยบริการสาธารณสุข ควรนำข้อเสนอแนะและความต้องการของผู้รับบริการมาพิจารณา ร่วมกันในการออกแบบ วางแผน และดำเนินการปรับปรุงคุณภาพการบริการโดยการส่งคณะทำงาน และนำผล การประเมินฯ มาทำแผนปรับปรุงองค์กรเพื่อส่งเสริมให้ผู้รับบริการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสาร และบริการของหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง

5) หน่วยงานควรมีการพัฒนาสื่อที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ให้สามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว หากกลุ่มผู้บริการมีปัญหาเรื่องการอ่าน ควรออกแบบสื่อความรู้วีดิโอ หรือสโปทวิทยุ เพื่อ สื่อสารให้ประชาชนในพื้นที่เข้าถึงและเรียนรู้ด้วยตนเองได้

6) ควรมีการพัฒนาผู้นำ (Leader) และพัฒนา Health coach เพื่อการขยายสู่ชุมชน เพื่อให้ ความรู้ด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพเชิงรุก เช่น โครงการ“ใกล้บ้าน ใกล้ใจ”

7) มีการพัฒนาระบบการให้ข้อมูลและการรับข้อเสนอแนะของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลากหลายช่องทาง เช่น เพจ เฟสบุ๊ก โทรศัพท์ บอร์ดนิทรรศการความรู้ แผ่นพับ

8) ควรจัดทำพัฒนาศักยภาพ และการฝึกอบรมให้เจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง

9.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาประเมินผล ข้อมูลที่ได้ควรมีให้นำข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นมาพัฒนาปรับปรุง และควรมีการศึกษาวิจัยที่เป็นเชิงกระบวนการขยายเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วมกับประชาชนในชุมชนในการจัดการกับปัญหาสุขภาพและปัจจัยสุขภาพในชุมชนต่อไป

10. เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติประเด็น (13) การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 6 ม.ค. 2567] เข้าถึงได้จาก: <http://nscr.nesdb.go.th/wp-content/uploads/2020/08/FVCT-เล่ม-13.pdf>
2. คณะกรรมการร่างรัฐธรรมนูญ. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย. สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. กรุงเทพฯ: สำนักการพิมพ์สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร; 2560.
3. Sorensen K, Brand H. Health literacy lost in translations? Introducing the European health literacy glossary. Health Promot Int 2014;29(4):634-44.
4. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012;12:80.
5. กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564). [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 6 ม.ค. 2567] เข้าถึงได้จาก hpc.go.th/data/HL/nationalHealthDevelopment12.pdf
6. วิมล โธมา, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ.2562. สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน. กรุงเทพฯ: ฟันนี้พับลิชชิง; 2563.
7. นิสา ปัญญา. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอสม. หมอประจำบ้าน เขตสุขภาพที่ 10. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 6 ม.ค. 2567] เข้าถึงได้จาก <http://do10.hss.moph.go.th>.
8. กองสุศึกษา กรมบริการสนับสนุนสุขภาพ. สรุปผลการประเมินศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 6 ม.ค. 2567] เข้าถึงได้จาก <https://hed.go.th>.
9. Nutbeam, D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med 2008;67(12): 2072-2078.
10. กรมอนามัย. คู่มือการพัฒนาศูนย์รอบรู้ด้านสุขภาพ. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2562.
11. กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโควิด 19 ในประชาชนทั่วไปในสถานประกอบการและชุมชนกลุ่มเปราะบาง; การประชุมศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมอนามัย (EOC); วันที่ 29 กรกฎาคม 2564; ห้องประชุมสมบุญ รัชโรทัย กรมอนามัย; 2564.
12. ศูนย์รวมข้อมูลและกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 6 มกราคม 2567] เข้าถึงได้จาก <https://sasukoonchai.anamai.moph.go.th>
13. ยุพิน รอดประพันธ์. การประเมินโครงการโรงเรียนคุณธรรมโดยประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินชิปปี้ (CIPP Model) โรงเรียนวัดห้วยธารทหาร สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครสวรรค์ เขต 3. นครสวรรค์: โรงเรียนวัดห้วยธารทหาร. 2561.

14. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น. 2545.
15. สายชล คล้อยเอี่ยม. ผลของการสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนา องค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ ในสถานบริการสุขภาพภาครัฐ ในปฏิบัติการ “สาสุข อุ๋นใจ”. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2566; 17(3):429-41.
16. ประจักษ์ จันทะราช. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงานจังหวัดขอนแก่น. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2564;45(1):81-90.
17. เอื้อจิต สุพล, ชลดา กังมาลา, ภาวิณี แพงสุข, ธวัชชัย ยืนยาว, วชิรวิทย์ หวังมัน. ผลของโปรแกรม การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563;29(3):419-429.
18. อารีย์ แร่ทอง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 302ส ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาตำบลหินตก อำเภอรัตนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2562;15(3):62-70.
19. จันทิยา เนติวิษุธรรม และวนิดา อุตตรนคร. ผลการประเมินองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพในหน่วย บริการสาธารณสุขที่เข้าร่วมกิจกรรม “สาสุข อุ๋นใจ 2565” เขตสุขภาพที่ 7. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2565;14(2):67-78.
20. วิทญา ตันอารีย์ และพรสุข หุ่นนิรันดร์. การพัฒนารูปแบบองค์การรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับภาวะ น้ำหนักเกินของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือตอนบน. วารสารวิจัยราชภัฏเชียงใหม่ 2564;22(3):52-72.
21. กองส่งเสริมความรู้และการสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย. เครื่องมือประเมินองค์การรอบรู้ด้าน สุขภาพในกิจกรรม “สาสุข อุ๋นใจ”. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 6 ม.ค. 2567] เข้าถึงได้จาก <https://sasukoonchai.anamai.moph.go.th/status.php>
22. วชิระ เพ็งจันทร์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพ บุคลากรกรม อนามัย เรื่อง ความรอบรู้สุขภาพมุ่งสู่ประเทศไทย. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2560.
23. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC public health 2012;12(1):1-13.
24. จุฑามาศ ปุณณปุระ. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของพนักงานโรงงาน ในจังหวัดนครสวรรค์. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ) 2567;34(2):4-11.

บทความวิจัย

ผลของการพัฒนาเมนูอาหารกลางวันตามโปรแกรม Thai School Lunch ต่อภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียน: กรณีศึกษาโรงเรียนอนุบาลอุบลราชธานี

ศศิธร บุญสุข^{1*}

ฐิติรัตน์ ภาวะสุทธิพงษ์²

(วันรับบทความ 8 มกราคม 2568, วันแก้ไขบทความ 31 มกราคม 2568, วันตอบรับบทความ 3 เมษายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-posttest design) วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนจากการพัฒนาเมนูอาหารกลางวันตามโปรแกรม Thai School Lunch โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับเมนูอาหารกลางวันจากโปรแกรม Thai School Lunch ระยะเวลา 6 เดือน (เดือนพฤษภาคม-ตุลาคม 2566) กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนในโรงเรียนอนุบาลอุบลราชธานี ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 1,404 คน ใช้แบบสอบถามและแบบบันทึกน้ำหนักของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา ป.4-ป.6 ด้วยโปรแกรมคำนวณภาวะโภชนาการ 0-19 ปี Growth Nutri Program-HPC1 การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) และสถิติ Paired Sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า การประเมินด้วยกราฟการเจริญเติบโตส่วนสูงเทียบกับอายุ หลังการทดลอง นักเรียนทั้ง 3 ชั้นการศึกษามีส่วนสูงตามเกณฑ์อายุเพิ่มขึ้น มีส่วนสูงค่อนข้างสูงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 9.4 เป็นร้อยละ 11.2 และเมื่อใช้กราฟน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง หลังการทดลอง นักเรียนมีภาวะโภชนาการในเกณฑ์สมส่วนมากที่สุด ร้อยละ 64.0 และเริ่มมีภาวะอ้วน ร้อยละ 9.5 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนรวมของคุณภาพอาหารที่ปรับตามโปรแกรม Thai School Lunch หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.80 (S.D.=0.77) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพอาหารก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรม Thai School Lunch พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}=0.001$ โดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพอาหารเพิ่มขึ้น 1.09 คะแนน (Mean diff.=1.09, 95%CI=1.12-2.34) ส่วนความพึงพอใจของนักเรียนต่อเมนูอาหารกลางวันที่ปรับตามโปรแกรม หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.14 (S.D.=0.80) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อเมนูอาหารกลางวันของนักเรียนก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรม Thai School Lunch พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}<0.05$ โดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้น 1.73 คะแนน (Mean diff.=1.73, 95%CI=1.03-1.16)

คำสำคัญ: เด็กวัยเรียน ภาวะโภชนาการ Thai School Lunch

^{1,2} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: sasitorn.2778@gmail.com

Research Article

The impact of lunch menu development based on the THAI SCHOOL LUNCH program on the nutritional status of school-age children: A case study of Ubon Ratchathani kindergarten school

Sasitorn Boonsook^{1*}
Titirat Phawasuttipong²

(Received: January 8 2025; Revised: January 31 2025; Accepted: April 3 2025)

Abstract

This study employed a quasi-experimental one-group pre-posttest design. The objective was to compare the nutritional status of school-age children following the development of lunch menus based on the Thai School Lunch program. The participants received lunch menus from the program over a six-month period (May-October 2023). The Sample size included 1,404 students in grades 4-6 from Ubon Ratchathani Kindergarten School. Data collection utilized questionnaires and records of students' weight, analyzed using the Growth Nutri Program-HPC1 for assessing nutritional status in individuals aged 0-19 years. Data analysis was performed using descriptive statistics and paired sample t-tests, with statistical significance set at 0.05.

Findings revealed that the height-for-age growth chart assessment showed an increase in the proportion of students across all three grades whose height was above the standard for their age, rising from 9.4% to 11.2% after the intervention. Using the weight-for-height growth chart, most students (64.0%) achieved a normal nutritional status, while 9.5% began to exhibit obesity after the program.

When comparing the overall quality scores of the lunch menus adjusted according to the Thai School Lunch program before and after the intervention, the mean score increased significantly, with a mean difference of 1.09 points (Mean diff.=1.09, 95% CI=1.12-2.34, p -value=0.001). The post-intervention mean score was 3.80 (S.D.=0.77).

Regarding student satisfaction with the lunch menus adjusted according to the program, the post-intervention mean satisfaction score was 4.14 (S.D.=0.80). A statistically significant difference was found when comparing pre- and post-intervention satisfaction scores (p -value < 0.05), with the mean score increasing by 1.73 points (Mean diff.=1.73, 95% CI=1.03-1.16).

Keywords: School age child, Nutrition, Thai School Lunch

^{1,2} Registered Nurse, Professional Level of Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani

* Corresponding Author Email: sasitorn.2778@gmail.com

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กวัยเรียน 6-15 ปี (School age) เป็นช่วงอายุที่มีความสำคัญต่อชีวิตเป็นอย่างมาก เพราะเป็นวัยที่เริ่มมีการเรียนรู้ มีความคิดเป็นของตัวเอง เป็นช่วงวัยที่สำคัญของการวางรากฐานของการมีสุขภาพที่ดีตามแนวทางของเส้นทางชีวิตและสุขภาพ (Life course approach) ที่มีแนวคิดว่าคุณภาพของคนจะพัฒนาเปลี่ยนแปลงต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต กล่าวคือผลกระทบต่อสุขภาพนั้นสามารถส่งต่อไปในช่วงวัยถัดไป เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่สุขภาพไม่ดีส่งผลให้ลูกสุขภาพไม่ดีตามไปด้วย หรือเด็กวัยเรียนที่สุขภาพไม่ดีหากได้รับอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายทำให้การเจริญเติบโตไม่ดี การขาดอาหารเป็นเวลานานแบบเรื้อรังจะทำให้เตี้ย สมอพัฒนาได้น้อย สติปัญญาต่ำ ความสามารถในการเรียนรู้บกพร่อง เฉื่อยชา ภูมิคุ้มกันโรคต่ำ ทำให้เจ็บป่วยบ่อย มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง หรือ ได้รับสารอาหารมากเกินไปต่อความต้องการของร่างกายหรือไม่สมดุลในช่วงระยะเวลาหนึ่งทำให้เกิดการสะสมสารอาหารที่มากเกินไปและถูกเปลี่ยนเป็นไขมันเก็บสะสมในร่างกายเป็นเวลานานทำให้เกิดความผิดปกติในร่างกายและก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นต้น⁽¹⁾

จากการสำรวจของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ปี พ.ศ.2557 พบว่า เด็กไทยทุกกลุ่มอายุมีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเพิ่มมากขึ้น โดยเด็กอายุ 12-14 ปีมีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนรวมกันสูงสุด (ร้อยละ 15.3) รองลงมาเป็นเด็กอายุ 6-11 ปี (ร้อยละ 13.2) และเด็กอายุ 1-5 ปี (ร้อยละ 11.3) ตามลำดับ⁽²⁾ ซึ่งสูงกว่าการสำรวจสุขภาพเด็กไทยเมื่อปี พ.ศ.2551-2552 ที่พบร้อยละ 11.9, 8.7 และ 8.5 ตามลำดับ ล่าสุดมีการประมาณว่าเด็กไทยอายุ 1-14 ปี จำนวน 670,000 คน มีภาวะน้ำหนักเกินและอีกจำนวน 790,000 คนเป็นโรคอ้วน จากการสำรวจร้อยละของเด็กสูงที่สุดส่วนหนึ่งของกรมอนามัยปี พ.ศ.2561 โดยกำหนดตัวชี้วัดให้เด็กไทยวัยเรียนสูงที่สุดส่วนน้อยร้อยละ 70 แต่จากผลการสำรวจล่าสุดพบว่าค่าเฉลี่ยของเด็กวัยเรียนสูงที่สุดส่วนน้อยอยู่ที่ร้อยละ 64 ซึ่งมีแนวโน้มลดลงทุกปี จากการรายงานข้อมูลของ Health Data Center (HDC) 3 ปี ย้อนหลัง ปี 2563 -2565 พบว่า ร้อยละของนักเรียน ป.1-ป.6 สูงที่สุดส่วนในเขตสุขภาพที่ 10 ร้อยละ 58.67 ร้อยละ 56.39 และร้อยละ 47.94 ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของเด็กวัยเรียนทั่วประเทศ โรคอ้วนในเด็กก่อให้เกิดผลเสียที่ตามมาในหลายมิติทั้งด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิต ด้านสังคมและเศรษฐกิจโครงการการศึกษาภาระโรคขององค์การอนามัยโลกประมาณการว่าร้อยละ 58 ของโรคเบาหวาน ร้อยละ 21 ของโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 42 ของโรคเมตาบอลิกเกี่ยวข้องกับภาวะโรคอ้วน นอกจากนั้นยังพบว่าเด็กที่เป็นโรคอ้วนเมื่อเติบโตขึ้นจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วนในผู้ใหญ่มากขึ้น การศึกษาที่ติดตามเด็กโรคอ้วนในระยะยาวพบว่าร้อยละ 69 ของเด็กอายุ 6-9 ปี และร้อยละ 83 ของวัยรุ่นอายุ 10-14 ปีจะกลายเป็นผู้ใหญ่โรคอ้วนต่อไป⁽³⁾ จากผลการประเมินภาวะทุพโภชนาการของเด็กนักเรียนในเขตพื้นที่การศึกษาสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาศุภราชธานีเขต 1 พบว่า มีนักเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการได้แก่ ผอม ร้อยละ 7.8 เริ่มมีภาวะอ้วน ร้อยละ 13.9 และไม่มีภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 73.26 ซึ่งโรงเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการมากที่สุด คือ โรงเรียนอนุบาลอุบลราชธานี เนื่องจากมีนักเรียนในสังกัดมากที่สุดโดยพบว่า มีนักเรียนที่เริ่มมีภาวะอ้วน ร้อยละ 14.1 มีภาวะผอม ร้อยละ 7.4 และไม่มีภาวะทุพโภชนาการ⁽⁴⁾

นโยบายการจัดบริการอาหารกลางวันสำหรับนักเรียนในประเทศไทย โครงการอาหารกลางวันเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ.2495 สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ ได้เล็งเห็นความสำคัญจึงกำหนดนโยบายให้โรงเรียนทุกแห่งดำเนินการโครงการอาหารกลางวันเพื่อพัฒนาร่างกายของนักเรียนให้มีสุขภาพพลานามัยสมบูรณ์แข็งแรง และมีน้ำหนักส่วนสูงเป็นไปตามเกณฑ์อ้างอิงเพื่อประเมินภาวะการเจริญเติบโต สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) กระทรวงศึกษาธิการ กำหนดทิศทางนโยบายการขับเคลื่อนโครงการอาหารกลางวันนักเรียนโดยให้ทุกโรงเรียนจัดทำอาหารกลางวันตามโปรแกรม

ระบบแนะนำสำหรับอาหารกลางวันสำหรับโรงเรียนแบบอัตโนมัติ (Thai School Lunch program: TSL) พัฒนาขึ้นจากความร่วมมือระหว่างสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล และศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ (National Electronics and Computer Technology Center: NECTEC) โดยเปิดตัวระบบออนไลน์เมื่อปี พ.ศ.2556 มีเป้าหมายเพื่อให้เด็กไทยได้มีอาหารกลางวัน “อิ่ม คุ่มค่าถูกหลัก โภชนาการ” สารอาหารครบถ้วนส่งผลต่อระดับภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียน โรงเรียนจัดเมนูอาหารกลางวันผ่านโปรแกรมได้โดยง่าย เข้าถึงฐานข้อมูลตำรับและรายการอาหารจะมีการปรับปรุงให้ทันสมัยอยู่เสมอพร้อมแนะนำสำหรับอาหารที่จัดโดยนักโภชนาการจัดโดยระบบอัตโนมัติ และจัดโดยโรงเรียนต่าง ๆ ที่เข้าใช้งานระบบ เพื่อให้โรงเรียนสามารถจัดเมนูอาหารกลางวันได้เร็ว หลากหลายและมีคุณภาพมากขึ้น ที่สำคัญระบบยังช่วยในการประมวลผลคุณค่าอาหารซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพอาหารของเด็กนักเรียนไทยแบบยั่งยืน

ช่วงเวลาทอง (Golden period) ของเด็กไทยในการเจริญเติบโต เด็กผู้หญิงจะเริ่มในช่วงอายุ 9-10 ปี ความสูงจะเพิ่มขึ้น อย่างรวดเร็วจนถึงอายุ 16-18 ปี ความสูงจะค่อนข้างคงที่ ในเด็กผู้ชายจะเริ่มในช่วงอายุ 10-12 ปี ความสูงจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนถึงอายุ 18-20 ปี ความสูงจะค่อนข้างคงที่ภาวะโภชนาการที่ดีในเด็ก เป็นการวางรากฐานของการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคตเนื่องจากจะช่วยสร้างเซลล์สมอง กล้ามเนื้อ กระดูกและอวัยวะต่างๆ ให้สมบูรณ์ทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพผลกระทบของภาวะทุพโภชนาการในเด็กที่อ้วน ผอม เตี้ย จะทำให้มีสติปัญญา ต่ำกว่าเกณฑ์เสี่ยงป่วยเป็นโรคเรื้อรังในอนาคตเจ็บป่วยบ่อย เพราะฉะนั้น เด็กควรมีภาวะโภชนาการที่ดี สูงดีสมส่วน เพื่อพัฒนสติปัญญาความฉลาด (IQ) มีสมาธิในการเรียนรู้ ร่างกายแข็งแรงสร้างสามารถสร้างภูมิคุ้มกันโรค⁽⁵⁾

การแก้ไขปัญหาดูทุพโภชนาการดังกล่าวต้องเริ่มจากการรับสารอาหารที่เพียงพอและเหมาะสม การปรับเมนูอาหารกลางวันในโรงเรียนจึงเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาเมนูอาหารกลางวันโดยใช้โปรแกรม Thai School lunch เพื่อให้มีการจัดอาหารกลางวันที่มีคุณค่าทางโภชนาการและปริมาณเพียงพอตามเกณฑ์อ้างอิงที่คนไทยควรได้รับใน 1 วัน มีความหลากหลายในเมนูอาหารกลางวันการพัฒนาเมนูอาหารกลางวัน เน้นการลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผักและผลไม้มากขึ้นและเป็นเมนูอาหารที่โรงเรียนสามารถปฏิบัติได้จริงและมีปริมาณสารอาหารที่เด็กวัยเรียนควรได้รับตามเกณฑ์อ้างอิงปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ.2563 เพื่อลดภาวะทุพโภชนาการในเด็กวัยเรียน⁽⁶⁾

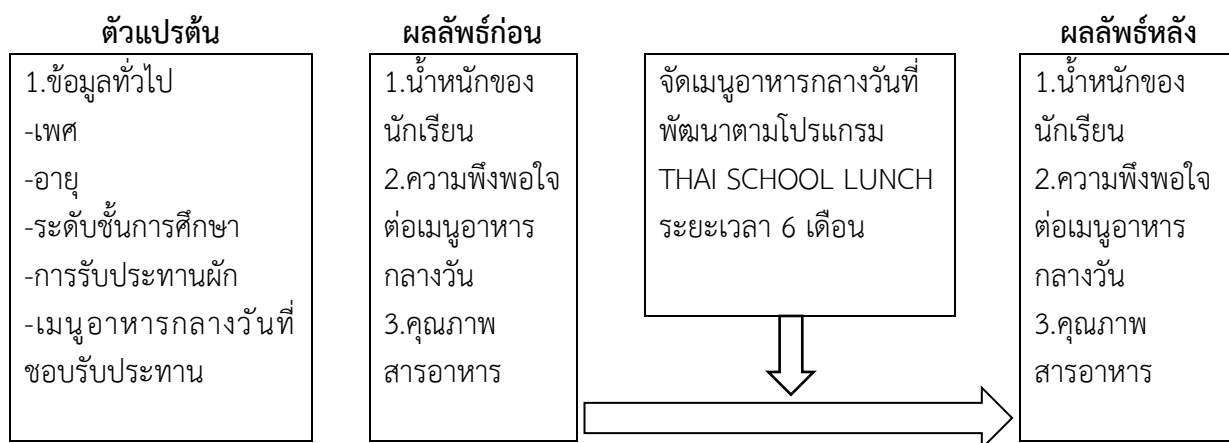
2. วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่ได้รับประทานอาหารตามโปรแกรม Thai School lunch ใน 1 ภาคการศึกษา
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพสารอาหารในเมนูอาหารกลางวันของนักเรียนที่จัดตามโปรแกรม Thai School Lunch
3. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อเมนูอาหารกลางวันจัดตามโปรแกรม Thai School Lunch ของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4-6

3. คำถามการวิจัย

ภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่ได้รับประทานอาหารตามโปรแกรม Thai School lunch ใน 1 ภาคการศึกษา เป็นอย่างไร

4. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

6. วิธีการดำเนินการวิจัย

6.1 รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง (One group pre-posttest design) กลุ่มตัวอย่างจะได้รับเมนูอาหารกลางวันจากโปรแกรม Thai School lunch ระยะเวลา 6 เดือน (เดือนพฤษภาคม-ตุลาคม 2566)

6.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักเรียนในโรงเรียนอนุบาลอุบลราชธานี ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ทุกคน

ระดับชั้น	เพศ		รวม
	ชาย	หญิง	
ประถมศึกษาปีที่ 4	240	200	440
ประถมศึกษาปีที่ 5	213	271	484
ประถมศึกษาปีที่ 6	220	260	480
รวม	673	731	1,404

เกณฑ์การคัดเข้า

1. นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่สามารถอ่านออก เขียนได้
2. ยินดีเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก

1. ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดการศึกษา
2. นักเรียนไม่สามารถรับประทานอาหารกลางวันโรงเรียนจัดให้เนื่องจากมีโรคประจำตัว

6.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ ประกอบไปด้วย เพศ อายุ จำนวนเงิน 3 อันดับแรกของเมนูอาหารกลางวันที่ชอบ การรับประทานผัก การรับประทานอาหารมื้อเช้า การซื้ออาหารรอบรู้หลังเลิกโรงเรียน การซื้อขนมในสหกรณ์โรงเรียน อาหารมื้อเย็น กิจกรรมหลังเลิกเรียน

1.2 ความพึงพอใจกับเมนูอาหารกลางวันโรงเรียนจัดให้จำนวน 1 ข้อโดยใช้รูปเป็นสัญลักษณ์ในการประเมินระดับความพึงพอใจ โดยใช้เกณฑ์ เกณฑ์ในการประเมินเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale)

มี 5 ระดับตามวิธีของ ลิเคิร์ท โดยถือเกณฑ์การประเมินเป็นคะแนน ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย แปลความหมาย 4.51-5.00 เหมาะสมมากที่สุด 3.51-4.50 เหมาะสมมาก 2.51-3.50 เหมาะสมปานกลาง 1.51-2.50 เหมาะสมน้อย 1.00-1.50 เหมาะสมน้อยที่สุด

1.2 แบบบันทึกน้ำหนักของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา ป.4-ป.6 ด้วยโปรแกรมคำนวณภาวะโภชนาการ 0-19 ปี Growth Nutri Program-HPC1 จากกลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยเรียนวัยรุ่น ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 0-19 ปี ของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ.2564

1.3 คะแนนคุณภาพสารอาหารตามโปรแกรม Thai School Lunch โดยใช้เกณฑ์ประเมินคุณภาพสารอาหารตามระดับคะแนนคุณค่าทางโภชนาการของสารอาหารหลักและสารอาหารรอง แร่ธาตุ ซึ่งพัฒนาโดย อุไรพร จิตต์แจ้ง สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ใช้ในโปรแกรม Thai School Lunch⁽⁵⁾ ดังนี้

คะแนน/ สารอาหาร	1 ดาว	2 ดาว	3 ดาว	4 ดาว	5 ดาว
พลังงาน	คะแนนพอใช้	คะแนนผ่าน	คะแนนผ่าน	คะแนนผ่าน	คะแนนผ่าน
โปรตีน	คะแนนไม่ผ่าน	คะแนนพอใช้	คะแนนพอใช้	คะแนนพอใช้	คะแนนพอใช้
ไขมัน	คะแนนไม่ผ่าน	คะแนนพอใช้	คะแนนผ่าน	คะแนนพอใช้	คะแนนพอใช้
แคลเซียม	คะแนนผ่าน	คะแนนผ่าน	คะแนนผ่าน	คะแนนผ่าน	คะแนนผ่าน
เหล็ก	คะแนนพอใช้	คะแนนพอใช้	คะแนนพอใช้	คะแนนพอใช้	คะแนนผ่าน
วิตามิน A	คะแนนผ่าน	คะแนนพอใช้	คะแนนพอใช้	คะแนนผ่าน	คะแนนผ่าน
วิตามิน B1	คะแนนผ่าน	คะแนนผ่าน	คะแนนพอใช้	คะแนนพอใช้	คะแนนพอใช้
วิตามิน B2	คะแนนผ่าน	คะแนนผ่าน	คะแนนผ่าน	คะแนนผ่าน	คะแนนผ่าน
วิตามิน C	คะแนนผ่าน	คะแนนพอใช้	คะแนนผ่าน	คะแนนผ่าน	คะแนนผ่าน
ใยอาหาร	คะแนนพอใช้	คะแนนพอใช้	คะแนนพอใช้	คะแนนผ่าน	คะแนนผ่าน
โซเดียม	คะแนนไม่ผ่าน	คะแนนไม่ผ่าน	คะแนนไม่ผ่าน	คะแนนไม่ผ่าน	คะแนนไม่ผ่าน
น้ำตาล	คะแนนไม่ผ่าน	คะแนนไม่ผ่าน	คะแนนไม่ผ่าน	คะแนนไม่ผ่าน	คะแนนไม่ผ่าน

เกณฑ์การให้คะแนนจากโปรแกรม Thai School Lunch มีดังนี้

คะแนนไม่ผ่าน=0 คะแนน คะแนนพอใช้=1 คะแนน คะแนนผ่าน=2 คะแนน

สารอาหาร	1 ดาว	2 ดาว	3 ดาว	4 ดาว	5 ดาว
คะแนนรวม	น้อยกว่า 13	13-14	15-16	17-18	มากกว่า 18

การแปลผล คะแนน 1-2 ดาว ระดับคุณภาพสารอาหารควรปรับปรุง คะแนน 3 ดาว ระดับคุณภาพสารอาหารพอใจ คะแนน 4-5 ดาว ระดับคุณภาพสารอาหารอยู่ในเกณฑ์ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) จากนั้นปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ได้ค่า IOC=0.7

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีลักษณะ

ทางประชากรคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 ชุด โดยได้นำเครื่องมือไปทดลองได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ทั้งฉบับ=0.8

6.4 วิธีการเก็บข้อมูล

1. เก็บรวบรวมข้อมูลภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง ก่อนรับประทานเมนูอาหารที่พัฒนา และแบ่งกลุ่มนักเรียนเป็น 3 กลุ่ม คือ น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (ผอม สมส่วน ท้วม) และส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (เตี้ย ส่วนสูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูง) ในการแบ่งกลุ่ม
2. โรงเรียนจัดเตรียมอาหารกลางวันตามเมนูที่พัฒนาแล้ว ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 6 เดือน
3. เก็บรวบรวมข้อมูลภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างหลังรับประทานอาหาร 6 เดือน

6.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) สำหรับอธิบายข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามระดับชั้นปีการศึกษา
2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้เปรียบเทียบคุณภาพของสารอาหารในเมนูอาหารกลางวันที่ได้จัดทำโปรแกรม Thai School Lunch เทียบกับปริมาณสารอาหารที่ควรได้รับใน 1 วัน เปรียบเทียบความพึงพอใจของนักเรียนต่อเมนูอาหารกลางวันที่ได้จัดทำโปรแกรม Thai School Lunch ด้วยสถิติ Paired Sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และหาความสัมพันธ์ของภาวะโภชนาการ ด้วยสถิติ Chi Square (χ^2)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากเขตสุขภาพที่ 10 หมายเลขใบรับรอง ID-09-65-01-E ลงวันที่ 23 พฤศจิกายน 2565 ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ เพื่อนำไปใช้ทางวิชาการเท่านั้น รวมทั้งไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

6.6 ผลการศึกษา

จากตารางที่ 1 ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีเพศชายมากที่สุด ร้อยละ 54.5 ส่วนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 56.0 และร้อยละ 54.2 นักเรียนทั้ง 3 ระดับชั้นได้เงินมาโรงเรียนส่วนใหญ่ 31-60 บาท ส่วนใหญ่นักเรียนทั้ง 3 ระดับชั้นรับประทานอาหารเช้าก่อนมาโรงเรียน ร้อยละ 93.6 ร้อยละ 90.0 และร้อยละ 89.5 และอาหารที่จะซื้อหลังเลิกเรียนมากที่สุด คือ บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 28.6 ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 22.7 และชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 25.8 และอาหารมื้อเย็นครอบครัวส่วนใหญ่ปรุงประกอบอาหารเอง ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 64.3 ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 62.5 และชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 64.7 และกิจกรรมที่นักเรียนทำหลังเลิกเรียนมากที่สุด คือ เล่นโทรศัพท์/ไอแพดหรือ เล่นเกมส์ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 72.5 ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 76.9 และชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 78.3 รองลงมา คือ เรียนพิเศษหรือ ทำการบ้าน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 67.7 ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 65.6 และชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 70.9

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของนักเรียนแยกตามระดับชั้นการศึกษา

ระดับชั้นการศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ 4 (n=440)		ประถมศึกษาปีที่ 5 (n=484)		ประถมศึกษาปีที่ 6 (n=480)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	240	54.5	213	44.0	220	45.8
หญิง	200	45.5	271	56.0	260	54.2
อายุ	$\bar{X}$ =9.23 S.D.=0.425		$\bar{X}$ =10.56 S.D.=0.702		$\bar{X}$ =11.26 S.D.= 0.440	
จำนวนเงินที่ได้รับมาโรงเรียนต่อวัน						
น้อยกว่า 30 บาท	75	17.0	57	11.87	59	12.2
31-60 บาท	284	64.5	297	61.87	266	55.0
61-100 บาท	73	16.6	126	26.25	158	32.6
	$\bar{X}$ =60.50 S.D.=28.41		$\bar{X}$ =63.52 S.D.=26.83		$\bar{X}$ =67.25 S.D.=28.7	
การรับประทานผัก						
ชอบรับประทาน	63	14.3	74	15.4	96	19.8
ไม่ชอบรับประทาน	107	24.3	96	20.0	64	13.2
รับประทานก็ได้	270	61.4	309	64.4	321	66.3
ไม่รับประทานก็ได้						
การรับประทานอาหารมือเช้า						
รับประทาน	412	93.6	432	90.0	433	89.5
ไม่รับประทาน	26	5.9	46	9.6	50	10.3
การซื้ออาหารรอบรั้วโรงเรียนหลังเลิกโรงเรียน						
ไม่ซื้อ	66	15.0	76	15.8	109	22.5
ซื้อ	374	85.0	404	84.2	375	77.5
ระบุอาหารที่นักเรียนชอบซื้อ(เฉพาะนักเรียนที่ซื้อ)						
บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป	126	28.6	109	22.7	125	25.8
ขนมขบเคี้ยว	38	8.6	162	33.8	145	30.0
ชาวม	25	7.6	55	12.4	65	16.0
การซื้อขนมในสหกรณ์โรงเรียน						
ไม่ซื้อ	104	23.6	83	17.3	92	19.0
ซื้อ	333	75.7	397	82.7	392	81.0
อาหารมื้อเย็น						
ปรุงประกอบเอง	283	64.3	300	62.5	313	64.7
ซื้อรับประทาน	144	32.7	171	35.6	155	32.0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ระดับชั้นการศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ 4 (N=440)		ประถมศึกษาปีที่ 5 (N=484)		ประถมศึกษาปีที่ 6 (N=480)	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
กิจกรรมหลังเลิกเรียน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)						
เล่นกีฬา เช่น ฟุตบอล ว่ายน้ำ ปีนปอง	171	38.9	195	40.6	201	41.5
เล่นโทรศัพท์/ ไอแพด/เล่นเกมส์	319	72.5	369	76.9	379	78.3
เรียนพิเศษ/ ทำการบ้าน	298	67.7	315	65.6	343	70.9
เล่นหมากเก็บ กระโดดยาง ตบแปะ	29	6.6	14	2.9	25	5.2

2. ภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6

ก่อนและหลังการทดลองนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีส่วนสูงตามเกณฑ์มากที่สุด ร้อยละ 79.8 และร้อยละ 78.4 เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตด้านน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีภาวะสมส่วนมากที่สุดทั้งก่อนและหลังการทดลอง ร้อยละ 64.8 และร้อยละ 66.1 ก่อนการทดลองนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 มีส่วนสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 77.1 หลังการทดลองมีส่วนสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 76.4 เมื่อเทียบกับน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ก่อนการทดลองนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 มีภาวะสมส่วน ร้อยละ 63.6 หลังการทดลองมีภาวะสมส่วนร้อยละ 62.8 และนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีส่วนสูงตามเกณฑ์อายุมากที่สุดทั้งก่อนและหลังการทดลอง ร้อยละ 78.5 และร้อยละ 77.5 และมีภาวะสมส่วนมากที่สุดทั้งก่อนและหลังการทดลอง ร้อยละ 63.1 ดังในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละภาวะโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4-6 ก่อนและหลังการทดลอง

ภาวะโภชนาการ	ก่อน		หลัง	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ประถมศึกษาปีที่ 4 (n=440)				
ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ				
เตี้ย	9	2.0	6	1.4
ค่อนข้างเตี้ย	9	2.0	9	2.0
ส่วนสูงตามเกณฑ์	351	79.8	345	78.4
ค่อนข้างสูง	36	8.2	45	10.2
ส่วนสูงเกินเกณฑ์	35	8.0	35	8.0
น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง				
ผอม	22	5.0	20	4.5
ค่อนข้างผอม	22	5.0	21	4.8
สมส่วน	285	64.8	291	66.1
อ้วน	38	8.6	33	7.5

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ภาวะโภชนาการ	ก่อน		หลัง	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เริ่มอ้วน	42	9.5	46	10.5
อ้วน	31	7.0	29	6.6
ประถมศึกษาปีที่ 5 (n=484)				
ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ				
เตี้ย	5	1.0	5	1.0
ค่อนข้างเตี้ย	18	3.7	18	3.7
ส่วนสูงตามเกณฑ์	373	77.1	370	76.4
ค่อนข้างสูง	47	9.7	48	9.9
ส่วนสูงเกินเกณฑ์	41	8.5	43	8.9
น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง				
ผอม	43	8.9	42	8.7
ค่อนข้างผอม	48	9.9	47	9.7
สมส่วน	308	63.6	304	62.8
ท้วม	28	5.8	34	7.0
เริ่มอ้วน	41	8.5	41	8.5
อ้วน	16	3.3	16	3.3
ประถมศึกษาปีที่ 6 (n=480)				
ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ				
เตี้ย	7	1.5	7	1.5
ค่อนข้างเตี้ย	7	1.5	6	1.3
ส่วนสูงตามเกณฑ์	377	78.5	372	77.5
ค่อนข้างสูง	49	10.2	54	11.3
ส่วนสูงเกินเกณฑ์	40	8.3	41	8.5
น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง				
ผอม	31	6.5	22	4.6
ค่อนข้างผอม	36	7.5	40	8.3
สมส่วน	303	63.1	303	63.1
ท้วม	36	7.5	41	8.5
เริ่มอ้วน	47	9.8	47	9.8
อ้วน	27	5.6	27	5.6

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบภาพรวมของภาวะโภชนาการนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ก่อนและหลังการทดลอง (n=1,440)

ภาวะโภชนาการ	ก่อน		หลัง		χ^2	p-value
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ		
ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ					2667.57	<0.001
เตี้ย	21	1.5	18	1.3		
ค่อนข้างเตี้ย	34	2.4	33	2.35		
ส่วนสูงตามเกณฑ์	1,101	78.4	1,077	76.7		
ค่อนข้างสูง	132	9.4	157	11.2		
ส่วนสูงเกินเกณฑ์	116	8.3	119	8.5		
น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง					2695.88	<0.001
ผอม	96	6.8	81	5.8		
ค่อนข้างผอม	106	7.5	107	7.6		
สมส่วน	896	63.8	899	64.0		
ท้วม	102	7.3	109	7.8		
เริ่มอ้วน	130	9.3	134	9.5		
อ้วน	74	5.3	74	5.3		

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนและหลังนักเรียนทั้ง 3 ชั้นการศึกษามีส่วนสูงตามเกณฑ์มากที่สุดร้อยละ 78.4 และร้อยละ 76.7 รองลงมา ค่อนข้างสูง ก่อนการทดลองร้อยละ 9.4 หลังการทดลองร้อยละ 11.2 ส่วนกราฟน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่ มีภาวะสมส่วนมากที่สุดทั้งก่อนและหลังการทดลอง ร้อยละ 63.8 และ ร้อยละ 64.0 รองลงมา เริ่มอ้วนก่อนการทดลอง ร้อยละ 9.3 หลังการทดลองร้อยละ 9.5 และส่วนสูงตามเกณฑ์อายุกับน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p -value <0.001

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคุณภาพสารอาหารที่ปรับตามโปรแกรม Thai School Lunch

ระดับคะแนนรวม	$\bar{X}$	S.D.	Mean different	95%CI	p-value
ก่อนการทดลอง	2.06	1.16	1.09	1.12 to 2.34	<0.001
หลังการทดลอง	3.80	0.77			

จากตารางที่ 4 พบว่า ก่อนการทดลองใช้โปรแกรม Thai School Lunch มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพอาหาร เท่ากับ 2.06 (S.D.=1.16) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.80 (S.D.=0.77) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพอาหารก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรม Thai School Lunch พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p -value<0.001 โดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพอาหารเพิ่มขึ้น 1.09 คะแนน (Mean diff.=1.09, 95%CI=1.12-2.34)

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อเมนูอาหารกลางวันนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6

ความพึงพอใจต่อ เมนูอาหารกลางวัน	$\bar{X}$	S.D.	Mean different	95%CI	p-value
ก่อนการทดลอง	3.06	0.96	1.73	1.03 to 1.16	<0.001
หลังการทดลอง	4.14	0.80			

จากตารางที่ 5 พบว่า ก่อนการทดลองใช้โปรแกรม Thai School Lunch ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อเมนูอาหารกลางวันนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 เท่ากับ 3.06 (S.D.=0.96) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.14 (S.D.=0.80) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อเมนูอาหารกลางวันของนักเรียนก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรม Thai School Lunch พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}<0.001$ โดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้น 1.73 คะแนน (Mean diff.=1.73, 95%CI=1.03-1.16)

7. สรุปและอภิปรายผล

จากภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ของโรงเรียนอนุบาลอุบลราชธานี โดยใช้เกณฑ์ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ พบว่า ก่อนการทดลองและหลังการทดลองนักเรียนทั้ง 3 ชั้นการศึกษามีส่วนสูงตามเกณฑ์มากที่สุดร้อยละ 78.4 และร้อยละ 76.7 รองลงมา ค่อนข้างสูง ก่อนการทดลองร้อยละ 9.4 หลังการทดลองร้อยละ 11.2 ซึ่งตรงกับการศึกษาภาวะโภชนาการและการเจริญเติบโตของเด็กวัยเรียน จะพบว่า เด็กวัยเรียนมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว (Growth spurt) โดยเด็กผู้หญิงจะเริ่มในช่วงอายุ 9-10 ปี ความสูงจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนถึงอายุ 12 ปี ส่วนเด็กผู้ชายจะเริ่มในช่วงอายุ 10-12 ปี ความสูงจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนถึงอายุประมาณ 14 โดยสอดคล้องกับการแบ่งกลุ่มช่วงอายุของการเจริญเติบโตของร่างกายช่วงอายุประมาณ 10-13 ปี ในเพศหญิง และ 12-15 ปีในเพศชาย จะมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ดังนั้นการบริโภคอาหารจึงมีอิทธิพลต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย⁽⁷⁾ ส่วนเมื่อประเมินภาวะโภชนาการด้วยน้ำหนักตามเกณฑ์ ส่วนสูงจะพบว่า นักเรียนส่วนใหญ่ มีภาวะสมส่วนมากที่สุดทั้งก่อนและหลังการทดลอง ร้อยละ 63.8 และร้อยละ 64.0 รองลงมา เริ่มอ้วนก่อนการทดลอง ร้อยละ 9.3 หลังการทดลองร้อยละ 9.5 นักเรียนมีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์สมส่วนมากที่สุดและมีแนวโน้มจะมีภาวะเริ่มอ้วนเพิ่มขึ้น ดังนั้น สำหรับอาหารกลางวันนักเรียนแต่ละวันประกอบด้วยอาหารจานหลัก ผลไม้หรือขนมหวาน และนม ที่ได้พลังงานและสารอาหารที่เพียงพอสำหรับเด็กวัยเรียน ซึ่งหากคุณครูใช้โปรแกรม Thai School Lunch ในการกำหนดเมนูอาหารกลางวันจะง่ายและได้สารอาหารครบตามเกณฑ์ และสามารถประเมินคุณภาพสารอาหารตามระดับคะแนนคุณค่าทางโภชนาการของสารอาหารหลักและสารอาหารรอง แร่ธาตุ เมนูอาหารกลางวันที่ดีให้นักเรียนจะเป็นเมนูที่เป็นสำหรับอาหาร จำนวน 4 วัน และเป็นเมนูอาหารจานเดียวจำนวน 1 วัน มีผลไม้เป็นหลักสลับกับเมนูของหวาน⁽⁸⁾ และเมื่อมีการพิจารณาคุณภาพของสำหรับอาหารโรงเรียนอนุบาลจากการใช้โปรแกรม Thai School Lunch พบว่า สำหรับอาหารมื้อกลางวันของโรงเรียนคุณภาพคะแนนคุณค่าทางโภชนาการรายวันของสารอาหารหลัก (พลังงาน โปรตีนและไขมัน) อยู่ในเกณฑ์ดีและดีมาก ส่วน คะแนนสารอาหารรอง แร่ธาตุ และวิตามินได้แก่ แคลเซียม ธาตุเหล็ก วิตามินเอ วิตามินบี 1 วิตามินบี 2 วิตามินซี และใยอาหาร อยู่ในเกณฑ์ดีเป็น ซึ่งในการกำหนดเมนูอาหารโรงเรียนได้มีการประยุกต์ใช้วัตถุดิบที่มีในท้องถิ่นมาเป็นส่วนประกอบอาหารของเมนูอาหาร และทางโรงเรียนยังได้มีการจัดประชุมเพื่อติดตามคุณภาพเมนูอาหารกลางวันร่วมด้วย โดยมีหน่วยงานภายนอก เช่น เทศบาลนครอุบล ตัวแทนจากคณะกรรมการนักเรียนร่วมแสดงความคิดเห็นและความพึงพอใจต่อเมนูอาหาร ปริมาณสารอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการในแต่ละวันมีความสำคัญต่อระบบการทำงาน

ของร่างกายส่งผลให้เด็กมีการเจริญเติบโต เต็มศักยภาพ สูงดีสมส่วนและพัฒนาการสมวัยระดับเขาวนปัญญา
ดี⁽⁹⁾

จากการประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้เกณฑ์น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงจะพบว่า หลังการทดลองจะมี
เด็กที่เริ่มมีภาวะอ้วนเพิ่มขึ้น ร้อยละ 9.5 ซึ่งต้องมีการลดปริมาณอาหารที่ให้พลังงานสูงแต่มีคุณค่าทาง
โภชนาการน้อย ลดการบริโภคอาหารจุกจิกระหว่างมื้ออาหาร ดังนั้น ควรรับประทานอาหารมื้อหลัก (มื้อเช้า
มื้อมกลางวัน มื้อเย็น)⁽¹⁰⁾ ให้ครบทั้ง 3 มื้อ ไม่ควรงดอาหารมื้อใดมื้อหนึ่ง โดยเฉพาะอาหารมื้อเช้า จากข้อมูล
พบว่า นักเรียนทั้ง 3 ชั้นปีการศึกษา บริโภคอาหารมื้อเช้าง่อนมาโรงเรียน ซึ่งอาหารมื้อเช้าเป็นมื้อที่สำคัญต่อ
การเรียนรู้ของนักเรียน รวมทั้งมื้อเย็น แต่ให้เลือกบริโภคอาหารที่ให้พลังงานเหมาะสม ไม่มีส่วนประกอบของ
ไขมัน และน้ำตาลมากเกินไป สอดคล้องกับผลการวิจัยของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
(สสส.) ปี 2557 พบว่า ทำให้เพิ่มแนวโน้มการรับประทานอาหารที่มีพลังงานและไขมันสูงในมื้อเที่ยงซึ่งจะเป็น
สาเหตุทำให้มีน้ำหนักเกินและโรคอ้วนได้ จากข้อมูลพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของเด็กนักเรียนชั้น
ประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่นักเรียนตอบแบบสอบถาม พบว่า ชอบรับประทานอาหารที่ปรุงประกอบด้วยวิธีการ
ทอด บริโภคอาหารรสหวาน รวมทั้งเครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลสูงเลือกรับประทานขนมขบเคี้ยว เป็นสาเหตุ
ให้เกิดโรคอ้วนในเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอารยา ตั้งวิฑูรย์⁽¹²⁾ ศึกษาพฤติกรรมการบริโภค อาหารใน
เด็กนักเรียนที่มีการบริโภคอาหารว่างหรือขนมขบเคี้ยว ที่มีส่วนประกอบของแป้ง น้ำตาล และไขมันในปริมาณ
สูงจะมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกิน และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคอ้วนในเด็กนักเรียน ดังนั้นการ
ให้ผู้ปกครองจึงมีส่วนร่วมในการบริโภคอาหารของเด็กวัยนี้ให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม
สารอาหารครบถ้วน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการของนริสรา พิงโพธิ์สภและคณะ⁽¹¹⁾ พบว่า บิดามารดามี
บทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมการกินของเด็กรวมทั้งลักษณะนิสัยและเจตคติต่อการกินอาหาร เด็ก
ประถมศึกษายังมีนิสัยเลือกอาหารเหมือนเด็กเล็ก พ่อแม่ต้องฝึกและสอนโดยเฉพาะการสร้างนิสัยการกินที่ดี
พ่อที่ไม่กินผัก แม่ที่เลือกอาหารแป้ง จะทำให้ลูกมีนิสัยเช่นเดียวกัน สร้างบรรยากาศการกินที่ผ่อนคลาย เด็กจะ
สนุกและชอบที่จะกินอาหารทุกอย่างทั้งผักและผลไม้การกินอาหารที่สมดุลมีความหมายกับเด็กมาก เพราะ
นอกจากทำให้ ซึ่งสอดคล้องกับการจัดอาหารกลางวันคู่มือแนวทางการจัดอาหารมื้อมกลางวัน
ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี การจับคู่เมนูอาหาร เน้นสมดุลพลังงานสารอาหารและรสชาติอาหาร หากเด็กวัยเรียน
บริโภคอาหารในแต่ละวันตามข้อเสนอแนะทั้งสัดส่วนและความหลากหลายได้รับพลังงานเพียงพอต่อความ
ต้องการของร่างกายและมีสารอาหารที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโตครบถ้วนจะนำไปสู่การมีสุขภาพร่างกาย
แข็งแรง พัฒนาการสมวัยมีศักยภาพที่ดีในการเรียนรู้ เติบโตเป็นบุคลากรที่เป็นกำลังสำคัญของประเทศต่อไป

8. ข้อเสนอแนะ

8.1 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งนี้

8.1.1 ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. โรงเรียนหลายแห่งยังไม่ได้ใช้โปรแกรม Thai School Lunch เนื่องจากไม่มีคุณครูอนามัยที่
รับผิดชอบโดยตรง ดังนั้น ควรผลักดันให้โรงเรียนทุกแห่งเห็นความสำคัญของการใช้โปรแกรม Thai School
Lunch ในการจัดอาหารกลางวันให้กับโรงเรียนประถมศึกษาทุกแห่ง โดยมีการจัดอบรมให้กับครูที่รับผิดชอบ
งานอนามัยโรงเรียนและมีนโยบายจากส่วนกลางในการให้ใช้โปรแกรมในการจัดเมนูอาหารกลางวัน

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาควรมีการเยี่ยมประเมินหรือติดตาม
ประเมินการจัดเมนูอาหารกลางวันของโรงเรียนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินคุณภาพเมนูอาหารกลางวัน
สารอาหารที่ครบถ้วนและมีรสชาติอร่อย

8.1.2 ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ

1. จากการปรับเมนูอาหารกลางวันในโปรแกรม Thai School Lunch ได้คุณภาพสารอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอ โรงเรียนประถมศึกษาแห่งอื่น ๆ สามารถนำไปใช้เป็นเมนูอาหารกลางวันให้กับโรงเรียนของท่านหรือนำไปปรับเมนูอาหารกลางวันที่เหมาะสมกับบริบทในโรงเรียนของท่าน

2. เนื่องจากเมนูอาหารกลางวันต้องจัดให้นักเรียนทุกชั้นปี ดังนั้นสิ่งที่สำคัญคือการดักปริมาณอาหารที่เหมาะสมกับภาวะโภชนาการผอม อ้วน เตี้ย สมส่วน ซึ่งในแต่ละกลุ่มจะมีปริมาณอาหารอาหารที่แตกต่างหากดักปริมาณอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอกับภาวะโภชนาการจะทำให้แก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการได้

8.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาเพิ่มขึ้นเป็น 1 ปีการศึกษาเพื่อจะได้ติดตามภาวะโภชนาการของนักเรียนได้อย่างต่อเนื่อง

2. การแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการในเด็กวัยเรียนไม่สามารถใช้เพียงเรื่องอาหารอย่างเดียวได้ ควรทำการศึกษาวิจัยโดยเพิ่มกิจกรรมการออกกำลังกาย การให้ความรู้กับนักเรียนในการเลือกบริโภคอาหาร หรือสร้างความตระหนักให้นักเรียนในการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพร่วมด้วย

9. เอกสารอ้างอิง

1. วิชัย เอกพลากร. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ.2562-2563. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดีไซน์; 2564.
2. นัชชา ทัดตานนท์, ชวนนท์ อิมอาบ, พิชรินทร์ สมบูรณ์ และขวัญธิรา หวังจิตต์. รูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน 6-15 ปี โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://hpc.go.th/km/training/selfstudy/child.pdf>
3. วิมล โรมาร. รายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562. สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน. กรุงเทพฯ: ฟันนี้พับบลิชซิง; 2563.
4. ดวงพร สุธาสีโนบล. การศึกษาประสิทธิผลของโครงการอาหารกลางวันโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒองค์รักษ์. วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาการเรียนรู้ 2561;1(2):45-59.
5. วิภารัตน์ สุวรรณไพบพัฒน. รับมืออย่างไรกับภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียน: เจเนอเรชันใหม่ในยุคดิจิทัล. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล 2567;29(1):1-14.
6. ภควดี น่วมพิทักษ์ และและรัฐชาติ ทศนัย. การพัฒนาการจัดการอาหารกลางวันของโรงเรียนให้เกิดประสิทธิภาพ กรณีศึกษาโรงเรียนอนุบาลลาดสวาย จังหวัดปทุมธานี. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์วไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ 2565;17(1):29-37.
7. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ. 2563 DIETARY REFERENCE INTAKE FOR THAIS 2020. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ.วี.โปรเกรสซีฟ398; 2563.
8. สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล. ระบบแนะนำสำหรับอาหารกลางวันสำหรับโรงเรียนแบบอัตโนมัติ Thai School Lunch. ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ(เนคเทค) จังหวัดปทุมธานี; 2563.

9. ชนิดาภา วงศ์รักษา, รัตติกานต์ รักษาภักดี, บังอร กล่ำสุวรรณ และสุวิชา สังข์ทอง. พฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพพื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 7. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2566;15(3):77-93.
10. ศุภลักษณ์ ศรีธัญญา. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกายของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน [ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2561.
11. อารยา ตั้งวิฑูรย์. พฤติกรรมการบริโภคอาหารว่างและขนมของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในอำเภอหาดใหญ่: ความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ [วุฒิบัตร]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2550.
12. นริสรา พึ่งโพธิ์สภ. การอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดาเกี่ยวกับการเกิดภาวะอ้วนในเด็ก. วารสารพฤติกรรมศาสตร์ 2554;17(2):1-18.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการใช้สมุดบันทึกสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ

เพ็ญภา บุญพุฒ^{1*}

(วันรับบทความ 19 พฤศจิกายน 2567, วันแก้ไขบทความ 13 มีนาคม 2568, วันตอบรับบทความ 9 เมษายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง เพื่อประเมินผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการใช้สมุดบันทึกสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 36 คน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการใช้สมุดบันทึกสุขภาพและกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ การเก็บข้อมูลดำเนินการก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบทดสอบความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงอนุมาน Paired samples t-test และ Independent samples t-test

ผลการศึกษา พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2.4 คะแนน (95%CI=1.581 to 3.219; p -value<0.001) และพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ 0.5 คะแนน (95%CI=0.233 to 0.767; p -value<0.001) นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ย HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ -1.2% (95%CI=-1.751 to -0.648; p -value<0.003) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ 1.58 คะแนน (95%CI=1.016 to 1.984; p -value<0.001 และ 1.0 คะแนน (95%CI=0.515 to 1.485; p -value<0.001) ตามลำดับ ในขณะที่ค่าเฉลี่ย HbA1c ของทั้งสองกลุ่มยังคงมากกว่า 7% แต่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย HbA1c ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ -1.0% (95%CI=-1.602 to -0.398; p -value<0.003

สรุปได้ว่า โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการใช้สมุดบันทึกสุขภาพ สามารถเพิ่มพูนความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น ควรนำโปรแกรمدังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในคลินิกเบาหวานและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง สมุดบันทึกสุขภาพ

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลอำนาจเจริญ

* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: pennapaboonput5@gmail.com

Research article

Effects of a Self-Management Support Program with Health Log on Glycemic Control in Poorly Controlled Type 2 Diabetes in Mueang District, Amnat Charoen Province

Pennapa Boonput^{1*}

(Received: November 19 2024; Revised: March 13 2025; Accepted: April 9 2025)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate the effect of a self-management support program combined with the use of health diaries on blood sugar control among patients with poorly controlled type 2 diabetes mellitus in Mueang District, Amnat Charoen Province. A total of 72 patients were randomly assigned to either the experimental or control group, each comprising 36 individuals. The experimental group participated in a self-management support program that utilized health diaries, while the control group received standard care. Data were collected before and after the intervention using knowledge tests and self-management behavior questionnaires. Inferential statistics, paired samples t-test, and independent samples t-test were employed for data analysis.

The findings revealed that, post-intervention, the experimental group exhibited a significant increase in mean knowledge scores by 2.4 (95%CI=1.581 to 3.219; p -value<0.001) and improved self-management behaviors scores by 0.5 (95%CI=0.233 to 0.767; p -value<0.001). Additionally, there was a significant reduction in mean HbA1c levels by -1.2% (95%CI=-1.751 to -0.648; p -value<0.003). When comparing the groups post-intervention, the experimental group had significantly higher knowledge scores and better self-management behaviors than the control group, with effect sizes of 1.5 (95%CI=1.016 to 1.984; p -value<0.001) and 1.0 (95%CI=0.515 to 1.484; p -value<0.001), respectively. While the mean HbA1c levels in both groups remained above 7%, the experimental group had significantly lower levels than the control group by 1.0% (95%CI=-1.602 to -0.398; p -value<0.003).

In conclusion, the self-management support program, combined with the use of health diaries, effectively enhanced knowledge and self-management behaviors among patients with type 2 diabetes mellitus and significantly reduced blood sugar levels. Therefore, it is recommended to implement this program in diabetes clinics and for the care of patients with other chronic diseases.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus patients, Self-management support program, Health diaries

¹ Senior Public Health Officer, Health Education Division, Amnatcharoen Hospital.

* Corresponding Author Email: pennapaboonput5@gmail.com

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable disease) ที่เป็นโรคสำคัญของระบบสาธารณสุขในแต่ละประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย เป็นสาเหตุการเสียชีวิต 1 ใน 5 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes) เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม ที่มีลักษณะสำคัญคือ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องในการหลั่งอินซูลินหรือความผิดปกติในการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน⁽¹⁾ ซึ่งเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด สถานการณ์เบาหวานทั่วโลกในปี พ.ศ.2566 มีผู้ป่วยเบาหวานมากถึง 537 ล้านคน โดยมากกว่าร้อยละ 90 เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และเกือบร้อยละ 50 ยังไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัย สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 300,000 คนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน อยู่ในระบบทะเบียน 3.2 ล้านคน⁽²⁾

จังหวัดอำนาจเจริญ มีผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับบริการเฉลี่ย 22,443 รายต่อปี ในอำเภอเมืองอำนาจเจริญ มีจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยสูงที่สุด ในปี พ.ศ.2563-2567 มีผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลอำนาจเจริญ จำนวน 7,065 7,355 7,654 7,899 และ 7,731 คน ตามลำดับ พบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี นอกจากนี้ มีผู้ป่วยที่เกิดโรคแทรกซ้อนเนื่องจากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ คิดเป็นร้อยละ 11.00 จากจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมทั้งหมด⁽³⁾ ทั้งนี้ การควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วย มีปัจจัยสำคัญจากพฤติกรรมมารับประทานยา การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย แต่รูปแบบการให้การรักษาที่โรงพยาบาลอำนาจเจริญ ยังเน้นการนัดตรวจเลือด ปรับยาและให้คำแนะนำเป็นประจำ ทุก ๆ 3 เดือน ยังไม่มีการกำกับติดตามการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างใกล้ชิดและขาดการสื่อสารจากผู้ป่วย ทำให้แนวโน้มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีและมีแนวโน้มที่สูง ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยที่สามารถนำความรู้และคำแนะนำจากแพทย์และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพมาปฏิบัติ และยึดมั่นตามแผนการรักษา ยอมรับการตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิตด้วยตนเอง (Self-management)⁽⁴⁾ จะนำไปสู่การจัดการตนเองที่ดี หากผู้ป่วยจัดการตนเองได้ดีจะทำให้สามารถควบคุมความรุนแรงของโรคและลดอุบัติการณ์การเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้น การจัดการตนเองจึงมีความสำคัญมากสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องบูรณาการการจัดการตนเองจากการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ เข้าไปด้วยกัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า แนวคิดการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพ สามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ ผนวกกับปัจจุบันระบบสาธารณสุขของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ติดตามดูแลผู้ป่วยผ่านระบบการติดตามสุขภาพทางไกล (Telemedicine) เช่น การใช้แอปพลิเคชัน Line การติดตามอาการทางโทรศัพท์ เป็นต้น ซึ่งถือเป็นอีกหนึ่งทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแล ซึ่งการนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยอำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วยในการรักษาพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับคำปรึกษาและคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์โดยตรง ทำให้ทราบผลลัพธ์ของอาการป่วยได้แม่นยำมากขึ้น การสร้างความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพต่าง ๆ นอกจากนี้ยังช่วยประหยัดทั้งเวลาและค่าใช้จ่าย⁽⁵⁾ สามารถติดตามได้บ่อยครั้งโดยไม่มีอุปสรรคทางด้านระยะทาง จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาในการนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเพิ่มมากขึ้น ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁶⁾ อีกทั้งผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁷⁻⁸⁾

ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี ให้ความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคได้ดีมากยิ่งขึ้น โดยนำรูปแบบการบันทึกข้อมูลทางคลินิกมาประยุกต์ใช้เพื่อกระตุ้นผู้ป่วย โดยให้เห็นถึงข้อมูลการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากการควบคุมตนเอง และมีการสนับสนุนการจัดการตนเองผ่านการติดตามสุขภาพ จากบุคลากรทางการแพทย์อย่างใกล้ชิด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองไม่ได้ต่อสู้กับโรคที่เป็นอยู่เพียงลำพัง ยังมีคนที่พร้อมช่วยเหลือและให้กำลังใจที่จะทำให้ผู้ป่วยมีการกำกับดูแลตนเองได้ดีขึ้น และผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการจัดการตนเองของ Lin⁽⁹⁾ ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีหลายมิติร่วมกันทั้งมิติทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในการป้องกันและรักษาสุขภาพ โดยการกำกับควบคุมการปฏิบัติด้วยตัวเองร่วมกับผู้ดูแลและทีมสุขภาพและนำเครื่องมือวัดการจัดการตนเองของโรคเบาหวาน (Diabetes Self-Management Instrument: DSMI) ของ Lin⁽⁹⁾ ที่พัฒนาขึ้นจนสามารถใช้วัดพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มาใช้ในการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการใช้สมุดบันทึกสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการใช้สมุดบันทึกสุขภาพ ต่อค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และค่าน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ

วัตถุประสงค์รอง

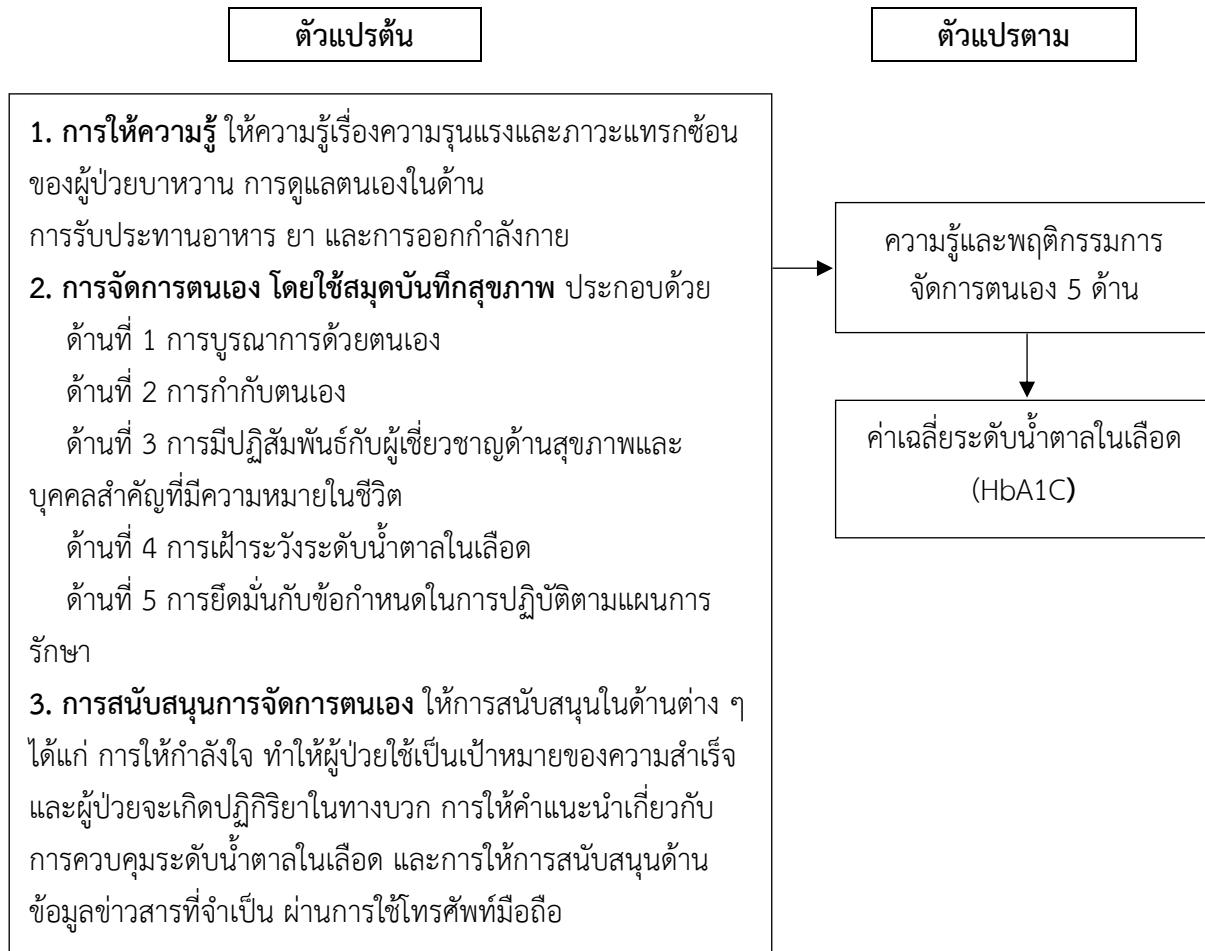
- 1) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง
- 2) เพื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1C) ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง

3. คำถามการวิจัย/สมมติฐาน

- 1) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ทักษะการจัดการตนเอง มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม
- 2) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาล (HbA1C) ในเลือดลดลงจากก่อนการทดลอง และลดลงได้มากกว่ากลุ่มควบคุม

4. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management concept) เป็นแนวทางในการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ และนำเครื่องมือวัดการจัดการตนเองของโรคเบาหวาน (Diabetes Self-Management Instrument: DSMI) ของ Lin⁽⁹⁾ 5 ด้าน เพื่อมาใช้ในการศึกษาตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

5. วิธีการดำเนินการวิจัย

5.1 รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันโดยเปรียบเทียบภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง

5.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) มากกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (2 Visit) ทั้งชายและหญิงทุกกลุ่มอายุในอำเภอเมือง ที่ขึ้นทะเบียนรักษากับโรงพยาบาลอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ระหว่างเดือนมกราคม-กรกฎาคม 2567 จำนวน 7,731 คน

5.3 การคำนวณขนาดตัวอย่าง

คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยนำผลการศึกษาของอภิชาติ กตะศิลา⁽¹⁰⁾ โดยใช้สูตร

$$n = \frac{2\sigma^2[Z\alpha + Z\beta]^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

กำหนดค่า σ คือ ค่าความแปรปรวน เท่ากับ 22.59, $Z\sigma$ เท่ากับ 1.96 และ $Z\beta$ กำหนด Power 90% เท่ากับ 1.28 กำหนดความแตกต่างของค่าระดับน้ำตาลในเลือดจากก่อน FBS ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม เท่ากับ 17.13 แทนค่าในสูตรได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 36 คน

5.4 การสุ่มขนาดตัวอย่าง

การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยคัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดไว้ การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) ในการจัดกลุ่มเนื่องจากการวิจัยแบบกึ่งทดลองการสุ่มตัวอย่างอาจไม่สามารถทำได้อย่างสมบูรณ์ จึงใช้วิธีการจัดกลุ่มพิจารณาจากคุณลักษณะเฉพาะของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาที่เป็นโรคเพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด นำแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 36 คนและกลุ่มควบคุม 36 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษากับโรงพยาบาลอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี โดยจะต้องมีผลตรวจค่าน้ำตาลในเลือดมากกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผู้ป่วยทั้งเพศชาย และเพศหญิงทุกช่วงอายุ

2) มีเครื่องมือการสื่อสาร เพื่อติดตามสุขภาพทางไกลได้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1) มีความบกพร่องด้านการสื่อสาร ไม่สามารถพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

2) ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย

5.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 เครื่องมือ ดังนี้

5.5.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1) โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดีโดยประยุกต์จากแนวคิดการจัดการตนเองของ Lin⁽⁹⁾ ประกอบด้วย

1.1) สมุดบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง โดยมีรายละเอียดเรื่องภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคเบาหวาน วิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเอง โดยแยกเป็นประเด็นแต่ละด้านของพฤติกรรม และตารางบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือดของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยใช้เป็นมาตรฐานการปฏิบัติ วางแผน กำหนดเป้าหมาย และบันทึกการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อช่วยสะท้อนการปฏิบัติตัวของตนเอง ตามแนวคิดกระบวนการกำกับตนเองตามแนวคิดของแบนดูรา⁽¹¹⁾ ที่ประกอบด้วย การสังเกตตนเอง การตัดสินใจ และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง

1.2) สื่อวีดิทัศน์ เรื่องสถานการณ์อันตรายจากโรคแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นการนำเสนอเรื่องราวจากประสบการณ์จริงของผู้ป่วยโรคเบาหวานเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ได้แก่ การรับประทานยา การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย ซึ่งมีความยาวของสื่อประมาณ 10 นาที

1.3) โปรแกรมการติดตามสุขภาพ ผ่านโทรศัพท์มือถือ โดยผู้วิจัยให้การสนับสนุนการจัดการตนเองตามทฤษฎีแนวคิดการจัดการตนเอง แบ่งวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อให้กลุ่มทดลองทำการตัดสินใจในการปฏิบัติของตนเอง 2) เพื่อให้กลุ่มทดลองเน้นย้ำการตัดสินใจในการปฏิบัติของตนเอง และ 3) เพื่อเน้นย้ำให้กลุ่มทดลองปฏิบัติต่อไปเป็นพฤติกรรมติดตัว

5.5.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบทดสอบความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามปลายปิด จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคร่วม ประวัติการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด และประวัติ การได้รับการสนับสนุน ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ เป็นแบบทดสอบความรู้ชนิดเลือกตอบถูกหรือผิด เกี่ยวกับ เรื่องความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 5 ข้อ และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 3 ด้าน คือ การรับประทานยา การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย อย่างละ 5 ข้อ รวมทั้งสิ้น 20 ข้อ มี ค่าคะแนนที่ได้ 20 คะแนน แปลความหมายค่าคะแนนความรู้เป็น 5 ระดับ และส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองผู้วิจัยนำมาจากปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ⁽¹²⁾ ที่ได้ทำการวิจัยการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มี โรคร่วมและแบบสอบถามของ Lin⁽⁹⁾ จำนวน 39 ข้อ นำมาใช้ประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ประกอบด้วยการจัดการตนเอง 5 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการบูรณาการด้วย ตนเอง จำนวน 10 ข้อ 2) ด้านการกำกับตนเอง จำนวน 10 ข้อ 3) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ และบุคคลสำคัญที่มีความหมายในชีวิต จำนวน 9 ข้อ 4) ด้านการเฝ้าระวังน้ำตาลในเลือด จำนวน 4 ข้อ และ 5) ด้านการยึดมั่นกับข้อกำหนดในการปฏิบัติตามแผนการรักษา จำนวน 6 ข้อ แปลความหมายค่าคะแนนการ จัดการตนเอง โดยใช้แบบอิงกลุ่มเป็น 5 ระดับ⁽¹³⁾

5.6 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้นำเครื่องมือแบบทดสอบความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองนำมา วิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นในภาพรวมเท่ากับ 0.78 และเครื่องมือของ Lin⁽⁹⁾ (Diabetes Self-Management Instrument: DSMI) โดยมีค่า Cronbach's alpha ความเชื่อมั่นในภาพรวมเท่ากับ 0.94

5.7 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

5.7.1 การดำเนินการวิจัย

1) กลุ่มทดลองเข้าได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการใช้สมุดบันทึกสุขภาพ จำนวน 12 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ให้ผู้ศึกษา เกี่ยวกับความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการควบคุมระดับน้ำตาล ไม่ได้ รวมถึงวิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการ รับประทานยาที่ถูกต้องจากเภสัชกร ผ่านสื่อวิดีโอ สื่อบุคคล โดยเน้นให้ผู้ป่วยร่วมออกความคิดเห็น แลกเปลี่ยน เรียนรู้และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาตามบริบทของผู้ป่วย และสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวที่ ประกอบด้วยความรู้ที่ผู้ป่วยสามารถศึกษาด้วยตนเอง ตารางสถิติการวัดระดับน้ำตาลในเลือด ตารางสุขภาพทั่วไป ที่ให้ผู้ป่วยสามารถจดบันทึก อ่านข้อมูลที่สำคัญได้ เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านและการตั้งเป้าหมายพฤติกรรมของตนเอง หลังจากการตรวจวัดค่าระดับน้ำตาลในเลือด

สัปดาห์ที่ 2-11 ผู้วิจัยให้การสนับสนุนการจัดการตนเองตามทฤษฎีแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) โดยกำหนดการจัดการตนเองในด้าน การบูรณาการด้วยตนเอง การกำกับตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์ กับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและบุคคลสำคัญที่มีความหมายในชีวิต การเฝ้าระวังน้ำตาลในเลือด และการยึดมั่นกับ ข้อกำหนดในการปฏิบัติตามแผนการรักษา จากการใช้สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัว และการติดตามผ่านการ

โทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับพฤติกรรมจัดการตนเองในระดับมากที่สุด ระดับมาก และติดตามสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในกลุ่มระดับปานกลางและระดับน้อย เพื่อให้กำลังใจให้ผู้ป่วยให้มีการจัดการตนเองได้ดียิ่งขึ้น

สัปดาห์ที่ 12 ตรวจวัดและฟังผลค่าระดับน้ำตาลในเลือด พบแพทย์ และพบผู้วิจัยโดยเน้นการการให้แรงบันดาลใจและสะท้อนผลการจัดการตนเองของผู้ป่วย เพื่อให้กำลังใจ ที่จะทำให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองได้ดียิ่งขึ้น และปฏิบัติต่อไปเป็นพฤติกรรมติดตัว รวมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง ประกอบด้วยพฤติกรรมจัดการตนเอง และแบบทดสอบความรู้

2) กลุ่มควบคุม ได้รับโปรแกรมการบริการตามรูปแบบปกติของโรงพยาบาลอำนาจเจริญ จำนวน 12 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ให้สุขศึกษา เกี่ยวกับความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ รวมถึงวิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาที่ถูกต้องจากเภสัชกรและบุคลากรทางการแพทย์ผ่านสื่อบุคคล

สัปดาห์ที่ 12 ตรวจวัดและฟังผลค่าระดับน้ำตาลในเลือด และพบแพทย์รวมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง ประกอบด้วยพฤติกรรมจัดการตนเอง และแบบทดสอบความรู้

5.7.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) เก็บข้อมูลตามแบบทดสอบความรู้และแบบสอบถามระหว่างผู้ช่วยนักวิจัยกับผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วย

2) ทีมผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสรุปการจัดกิจกรรมตามโดยทีมวิจัยขออนุญาตกลุ่มเป้าหมายก่อนทำกิจกรรมทุกครั้ง ตั้งแต่วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การพัฒนารูปแบบ การดำเนินงาน ประเมินความรู้และพฤติกรรมจัดการตนเอง และสรุปผลการดำเนินงาน

5.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้ พฤติกรรมจัดการตนเอง และค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสมระยะก่อนทดลองและหลังทดลองของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Paired samples t-test และระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Independent sample t-test

5.9 การพิจารณาด้านจริยธรรม

ผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างวิจัยและได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลอำนาจเจริญ เลขที่ 19/2566 ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2566 และถือปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยโดยเคร่งครัด

6. ผลการวิจัย

6.1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง 1) กลุ่มทดลอง เพศหญิง ร้อยละ 77.8 อายุเฉลี่ย 62.6 ปี สถานะภาพสมรสเป็นคู่ ร้อยละ 80.6 ระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 94.4 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 77.8 มีภาวะโรคร่วม ด้วย คิดเป็นร้อยละ 91.7 ส่วนใหญ่มีโรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 78.8 และ 63.6 ตามลำดับ ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน 1-33 ปี เฉลี่ย 12.9 ปี ได้รับการสนับสนุนการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจากบุคคลอื่น ร้อยละ 85.0 ส่วนใหญ่จะเป็นบุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 63.0 2) กลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.2 มีอายุเฉลี่ย 61.1 ปี มีระดับการศึกษาในระดับ

ประถมศึกษา ร้อยละ 86.1 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 47.2 ตามลำดับ มีภาวะโรคร่วม ร้อยละ 69.4 หากพิจารณาถึงชนิดโรคร่วม ส่วนใหญ่มีโรคร่วมเป็นโรคไขมันในเลือดสูงและโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 76.0 และ 64.0 ตามลำดับ มีระยะเวลาการป่วย 1-37 ปี เฉลี่ย 13 ปี ได้รับการสนับสนุนการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจากบุคคลอื่น ร้อยละ 76.1 ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นบุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 87.1

6.2 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่า 1) ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับความรู้อยู่ในระดับดีมากทั้งสองกลุ่ม ซึ่งกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย คือ 17.4 คะแนน (S.D.=2.6) คะแนนต่ำสุด 8 คะแนน และคะแนนสูงสุด 20 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 17.6 คะแนน (S.D.=1.4) คะแนนต่ำสุด 14 คะแนน และคะแนนสูงสุด 20 คะแนน และ 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับความรู้อยู่ในระดับดีมากทั้งสองกลุ่ม ซึ่งกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย คือ 19.8 คะแนน (S.D.=0.4) คะแนนต่ำสุด 18 คะแนน และคะแนนสูงสุด 20 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 18.3 คะแนน (S.D.=1.0) คะแนนต่ำสุด 16 คะแนน และคะแนนสูงสุด 20 คะแนน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามระดับความรู้ก่อนหลัง

ระดับความรู้		กลุ่มทดลอง n=36		กลุ่มควบคุม n=36	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนเข้าร่วม	ระดับดีมาก (18-20 คะแนน)	19	52.8	19	52.8
	ระดับดี (16-17 คะแนน)	14	38.9	15	41.7
	ระดับปานกลาง (14-15 คะแนน)	3	8.3	2	5.6
	$\bar{X}$, S.D.	17.4, 2.6		17.6, 1.4	
หลังเข้าร่วม	ระดับดีมาก (18-20 คะแนน)	36	100	29	80.6
	ระดับดี (16-17 คะแนน)	-	-	7	19.4
	ระดับปานกลาง (14-15 คะแนน)	-	-	-	-
	$\bar{X}$, S.D.	19.8, 0.4		18.3, 1.0	

6.3 ระดับพฤติกรรมการจัดการตนเอง พบว่า 1) ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมระดับมากที่สุด ร้อยละ 44.4 ระดับมาก ร้อยละ 33.3 ตามลำดับ กลุ่มควบคุม มีระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับมาก ร้อยละ 58.3 และมากที่สุด ร้อยละ 22.2 ตามลำดับ 2) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับมากที่สุด ร้อยละ 77.8 และระดับมาก ร้อยละ 22.2 ตามลำดับ ในกลุ่มควบคุมพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับมาก ร้อยละ 41.7 ระดับปานกลาง-น้อย ร้อยละ 38.9 และระดับมากที่สุด ร้อยละ 19.4 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามระดับพฤติกรรมการจัดการตนเอง

ระดับพฤติกรรมการจัดการตนเอง		กลุ่มทดลอง n=36		กลุ่มควบคุม n=36	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนเข้าร่วม	ระดับมากที่สุด	16	44.4	8	22.20
	ระดับมาก	12	33.3	21	58.3
	ระดับปานกลาง-น้อย	8	22.3	7	19.5
	$\bar{X}$, S.D.	3.91, 0.75		3.72, 0.54	
หลังเข้าร่วม	ระดับมากที่สุด	28	77.8	7	19.4
	ระดับมาก	8	22.2	15	41.7
	ระดับปานกลาง-น้อย	0	0.00	14	38.9
	$\bar{X}$, S.D.	4.4, 0.32		3.4, 0.66	

เมื่อจำแนกรายด้าน ก่อนการทดลอง พบว่า 1) ด้านการบูรณาการด้วยตนเองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองในด้านการบูรณาการด้วยตนเองในระดับมากที่สุดทั้งสองกลุ่ม ($\bar{X}$ =4.1, S.D.=0.96 และ $\bar{X}$ =3.9, S.D.=0.77) ตามลำดับ 2) ด้านการกำกับตนเอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองในด้านการกำกับตนเองในระดับมากที่สุดทั้งสองกลุ่ม ($\bar{X}$ =3.85, S.D.=0.98 และ $\bar{X}$ =3.5, S.D.=0.66) ตามลำดับ 3) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและบุคคลสำคัญที่มีความหมายในชีวิต กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองในด้านการการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและบุคคลสำคัญที่มีความหมายในชีวิตในระดับมากที่สุดทั้งสองกลุ่ม ($\bar{X}$ =3.8, S.D.=1.04 และ $\bar{X}$ =3.7, S.D.=0.93) ตามลำดับ 4) ด้านการเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือดกลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =3.5, S.D.=1.29) และกลุ่มควบคุมมีระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.82, S.D.=1.34) ตามลำดับ 5) ด้านการยึดมั่นกับข้อกำหนดในการปฏิบัติตามแผนการรักษา กลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.2, S.D.=0.67) และกลุ่มควบคุมมีระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.1, S.D.=0.45) ตามลำดับ

หลังการทดลอง พบว่า 1) ด้านการบูรณาการด้วยตนเอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.4, S.D.=0.35) และกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =3.6, S.D.=0.82) ตามลำดับ 2) ด้านการกำกับตนเอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.3, S.D.=0.45) และกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.2, S.D.=0.83) ตามลำดับ 3) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและบุคคลสำคัญที่มีความหมายในชีวิต กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.4, S.D.=0.43) และกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =3.6, S.D.=1.01) ตามลำดับ 4) ด้านการเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.2, S.D.=0.45) และกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.6, S.D.=1.31) ตามลำดับ 5) ด้านการยึดมั่นกับข้อกำหนดในการปฏิบัติตามแผนการรักษา กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.6, S.D.=0.23) และกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรม ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.0, S.D.=0.53) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยเบี่ยงเบนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามพฤติกรรมการจัดการตนเอง

ระดับพฤติกรรมการจัดการตนเอง		กลุ่มทดลอง (n=36)		กลุ่มควบคุม (n=36)	
		$\bar{X}$ (S.D.)	แปลผล	$\bar{X}$ (S.D.)	แปลผล
ด้านการบูรณาการด้วยตนเอง	ก่อนเข้าร่วม	4.0 (0.7)	มาก	3.9 (0.57)	มาก
	หลังเข้าร่วม	4.4 (0.35)	มากที่สุด	3.6 (0.82)	มาก
ด้านการกำกับตนเอง	ก่อนเข้าร่วม	3.8 (0.9)	มาก	3.5 (0.66)	มาก
	หลังเข้าร่วม	4.3 (0.45)	มากที่สุด	3.2 (0.83)	มาก
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญ	ก่อนเข้าร่วม	3.8 (1.0)	มาก	3.7 (0.9)	มาก
	หลังเข้าร่วม	4.4 (0.54)	มากที่สุด	3.6 (1.01)	มาก
ความหมายในชีวิต					
ด้านการเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือด	ก่อนเข้าร่วม	3.5 (1.2)	มาก	2.8 (1.3)	ปานกลาง
	หลังเข้าร่วม	4.2 (0.54)	มากที่สุด	2.6 (1.31)	ปานกลาง
ด้านการยึดมั่นกับข้อกำหนดในการปฏิบัติตามแผนการรักษา	ก่อนเข้าร่วม	4.2 (0.6)	มากที่สุด	3.7 (0.93)	มาก
	หลังเข้าร่วม	4.6 (0.23)	มากที่สุด	4.0 (0.53)	มาก

6.4 ผลการตรวจเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

1) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) $\bar{X}$ =7.5 mg% (S.D.=1.26) มีค่าระดับน้ำตาลมากกว่า 7 mg% ร้อยละ 52.8 และกลุ่มควบคุมมีระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) $\bar{X}$ =8.5 mg% (S.D.=1.30) ค่าระดับน้ำตาลมากกว่า 7 mg% ร้อยละ 88.9 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด สูงสุดของระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระดับน้ำตาล	กลุ่มทดลอง (n=36)		กลุ่มควบคุม (n=36)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
HbA1c น้อยกว่า 7 mg%	17	47.2	4	11.1
HbA1c มากกว่า 7 mg%	19	52.8	32	88.9
$\bar{X}$ (S.D.)	7.5 (1.26)		8.5 (1.30)	

6.5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ ระดับพฤติกรรมและน้ำตาลสะสมในเลือด

1) ค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ในกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2.48 คะแนน (95%CI=1.581 to 3.219; p -value<0.001) ในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.7 คะแนน (95%CI=0.227 to 1.173; p -value=0.036) เมื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 1.5 คะแนน (95%CI=1.016 to 1.984; p -value<0.001) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนหลังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เปรียบเทียบความรู้		$\bar{x}$	S.D.	Mean difference	95%CI	p-value
กลุ่มทดลอง n=36	ก่อนเข้าร่วม	17.4	2.6	2.4	1.581 to 3.219	<0.001 ^a
	หลังเข้าร่วม	19.8	0.4			
กลุ่มควบคุม n=36	ก่อนเข้าร่วม	17.6	1.4	0.7	0.227 to 1.173	0.036 ^a
	หลังเข้าร่วม	18.3	1.4			
หลังเข้าร่วม	กลุ่มทดลอง	19.8	0.4	1.5	1.016 to 1.984	<0.001 ^b
	กลุ่มควบคุม	18.3	1.4			

* p-value<0.05, ^a=Paired samples test, ^b=Independent samples test

2) ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.5 คะแนน (95%CI=0.232 to 0.767; p-value<0.001) ในกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.3 คะแนน (95%CI=-0.203 to 0.803; p-value=0.233) เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 1.0 คะแนน (95%CI=0.515 to 1.484; p-value<0.001) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนหลังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เปรียบเทียบ พฤติกรรมการจัดการตนเอง		$\bar{x}$	S.D.	Mean difference	95%CI	p-value
กลุ่มทดลอง n=36	ก่อนเข้าร่วม	3.9	0.7	0.5	0.232 to 0.767	<0.001 ^a
	หลังเข้าร่วม	4.4	0.4			
กลุ่มควบคุม n=36	ก่อนเข้าร่วม	3.7	0.5	0.3	-0.203 to 0.803	0.233
	หลังเข้าร่วม	3.4	1.4			
หลังเข้าร่วม	กลุ่มทดลอง	4.4	0.4	1.0	0.515 to 1.484	<0.001 ^b
	กลุ่มควบคุม	3.4	1.4			

* p-value<0.05, ^a=Paired samples test, ^b=Independent samples test

3) ค่าเฉลี่ยของค่าระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ในกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ย HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ -1.2% (95%CI=-1.751 to -0.648; p-value<0.003) ในกลุ่มควบคุมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ -0.6% (95%CI=-1.155 to 0.550; p-value<0.004) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่าระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ -1.0% (95%CI=-1.602 to -0.398; p-value<0.003) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบก่อน-หลังค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เปรียบเทียบน้ำตาลสะสมในเลือด		$\bar{X}$	S.D.	Mean difference	95%CI	p-value
กลุ่มทดลอง n=36	ก่อนเข้าร่วม	8.7	1.92	- 1.2	- 1.751 to -0.648	0.003 ^a
	หลังเข้าร่วม	7.5	1.26			
กลุ่มควบคุม n=36	ก่อนเข้าร่วม	9.1	1.92	- 0.6	- 1.155 to -0.555	0.004 ^a
	หลังเข้าร่วม	8.5	1.3			
หลังเข้าร่วม	กลุ่มทดลอง	7.5	1.26	- 1.0	- 1.602 to -0.398	0.003 ^b
	กลุ่มควบคุม	8.5	1.3			

* p-value<0.05, ^a=Paired samples test, ^b=Independent samples test

7. สรุปและอภิปรายผล จากการศึกษานี้ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผล ดังนี้

1) **ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน** ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดีที่ได้รับโปรแกรมก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับความรู้อยู่ในระดับดีมากทั้งสองกลุ่ม ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะประชากรที่คล้ายคลึงกันโดยเฉพาะระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา และผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกรายจะได้รับการให้สุขศึกษาเบื้องต้นจากทีมสหวิชาชีพทุกครั้งหลังการเข้าพบแพทย์ตามนัดเพื่อสนับสนุนความตระหนักรู้และความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมากที่สุด ทำให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานไม่ต่างกัน หลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเป็นผลจากการได้รับกิจกรรมให้สุขศึกษาเรื่องความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ รวมถึงวิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการรับประทานยาที่ถูกต้องจากเภสัชกร เน้นให้ผู้ป่วยร่วมออกความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาตามบริบทของผู้ป่วย อีกทั้ง ได้แจกสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวที่ให้ผู้ป่วยสามารถจดบันทึกและอ่านข้อมูลที่สำคัญได้เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของอภิชาติ กตะศิลา⁽¹⁴⁾ โปรแกรมการใช้สมุดบันทึกข้อมูลทางคลินิก ร่วมกับการสนับสนุนจากเพื่อนเบาหวานมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้ในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของวารุณี ศรีตะวัน⁽¹⁵⁾ การให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารโดยใช้หลักอาหารแลกเปลี่ยนมีผลดีต่อความรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อประเมินผลหลังให้ความรู้ทันทีและหลังให้ความรู้ซ้ำอีก 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในระดับสูงเช่นเดียวกันทั้ง 2 ช่วง มีความแตกต่างทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น โปรแกรมการทดลองนี้ตามแนวคิดของ Lin⁽⁹⁾ สามารถส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง มีความรู้ในการจัดการตนเองมากขึ้นก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม แสดงว่ากิจกรรมการพยาบาลที่สอนให้คำปรึกษาและให้ผู้ป่วยฝึกฝนการตั้งเป้าหมายและจัดการตนเองด้วยการบันทึกผลการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วและการสะท้อนผลการจัดการตนเองของผู้ป่วยการช่วยเหลือและสนับสนุนเมื่อผู้ป่วยจัดการตนเองขณะอยู่ที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้ในการจัดการตนเองมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม

2) พฤติกรรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมด้านการบูรณาการด้วยตนเอง ด้านการกำกับพฤติกรรมของผู้ป่วยเองผ่านวิธีการการเฝ้าระวังและติดตาม (Self-monitoring) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและบุคคลสำคัญที่มีความหมายในชีวิต การยึดมั่นกับข้อกำหนดในการปฏิบัติตามแผนการรักษา (Adherence to recommended regimen) และการเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือด (Self-monitoring of blood glucose) อยู่ระดับมากที่สุด สะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมการทดลองนี้ตามแนวคิดของ Lin⁽⁹⁾ สามารถส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองมีความสามารถในการบูรณาการการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตผ่านกิจกรรมด้านต่าง ๆ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนักและการมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างเหมาะสม อีกทั้ง ประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำจนตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ เนื่องจากโปรแกรมนี้นเน้นการมีส่วนร่วมวางแผนดูแลรักษาตนเองจากผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงจากผลของพฤติกรรมที่ปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดความต้องการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้ตนเองหายจากภาวะเจ็บป่วย เป็นไปตามแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในกลุ่มโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องอาศัยความสามารถของบุคคลในการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสม จนสามารถควบคุมโรคด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของชดช้อย วัฒนะ⁽¹⁶⁾ กลยุทธ์สำคัญ คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค หลักการจัดการตนเอง การฝึกทักษะที่จำเป็นในการควบคุมโรค ชักจูงให้ลงมือปฏิบัติ ให้คู่มือนำไปทบทวน ให้คำปรึกษาและติดตามเยี่ยม การสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพทำได้โดยให้ความรู้เป็นพื้นฐาน พัฒนาทักษะการแก้ปัญหา เพิ่มความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพ เช่นเดียวกับ King P et al.⁽¹⁷⁾ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยให้ความรู้และการสนับสนุนด้านพฤติกรรม ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนในด้านพฤติกรรมกิน การออกกำลังกาย และการติดตามระดับน้ำตาล มีการลดระดับ HbA1C ภายในระยะเวลา 3 เดือนหลังการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และ Nathan et al.⁽¹⁸⁾ ผู้ป่วยที่ต้องการลดระดับ HbA1C ให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย ต้องมีการปรับพฤติกรรม ปรับยาและการติดตามการรักษาอย่างใกล้ชิดจึงทำให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างชัดเจน ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ⁽¹²⁾ ที่ได้ทำการศึกษากิจการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมที่คลินิกเบาหวาน ผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนหรือโรคร่วมมีผลทำให้ความสามารถในการจัดการจัดการตนเองและการให้ความสำคัญกับการควบคุมเบาหวานของผู้ป่วยลดลง ยังส่งผลต่ออาการและอาการแสดงทางด้านร่างกาย เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด⁽⁹⁾ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ รับประทานยาครบและตรงตามเวลาที่แพทย์สั่งได้เป็นอย่างดีอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพแห่งชาติจึงไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่าย

3) ค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) กลุ่มทดลองหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงและระดับ HbA1C น้อยกว่ากลุ่มควบคุม แต่เมื่อพิจารณาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมยังพบว่าค่าเฉลี่ยระดับระดับ HbA1C ของทั้งสองกลุ่มยังมากกว่าร้อยละ 7 ทั้งนี้ อาจมาจากโปรแกรมที่มีระยะเวลาจำกัดภายใน 12 สัปดาห์ หรือประมาณ 3 เดือน การศึกษาของ King P et al.⁽¹⁷⁾ พบว่า การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการให้ความรู้และการสนับสนุนด้านพฤติกรรม ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนในด้านพฤติกรรมกิน การออกกำลังกายและการติดตามระดับน้ำตาลมีการลดระดับ HbA1C ภายในระยะเวลา 3 เดือนหลังการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง แต่หากผู้ป่วยที่มีระดับ HbA1C สูงตั้งแต่เริ่มต้นต้องใช้เวลานานกว่า 6 เดือนในการลด HbA1C ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าก่อนเริ่มเข้าโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับ HbA1C เฉลี่ยร้อยละ 8.5 และกลุ่มควบคุมมีระดับ HbA1C เฉลี่ยร้อยละ 9.1 ดังนั้น ในการเข้าโปรแกรมที่ผ่าน การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาโดยต้องติดตามอย่างใกล้ชิดเพื่อปรับเปลี่ยนการรักษาตามความจำเป็นและ Nathan et al.⁽¹⁸⁾ พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับ HbA1C เริ่มต้นที่สูงกว่าร้อยละ 9 อาจต้องใช้เวลา 6 เดือนหรือมากกว่านั้นในการลดระดับ HbA1C ให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย อีกทั้ง ต้องผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปรับยา และการติดตามการรักษาอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี จึงส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งสองกลุ่มลดลงแต่ยังเกินค่าที่กำหนดว่าระดับ HbA1C < 7% หากพิจารณาค่าระดับน้ำตาลในเลือดเปรียบเทียบภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ลดลงน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนได้ว่า โปรแกรมนี้ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถจัดการตนเองได้ดีขึ้น และสิริรัตน์ ปิยะภัทรกุล⁽¹⁹⁾ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่หลากหลายส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด นอกจากนี้การศึกษาของขวัญเรือน ทิพย์พูน⁽²⁰⁾ ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองที่มีการจัดรูปแบบการดูแลทั้งในสถานบริการและชุมชนร่วมกับใช้กระบวนการกลุ่มให้ความรู้และได้รับแรงสนับสนุนทำให้มีการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคเพิ่มมากขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงจากค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดในการศึกษาค้นคว้า ไม่ได้ควบคุมการรับประทานยาและภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันทั้งในด้านโรคร่วม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและแนวทางการรักษาของแพทย์ที่ดูแลแต่ละราย ซึ่งอาจมีการส่งใช้ยาที่แตกต่างกัน รวมถึง การเปลี่ยนแปลงยาระหว่างการศึกษาทำให้เกิดความแปรปรวนในผลลัพธ์ที่อาจไม่ได้เกิดจากปัจจัยที่ศึกษาเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ ภาวะแทรกซ้อนบางประการ เช่น การติดเชื้อ โรคแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว หรือผลข้างเคียงของยา ก็อาจมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของการศึกษาแต่ไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งไม่สามารถควบคุมปัจจัยเหล่านี้ได้ เนื่องจากการศึกษาใช้กลุ่มตัวอย่างในสภาพแวดล้อมจริง (Real-world setting) ที่เน้นการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยในสถานการณ์ปกติ ซึ่งผู้วิจัยไม่สามารถแทรกแซงกระบวนการรักษาของแพทย์หรือการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยได้โดยตรง แนวทางการแก้ไขหรือข้อเสนอแนะในการศึกษาในอนาคต ควรพิจารณาใช้การออกแบบการวิจัยแบบทดลองควบคุม (Controlled trial) หรือแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ซึ่งสามารถจำกัดตัวแปรแทรกซ้อนบางประการได้มากขึ้น หรือมีการเก็บข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการใช้ยาและภาวะแทรกซ้อนอย่างเป็นระบบ เพื่อนำมาวิเคราะห์เป็นตัวแปรควบคุม (Covariates) ในการวิเคราะห์ข้อมูล นอกจากนี้ อาจมีการจัดระบบติดตามผลการใช้ยาอย่างใกล้ชิด หรือใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการประเมินผลกระทบของปัจจัยที่ศึกษาอย่างแท้จริง

8. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาค้นคว้า

1) การใช้สมุดบันทึกสุขภาพในการตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการตนเอง บันทึกการเปลี่ยนแปลงค่าระดับน้ำตาล ช่วยให้ผู้ป่วยเห็นการเปลี่ยนแปลงของตนเองได้ชัดเจนขึ้นจึงควรนำไปประยุกต์ใช้กับโรคเรื้อรังที่ต้องใช้การติดตามสถานการณ์ของโรค

2) การติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ช่วยให้ทราบปัญหาร่วมกับผู้ป่วย ช่วยเสริมพลังอำนาจในการกำกับติดตาม ทำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ผลดีขึ้น จึงควรนำไปประยุกต์ใช้จัดการตนเองในโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) ในการศึกษาต่อควรขยายเวลาเพิ่มมากกว่า 12 สัปดาห์ เพื่อให้ระยะเวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการควบคุมระดับน้ำตาลเพิ่มมากขึ้น

2) ควรมีการศึกษาในรูปแบบเดียวกันนี้ ไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น

3) ควรมีการศึกษาวิจัยที่เพิ่มรูปแบบการควบคุมตนเองและสนับสนุนการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด นอกเหนือจากการใช้แรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข เช่น บุคคลในครอบครัว ชุมชน และควรมีกิจกรรมรูปแบบอื่นที่ต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ อีกทั้งผู้ป่วยควรมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม ซึ่งจะช่วยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างตรงจุด เกิดความเข้มแข็ง ซึ่งอาจเกิดความยั่งยืนมากกว่าที่บุคลากรสาธารณสุขดำเนินการ

9. เอกสารอ้างอิง

1. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, et al. Standards of care in diabetes-2023. Diabetes Care 2023;46(Suppl.1):S1-S4.
2. กลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2566 กองโรคไม่ติดต่อ. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2566.
3. โรงพยาบาลอำนาจเจริญ. ข้อมูลจากระบบเวชระเบียนประจำปี 2567; 2567.
4. Naemiratch B, Manderson L. Control and adherence: living with diabetes in Bangkok. Soc Sci Med 2006;63(5):1147-57.
5. Redman BK. Patient self-management of chronic disease: the health care provider's challenge. 1st ed. Sudbury, Mass: Jones and Bartlett Publishers; 2004.
6. ญัฐภัสสร เดิมขุนทด, รัชนิวรรณ ขวัญเจริญ, ชาญวัฒน์ ชวนตันติกมล, พิชญ์ พหลภาคย์ และสว่างจิต สุธรรมกุล. ผลของการติดตามสุขภาพทางไกลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ดี. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์ เขตเมือง 2564;65(ฉบับเพิ่มเติม):75-89.
7. Rusdiana S, Savira M, Amielia R. The effect of diabetes self-management education on HbA1c level and fasting blood sugar in type 2 diabetes mellitus patients in primary health care in Binjai City of North Sumatera, Indonesia. Open Access Maced J Med Sci. 2018;6(4):715-718.
8. ปรางค์ บัวทองคำวิเศษ, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และสุทธิพร มูลศาสตร์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลท่าก้อ อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย. วารสารพยาบาลตำรวจ 2560;9(1):105-116.
9. Lin CC. Development and testing of the diabetes self-management instrument [dissertation]. Ann Arbor: University of Michigan; 2005.

11. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1986.
12. ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ. การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.
13. Best JW, Kahn JV. Research in education. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1986.
14. อภิชาติ กตะศิลา. การใช้สมุดบันทึกข้อมูลทางคลินิกร่วมกับการสนับสนุนจากเพื่อนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2559.
15. วารุณี ศรีตะวัน. ผลการให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารโดยใช้หลักอาหารแลกเปลี่ยนสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 13 มี.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://tdc.thailis.or.th>.
16. ชดช้อย วัฒนะ. การสนับสนุนการจัดการตนเอง: กลยุทธ์ในการส่งเสริมควบคุมโรค. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2558;26(ฉบับเพิ่มเติม):117-27.
17. King P, Peacock I, Donnelly R. The UK prospective diabetes study (UKPDS): clinical and therapeutic implications for type 2 diabetes. Br J Clin Pharmacol 1999;48(5):643-8.
18. David M. Nathan, John B. Buse, Mayer B. Davidson, Ele Ferrannini, Rury R. Holman, Robert Sherwin and Bernard Zinman. Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetes Care 2009;32(1):193-203.
- 19.. สิริรัตน์ ปิยะภัทรกุล. พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ใน เขตรับผิดชอบของสถานีอนามัย อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2555;4(1):1-9.
20. ขวัญเรือน ทิพย์พูล, สงครามชัย ลีทองดี และวงศา เลหาศิริวงศ์. ผลของโปรแกรมประยุกต์การจัดการและแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับกระบวนการกลุ่มเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระบบปฐมนุญิกรณศึกษาอำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม. วารสารวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2552;2(3):35-46.

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรม “สูงวัยมหาชนะชัย ฟันดี” ต่อความรู้ทันตสุขภาพและ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร

เสาวลักษณ์ ศรีสุข¹

อนันต์ ไชยกุลวัฒนา²

นิยม จันทร์นวล^{3*}

(วันรับบทความ 11 มีนาคม 2568, วันแก้ไขบทความ 31 พฤษภาคม 2568, วันตอบรับบทความ 6 มิถุนายน 2568)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม “สูงวัยมหาชนะชัย ฟันดี” ต่อความรู้ทันตสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร จำนวน 7,260 คน คำนวณขนาดตัวอย่างได้จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 32 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 32 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา และสุ่มตัวอย่างแบบง่าย กลุ่มทดลองจะได้รับกิจกรรมตามโปรแกรม “สูงวัยมหาชนะชัย ฟันดี” 3 ระยะ กิจกรรม ดังนี้ ระยะที่ 1 พัฒนาความรู้ด้านทันตสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมรอบรู้เรื่องช่องปาก กิจกรรมเบี่ยงเบนสุขภาพฟัน และกิจกรรมสูงวัย ใส่ใจ ฟันดี ระยะที่ 2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย กิจกรรมเยี่ยมยาม ถามข่าวและ กิจกรรมบอกเล่าฟันดี ระยะที่ 3 ติดตาม และการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม ประกอบด้วยกิจกรรมสรุป กิจกรรมและประเมินผล รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่น สัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาคระหว่าง 0.83-0.93 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้สถิติ Independent sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านทันตสุขภาพในการดูแลสุขภาพช่องปาก คะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) และมีคะแนนเฉลี่ยปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$)

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรม “สูงวัยมหาชนะชัย ฟันดี” โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ทันตสุขภาพและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในกิจกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ: ความรู้ทันตสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุ

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

^{2,3} อาจารย์ประจำวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: Niyom.j@ubu.ac.th

Research Article

The Effectiveness of “Sungwai Mahachanachai Fundee” Program on Dental Health Literacy and Oral Health Care Behaviors of the Elderly in Mahachanachai District, Yasothon Province

Saowaluk Srisuk¹

Anun Chaikunwattana²

Niyom Junnual^{3*}

(Received: March 11 2025; Revised: May 31 2025; Accepted: June 6 2025)

Abstract

The elderly's oral health is affected by physical deterioration and their ability to maintain oral hygiene, which influences their daily happiness. This quasi-experimental study with two groups aimed to evaluate the effectiveness of the “Sungwai Mahachanachai Fundee” program on dental health literacy and oral health care behaviors among the elderly in Mahachanachai District, Yasothon Province. The population is the elderly living in Mahachanachai District, Yasothon Province, totaling 7,260 people. Calculate the sample size to be 64 people, dividing it into an experimental group of 32 people and a comparison group of 32 people. The sample group was selected according to the inclusion criteria, exclusion criteria, and simple random sampling. The experimental group will receive activities according to the program "Mahachanachai Elderly, Good Teeth" in 3 activity phases as follows: Phase 1: Developing dental health knowledge, including oral knowledge activities, dental health inspection activities, and Elderly Care for Good Teeth activities. Phase 2: Changing one's own oral health care behavior with social support. Phase 3: Follow-up and evaluation of program's effectiveness, including summarizing activities and evaluating results, totaling 12 weeks. Data were collected using a questionnaire with a Cronbach's alpha reliability coefficient between 0.83 and 0.93. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics, using the independent sample t-test.

The results showed that after the intervention, the experimental group had a mean score in dental health literacy, social support for oral health care, and oral health care behaviors that was significantly higher than the comparison group ($p < 0.05$) and a mean score in plaque index scores that was significantly lower than the comparison group ($p < 0.05$).

These findings suggest that the “Sungwai Mahachanachai Fundee” program, which integrates dental health literacy principles and social support theory, can be effectively applied to promote oral health care among the elderly.

Keywords: Dental health literacy, Social support, Oral health care behavior, elderly

¹ Master of Public Health Program Student, College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University

^{2,3} Lecturer in college of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University

* Corresponding Author Email: Niyom.j@ubu.ac.th

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) มีกลุ่มประชากรผู้สูงอายุถึงร้อยละ 18.3 และคาดว่าในปี 2583 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุจำนวน 20 ล้านคนหรือ 1 ใน 3 ของคนไทยจะเป็นผู้สูงอายุ ปัญหาของผู้สูงอายุจึงแตกต่างจากคนในวัยอื่นในทุก ๆ ด้าน โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพ ดังนั้นถ้าไม่ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุและให้การดูแลอย่างถูกต้อง ผู้สูงอายุจะกลายเป็นปัญหาใหญ่หลวงของประเทศไทยในทุกด้าน⁽¹⁾ ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุนอกจากโรคทางระบบแล้ว สุขภาพช่องปากเป็นอีกปัญหาหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น ต่อม้ำลายทำงานได้ลดลง และลักษณะน้ำลายที่ข้นเหนียวเกิดภาวะน้ำลายแห้ง ลิ้น ประสาทสัมผัสการรับรสในช่องปากลดลงฟันและความแข็งแรงของฟัน เกิดโรคฟันผุได้ง่ายขึ้น และอวัยวะปริทันต์ เกิดโรคปริทันต์นอกจากนั้นเยื่อในช่องปาก ยังเสี่ยงต่อการเกิดโรคเชื้อราในช่องปาก⁽²⁾ รวมถึงการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่เหมาะสม

จากข้อมูลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ.2566⁽³⁾ พบว่า ผู้สูงอายุ 60-74 ปี มีฟันแท้เฉลี่ย 19.6 ซี่ต่อคน มีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 60.9 และจำนวนคู่สบไม่น้อยกว่า 4 คู่ ร้อยละ 43.7 สูญเสียฟันทั้งปาก ร้อยละ 6.2 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุมีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ และจำนวนคู่สบไม่น้อยกว่า 4 คู่ ร้อยละ 43.0 และผู้สูงอายุ 80-89 ปี มีฟันแท้เฉลี่ย 11.7 ซี่ต่อคน มีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 27.7 และจำนวนคู่สบไม่น้อยกว่า 4 คู่ ร้อยละ 15.7 สูญเสียฟันทั้งปาก ร้อยละ 23.1 ข้อมูลจากฐานระบบข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC)⁽⁴⁾ พบว่า จังหวัดยโสธร ผู้สูงอายุมีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ และจำนวนคู่สบไม่น้อยกว่า 4 คู่ ตั้งแต่ปี 2563-2565 ร้อยละ 39.82 34.72 และ 42.37 ตามลำดับ และอำเภอมหาชนะชัย ผู้สูงอายุมีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ และจำนวนคู่สบไม่น้อยกว่า 4 คู่ ตั้งแต่ปี 2562-2564 ร้อยละ 38.89 36.53 และ 37.33 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาร้อยละของผู้สูงอายุมีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ และจำนวนคู่สบไม่น้อยกว่า 4 คู่ พบว่า อำเภอมหาชนะชัยต่ำกว่าระดับจังหวัดยโสธร

จากปัญหาดังกล่าว การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญเพราะปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและลดทอนความมั่นใจ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สูงอายุและลูกหลาน หรือผู้ดูแลควรหมั่นสังเกตและไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจช่องปากและดูแลรักษาฟันอย่างสม่ำเสมอ ผู้สูงอายุต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง สามารถดูแลและป้องกันการเกิดโรคในช่องปากได้อย่างเหมาะสม จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งผู้สูงอายุควรจะมีฟันที่ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ จำนวนคู่สบฟันกรามไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ นอกจากนี้ยังต้องมีเหงือกแข็งแรงไม่เป็นโรคเหงือกอักเสบจึงจะถือว่าเป็นผู้มีสุขภาพช่องปากดี⁽³⁾ ซึ่งการดูแลสุขภาพช่องปากสามารถป้องกันการเกิดโรคได้ โดยอาศัยความร่วมมือจากตัวผู้สูงอายุเอง ให้ผู้สูงอายุเข้าใจและตระหนักถึงการเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากของตนเอง การจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก เป็นกิจกรรมหนึ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความตระหนักถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคในช่องปากและหาแนวทางในการป้องกันโรคในช่องปาก ตลอดจนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก การมีอุปกรณ์ในการทำความสะดวกสบายช่องปาก และการเข้ารับบริการทันตกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก โดยการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากจากแหล่งต่าง ๆ และเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดี มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้น⁽⁵⁾

ดังนั้น หากผู้สูงอายุสามารถเข้าถึง เข้าใจข้อมูลอย่างถูกต้อง สามารถนำข้อมูลนั้นมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้เห็นคุณค่าในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง สามารถควบคุมและลด

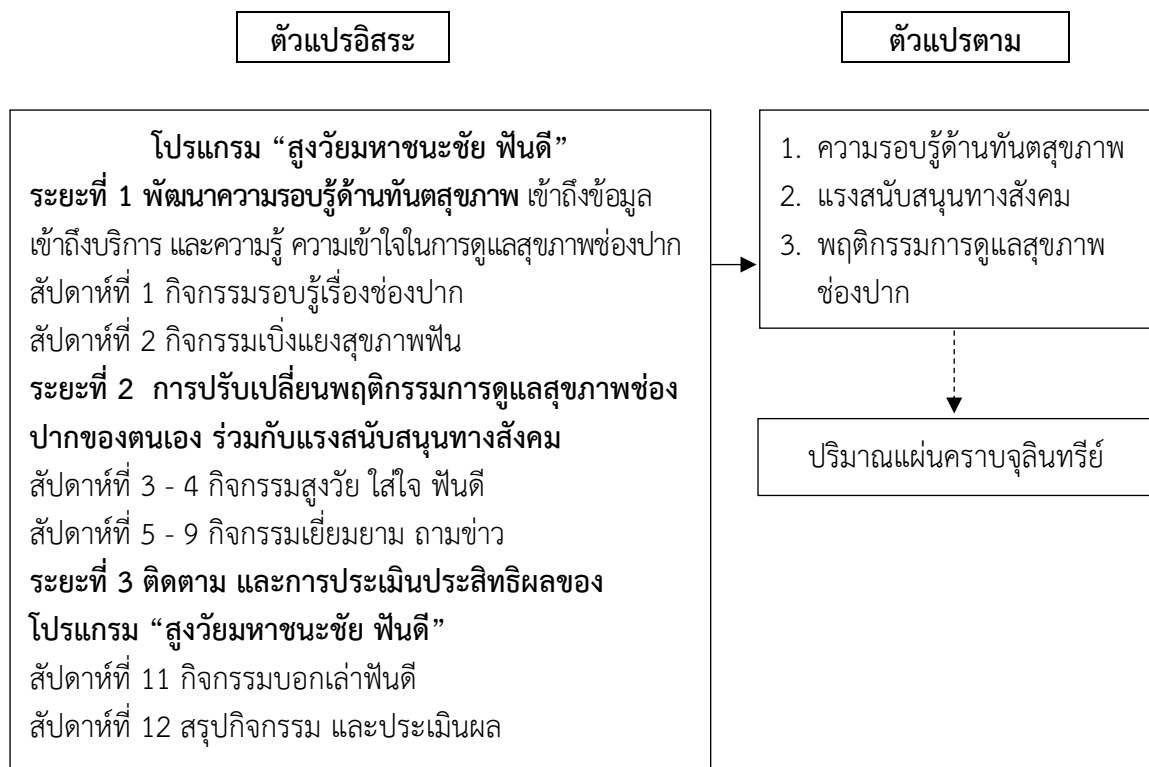
การเกิดปัจจัยเสี่ยงที่จะส่งผลให้เกิดปัญหาในช่องปากได้ จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมุ่งแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยประยุกต์แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของกรมอนามัย⁽⁶⁾ ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม⁽⁷⁾ มาออกแบบโปรแกรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากและพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ อันจะช่วยป้องกันการเกิดโรคในช่องปาก ลดปัญหาการสูญเสียฟัน ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม “สูงวัยมหานະชัย ฟันดี” ต่อความรู้ด้านทันตสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ อำเภอมหานະชัย จังหวัดยโสธร

3. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ออกแบบกิจกรรมตามโปรแกรมเป็น 3 ระยะ โดยระยะที่ 1 เน้นการพัฒนาความรู้ด้านทันตสุขภาพ ซึ่งประยุกต์แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของกรมอนามัย⁽⁶⁾ ออกแบบกิจกรรม ระยะที่ 2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง ประยุกต์แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของกรมอนามัย⁽⁶⁾ ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม⁽⁷⁾ ออกแบบกิจกรรม และระยะที่ 3 ติดตาม และการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. วิธีการดำเนินการวิจัย

4.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบ 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง ระยะเวลา 12 สัปดาห์

4.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี อาศัยอยู่ในอำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร จำนวน 7,260 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power โดย Effect size=0.69, $\alpha=0.05$ และ Power=0.8⁽⁸⁾ ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำเท่ากับกลุ่มละ 27 คน เพื่อการสูญเสียผู้วิจัยจึงปรับขนาดตัวอย่างร้อยละ 20 ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้ใช้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 32 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จำนวน 64 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา คือ (1) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี (2) เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (ADL) มากกว่า 12 คะแนนขึ้นไป⁽⁹⁾ (3) มีโทรศัพท์มือถือและสัญญาณอินเทอร์เน็ต (4) ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็น ได้ยิน และการพูด (5) ไม่มีภาวะติดเชื้อรุนแรงในช่องปาก (6) มีฟันในช่องปากที่ใช้ตรวจปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ครบ 6 ซี่ คือ ฟันกรามบนขวาซี่ที่หนึ่ง (#16) ฟันหน้าบนขวาซี่ที่หนึ่ง (#11) ฟันกรามบนซ้ายซี่ที่หนึ่ง (#26) ฟันกรามล่างขวาซี่ที่หนึ่ง (#46) ฟันหน้าล่างซ้ายซี่ที่หนึ่ง (#31) และ ฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่หนึ่ง (#36) (7) มีฟันถาวรใช้งานได้น้อย 20 ซี่ และมีฟันหลังสบกัน 4 คู่สบ เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา คือ (1) มีโรคประจำตัวที่รุนแรงและมีสภาพร่างกายที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม (2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาของการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม หลังจากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ด้วยการจับฉลากเลือกรายชื่อผู้สูงอายุจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

4.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรม “สูงวัยมหาชนะชัย ฟันดี” โดยประยุกต์แนวความคิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการจัดกิจกรรม ระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2566 ระยะเวลารวมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ 1) “รอบรู้เรื่องช่องปาก” เป็นกิจกรรมเสริมสร้างการเข้าถึงข้อมูล เข้าถึงบริการ และสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคในช่องปากและการป้องกันโรคในช่องปากที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพ สร้างทักษะให้กับผู้สูงอายุในการตัดสินใจเลือกใช้อ้างอิงข้อมูลและนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง โดยการให้ทันตศึกษารายกลุ่มที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2) “เบี่ยงเบนสุขภาพฟัน” เป็นกิจกรรมพัฒนาทักษะการตรวจฟัน การแปรงฟันที่ถูกวิธีด้วยยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์ การใช้ไหมขัดฟัน โดยการบรรยายประกอบภาพพลิก ตัวแบบสาธิตการตรวจฟันและการแปรงฟัน สร้างทักษะให้กับผู้สูงอายุในการตัดสินใจเลือกใช้อ้างอิงข้อมูลและนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ตลอดจนสามารถถ่ายทอดความรู้และทักษะให้แก่ผู้อื่นได้ พร้อมมอบชุดแปรงฟันแก่ผู้สูงอายุ 3) “สูงวัย ใส่ใจ ฟันดี” เป็นกิจกรรมให้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล โดยผู้วิจัยแนะนำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการสุขภาพช่องปาก ผ่านทางโซเชียลมีเดีย เฟสบุ๊ค ดิกต็อก แอปพลิเคชั่น ฟันดี สามารถประเมินสภาวะช่องปากและบอกพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคในช่องปากและริเริ่มตัดสินใจ หาวิธีการป้องกันการเกิดโรคในช่องปากโดยให้ผู้สูงอายุกำหนดเป้าหมาย วางแผนการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง เพื่อสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง ให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้องในการดูแลสุขภาพช่องปาก 4) “เยี่ยมยาม ถามข่าว” เป็นกิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุรายบุคคลโดยนักวิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. เพื่อให้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านทรัพยากรแก่ผู้สูงอายุในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก เน้นย้ำถึงผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากสม่ำเสมอและถูกวิธีเมื่ออยู่บ้าน โดยการกระตุ้นเตือน การให้กำลังใจ และแสดงความชื่นชม แนะนำการเลือกอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากและการเข้าถึงบริการทันตกรรม 5) “บอกเล่าฟันดี” เป็นกิจกรรมให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกรับ และมั่นใจในตนเอง จากการให้แรงสนับสนุนทางสังคมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และเพื่อนผู้สูงอายุ โดยการแลกเปลี่ยนมุมมองการดูแลสุขภาพช่องปาก จากประสบการณ์การดูแลตนเองตามแผนที่กำหนดไว้ในกิจกรรมที่ 3 ว่าอะไร

เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรค ใช้คำพูดชักจูง กระตุ้นทางอารมณ์ และผู้สูงอายุมีความรู้สึกยอมรับ ความเชื่อมั่น ทำให้ตัดสินใจปฏิบัติหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามที่คาดหวังและเกิดความคงทนของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก 6) “สรุปและประเมินผล” เป็นกิจกรรมสรุปและประเมินผลของตนเองจากการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากตัวแบบที่ดี ผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้สูงอายุ เลือกผู้สูงอายุที่เป็นแบบอย่างที่ดี เพื่อนำมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความสำเร็จให้ผู้อื่น และให้กำลังใจกับเพื่อนสมาชิก

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ การอาศัยอยู่กับครอบครัว ประวัติความเสี่ยงด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก ประวัติการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพช่องปากในปีที่ผ่านมา สถานที่รับบริการทางทันตกรรม

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพในการดูแลสุขภาพช่องปาก ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการโต้ตอบซักถาม แลกเปลี่ยน ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ ด้านการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และด้านการบอกต่อ คำถามมี 5 ตัวเลือกตามแบบวัดของลิเคิร์ต (Likert's scale) คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ (Rating scale) จำนวน 15 ข้อ คำถามมี 5 ตัวเลือกตามแบบวัดของลิเคิร์ต (Likert's scale) คือ มาก ปานกลาง น้อย

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ (Rating scale) จำนวน 20 ข้อ คำถามมี 5 ตัวเลือกตามแบบวัดของลิเคิร์ต (Likert's scale) คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ (Plaque Index: PI) การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบตรวจคราบจุลินทรีย์ ของ Quigley-Hein 1962⁽¹⁰⁾ ซึ่งเป็นดัชนีที่ใช้ตรวจวัดคราบจุลินทรีย์ภายหลังการย้อมสีฟัน ตรวจด้วยตาเปล่า ภายใต้แสงธรรมชาติ โดยตรวจฟันจำนวน 6 ซี่ คือ ฟันกรามบนขวาซี่ที่หนึ่ง (#16) ฟันหน้าบนขวาซี่ที่หนึ่ง (#11) ฟันกรามบนซ้ายซี่ที่หนึ่ง (#26) ฟันกรามล่างขวาซี่ที่หนึ่ง (#46) ฟันหน้าล่างซ้ายซี่ที่หนึ่ง (#31) และฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่หนึ่ง (#36) มีฟันถาวรใช้งานได้น้อย 20 ซี่

4.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมและแบบสอบถาม โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน โดยโปรแกรมมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Index of item objective congruence: IOC) ของทุกกิจกรรม เท่ากับ 1 และแบบสอบถามมีค่า IOC ของข้อคำถามทุกข้อตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ต่อจากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-Out) กับผู้สูงอายุที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่ตำบลกุดศุกร อำเภอดงรัก จังหวัดอุบลราชธานี หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยแบบวัดความรู้ด้านทันตสุขภาพในการดูแลสุขภาพช่องปากมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.9 แรง

สนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.9 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.83

4.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) ติดต่อประสานงานกับพื้นที่ที่จะทำการศึกษา
- 2) ทำหนังสือจากวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เพื่อติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพื้นที่ดำเนินการวิจัยขออนุญาตดำเนินงานวิจัยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- 3) เตรียมวัสดุอุปกรณ์ สำหรับใช้จัดกิจกรรมและความพร้อมของวิทยากรและผู้ช่วยวิจัยในการจัดกิจกรรมจากผู้เชี่ยวชาญก่อนดำเนินการวิจัย
- 4) เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มทดลอง
- 5) จัดกิจกรรมตามโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมโดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรม ซึ่งทำการศึกษาระหว่างตุลาคม-เดือนธันวาคม 2566 ใช้เวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับกระบวนการรักษาสุขภาพช่องปากตามปกติของผู้สูงอายุ เช่น ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและคัดกรองโรคในช่องปาก อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ได้รับทันตศึกษาในการดูแลสุขภาพช่องปากและบริการทันตกรรมโดยทันตบุคลากรในพื้นที่
- 6) เก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการจัดกิจกรรมครบ 12 สัปดาห์ โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิมทั้งสองกลุ่ม แล้วนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมเตรียมเข้าสู่ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

4.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) วิเคราะห์ความแตกต่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Chi-square test, Fisher exact test และ Independent t-test
- 2) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired sample t-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ทันตสุขภาพในการดูแลสุขภาพช่องปาก แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในการดูแลสุขภาพช่องปาก และปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง
- 3) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Independent sample t-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ทันตสุขภาพในการดูแลสุขภาพช่องปาก แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในการดูแลสุขภาพช่องปาก และปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

5. การพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เลขที่ UBU-REC-72/2566 ลงวันที่ 16 สิงหาคม 2566 ช่วงระยะเวลาที่รับรองวันที่ 16 สิงหาคม 2566 ถึง 15 สิงหาคม 2567

6. ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.12 เพศชาย ร้อยละ 21.88 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 66.48 ปี (S.D.=3.95) กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 65.41 ปี (S.D.=3.54) สถานภาพของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส การศึกษาสูงสุดทั้งสองกลุ่มเกือบทั้งหมดจบการศึกษาระดับประถมศึกษา การพักอยู่อาศัย กลุ่มทดลองอาศัยอยู่กับบุตร/หลาน ร้อยละ 50 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่อาศัยกับคู่สมรส ร้อยละ 56.25 ทั้ง

สองกลุ่มส่วนมากไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการเคี้ยวหมาก ส่วนประวัติการเข้ารับบริการด้านสุขภาพช่องปาก โดย 1 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มเคยเข้ารับบริการตรวจฟัน กลุ่มทดลองร้อยละ 90.62 และกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 71.87 โดยส่วนมากทั้งสองกลุ่มรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=32)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					1.00 ^a
ชาย	7	21.88	7	21.88	
หญิง	25	78.12	25	78.12	
อายุ	Mean=66.48, S.D.=3.95		Mean=65.41, S.D.=3.54		0.034 ^a
สถานภาพสมรส					0.068 ^b
โสด	4	12.50	1	3.13	
สมรส	19	59.38	22	68.76	
หย่าร้าง	1	3.13	1	3.13	
หม้าย	8	25.00	8	25.00	
ระดับการศึกษาสูงสุด					0.139 ^b
ประถมศึกษา	31	96.87	26	81.26	
มัธยมศึกษาตอนต้น	0	0	1	3.13	
มัธยมศึกษาตอนปลาย.ปวช/ อนุปริญญา.ปวส/	1	3.13	4	12.50	
	0	0	1	3.13	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	Mean=1885.94, S.D.=1917.33		Mean=2434.38, S.D.=1883.31		0.350 ^b
การอยู่อาศัย					0.718 ^b
คนเดียว	1	3.13	1	3.13	
คู่สมรส	15	46.87	18	56.25	
บุตร หลาน	16	50	12	37.50	
ญาติ พี่น้อง	0	0	1	3.13	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=32)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
พฤติกรรมเสี่ยงการดูแลสุขภาพช่องปาก					
การสูบบุหรี่					1.000 ^b
ไม่เคยสูบ	29	90.63	28	87.50	
ปัจจุบันสูบบุหรี่	3	9.37	4	12.50	
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์					0.643 ^b
ไม่เคยดื่ม	19	59.40	23	71.88	
เคยดื่ม แต่เลิกดื่มแล้ว	4	12.50	3	9.37	
ดื่มเป็นบางครั้ง	9	28.10	6	18.75	
การเคี้ยวหมาก					1.000 ^b
ไม่เคี้ยวหมาก	29	90.62	29	90.62	
ปัจจุบันยังเคี้ยวหมาก	2	6.25	2	6.25	
เคยเคี้ยว แต่เลิกแล้ว	1	3.13	1	3.13	
การเข้ารับบริการด้านสุขภาพช่องปาก ใน 1 ปีที่ผ่านมา					0.001 ^b
ไม่เคย	3	9.38	9	28.13	
เคย	29	90.62	23	71.87	
อุดฟัน	2	6.25	2	6.25	
ถอนฟัน	14	43.75	12	37.50	
ขูดหินปูน	6	18.75	4	12.50	
รักษารากฟัน	1	3.13	0	0	
ตรวจฟัน	28	81.25	20	62.50	
ฟันปลอม	1	3.13	0	0	
สถานที่รับบริการด้านสุขภาพ					0.001 ^b
โรงพยาบาล	9	28.12	2	6.25	
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	20	62.50	29	90.62	
คลินิก	3	3.38	1	3.13	

^aChi-square test, ^bFisher exact test

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านทันตสุขภาพในการดูแลสุขภาพช่องปาก แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก และปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านทันตสุขภาพในการดูแลสุขภาพช่องปากมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}<0.001$ (Mean diff.=47.13, 95%CI =43.17-51.10) คะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปากมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}<0.001$ (Mean diff.=11.72, 95%CI=10.21-13.13) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม

ในการดูแลสุขภาพช่องปากมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}<0.001$ (Mean diff.=13.78, 95%CI=11.87-15.69) และคะแนนเฉลี่ยปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}<0.001$ (Mean diff.=0.93, 95%CI=-0.12-0.71)

กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านทันตสุขภาพในการดูแลสุขภาพช่องปาก คะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก และคะแนนเฉลี่ยปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ ส่วนคะแนนเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}<0.001$ (Mean diff.=1.88, 95%CI=0.87-2.88) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านทันตสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	ระยะการทดลอง	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff.	t	95%CI	p-value
ความรู้ด้านทันตสุขภาพในการดูแลสุขภาพช่องปาก							
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	71.69	5.87	47.13	24.30	43.17-51.10	<0.001
	หลังการทดลอง	118.81	9.32				
กลุ่มเปรียบเทียบ	ก่อนการทดลอง	67.78	9.91	2.96	1.55	0.94-6.88	0.131
	หลังการทดลอง	70.75	6.70				
แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก							
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	31.50	1.76	11.72	16.91	10.21-13.13	<0.001
	หลังการทดลอง	43.22	3.63				
กลุ่มเปรียบเทียบ	ก่อนการทดลอง	29.25	3.93	0.44	1.99	-0.01-0.89	0.055
	หลังการทดลอง	28.81	3.44				
พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก							
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	40.81	3.93	13.78	14.68	11.87-15.69	<0.001
	หลังการทดลอง	54.59	3.33				
กลุ่มเปรียบเทียบ	ก่อนการทดลอง	39.81	4.32	1.88	3.80	0.87-2.88	<0.001
	หลังการทดลอง	37.94	4.91				
ปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์							
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	1.66	1.05	0.93	3.80	0.42-1.43	<0.001
	หลังการทดลอง	0.73	0.85				
กลุ่มเปรียบเทียบ	ก่อนการทดลอง	2.24	1.06	0.31	1.19	-0.22-0.83	0.242
	หลังการทดลอง	1.94	0.78				

Paired sample t-test

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก แรงสนับสนุนในการดูแลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้ด้านทันตสุขภาพในการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน หลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}<0.001$ (Mean diff.=48.06, 95%CI=44.01-52.12) แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ก่อนการทดลอง ทั้งสอง

กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}=0.020$ (Mean diff.=2.25, 95%CI=0.36-4.14) หลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}<0.001$ (Mean diff=14.41, 95%CI=13.03-15.77) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}<0.001$ (Mean diff.=16.66, 95%CI=14.56-18.76) และปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ พบว่า ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน หลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}<0.001$ (Mean diff.=2.75, 95%CI=2.41-3.10) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก แรงสนับสนุนในการดูแลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ระยะการทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean diff.	t	95%CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.				
ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพในการดูแลสุขภาพช่องปาก								
ก่อนการทดลอง	71.69	5.87	67.78	6.70	3.91	1.92	-0.16-7.97	0.060
หลังการทดลอง	118.81	9.32	70.75	9.91	48.06	23.69	44.01-52.12	<0.001
แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก								
ก่อนการทดลอง	31.50	3.63	29.25	3.83	2.25	2.38	0.36-4.14	0.020
หลังการทดลอง	43.22	1.76	28.82	3.44	14.41	21.10	13.03-15.77	<0.001
พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก								
ก่อนการทดลอง	40.81	3.93	39.81	4.32	1.00	0.97	-1.06-3.06	0.337
หลังการทดลอง	54.59	3.33	37.94	4.91	16.66	15.89	14.56-18.76	<0.001
ปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์								
ก่อนการทดลอง	3.48	0.59	3.58	0.54	0.10	0.73	-0.18-0.39	0.467
หลังการทดลอง	0.73	0.85	3.48	0.50	2.75	15.84	2.41-3.10	<0.001

Independent sample t-test

7. สรุปผลการวิจัยและอภิปราย

ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพในการดูแลสุขภาพช่องปาก ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพในการดูแลสุขภาพช่องปากมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}<0.001$ ทั้งนี้เพราะกิจกรรมที่จัดขึ้นตามโปรแกรมมีความหลากหลายและสามารถที่จะพัฒนาความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ โดยกิจกรรมประกอบด้วย กิจกรรมรอบรู้เรื่องช่องปาก กิจกรรมเบี่ยงเบนสุขภาพฟัน เป็นการบรรยาย การสนทนา ซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดจากการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีและไม่ดี รวมไปถึงเสริมสร้างทักษะโดยการสาธิตและฝึกปฏิบัติการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง เพื่อค้นหารอยโรคในช่องปาก สาธิตและการทำความสะอาดช่องปากรายบุคคล เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถแปรงฟันได้อย่างถูกวิธี โดยการ

บรรยายจะนำเสนอด้วยภาพพลิกและโมเดลประกอบ สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทราภรณ์ คำรินทร์⁽¹¹⁾ พบว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพช่องปากประยุกต์แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการรับรู้ความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม มีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี มีพฤติกรรมป้องกันโรคปริทันต์ที่ดี จากการรับรู้ความสามารถของตนเอง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก และแนะนำการใช้สื่อเทคโนโลยีเข้าถึงแหล่งข้อมูล เช่น เพจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากทางเฟซบุ๊ก ติ๊กต็อก แอปพลิเคชันฟันดี และมีการทบทวนความรู้ในทุกๆสัปดาห์ที่มีการจัดกิจกรรม

แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปากมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}<0.001$ ทั้งนี้เพราะกิจกรรมตามโปรแกรมมีการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และเพื่อนผู้สูงอายุ เพื่อให้กำลังใจ กระตุ้นเตือนชี้แนะแนวทางการป้องกันและปฏิบัติตัวที่ถูกวิธีในการดูแลสุขภาพช่องปาก สำนวณสภาพแวดล้อมและอุปกรณ์การทำความสะอาดช่องปาก ซึ่งแรงสนับสนุนจากสังคมส่งผลบวกให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของนิศานาถ ไกร⁽¹²⁾ ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกัน โรคฟันผุในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนในด้านพฤติกรรมป้องกันโรคฟันสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก และปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}<0.001$ เป็นผลการจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรม การสร้างความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก การฝึกทักษะส่วนตัวเพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญ ได้แก่ ทักษะการตรวจสุขภาพช่องปากตนเอง ทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธีอย่างสม่ำเสมอ ทักษะการประเมินความสะอาดช่องปาก เมื่อได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจะทำให้เกิดความชำนาญและความคงทนของพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ พลอยไพลิน เอนกแสน และกนกกาญจน์ ราชชมภู⁽¹³⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมคุณภาพชีวิตในช่องปากด้วยการเรียนรู้การสนทนากลุ่มเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลท่าคันโท อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองค่าเฉลี่ยพฤติกรรมปฏิบัติด้านทันตสุขภาพของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยปัจจัยที่ทำให้สำเร็จ คือ การจัดกิจกรรมสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความรู้โรคในช่องปาก ผู้สูงอายุและการดูแลสุขภาพช่องปาก และสนทนากลุ่มแบบฐานการเรียนรู้ การได้รับประสบการณ์จริงจากการปฏิบัติ ซึ่งหลังการทดลองผู้สูงอายุมีคะแนนเพิ่มมากที่สุด คือ แปรงฟันในตอนเช้าและแปรงฟันนาน 2 นาที ทั้งนี้กิจกรรมในโปรแกรมเน้นให้ผู้สูงอายุได้ฝึกทักษะส่วนบุคคลเพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญ กระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุแปรงฟันสม่ำเสมอและมีประสิทธิภาพ โดยแนะนำแปรงฟันด้วยวิธีขยับปิดอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และแปรงฟันนาน 2 นาที ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ ความเข้าใจ เกิดความตระหนักและทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง ส่งผลให้ปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}<0.05$ ดังนั้น ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมทำให้ให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น ส่งผลให้ปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลง

8. ข้อเสนอแนะ

8.1 ข้อเสนอแนะในการศึกษานี้

1) ผู้ที่สนใจควรจัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในชุมชนสม่ำเสมอ เพื่อเปิดโอกาสให้กลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว มีส่วนร่วมสนับสนุนในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ โดยบูรณาการร่วมกับกิจกรรมอื่น ๆ ในชุมชน เช่น กิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมเยี่ยมบ้าน 3 หมอ เป็นต้น

2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุหรือกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ในพื้นที่นั้น ๆ

8.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) กิจกรรมเยี่ยมบ้าน ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ดังนั้นควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนากระบวนการและรูปแบบการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมอย่างสม่ำเสมอ กระตุ้นเตือนช่วยให้เกิดความตระหนักในความสัมพันธ์ในการดูแลสุขภาพช่องปาก และทำให้ทราบปัญหาอุปสรรคในการติดตามพฤติกรรม ตลอดจนการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว เพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาพช่องปากให้ดียิ่งขึ้น

9. เอกสารอ้างอิง

1. พวงทอง ไกรพิบูลย์. ผู้สูงอายุ (Older person). [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 20 ม.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://haamor.com/ผู้สูงอายุ>.
2. รวีวรรณ สุระเศรษฐ์. สุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 2561;14 (1):87-100.
3. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. สสำรวจสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. ระบบข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC). [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 20 ม.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://yst.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php.
5. จุฑารัตน์ นัยวัฒน์ และคณะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ อำเภอระแงะ จังหวัดกาฬสินธุ์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. กาฬสินธุ์: มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์; 2561.
6. วชิระ เฟื่องจันทร์. เอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรกรมอนามัยเรื่องความรอบรู้สุขภาพมุ่งสู่ประเทศไทย. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
7. House, J.S. The association of social relationship and activities with mortality: Community health study. American Journal Epidemiology 1981;3(7):25-30.
8. สุขนิษา อินแก้ว. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ กรณีศึกษา: อำเภอ นาหม่อม จังหวัดสงขลา. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก 2563;2:28-39.
9. Katz S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility and instrumental activities of daily living. J Am Geriatr Soc 1983;31(12):721-7.
10. Quigley G and Hein JW. Comparative Clean-sing Efficacy of Manual and Power Brushing. Journal of American Dentistry Association 1962;1(2):101-105.

11. ภัทรารณณ์ คำรินทร์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพช่องปากโดยประยุกต์แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการรับรู้ความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อสภาวะปริทันต์ในผู้สูงอายุ อำเภอแม่อริม จังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา; 2565.
12. นิคานาถ ไกร. ประสิทธิภาพของโปรแกรมทันตศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. สุราษฎร์ธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี; 2561.
13. พลอยไพลิน เอนกแสน, กนกกาญจน์ ราชชมภู. โปรแกรมคุณภาพชีวิตในช่องปากด้วยการเรียนรู้การสนทนากลุ่มเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลท่าคันโท อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารทันตภิบาล 2563;31:87-99.

บทความวิจัย

พฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคของวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 9

สุกัญญา รอดอารีย์¹

กุลชญา ลอยหา^{2*}

ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์³

(วันรับบทความ 18 มีนาคม 2568, วันแก้ไขบทความ 10 มิถุนายน 2568, วันตอบรับบทความ 11 มิถุนายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรค ของวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 9 คำนวณขนาดตัวอย่างกำหนดขนาดตัวอย่างโดยเปิดตารางของ Krejcie & Morgan ทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน จากนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ม.4-ม.6 ในเขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 384 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach เท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติอนุมานใช้ Binary logistic regression analysis และ Multivariable logistic regression analysis เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคของวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านเพศ เกรดเฉลี่ย รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน ทัศนคติเกี่ยวกับบทบาทตามเพศวิถีในวัยรุ่น การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน การรับรู้ต่อการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค สิ่งชักนำหรือแรงสนับสนุนทางสังคมสู่การปฏิบัติป้องกันโรค การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) ในภาพรวม และปัจจัยด้านทักษะพฤติกรรม (การรับรู้ความสามารถในการปฏิเสธพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ ส่วนปัจจัยด้านอายุ ระดับชั้นการศึกษา และสถานภาพครอบครัว พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: พฤติกรรมทางเพศ โรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรค วัยรุ่น

¹ โรงพยาบาลละหานทราย อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

³ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: Loyha2523@gmail.com

Research Article

Sexual behaviors that are at risk of cancer caused by Human Papillomavirus (HPV) in adolescents in Health Region 9

Sukanya Rodaree¹

Kulchaya Loyha^{2*}

Pattama Lophongpanit³

(Received: March 18 2025; Revised: June 10 2025; Accepted: June 11 2025)

Abstract

This cross-sectional analytical study aims to investigate factors associated with sexual behavior that poses a risk of cancers caused by Human Papillomavirus (HPV) among adolescents in Health Zone 9. The sample size was determined using Krejcie & Morgan's table, resulting in a total of 384 students from grades 10-12 in Health Zone 9. Sampling was conducted using a multi-stage sampling method. Data were collected using a questionnaire with a Cronbach's Alpha coefficient of 0.84. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, were used for data analysis. Inferential statistics employed Binary Logistic Regression Analysis and Multivariable Logistic Regression Analysis to identify factors associated with risky sexual behavior related to HPV-induced cancers among adolescents in Health Zone 9, with statistical significance set at $p\text{-value} < 0.05$.

The research findings indicate that factors such as gender, average grade, average monthly income, knowledge about prevention, attitudes towards gender roles in adolescents, perceived risk of disease, perceived severity of disease, perceived benefits of preventive measures, perceived barriers to preventive behavior, social influences or support for preventive practices, health belief models regarding HPV-related cancers in general, and behavioral skills (perceived ability to refuse behaviors leading to sexual activity) are significantly related to sexual behavior that poses a risk of cancers caused by Human Papillomavirus (HPV), with statistical significance at the level of $p\text{-value} < 0.05$. In contrast, factors such as age, educational level, and family status were found to have no significant relationship.

Keywords: Sexual behavior, Human papillomavirus (HPV) caused cancer, Adolescents

¹Lahansai Hospital

²Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

³Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University

* Corresponding Author Email: Loyha2523@gmail.com

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสภาพสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลง อย่างมากและรวดเร็ว ความเจริญทางเทคโนโลยี และการสื่อสารต่าง ๆ รวมทั้งสภาพสังคม สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้วิถีชีวิตของมนุษย์ทุกเพศทุกวัยเปลี่ยนไป ด้วย โดยเฉพาะเด็กวัยรุ่น ทำให้เส้นทางชีวิตของเด็กวัยรุ่นไทยเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วและรุนแรง เพื่อให้ทันกับยุคสมัยของสิ่งแวดล้อมที่ก้าวล้ำไปตามความเจริญก้าวหน้าของวัตถุนิยมรวมถึงการเข้าถึงเทคโนโลยีการสื่อสาร เข้าถึงได้ง่ายวัยรุ่นเป็นวัยที่อยากรู้อยากเห็น อาจกระทำหรือมีพฤติกรรมบางอย่างซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดผลเสียต่อสุขภาพอนามัยและชีวิตของวัยรุ่นได้ วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงวุฒิภาวะทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เป็นช่วงที่ต้องดูแลอย่างเข้าใจ เนื่องจากเป็นช่วงต่อของวัยเด็กและผู้ใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะต้นของวัย จะมีการเปลี่ยนแปลงมากมายเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จะมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นด้วยกันเอง และบุคคลรอบข้าง หากกระบวนการเปลี่ยนแปลง ดังกล่าว⁽¹⁾

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คือ กลุ่มโรคที่เกิดจากการติดต่อผ่านทางเพศสัมพันธ์กับคนที่เป็โรคหรือ คนที่ติดเชื้อ ไม่ว่าจะเป็นการร่วมเพศทางช่องคลอด ทางปาก หรือทางทวารหนัก เดิมมีชื่อว่า “กามโรค” (Venereal diseases) ต่อมา มีการค้นพบโรคในกลุ่มดังกล่าวเพิ่มขึ้นจึงเปลี่ยนชื่อเป็น “โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” (Sexually transmitted infections, STIs) สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในปี พ.ศ.2560-2564 พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะโรคหนองในและซิฟิลิส พบมากในกลุ่มอายุ 15-24 ปี⁽²⁾ จากสถานการณ์การรายงานสถิติของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทย ปี 2560-2564 พบว่าอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ได้แก่ โรคหนองใน โรคหนองในเทียม โรคแผลริมอ่อน และโรคกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง โรคซิฟิลิส ในปี 2564 คิดเป็น 41.97 ต่อประชากรแสนคน ถึงแม้ว่าโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลายโรค มีแนวโน้มลดลงในช่วงระยะ 5 ปีที่ผ่านมา แต่ยังพบว่า โรคซิฟิลิส มีอัตราป่วยสูงขึ้น คิดเป็น 14.83 ต่อประชากรแสนคนในปี 2564 และโดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี มี อัตราป่วยโรคซิฟิลิสในปี 2564 สูงขึ้นมากกว่า 2 เท่าจากปี 2560⁽³⁾ จากรายงานของ 2012 UNGASS Global AIDS Response Country Progress Report in Thailand ระบุว่าเยาวชนอายุตั้งแต่ 15 ถึง 24 ปีนั้นเป็นกลุ่มที่มีผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และตั้งครรรภ์ โดยไม่พึงประสงค์มากที่สุด แสดงให้เห็นว่าเยาวชนกลุ่มนี้ไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย อุปสรรคอีกประการต่อการให้บริการต่าง ๆ เกี่ยวกับเอชไอวีในกลุ่มวัยรุ่น คืออาจจะไม่เต็มใจที่จะเปิดเผยให้พ่อแม่และผู้ปกครองทราบถึงการมีประสบการณ์ทางเพศหรือแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ รวมถึงการใช้สารเสพติดต่าง ๆ และสารเสพติดชนิดฉีด⁽⁴⁾ จำนวนสูงสุดของการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัจจุบันเยาวชนไทยชอบการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับเพศตรงข้าม เยาวชนชายจำนวนมากและเยาวชนหญิงในจำนวนที่เพิ่มสูงขึ้นนั้นต่างรายงานว่าตนมีประสบการณ์ทางเพศก่อนแต่งงาน ชายไทยที่อาศัยอยู่ในเมืองบางคนไม่มีความรู้สึกรังเกียจผู้หญิงที่เคยมีความสัมพันธ์ทางเพศก่อน แต่งานกับชายอื่น นอกจากนี้การดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติดจะยิ่งส่งผลให้เยาวชนไม่ป้องกันตนเองอีกทั้งมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ยังมีความเชื่อมโยงกับเชื้อโรคบางชนิดที่เป็นอันตรายถึงกับก่อให้เกิดมะเร็งในร่างกายได้ โดยเฉพาะโรคมะเร็งทางนรีเวช และมะเร็งช่องปาก⁽⁵⁾

Human papillomavirus (HPV) เป็นไวรัส Deoxyribonucleic acid (DNA) ขนาดเล็กที่ไม่หุ้มห่อซึ่งติดอยู่ที่ผิวหนังหรือเซลล์เยื่อเมือก จีโนมของไวรัสแบบวงกลมสองเส้นมีความยาวประมาณ 8 กิโลเบส จีโนมเข้ารหัสโปรตีนเริ่มต้น 6 ตัวที่รับผิดชอบการจำลองแบบของไวรัส และโปรตีนปลาย 2 ตัว L1 และ L2 ซึ่งเป็นโปรตีนโครงสร้างของไวรัส จีโนไทป์ของ HPV อย่างน้อย 13 ในกว่า 100 ชนิดที่รู้จักสามารถทำให้เกิดมะเร็ง

ปากมดลูกและมีความเกี่ยวข้องกับมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์และมะเร็งศีรษะและคออื่น ๆ จีโนไทป์ที่มีความเสี่ยงสูง⁽⁶⁾ โดยข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า การมีเพศสัมพันธ์ทางปากเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งในช่องปากในผู้ชาย นอกเหนือจากพฤติกรรมสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า และกินหมาก เนื่องจากอาจติดเชื้อไวรัส Human Papilloma Virus หรือ HPV สายพันธุ์ที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในผู้หญิง ซึ่ง HPV ชนิดไม่ก่อให้เกิดมะเร็ง ไม่ได้ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก แต่เป็นสาเหตุของหูดหงอนไก่บริเวณอวัยวะเพศ เช่น HPV 6 และ 11 เชื้อ HPV ติดต่อกันได้ง่ายผ่านทางเพศสัมพันธ์เป็นหลัก เมื่อติดเชื้อ เซลล์ปากมดลูกเกิดการเปลี่ยนแปลงไปเป็นเซลล์มะเร็งอาจใช้เวลานาน 10-15 ปี⁽⁷⁾ ซึ่งผู้หญิงที่ติดเชื้อมักจะไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ เป็นระยะเวลานาน แต่จะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการแล้ว เช่น เลือดออกผิดปกติจากช่องคลอดที่ไม่ใช่ประจำเดือน มะเร็งมักเข้าสู่ระยะลุกลามแล้ว โดยพบว่าวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่พบการติดเชื้อ HPV มากที่สุด ดังนั้นการป้องกันจึงควรเริ่มตั้งแต่อ่อนเด็กหญิงเข้าสู่วัยรุ่น จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 50-80 ของผู้หญิงที่มีเพศสัมพันธ์แล้วมีโอกาสติดเชื้อ HPV อย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต แม้จะมีคู่นอนเพียงคนเดียวก็มีโอกาสติดเชื้อได้ และแม้ว่าร้อยละ 90 ของผู้หญิงที่ติดเชื้อ HPV แล้วจะสามารถกำจัดเชื้อได้เอง แต่ไม่สามารถรู้ได้เลยว่าผู้หญิงคนใดสามารถกำจัดเชื้อร้ายนี้ได้ ดังนั้น การป้องกันการติดเชื้อจึงมีความสำคัญมาก สามารถป้องกันได้ 2 วิธี คือ ฉีดวัคซีน HPV เพื่อป้องกันการติดเชื้อ HPV และตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเมื่อถึงวัย ซึ่งหากตรวจพบความผิดปกติได้ตั้งแต่ในระยะแรก ๆ ก็สามารถรักษาให้หายขาดได้⁽⁸⁾

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่นซึ่งเป็นช่วงวัยที่เริ่มมีพฤติกรรมทางเพศ หากขาดความรู้ความเข้าใจและการป้องกันอย่างเหมาะสมจะมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ HPV ข้อมูลจากกรมอนามัย (2565) พบว่า วัยรุ่นไทยอายุ 15-19 ปี มากกว่า ร้อยละ 30 เคยมีเพศสัมพันธ์ และในกลุ่มนี้ มีเพียง ร้อยละ 42 เท่านั้นที่ใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งในเขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ และชัยภูมิ มีจำนวนวัยรุ่นในระบบการศึกษาหลายแสนคน โดยข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขเขต 9 (2566) รายงานว่า อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เฉลี่ยอยู่ที่ 41.3 ต่อ 1,000 ประชากรหญิง ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศที่อยู่ที่ประมาณ 24.4 ต่อ 1,000 ราย ชี้ให้เห็นถึงพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงและการคุมกำเนิดที่ไม่เหมาะสมในกลุ่มวัยรุ่นในพื้นที่ดังกล่าว แม้ว่าในปัจจุบันประเทศไทยจะมีการบรรจุวัคซีนป้องกันเชื้อ HPV ไว้ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแห่งชาติ และให้บริการฉีดวัคซีนฟรีสำหรับเด็กหญิงอายุ 11-12 ปี ตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นมา แต่การเข้าถึงวัคซีนยังคงมีข้อจำกัด โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุมากกว่า 13 ปีขึ้นไป ซึ่งหลุดจากระบบการให้วัคซีนของภาครัฐ อีกทั้งวัยรุ่นส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับ HPV และความเชื่อมโยงกับโรคมะเร็ง⁽⁹⁾ จากการศึกษาวิจัยในประเทศและต่างประเทศ พบว่า พฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัยในวัยรุ่นเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การติดเชื้อ HPV ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคมะเร็งหลายชนิด โดยเฉพาะมะเร็งปากมดลูกในผู้หญิง งานวิจัยของ Supaattagorn et al. (2022)⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมและความรู้เกี่ยวกับ HPV ในกลุ่มนักเรียนมัธยมปลายในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่ยังมีความรู้เกี่ยวกับการติดต่อของเชื้อ HPV ในระดับต่ำ โดยเฉพาะความเข้าใจว่า HPV สามารถติดต่อผ่านเพศสัมพันธ์ที่ไม่มีการสอดใส่ได้ เช่น การสัมผัสทางปากหรือการใช้ของร่วมกัน ซึ่งบ่งชี้ถึงความจำเป็นในการส่งเสริมการเรียนรู้ในสถานศึกษา นอกจากนี้ การศึกษาของ Jit et al. (2019)⁽¹¹⁾ ซึ่งทำการวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผลของการฉีดวัคซีน HPV ในประเทศที่มีรายได้ปานกลาง รวมถึงประเทศไทย พบว่า การขยายช่วงอายุของผู้รับวัคซีนให้ครอบคลุมวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์และสามารถลดอัตราการเกิดมะเร็งในระยะยาวได้อย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่ Pendergrass et al. (2021)⁽¹²⁾ ศึกษาในกลุ่ม

นักศึกษามหาวิทยาลัยในสหรัฐอเมริกา พบว่า แม้ว่าจะมีความรู้เกี่ยวกับ HPV มากกว่าร้อยละ 70 ของกลุ่มตัวอย่าง แต่พฤติกรรมการป้องกัน เช่น การใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ หรือการรับวัคซีน HPV ยังคงอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับสภาพปัญหาในประเทศไทยที่แม้จะมีนโยบายสนับสนุนวัคซีน แต่การเข้าถึงและการตัดสินใจเข้ารับบริการยังคงจำกัด จากการทบทวนวรรณกรรมของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส., 2565)⁽¹³⁾ พบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นไทย ได้แก่ อิทธิพลของเพื่อน สื่อสังคมออนไลน์ การขาดการพูดคุยเรื่องเพศในครอบครัว และความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการคุมกำเนิด ซึ่งเป็นตัวเร่งให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย และไม่รู้จักรisk ความเสี่ยงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะ HPV เมื่อพิจารณาจากข้อมูลและงานวิจัยข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่า พฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นในปัจจุบันยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการติดเชื้อ HPV และการพัฒนาไปสู่โรคมะเร็งในอนาคต โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งมีบริบทของสังคมชนบท การเข้าถึงบริการสุขภาพจำกัด และระบบการเรียนรู้เรื่องเพศที่ยังไม่ครอบคลุม จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาเชิงลึกเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงเชิงพฤติกรรมและเสนอแนวทางส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มวัยรุ่นในพื้นที่

ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HPV ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคมะเร็งในกลุ่มวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 9 จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้สามารถวิเคราะห์สถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มเป้าหมายได้อย่างชัดเจน และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนเชิงนโยบาย การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ การสร้างความตระหนักรู้ และการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกัน HPV อย่างครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา “พฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรค ในเขตสุขภาพที่ 9” เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์และเหมาะสมในการดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม และเป็นการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคสำหรับวัยรุ่น ต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรค ของวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 9

3. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework) ที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory: PMT) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) แนวคิดเกี่ยวกับเพศวิถีศึกษา และแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

- 1.1 เพศ
- 1.2 อายุ
- 1.3 ระดับชั้น
- 1.4เกรดเฉลี่ย (GPA)
- 1.5 รายได้ของครอบครัว
- 1.6 สถานภาพของบิดามารดา

2. ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรค

3. ปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับบทบาทตามเพศวิถีในวัยรุ่น

4. ปัจจัยด้านการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV)

4.1 การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV)

4.2 การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV)

4.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV)

4.4 การรับรู้ต่อการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV)

4.5 สิ่งชักนำหรือแรงสนับสนุนทางสังคมสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV)

5. ปัจจัยด้านทักษะพฤติกรรม (การรับรู้ความสามารถในการปฏิเสธพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์)

พฤติกรรมทางเพศมีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคในเขตสุขภาพที่ 9

4. วิธีการดำเนินการวิจัย

4.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคเริมที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรค ของวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 9 ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่เดือน เมษายน ถึง กันยายน 2566

4.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ วัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 9 ทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ม.4-ม.6 ในเขตสุขภาพที่ 9 จำนวนนักเรียนทั้งสิ้น 181,906 คน ช่วงระหว่างปีการศึกษา 1/2566⁽¹⁴⁾

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ คือ วัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 9 ทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ม.4-ม.6 ในเขตสุขภาพที่ 9 โดยในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอ้างอิงจากสูตรของ Krejcie & Morgan (1970)⁽¹⁵⁾ ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมใช้สำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ โดยเหมาะสมกับประชากรขนาดใหญ่ (มากกว่า 100,000 คน) ภายใต้ระดับความเชื่อมั่น 95% และค่าคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ $\pm 5\%$ โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$S = (X^2 \times N \times P \times (1-P)) / (d^2 \times (N-1) + X^2 \times P \times (1-P))$$

เมื่อ

S = ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

N = ขนาดประชากรทั้งหมด (ในที่นี้ สมมติว่า N มีขนาดใหญ่มาก)

P = ความน่าจะเป็นที่กลุ่มเป้าหมายมีลักษณะตามที่ศึกษา (กำหนดไว้ที่ 0.5 เพื่อให้ได้ขนาดสูงสุด)

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (0.05)

X^2 = ค่าไคสแควร์ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($1.96^2=3.841$)

เนื่องจากจำนวนประชากรในเขตสุขภาพที่ 9 มีมากกว่า 100,000 คน (เช่น นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายจากหลายโรงเรียน) จึงสามารถลดรูปสูตรได้เป็น

$$S = (X^2 \times P \times (1-P)) / d^2$$

แทนค่าลงในสูตร:

$$S = (3.841 \times 0.5 \times (1-0.5)) / 0.05^2$$

$$= (3.841 \times 0.25) / 0.0025$$

$$= 0.96025 / 0.0025$$

$$= 384.1$$

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นจำนวน 384 คน

โดยทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดย

ขั้นตอนที่ 1 แบ่งเขตของโรงเรียนในเขตสุขภาพที่ 9 เป็นรายจังหวัด

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยทำการสุ่มจังหวัดเขตของโรงเรียนในเขตสุขภาพที่ 9 เป็นรายจังหวัดสุ่มเลือกจังหวัดละ 3 อำเภอ รวม 12 อำเภอโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) แบบจับสลากแบบไม่ทดแทน

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างของโรงเรียน และสุ่มนักเรียนตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) แบบจับสลากแบบไม่ทดแทนกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ ให้ครบตามขนาดตัวอย่างโดยการเทียบบัญชีไตรยางศ์ โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า และเกณฑ์การคัดออกดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

- เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ชั้น ม.4-ม.6)
- มีภูมิลำเนา หรือศึกษาอยู่ในโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 9 (จังหวัดนครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ และชัยภูมิ)
- มีอายุระหว่าง 15-19 ปี ณ วันที่เก็บข้อมูล
- ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจและได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง (ในกรณีที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ)
- สามารถอ่านออกเขียนได้และตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- นักเรียนที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้อย่างชัดเจน หรือมีความบกพร่องทางสติปัญญาที่ส่งผลกระทบต่อความเข้าใจแบบสอบถาม
- นักเรียนที่ปฏิเสธหรือไม่ให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หรือขอถอนตัวในระหว่างการตอบแบบสอบถาม
- นักเรียนที่ให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือแบบสอบถามมีลักษณะไม่สมบูรณ์จนไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

4.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถาม 6 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรค 3) ทศนคติเกี่ยวกับบทบาทตามเพศวิถีในวัยรุ่น 4) การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) 5) ปัจจัยด้านทักษะพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถในการปฏิเสธพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ และ 6) พฤติกรรมทางเพศมีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรค ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้น เกรดเฉลี่ย (GPA) รายได้ของครอบครัว และสถานภาพของบิดามารดา

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรค ลักษณะเป็นคำถามให้เลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่ ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับ ความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษา และพฤติกรรมมารับประทานอาหาร จำนวน 10 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน รวมเป็น 10 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับสูง	มีคะแนนเฉลี่ย	6.67-10.00	คะแนน
ระดับปานกลาง	มีคะแนนเฉลี่ย	3.34-6.66	คะแนน
ระดับต่ำ	มีคะแนนเฉลี่ย	0-3.33	คะแนน

ส่วนที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับบทบาทตามเพศวิถีในวัยรุ่น คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย โดยคำถามเชิงบวก มีระดับ

คะแนนเป็น 5, 4, 3, 2, 1 และคำถามเชิงลบ 1, 2, 3, 4, 5 ตามลำดับ รวมเป็น 50 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับสูง	มีคะแนนเฉลี่ย	36.67-50.00	คะแนน
ระดับปานกลาง	มีคะแนนเฉลี่ย	23.34-63.66	คะแนน
ระดับต่ำ	มีคะแนนเฉลี่ย	10.00-23.33	คะแนน

ส่วนที่ 4 การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย โดยคำถามเชิงบวก มีระดับคะแนนเป็น 5, 4, 3, 2, 1 และคำถามเชิงลบ 1, 2, 3, 4, 5 ตามลำดับ ประกอบด้วย การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus โดยข้อความที่เป็นบวก ข้อ 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 ข้อความที่เป็นลบ ข้อ 2

การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) โดย ข้อความที่เป็นบวก ข้อ 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 ข้อความที่เป็นลบ ข้อ 14, 23 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) โดยข้อความที่เป็นบวก ข้อ 24, 25, 26, 27, 29, 31 ข้อความที่เป็นลบ ข้อ 28, 30 การรับรู้ต่อการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) โดย ข้อความที่เป็นบวก ข้อ 32, 41 ข้อความที่เป็นลบ ข้อ 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42 และสิ่งชักนำหรือแรงสนับสนุนทางสังคมสู่การปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) แต่ละประเด็นมีจำนวนประเด็นละ 10 ข้อ จำนวน 50 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนแต่ละประเด็นเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับสูง	มีคะแนนเฉลี่ย	36.67-50.00	คะแนน
ระดับปานกลาง	มีคะแนนเฉลี่ย	23.34-63.66	คะแนน
ระดับต่ำ	มีคะแนนเฉลี่ย	10.00-23.33	คะแนน

กำหนดเกณฑ์การแปลผลภาพรวมคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) จำนวน 50 ข้อ คะแนนรวม 250 คะแนน เป็น 3 ระดับ คือ

ระดับสูง	มีคะแนนเฉลี่ย	183.33-250.00	คะแนน
ระดับปานกลาง	มีคะแนนเฉลี่ย	116.67-183.32	คะแนน
ระดับต่ำ	มีคะแนนเฉลี่ย	50.00-116.66	คะแนน

ส่วนที่ 5 ปัจจัยด้านทักษะพฤติกรรม (การรับรู้ความสามารถในการปฏิเสธพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์) คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย โดยคำถามเชิงบวก มีระดับคะแนนเป็น 5, 4, 3, 2, 1 และคำถามเชิงลบ 1, 2, 3, 4, 5 ตามลำดับ ประกอบด้วย จำนวนประเด็นละ 10 ข้อ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนแต่ละประเด็นเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับสูง	มีคะแนนเฉลี่ย	36.67-50.00	คะแนน
ระดับปานกลาง	มีคะแนนเฉลี่ย	23.34-63.66	คะแนน
ระดับต่ำ	มีคะแนนเฉลี่ย	10.00-23.33	คะแนน

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมทางเพศมีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรค คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย โดยคำถามเชิงบวก มีระดับคะแนนเป็น 4, 3, 2, 1 และคำถามเชิงลบ 1, 2, 3, 4 ตามลำดับ จำนวนประเด็นละ 10 ข้อ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนแต่ละประเด็นเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับสูง	มีคะแนนเฉลี่ย	30.01-40.00	คะแนน
ระดับปานกลาง	มีคะแนนเฉลี่ย	20.01-30.00	คะแนน
ระดับต่ำ	มีคะแนนเฉลี่ย	10.00-20.00	คะแนน

4.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงภาษาที่ใช้ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งตามคำแนะนำ ผู้วิจัยนำผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ ประเมินความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) ได้มากกว่า 0.60 ขึ้นไป

2) การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามในส่วนของทัศนคติเกี่ยวกับบทบาทตามเพศวิถีในวัยรุ่น การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) ปัจจัยด้านทักษะพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถในการปฏิเสธพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมทางเพศมีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ม.4-ม.6 ในเขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha coefficient) ของ Cronbach⁽¹⁶⁾ ได้เท่ากับ 0.84

4.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอน ดังนี้

1) ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ในเขตสุขภาพที่ 9 เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2) ส่งหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ในเขตสุขภาพที่ 9 พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ และตัวอย่างแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

3) ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงเรียน ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4) การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองและมีผู้ช่วยนักวิจัย จังหวัดละ 1 คน โดยการประชุมชี้แจงทีมผู้ช่วยนักวิจัยให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บแบบสอบถาม พร้อมทั้งตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบทุกฉบับ เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน

5) ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและข้อมูล จากนั้นลงรหัส และวิเคราะห์ข้อมูล

4.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) เชิงพรรณนา เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรค ทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) ปัจจัยด้านทักษะพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถในการปฏิเสธพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมทางเพศมีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรค โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรค ของวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 9 โดยใช้

(1) การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Binary logistic regression analysis) เพื่อคัดเลือกตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติต่ำกว่า 0.25

(2) การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร (Multivariable logistic regression analysis) เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคของวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

5. การพิจารณาด้านจริยธรรม

งานวิจัย เรื่องพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคของวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 9 นี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารรับรองเลขที่ BRO 2023-125 รหัสโครงการ 256/2023 ลงวันที่รับรอง 21 พฤศจิกายน 2566 (เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มอายุน้อยกว่า 18 ปี นักวิจัยจึงต้องขอคำยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัยจากทั้งผู้ปกครอง ครู และตัวนักเรียน)

6. ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 384 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.2 เพศชาย ร้อยละ 45.8 ส่วนใหญ่อายุ 18 ปี อายุเฉลี่ย 17.25 ปี (S.D.=0.67) ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 35.2 เกรดเฉลี่ยระหว่าง 2.00-2.50 ร้อยละ 43.0 ส่วนใหญ่รายได้ของท่่านเฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 29.9 สถานภาพครอบครัว ส่วนใหญ่มีบิดา-มารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 41.1

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรค ทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) ในภาพรวม ปัจจัยด้านทักษะพฤติกรรม (การรับรู้ความสามารถในการปฏิเสธพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์) พฤติกรรมทางเพศมีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรค พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรค เฉลี่ยในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 7.21 คะแนน (S.D.=1.34)

มีระดับทัศนคติเกี่ยวกับบทบาทตามเพศวิถีในวัยรุ่นเฉลี่ย ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 37.75 คะแนน (S.D.=5.24) มีระดับคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) ในภาพรวมเฉลี่ย ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 182.92 คะแนน (S.D.=12.23) มีระดับคะแนนปัจจัยด้านทักษะพฤติกรรม (การรับรู้ความสามารถในการปฏิเสธพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์) เฉลี่ย ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 32.09 คะแนน (S.D.=4.53) และมีระดับคะแนนพฤติกรรมทางเพศมีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคเฉลี่ย ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 35.23 คะแนน (S.D.=4.75) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับคะแนนของความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทัศนคติเกี่ยวกับบทบาทตามเพศวิถีในวัยรุ่น การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านทักษะพฤติกรรม (การรับรู้ความสามารถในการปฏิเสธพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์) และ พฤติกรรมทางเพศมีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรค

ระดับคะแนนรายด้าน	จำนวน (n=384)	ร้อยละ (%)
ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรค		
ระดับสูง (6.67-10.00 คะแนน)	199	51.8
ระดับปานกลาง (3.34-6.66 คะแนน)	123	32.0
ระดับต่ำ (0-3.33 คะแนน)	62	16.2
(Mean=7.21, S.D.=1.34)		
ระดับทัศนคติเกี่ยวกับบทบาทตามเพศวิถีในวัยรุ่น		
ระดับสูง (36.67-50.00 คะแนน)	175	45.6
ระดับปานกลาง (23.34-36.66 คะแนน)	186	48.4
ระดับต่ำ (10.00-23.33 คะแนน)	23	6.0
(Mean=33.75, S.D.=5.24)		
ระดับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV)		
ระดับสูง (183.33-250.00 คะแนน)	176	45.8
ระดับปานกลาง (116.67-183.32 คะแนน)	190	49.5
ระดับต่ำ (50.00-116.66 คะแนน)	18	4.7
(Mean=182.92, S.D.=12.23)		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ระดับคะแนนรายด้าน	จำนวน (n=384)	ร้อยละ (%)
ระดับปัจจัยด้านทักษะพฤติกรรม (การรับรู้ความสามารถในการปฏิเสธพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์)		
ระดับสูง (36.67-50.00 คะแนน)	112	29.2
ระดับปานกลาง (23.34-36.66 คะแนน)	218	56.8
ระดับต่ำ (10.00-23.33 คะแนน)	54	14.1
(Mean=32.09, S.D.=4.53)		
ระดับพฤติกรรมทางเพศมีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรค		
ระดับสูง (36.67-50.00 คะแนน)	172	44.8
ระดับปานกลาง (23.34-36.66 คะแนน)	181	47.1
ระดับต่ำ (10.00-23.33 คะแนน)	31	8.1
(Mean=35.23, S.D.=4.75)		

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรค ของวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 9 โดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Binary logistic regression analysis) พบว่า ปัจจัยด้านเพศ โดยเพศชายมีโอกาเสี่ยงกับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคมกกว่าเพศหญิง อยู่ 1.91 เท่า (OR=1.91, 95%CI=1.27-2.87) เกรดเฉลี่ยต่ำกว่า 2.51 พบว่า มีโอกาเสี่ยงกับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคมกกว่าเกรดเฉลี่ย 2.51-4.00 อยู่ 2.55 เท่า (OR=2.55, 95%CI=1.68-3.85) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001 บาทขึ้นไป มีโอกาเสี่ยงกับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคมกกว่ารายได้ต่อเดือน 0-5,000 บาท อยู่ 5.91 เท่า (OR=5.91, 95%CI=3.80-9.21) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรค ระดับต่ำถึงปานกลาง มีโอกาเสี่ยงกับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคมกกว่าระดับสูง อยู่ 3.55 เท่า (OR=3.55, 95%CI=2.33-5.42) ทักษะคิดเกี่ยวกับบทบาทตามเพศวิถีในวัยรุ่น ระดับต่ำถึงปานกลาง มีโอกาเสี่ยงกับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคมกกว่าระดับสูง อยู่ 8.06 เท่า (OR=8.06, 95%CI=5.03-12.91) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) ระดับต่ำถึงปานกลาง มีโอกาเสี่ยงกับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคมกกว่าระดับสูง อยู่ 4.26 เท่า (OR=4.26, 95%CI=2.72-6.68) การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) ระดับต่ำถึงปานกลาง มีโอกาเสี่ยงกับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคมกกว่าระดับสูง อยู่ 16.24 เท่า (OR=16.24, 95%CI=9.79-26.92) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) ระดับต่ำถึงปานกลาง มีโอกาเสี่ยงกับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคมกกว่าระดับสูงอยู่ 4.56 เท่า (OR=4.56, 95%CI=2.92-7.13) การรับรู้ต่อการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) ระดับต่ำถึงปานกลาง มีโอกาเสี่ยงกับพฤติกรรม

ทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคมากกว่าระดับสูง อยู่ 15.25 เท่า (OR=15.25, 95%CI=9.07-25.64) สิ่งชักนำหรือแรงสนับสนุนทางสังคมสู่การปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) ระดับต่ำถึงปานกลาง มีโอกาสเสี่ยงกับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคมากกว่าระดับสูงอยู่ 22.68 เท่า (OR=22.68, 95%CI=13.09-39.30) การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) ในภาพรวม ระดับต่ำถึงปานกลาง มีโอกาสเสี่ยงกับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคมากกว่าระดับสูง อยู่ 10.64 เท่า (OR=10.64, 95%CI=6.52-17.36) และปัจจัยด้านทักษะพฤติกรรม (การรับรู้ความสามารถในการปฏิเสธพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์) ระดับต่ำถึงปานกลาง มีโอกาสเสี่ยงกับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคมากกว่าระดับสูง อยู่ 10.72 เท่า (OR=10.72, 95%CI=5.73-20.05) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value}<.05$ ส่วนปัจจัยด้านอายุ ระดับชั้นการศึกษา และสถานภาพครอบครัว พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV)

ปัจจัย	พฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อ โรคมะเร็งที่มีเชื้อ HPV		p-value	OR	95%CI
	ระดับสูง	ระดับปานกลาง-ต่ำ			
	(n=172) n(%)	(n=212) n(%)			
เพศ					
ชาย	94(54.6)	82(38.7)	<0.001*	1.91	1.27-2.87
หญิง	78(45.4)	130(61.3)		1.00	
อายุ (ปี)					
16-17	110(64.0)	139(65.6)	0.748	0.93	0.61-1.42
18	62(36.0)	73(34.4)		1.00	
ระดับชั้นที่ศึกษา					
มัธยมศึกษาปีที่ 4-5	110(64.0)	139(65.6)	0.748	0.93	0.61-1.42
มัธยมศึกษาปีที่ 6	62(36.0)	73(34.4)		1.00	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อ โรคมะเร็งที่มีเชื้อ HPV		p-value	OR	95%CI
	ระดับสูง	ระดับปานกลาง-ต่ำ			
	(n=172) n(%)	(n=212) n(%)			
เกรดเฉลี่ย					
ต่ำกว่า 2.51	106(61.6)	82(38.7)	0.038*	2.55	1.68-3.85
2.51-4.00	66(38.4)	130(61.3)		1.00	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน					
5,001 บาทขึ้นไป	116(67.4)	55(26.0)	0.022*	5.91	3.80-9.21
0- 5,000 บาท	56(32.6)	157(74.0)		1.00	
สถานภาพครอบครัว					
บิดา-มารดาหย่าร้างกัน	101(58.7)	125(59.0)	0.962	0.99	0.66-1.49
หรือเสียชีวิต และอื่นๆ					
บิดา-มารดาอยู่ด้วยกัน	71(41.3)	87(41.0)		1.00	
ครอบครัว					
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรค					
ระดับปานต่ำ-ปานกลาง	112(65.1)	73(34.4)	0.024*	3.55	2.33-5.42
ระดับสูง	60(34.9)	139(65.6)		1.00	
ทัศนคติเกี่ยวกับบทบาทตามเพศวิถีในวัยรุ่น					
ระดับปานต่ำ-ปานกลาง	138(80.2)	71(33.5)	0.019*	8.06	5.03-12.91
ระดับสูง	34(19.8)	141(66.5)		1.00	
การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV)					
ระดับปานต่ำ-ปานกลาง	134(77.9)	96(45.3)	0.041*	4.26	2.72-6.68
ระดับสูง	38(22.1)	116(54.7)		1.00	
การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV)					
ระดับปานต่ำ-ปานกลาง	140(81.4)	45(21.2)	0.049*	16.24	9.79-26.92
ระดับสูง	32(18.6)	167(78.8)		1.00	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อ โรคเริมเรื้อรังที่มีเชื้อ HPV		p-value	OR	95%CI
	ระดับสูง	ระดับปานกลาง-ต่ำ			
	(n=172)	(n=212)			
	n(%)	n(%)			
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเริมเรื้อรังที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV)					
ระดับปานต่ำ-ปานกลาง	132(76.7)	89(42.0)	0.016*	4.56	2.92-7.13
ระดับสูง	40(23.3)	123(58.0)		1.00	
การรับรู้ต่อการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเริมเรื้อรังที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV)					
ระดับปานต่ำ-ปานกลาง	147(85.5)	59(17.8)	0.041*	15.25	9.07-25.64
ระดับสูง	25(14.5)	153(72.2)		1.00	
สิ่งชักนำหรือแรงสนับสนุนทางสังคมสู่การปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อโรคเริมเรื้อรังที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV)					
ระดับปานต่ำ-ปานกลาง	150(87.2)	49(23.1)	0.033*	22.68	13.09-39.30
ระดับสูง	22(12.8)	163(76.9)		1.00	
การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเริมเรื้อรังที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) ในภาพรวม					
ระดับปานต่ำ-ปานกลาง	141(82.0)	62(31.6)	0.031*	10.64	6.52-17.36
ระดับสูง	31(18.0)	145(68.4)		1.00	
ปัจจัยด้านทักษะพฤติกรรม (ความสามารถในการปฏิเสธพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์)					
ระดับปานต่ำ-ปานกลาง	159(92.4)	113(53.3)	0.011*	10.72	5.73-20.05
ระดับสูง	13(7.6)	99(46.7)		1.00	

*p-value<0.05

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคเริมที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรค ของวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 9 โดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร (Multivariable logistic regression analysis) พบว่า ปัจจัยด้านเพศ โดยเพศชายมีโอกาสเสี่ยงกับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคเริมที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคมกกว่าเพศหญิงอยู่ 2.20 เท่า ($OR_{adj}=2.20$, 95%CI=1.65-2.94) เกรดเฉลี่ยต่ำกว่า 2.51 พบว่า มีโอกาสเสี่ยงกับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคเริมที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคมกกว่าเกรดเฉลี่ย 2.51-4.00 อยู่ 3.77 เท่า ($OR_{adj}=3.77$, 95%CI=2.79-5.08) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001 บาทขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงกับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคเริมที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคมกกว่ารายได้ต่อเดือน 0-5,000 บาท อยู่ 3.11 เท่า ($OR_{adj}=3.11$, 95%CI=2.99-4.11) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยงต่อโรคเริมที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรค ระดับต่ำถึงปานกลาง มีโอกาสเสี่ยงกับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคเริมที่มีเชื้อ Human

papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคมามากกว่าระดับสูง อยู่ 2.58 เท่า ($OR_{adj}=2.58$, 95%CI=1.93-3.45) ทศนคติเกี่ยวกับบทบาทตามเพศวิถีในวัยรุ่น ระดับต่ำถึงปานกลาง มีโอกาสเสี่ยงกับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคมามากกว่าระดับสูง อยู่ 3.60 เท่า ($OR_{adj}=3.60$, 95%CI=2.67-4.85) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) ระดับต่ำถึงปานกลาง มีโอกาสเสี่ยงกับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคมามากกว่าระดับสูง อยู่ 2.76 เท่า ($OR_{adj}=2.76$, 95%CI=2.05-3.73) การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) ระดับต่ำถึงปานกลาง มีโอกาสเสี่ยงกับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคมามากกว่าระดับสูง อยู่ 4.54 เท่า ($OR_{adj}=4.54$, 95%CI=3.37-6.12) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) ระดับต่ำถึงปานกลาง มีโอกาสเสี่ยงกับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคมามากกว่าระดับสูง อยู่ 4.56 เท่า ($OR_{adj}=2.20$, 95%CI=1.13-3.87) การรับรู้ต่อการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) ระดับต่ำถึงปานกลาง มีโอกาสเสี่ยงกับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคมามากกว่าระดับสูง อยู่ 2.76 เท่า ($OR_{adj}=2.76$, 95%CI=1.65-2.94) สิ่งชักนำหรือแรงสนับสนุนทางสังคมสู่การปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) ระดับต่ำถึงปานกลาง มีโอกาสเสี่ยงกับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคมามากกว่าระดับสูง อยู่ 4.90 เท่า ($OR_{adj}=4.90$, 95%CI=3.63-6.63) การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) ในภาพรวมระดับต่ำถึงปานกลาง มีโอกาสเสี่ยงกับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคมามากกว่าระดับสูง อยู่ 3.95 เท่า ($OR_{adj}=3.95$, 95%CI=2.92-5.33) และปัจจัยด้านทักษะพฤติกรรม (การรับรู้ความสามารถในการปฏิเสธพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์) ระดับต่ำถึงปานกลาง มีโอกาสเสี่ยงกับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคมามากกว่าระดับสูง อยู่ 3.56 เท่า ($OR_{adj}=3.56$, 95%CI=2.57-4.11) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value}<.05$ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรค ของวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 9 โดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร

ปัจจัย	Crude OR (95%CI)	p-value	Adjust OR (95%CI)
เพศ			
ชาย	1.91(1.27-2.87)	0.018*	2.20(1.65-2.94)
หญิง	1.00		1.00
เกรดเฉลี่ย (GPA)			
ต่ำกว่า 2.51	2.55(1.68-3.85)	0.024*	3.77(2.79-5.08)
2.51-4.00	1.00		1.00
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			
5,001 ขึ้นไป	5.91(3.80-9.21)	0.037*	3.11(2.99-4.11)
ต่ำกว่า 5,000	1.00		1.00
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรค			
ระดับปานต่ำ-ปานกลาง	3.55(2.33-5.42)	0.025*	2.58(1.93-3.45)
ระดับสูง	1.00		1.00
ทัศนคติเกี่ยวกับบทบาทตามเพศวิถีในวัยรุ่น			
ระดับปานต่ำ-ปานกลาง	8.06(5.03-12.91)	0.016*	3.60(2.67-4.85)
ระดับสูง	1.00		1.00
การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV)			
ระดับปานต่ำ-ปานกลาง	4.26(2.72-6.68)	0.012*	2.76(2.05-3.73)
ระดับสูง	1.00		1.00
การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV)			
ระดับปานต่ำ-ปานกลาง	16.24(9.79-26.92)	0.023*	4.54(3.37-6.12)
ระดับสูง	1.00		1.00
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV)			
ระดับปานต่ำ-ปานกลาง	4.56(2.92-7.13)	0.029*	2.87(1.13-3.87)
ระดับสูง	1.00		1.00
การรับรู้ต่อการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV)			
ระดับปานต่ำ-ปานกลาง	15.25(9.07-25.64)	0.033*	4.41(3.26-5.96)
ระดับสูง	1.00		1.00

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ปัจจัย	Crude OR (95%CI)	p-value	Adjust OR (95%CI)
สิ่งชักนำหรือแรงสนับสนุนทางสังคมสู่การปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV)			
ระดับปานต่ำ-ปานกลาง	22.68(13.09-39.30)	0.041*	4.90(3.63-6.63)
ระดับสูง	1.00		1.00
การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) ในภาพรวม			
ระดับปานต่ำ-ปานกลาง	10.64(6.52-17.36)	0.023*	3.95(2.92-5.33)
ระดับสูง	1.00		1.00
ปัจจัยด้านทักษะพฤติกรรม (การรับรู้ความสามารถในการปฏิเสธพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์)			
ระดับปานต่ำ-ปานกลาง	10.72(5.73-20.05)	0.017*	3.56(2.57-4.11)
ระดับสูง	1.00		1.00

*p-value<0.05, Goodness of fit=0.439, Adjusted for sex and GPA

7. สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรค ในเขตสุขภาพที่ 9 ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผล ดังนี้

จากผลการวิจัย พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรค อยู่ในระดับสูง (Mean=7.21, S.D.=1.34) ทักษะเกี่ยวกับบทบาทตามเพศวิถีในวัยรุ่น อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=33.75, S.D.=5.24) การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=182.92, S.D.=12.23) แสดงให้เห็นว่าถึงแม้นักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรค อยู่ในระดับสูง แต่ในด้านทักษะเกี่ยวกับบทบาทตามเพศวิถีในวัยรุ่น และการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) ภาพรวมยังอยู่ในระดับปานกลางซึ่งทัศนคติของวัยรุ่นจะนำไปสู่พฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมได้ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรปลูกฝัง ทัศนคติที่ถูกต้องเหมาะสมเกี่ยวกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์จะเป็นการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรค

จากผลการศึกษาการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งเป็นในด้านการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) อยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) การรับรู้ต่อการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) และด้านสิ่งชักนำหรือแรงสนับสนุนทางสังคมสู่การปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการตั้งครรภ์

ไม่เพียงประสงค์ของวัยรุ่นหญิงในจังหวัดนครพนม พบว่า องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ 1) สถานภาพของครอบครัว 2) ความรู้เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ซึ่งวัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่ทราบความหมายที่ถูกต้อง แต่ทุกคนมีความรู้และสามารถบอกวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ได้ สาเหตุของการท้องส่วนใหญ่มาจากการคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ 3) ทักษะคิดต่อการมีเพศสัมพันธ์ พบว่ามีมุมมองที่ไม่ดีต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร แต่มีความอยากรู้อยากลอง การมีแฟนและเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องปกติ 4) พฤติกรรมเสี่ยง เช่น เที่ยวกลางคืน โดยปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่นหญิงดังกล่าว เป็นผลมาจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งจะเกิดผลต่าง ๆ ตามมา ทั้งตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรค ตามมาด้วย⁽¹⁷⁾ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาลดผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ดังนี้ 1) ปรับหลักสูตรและเนื้อหาวิชาเพศศึกษาให้เหมาะสม เข้าใจง่าย เริ่มสอนให้เร็วขึ้น 2) ปรับรูปแบบการประชาสัมพันธ์ โครงการหรือกิจกรรมของหน่วยงานภาครัฐให้ทั่วถึง 3) เพิ่มความถี่ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่เข้ามาให้ความรู้และปรับรูปแบบการให้ความรู้เป็นแบบกลุ่มย่อย แยกหญิงชาย 4) จัดตั้งโรงเรียนสำหรับวัยรุ่นหญิงตั้งครรภ์และมีพื้นที่ที่เป็นสัดส่วนสำหรับวัยรุ่นหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาล

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรค ของวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 9 โดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร (Multivariable logistic regression analysis) พบว่า ปัจจัยด้านเพศ โดยเพศชายมีโอกาสเสี่ยงกับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคมมากกว่าเพศหญิงอยู่ 2.20 เท่า ($OR_{adj}=2.20$, 95%CI=1.65-2.94) โดยจากบริบทของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นเพศชายมีความคิดค่อนข้างมากกว่าเพศหญิงซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 โรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 54 อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า ปัจจัยด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งไม่ว่าจะเป็นเพศหญิงหรือเพศชายก็พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศไม่ต่างกัน⁽¹⁸⁾ จากผลการวิจัยพบว่า เกรดเฉลี่ยต่ำกว่า 2.51 พบว่า มีโอกาสเสี่ยงกับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคมมากกว่าเกรดเฉลี่ย 2.51-4.00 อยู่ 3.77 เท่า ($OR_{adj}=3.77$, 95%CI=2.79-5.08) ทั้งนี้เนื่องจากผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงสติปัญญา ความรู้ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ของบุคคลมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงจะมีสติปัญญา ความรู้ ความสามารถในการคิดวิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ วัยรุ่นที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงจะมีความสามารถในการ ควบคุมตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองดีกว่าเด็กที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ เด็กที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำมีแนวโน้มที่จะมีความสามารถในการควบคุมตนเองต่ำ มีแนวโน้มที่จะมีการเรียนซ้ำชั้น เกิดความล้มเหลวทางการเรียน

ส่วนรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001 บาทขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงกับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคมกว่ารายได้ต่อเดือน 0-5,000 บาท อยู่ 3.11 เท่า ($OR_{adj}=3.11$, 95%CI=2.99-4.11) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรค ระดับต่ำถึงปานกลาง มีโอกาสเสี่ยงกับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคมกว่าระดับสูงอยู่ 2.58 เท่า ($OR_{adj}=2.58$, 95%CI=1.93-3.45) ทักษะคิดเกี่ยวกับบทบาทตามเพศวิถีในวัยรุ่น ระดับต่ำถึง

ปานกลาง มีโอกาสเสี่ยงกับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคมกกว่าระดับสูงอยู่ 3.60 เท่า ($OR_{adj}=3.60$, 95%CI=2.67-4.85) ทั้งนี้เนื่องจาก บุคคลมีความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกที่ถูกต้อง เหมาะสมเรื่องเพศ ย่อมส่งผลให้มีพฤติกรรมทางเพศที่ถูกต้องและเหมาะสม แต่หากบุคคลมีความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกที่ไม่ถูกต้องเรื่องเพศจะทำให้มี พฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมได้ สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจในวัยรุ่น อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี⁽¹⁹⁾ พบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นเป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจร้อยละ 60.73 ปัจจัยที่สามารถทำนายการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจในวัยรุ่น ได้แก่ อายุของสามี รายได้ของครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของการตั้งครรภ์วัยรุ่น และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการตั้งครรภ์ โดยตัวแปรทั้งหมดมีประสิทธิภาพในการทำนายได้ถูกต้อง ร้อยละ 24.20 ($\chi^2=32.05$, $p\text{-value}<0.001$) โดยการรับรู้ความรุนแรงของการตั้งครรภ์วัยรุ่น ($OR=2.56$, 95%CI:1.34-4.88) และรายได้ของครอบครัว ($OR=1.00$, 95%CI:1.00-1.00) เป็นปัจจัยที่ช่วยลดโอกาสในการในการตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยไม่ตั้งใจจากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในสถานศึกษา ควรนำผลวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรม/ โปรแกรมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักเรียน โดยเน้นเรื่องการเข้าถึงสื่อ กระตุ้นทางเพศ ทักษะพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการรับรู้ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มเพื่อน

การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง การรับรู้ต่อความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) การรับรู้ต่อการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) สิ่งชักนำหรือแรงสนับสนุนทางสังคมสู่การปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) ในภาพรวม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) สอดคล้องกับการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจในวัยรุ่น อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี⁽¹⁹⁾ พบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นเป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจร้อยละ 60.73 ปัจจัยที่สามารถทำนายการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจในวัยรุ่น ได้แก่ อายุของสามี รายได้ของครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของการตั้งครรภ์วัยรุ่น และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการตั้งครรภ์โดยตัวแปรทั้งหมดมีประสิทธิภาพในการทำนายได้ถูกต้อง ร้อยละ 24.20 ($\chi^2=32.05$, $p\text{-value}<0.001$) โดยการรับรู้ความรุนแรงของการตั้งครรภ์วัยรุ่น ($OR=2.56$, 95%CI:1.34-4.88) และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการตั้งครรภ์ ($OR=0.45$, 95%CI:0.23-0.89)

ส่วนผลด้านปัจจัยด้านทักษะพฤติกรรม (การรับรู้ความสามารถในการปฏิเสธพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์) ระดับต่ำถึงปานกลาง มีโอกาสเสี่ยงกับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรคมกกว่าระดับสูง อยู่ 3.56 เท่า ($OR_{adj}=3.56$, 95%CI=2.57-4.11) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value}<0.05$ สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเมืองพัทยา⁽²⁰⁾ การรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มเพื่อน สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=.167$, $p\text{-value}<0.004$) ทั้งนี้ เนื่องจากเพื่อน มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้น ช่วงวัยนี้ร่างกายเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว พฤติกรรมที่แสดงออกเป็นแรงกระตุ้นให้เด็กรวมกลุ่ม การเข้าใจ ปัญหาของกันและการต่อต้านกฎระเบียบตามลักษณะธรรมชาติของวัยรุ่น ให้มีความสำคัญกับความพอใจของตนเองต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนและสังคม การรับรู้การมีเพศสัมพันธ์ของ

เพื่อนมีอิทธิพลต่อการมีประสบการณ์ทางเพศ ดังนั้นวัยรุ่นจึงมีพฤติกรรมคล้ายตามกลุ่มได้ง่ายเมื่อถูกชักชวนให้ปฏิบัติสิ่งที่เป็นผลเสีย โดยเฉพาะกลุ่มเพื่อนสนิท

สอดคล้องกับการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกันในผู้ชายทั่วไป คู่ถอนชั่วคราวที่เป็นชาย และหญิงขายบริการทางเพศ ที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในเมืองบาเซโลนา ประเทศสเปน⁽²¹⁾ พบว่า การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงด้านการใช้สารเสพติดเป็นสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น และมีเพศสัมพันธ์แล้วไม่ได้ป้องกัน ทำให้เกิดพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น กลุ่มตัวอย่างที่เคยตรวจหาเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มตัวอย่างไม่เคยตรวจหาเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็น 9.56 เท่า ($OR_{adj}=9.56$, $95\%CI=4.64-12.35$) กลุ่มที่ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร มีความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอัน 5.87 เท่า ($OR_{adj}=5.87$, $95\%CI=2.54-7.88$) กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ระดับต่ำ มีความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ระดับสูง 4.55 เท่า ($OR_{adj}=4.55$, $95\%CI=2.67-6.88$) จากการวิจัยจะเห็นว่านักเรียนที่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะมีพฤติกรรมการป้องกันที่ไม่แตกต่าง เนื่องจากการเกิดพฤติกรรมของมนุษย์ขึ้นจะอยู่กับปัจจัยหลาย ๆ ด้าน เช่น ปัจจัยนำของหลัก PRECEDE MODEL ซึ่งเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นบุคคลที่ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรย่อมมีความเสี่ยงมากกว่าบุคคลที่ได้รับความรู้ ในกลุ่มตัวอย่างที่ระดับทัศนคติต่ำมากถึงปานกลาง มีความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติระดับดีถึงดีมาก 5.89 เท่า ($OR_{adj}=5.89$, $95\%CI=3.78-8.82$) ดังนั้นการปลูกฝังทัศนคติที่ถูกต้องเหมาะสมเกี่ยวกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์จะเป็นการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร

จากผลการวิจัยนี้ พบว่าการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) การรับรู้ต่อการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) สิ่งชักนำหรือแรงสนับสนุนทางสังคมสู่การปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) ในภาพรวม และปัจจัยด้านทักษะพฤติกรรม (การรับรู้ความสามารถในการปฏิเสธพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) เป็นตัวก่อโรค ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในสถานศึกษา ควรนำผลวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรม/ โปรแกรมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักเรียน โดยเน้นเรื่องการเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางเพศ ทัศนคติพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการรับรู้ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมทางเพศเพื่อป้องกันโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) ในวัยรุ่นต่อไป

8. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากศึกษาครั้งนี้

1) ผลการวิจัยในครั้งนี้ นำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาหรือออกแบบโปรแกรมในการส่งเสริมหรือป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยเน้นความสำคัญของปัจจัยที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) ในเรื่องการเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางเพศ การเฝ้าระวังการเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางเพศ การดูการใช้สื่อวัยรุ่นอารมณ์ทางเพศ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือค่านิยมที่ถูกต้องในการมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม เกรดเฉลี่ยหรือผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนควรออกแบบโปรแกรมสร้างแรงจูงใจและมุ่งให้เด็กเฝ้าเรียน และเพิ่มกิจกรรมที่เน้นชี้แนะแนวทางให้เด็กตั้งเป้าหมายชีวิตและอนาคตของตนเอง ปัจจัยทัศนคติพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ควรส่งเสริมและปลูกฝังให้เด็กเกิดทัศนคติที่ส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวก ปัจจัยการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มเพื่อนควรจัดกิจกรรมสร้างสรรค์เชิงบวก เช่น กิจกรรมแข่งขันกีฬา โดยเน้นการปรับทัศนคติพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศกลุ่มวัยรุ่นรุ่นหญิงตอนต้น

2) บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในชุมชน นำผลการวิจัยที่ได้นำเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปกำหนดนโยบายที่สอดคล้องกับการดูแลและพัฒนาวัยรุ่นในชุมชน และหาแนวทางร่วมกันเพื่อนำมาดำเนินการป้องกันปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นโดยร่วมมือกันทุกภาคส่วน ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน และชุมชน

3) ในสถานศึกษาควรมีหลักสูตรการเรียนการสอนและหน่วยงานที่รับผิดชอบกิจกรรมรณรงค์ มีการเผยแพร่ความรู้เพื่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมทางเพศเพื่อป้องกันโรคมะเร็งที่มีเชื้อ Human papillomavirus (HPV) ในวัยรุ่น การเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในมหาวิทยาลัย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งถ้าให้ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ได้ครอบคลุมประชากรที่เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และวัยรุ่นทั่วไป ควรที่จะทำการวิจัยในโรงเรียนอื่น ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เนื่องจากสภาพแวดล้อมของนักเรียนในแต่ละสถาบันการศึกษาแต่ละแห่งมีความแตกต่างกัน

2) การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงอีกกลุ่มหนึ่งที่จะเกิดปัญหาทางเพศ เนื่องจากในปัจจุบันพบว่า ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่าง ๆ เช่น การทำแท้ง การติดโรคเนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์ มีแนวโน้มที่อายุน้อยลงเรื่อย ๆ

3) ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นพื้นฐาน และเป็นแนวทางเพื่อนำไปพัฒนารูปแบบโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการสร้างเสริมพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม

9. เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. พฤติกรรมวัยรุ่น: ปัญหาสุขภาพจิตในปัจจุบัน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
2. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555-2560. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
3. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทย ปี 2564. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.

4. UNAIDS. 2012 UNGASS Global AIDS Response Country Progress Report in Thailand. Geneva: UNAIDS; 2013.
5. Sirian J, Guest F. The influence of alcohol and substance abuse on sexual behavior among youth. J Youth Stud 2013;15(3):257-68.
6. Jensen KE, Schmiedel S, Norrild B, Frederiksen K, Iftner T, Kjaer SK. Human papillomavirus genotypes in cervical and other HPV-related cancers, and implications for vaccination strategies. Future Microbiol 2014;9(3):237-50.
7. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัส Human Papilloma Virus (HPV) ในประเทศไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
8. Forman D, de Martel C, Lacey CJ, et al. Global burden of cancers attributable to infections in 2012: a synthetic analysis. Lancet Glob Health 2016;4(9):114-19.
9. ทิพย์สุดา เครือยศ, ธนวรรณ สำลีรัตน์. การศึกษาการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเอชพีวีในกลุ่มวัยรุ่น. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2559;18(1):45-56.
10. Supaattagorn P, Wongmek N, Chairat W. Knowledge and attitudes about HPV among high school students in Nakhon Ratchasima Province. J Public Health Dev 2022;20(3):25-34.
11. Jit M, Brisson M, Portnoy A, Hutubessy R. Cost-effectiveness of female human papillomavirus vaccination in 179 countries: a PRIME modelling study. Lancet Glob Health 2019;7(11):e1340-e1353.
12. Pendergrass L, Ma Y, Walker T. HPV Awareness, Vaccination Status, and Preventative Behavior Among College Students. J Am Coll Health 2021;69(4):453-60.
13. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การทบทวนวรรณกรรมระบบเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นไทย. กรุงเทพฯ: สวรส.; 2565.
14. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9. รายงานสถิติและข้อมูลนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ปีการศึกษา 1/2566. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงศึกษาธิการ; 2566.
15. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas 1970;30(3):607-10.
16. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika 1984;16(3):297-334.
17. พิชราพร วรรณสุ, ธนพงษ์ ภูมิพันธ์, ชลธิชา พิพัฒน์อานันท์. การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่นหญิงในจังหวัดนครพนม. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ 2562;14(2):123-35.
18. พิระดา มานพพิรุฬห์, ธวัชชัย สุทธิเมธา, นฤมล พัฒนาวิทย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 โรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 54 อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารสุขภาพและการแพทย์ 2563;21(3):201-10.
19. ศิริพร ศรีอินทร์. ปัจจัยทำนายการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจในวัยรุ่น อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ 2564;15(2):89-101.

20. ณิชภัทร ปุ่นมีกิจ, ธนวรรณ ศรีสุข, อรพินท์ สืบสาย. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเมืองพัทยา. วารสารวิจัยการศึกษา 2563;12(2):112-24.
21. Folch C, García-Linares MC, Montero E, et al. Factors associated with unprotected sex among general men, temporary male partners, and female sex workers having sex with men in Barcelona, Spain. AIDS Behav 2007;11(5):711-20.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ 5-Fluorouracil (5-FU) ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

เลียมใจ คำมุงกุล¹
กุลชญา ลอยหา^{2*}
ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์³

(วันรับบทความ 18 มีนาคม 2568, วันแก้ไขบทความ 30 พฤษภาคม 2568, วันตอบรับบทความ 12 มิถุนายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ 5-Fluorouracil (5-FU) ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยประชากรกรณี 2 กลุ่มประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน จากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยยาเคมี 5-Fluorouracil (5-FU) ที่หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรมและหอผู้ป่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 86 คน เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 43 คน และ กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 43 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ ของโปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ 5-Fluorouracil (5-FU) ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมานใช้ Paired sample t-test และ Independent sample t-test

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง อยู่ในระดับสูง (Mean=8.55; S.D.=1.84) การประเมินตนเองในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง อยู่ในระดับสูง (Mean=30.54; S.D.=3.82) การรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง อยู่ในระดับสูง (Mean=29.59; S.D.=3.85) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการจัดการดูแลช่องปากตนเอง อยู่ในระดับสูง (Mean=31.51; S.D.=3.84) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการดูแลช่องปากตนเอง อยู่ในระดับสูง (Mean=24.56; S.D.=3.12) โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนทุกด้าน (ความรู้เกี่ยวกับการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง การประเมินตนเองในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการจัดการดูแลช่องปากตนเอง และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการดูแลช่องปากตนเอง) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}<0.05$ ($p\text{-value}=0.008, 0.014, 0.002, 0.021$ และ 0.009 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: การจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ผู้ป่วยมะเร็ง

¹โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี และ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

³ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: Loyha2523@gmail.com

Research Article

Effects of oral self-management program to prevent oral mucositis among cancer patients receiving 5-Fluorouracil (5-FU) in Sappasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani Province

Liumjai Khammongkul¹

Kulchaya Loyha^{2*}

Pathama Lopongphanit³

(Received: March 18 2025; Revised: May 30 2025; Accepted: June 12 2025)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to study the effects of oral self-management program to prevent oral mucositis among cancer patients receiving 5-Fluorouracil (5-FU) in Sappasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani province. Calculate the sample size to compare the differences in mean values between two independent populations. The study involves 86 patients receiving treatment with 5-Fluorouracil (5-FU) at the Special Medicine Ward and Chemotherapy Ward of Sappasitthiprasong Hospital. There are 43 patients in the experimental group and 43 patients in the comparison group. The tool used in the experiment is a self-care oral management program to prevent oral mucositis in cancer patients receiving 5-Fluorouracil (5-FU) at Sappasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani Province. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics using Paired sample t-test and Independent sample t-test.

The research results found that after the experiment, the experimental group had a high average score in knowledge of oral self-care management (Mean=8.55; S.D.=1.84), a high self-evaluation of oral care management (Mean=30.54; S.D.=3.82), a high level of self-efficacy in oral care management (Mean=29.59; S.D.=3.85), a high level of expectation of the outcome of oral care management practice (Mean=31.51; S.D.=3.84), and a high level of social support for oral care management (Mean=24.56; S.D.=3.12). The average scores of all dimensions (knowledge of oral care management, self-evaluation of oral care management, self-efficacy in oral care management, expectation of the outcome of oral care management practice, and social support for oral care management) were higher than the comparison group. Statistically significant at p -value<0.05 (p -value=0.008, 0.014, 0.002, 0.021 and 0.009, respectively).

Keywords: Oral self-management, Oral mucositis, Cancer patients

1 Sappasitthiprasong Hospital and Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

2 Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

3 Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University

* Corresponding author; E-mail: Loyha2523@gmail.com

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของคนทั่วโลก และมีแนวโน้มว่าจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี องค์การอนามัยโลกพบว่าในปี พ.ศ.2561 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 18.1 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 9.6 ล้านคน⁽¹⁾ สำหรับในประเทศไทย โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ติดต่อกันหลายสิบปี โดยจากข้อมูลล่าสุดพบคนไทยเสียชีวิตจากโรคนี้อีกปีละกว่า 67,000 คน หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 8 คน และพบผู้ป่วยรายใหม่เฉลี่ยราว 120,000 คนต่อปี ข้อมูลสถิติโรคมะเร็งประเทศไทยปี พ.ศ.2557 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ที่เป็นรายงานการรวบรวมข้อมูลจากทะเบียนมะเร็งของประเทศไทยปี พ.ศ.2566 จากรายงาน พบผู้ป่วยใหม่ 122,757 คน เป็นเพศชายจำนวน 59,662 คน และเพศหญิง 63,095 คน⁽²⁾

รายงานสถิติทะเบียนมะเร็งประเทศไทย ปี พ.ศ.2565 พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ เพิ่มขึ้นในแต่ปี โดยรายงานระบุว่ามียาจำนวนผู้ป่วยมากถึง 140,000 คน หรือ ประมาณ 400 คนต่อวัน ซึ่งพบว่า 5 อันดับแรกของคนไทยที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งในชาย คือ 1.มะเร็งตับและท่อน้ำดี ร้อยละ 33.2 2. มะเร็งปอด ร้อยละ 22.8 3. มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 18.7 4.มะเร็งต่อมลูกหมาก ร้อยละ 6.6 และ 5.มะเร็งต่อมน้ำเหลือง ร้อยละ 6.6 และในหญิง คือ 1. มะเร็งเต้านม ร้อยละ 34.2 2.มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 13.3 3. มะเร็งตับและท่อน้ำดี ร้อยละ 12.2 4. มะเร็งปอดร้อยละ 11.5 และมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 11.1 วิธีการรักษาโรคมะเร็งรายใหม่นั้น ส่วนมากใช้วิธีการผ่าตัด (ร้อยละ 37) และยาเคมีบำบัด (ร้อยละ 37) รองลงมาคือการฉายแสง (ร้อยละ 25) การใช้ฮอร์โมนรักษา (ร้อยละ 0.6) และวิธีอื่น ๆ ร้อยละ 4.1⁽³⁾ ในช่วงปี พ.ศ.2537-2560 อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง และเนื่องจากทุกชนิดของคนไทยเป็นสาเหตุอันดับ 1 โดยในปี พ.ศ.2537 โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทย 48.9 คน ต่อประชากร 100,000 คน และเพิ่มขึ้นเป็น 120.5 คน หรือเกือบ 3 เท่าตัว (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ) (NESDB) โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2542 เป็นต้นมา⁽⁴⁾ และคนไทยมีแนวโน้มการตายด้วยโรคมะเร็งสูงขึ้นทุกปี สถิติการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเสียชีวิตมากที่สุดเพศชายคือมะเร็งตับเพศ หญิงคือมะเร็งเต้านม เพศชายมะเร็งที่พบมากอันดับหนึ่งได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดีสถิติการเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 33.9 มะเร็งหลอดลมคิดเป็นอัตราเสียชีวิตร้อยละ 23.0 มะเร็งลำไส้และทวารหนักคิดเป็นอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 16.2 มะเร็งต่อมลูกหมากคิดเป็นอัตราเสียชีวิตร้อยละ 7.5 เพศหญิงอัตราการเสียชีวิตด้วยมะเร็งเต้านมคิดเป็นร้อยละ 31.4 มะเร็งตับและท่อน้ำดีอัตราการเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ12.9 มะเร็งปากมดลูกอัตราเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 11.7 มะเร็งลำไส้และทวารหนักอัตราเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 11.1 มะเร็งหลอดลมและปอดอัตราการเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 10.9 (สถิติโรคมะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทยปี พ.ศ.2557 ต่อประชากร 100,000 คน⁽⁵⁾)

ซึ่งโรคมะเร็งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์จากเซลล์ปกติกลายเป็นเซลล์มะเร็ง และมีกระบวนการซับซ้อน ใช้เวลาหลายปีในการก่อโรค อีกทั้งสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งมาจากทั้งปัจจัยภายใน ร่างกาย (คุณสมบัติทางพันธุกรรม ภาวะทางระบบภูมิคุ้มกันภาวะทางโภชนาการ เป็นต้น) และปัจจัยภายนอกร่างกาย (สารก่อมะเร็งในสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมการบริโภคและการใช้สารเสพติด สภาพการดำเนินชีวิต สภาวะทางเศรษฐกิจและ สังคม) การได้รับปัจจัยเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพหลาย ๆ อย่างร่วมกันจะทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งมากขึ้น ซึ่งปัจจุบัน ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งได้มีการพัฒนาในหลาย ๆ ด้านทำให้ สามารถรักษามะเร็งหลายชนิดให้หายขาดได้ และสามารถหลีกเลี่ยงป้องกัน และตรวจคัดกรองมะเร็งบางชนิดได้ตั้งแต่วัยไม่ เกิดโรค นอกจากนี้ยังมีข้อมูลการศึกษาวิจัยที่ทำให้ทราบสาเหตุปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งในมนุษย์ ทำให้สามารถหา

มาตรการ เพื่อป้องกันโรคได้อีกด้วย (แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ.2561-2565)⁽⁶⁾ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมะเร็งท่อน้ำดีตับมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องแต่ยังคงสูงกว่าอัตราอุบัติการณ์ในภาคอื่นซึ่งน่าจะเป็นผลจากการรณรงค์ไม่กินปลาดิบที่ทำมานานแล้วในภูมิภาคนี้ นอกจากนี้ยังพบว่ามะเร็งช่องปากในผู้หญิงในประชากรภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงกว่าภาคอื่นอย่างชัดเจนซึ่งอุบัติการณ์ของมะเร็งช่องปากในเพศชายที่ต่ำกว่าภาคอื่น ๆ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดอุบลราชธานี โดยให้บริการรักษาทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก และเป็นโรงพยาบาลศูนย์แห่งแรกของเขตบริการสุขภาพเขต 10 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้บริการรักษาทั่วไปแก่ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในเขตพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง เขตบริการสุขภาพที่ 10 เป็นโรงพยาบาลที่มีไอซียูมากที่สุดในประเทศไทยและเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ ในเขตสุขภาพที่ 10 มีศูนย์เชี่ยวชาญพิเศษจำนวน 5 ด้าน คือด้านโรคหัวใจ มะเร็ง อุบัติเหตุ ทารกแรกเกิดและปลูกถ่ายอวัยวะ โดยให้บริการผู้ป่วยในพื้นที่ 5 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ มุกดาหาร และประเทศเพื่อนบ้าน เช่น ลาว กัมพูชา รวมถึงประชาชนในเขตอีสาน โดยเฉพาะการรักษาโรคมะเร็งที่มีการรักษาเป็นอันดับ 2 ใน 5 ของการรักษาผู้ป่วยด้วยโรคที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีจำนวนมาก โดยมีจำนวน 5,160 ราย 5,076 รายและ 4,595 ราย ในปี 2563-2565 ตามลำดับ⁽⁷⁾ ซึ่งมีแนวทางการรักษาโรคมะเร็งในทุกชนิดจะมีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด เคมีบำบัด การฉายรังสี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาหลักของโรคมะเร็ง ถึงแม้ว่าการรักษาผู้ป่วยมะเร็งจะมีประสิทธิภาพสูง แต่ก็มีผลข้างเคียงในระหว่างการรักษาต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (Mucositis)⁽⁷⁾ มักเกิดได้บ่อยภายใน 1-2 สัปดาห์หลังจากได้รับเคมีบำบัดเยื่อช่องปากอักเสบ เกิดเนื่องจากยาเคมีบำบัดมีผลต่อการแบ่งตัวของเซลล์เยื่อช่องปากทำให้มีอาการ ปากแห้ง เจ็บและมีแผล อาจจะมีการติดเชื้อในช่องปากได้ รับประทานอาหารได้ลดลง อาการนี้จะเกิดขึ้น หลังได้รับยา 5-7 วัน อาการจะดีขึ้น ถ้าได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง และเมื่อหายหมดฤทธิ์ โดยผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บปวดรับประทานอาหารได้ลดลง ส่งผลให้ได้รับอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายและอาจเป็นสาเหตุของการติดเชื้อได้ จึงจำเป็นต้องรักษาอนามัยในช่องปากอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ โดยตึกพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี รับผู้ป่วยมะเร็งที่มารับยาเคมีบำบัด โดยมีจำนวน 166 ราย 186 ราย และ 191 ราย ในปี 2563-2565 ตามลำดับ⁽⁸⁾ ซึ่งจะเกิดผลข้างเคียงที่ตามมาคือ ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ซึ่งจะเกิดเกือบทุกคนในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งจะเกิดอาการมากน้อยต่างกันแล้วแต่ปริมาณยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับและการดูแลตัวเองหลังได้รับยาเคมีบำบัด ถึงแม้แพทย์จะมีการให้ยาป้องกันภาวะการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยา สูตร 5fu และพยาบาลได้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในขณะที่ให้ยาเคมีบำบัดและหลังให้ยาเคมีบำบัดแต่ก็ยังเกิดเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตรนี้ จึงแสดงว่าผู้ป่วยยังขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเอง จึงมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม⁽⁹⁾ และแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของเครียร์⁽¹⁰⁾ ซึ่งทฤษฎีนี้มีข้อดีคือ ผู้ป่วยจะสามารถจัดการพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงทำให้ตัดสินใจทำวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ 5-Fluorouracil (5-FU) ในเขตสุขภาพที่ 10 ผู้ป่วยมะเร็งที่มารับยาเคมีบำบัดที่ตึกพิเศษอายุรกรรม ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดคือ ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (Oral mucositis) ในภาวะปกติ Oral mucosa จะถูกปกคลุมด้วย Non-stratified squamous epithelium ซึ่งทำหน้าที่ป้องกันไม่ให้ Microorganism ในช่องปากทำอันตรายต่อเนื้อเยื่อและอวัยวะที่อยู่ชั้นลึกลงไป โดยมี Basal cell ซึ่งอยู่ที่ชั้นล่างสุดของ Epithelium แบ่งตัวทดแทนเซลล์ด้านบนที่หลุดลอก

ออกไปตามเวลา ซึ่งกระบวนการ Self-renewing นี้เกิดขึ้นทุก 7-14 วัน เมื่อ Epithelial cell ด้านบนได้รับรังสีหรือยาเคมีบำบัด เซลล์จะตายไปอย่างรวดเร็ว บางส่วนไม่สามารถแบ่งตัวเพิ่มได้อีก ทำให้ไม่มีเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทน จึงเกิด Ulcer ขึ้น อาจทำให้ Microorganism แทรกลงไปในรอยแผล เกิดการติดเชื้อของเนื้อเยื่อในชั้นลึก และการหายของแผลช้าลงได้ นอกจากการทำลาย DNA ของเซลล์แล้ว การฉายรังสีหรือยาเคมีบำบัดยังส่งผลทางอ้อม โดยทำให้เกิดการกระตุ้นของ Transcription factors และการหลั่ง Pro-inflammatory cytokines ด้วย จนในที่สุด เมื่อปัจจัยที่ทำให้การตายของเซลล์และการติดเชื้อหมดลง⁽⁷⁾ ยาเคมีบำบัดหลายชนิดทำให้เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบจากยาเคมีบำบัด อาจเกิดได้ตั้งแต่หลังจากได้รับยาเคมีบำบัด 3 วัน โดยทั่วไปมักเกิดภายใน 5-7 วัน และหายดีใน 2-4 สัปดาห์ โดยในระหว่างนี้ต้องเฝ้าระวังการติดเชื้อในช่องปากและลำคอด้วย จะส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก การได้รับยาเคมีบำบัดเป็นอีกสาเหตุหนึ่งของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งมักเกิดขึ้นภายหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดประมาณ 1 สัปดาห์ โดยแผลมีลักษณะเป็นคราบเนื้อตาย (Necrotic patch) ในบริเวณช่องปาก ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บปวด และรับประทานอาหารไม่ค่อยได้ ภาวะแทรกซ้อนนี้มักเป็นอยู่ประมาณ 3-4 วันแล้วจะดีขึ้นประมาณ 2 สัปดาห์ หลังจากหมดฤทธิ์ยาเคมีบำบัด กลไกการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบจึงควรมีการจัดการกับอาการเยื่อช่องปากอักเสบเพื่อลดความรุนแรงของอาการซึ่งจะส่งผลให้เกิดกลุ่มอาการอื่นตามมา ได้แก่ อาการเจ็บปากและคอ กลืนลำบากและการรับรู้รสเสียไป ซึ่งรบกวนต่อการรับประทานอาหารจึงมีความจำเป็นต้องใส่สายให้อาหารเนื่องจากไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้อย่างเพียงพอ นำไปสู่การรักษาที่ไม่เป็นไปตามแผนที่แพทย์กำหนดอาจส่งผลให้เกิดการขาดช่วงของการรักษา (Treatment interruption) เป็นเหตุให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร ส่งผลให้โอกาสการหายจากโรคลดลงได้ ผลกระทบด้านจิตใจพบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ความปวดจากภาวะเยื่อช่องปากอักเสบยังเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารพูดคุย ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกด้อยค่า นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงและเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ขึ้นได้

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ 5-Fluorouracil (5-FU) ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

3. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาสร้างกรอบแนวคิดในการทำการศึกษาวิจัย ดังนี้



4. วิธีการดำเนินการวิจัย

4.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) ทำการวัดก่อนและวัดหลังการทดลอง (Two groups pretest-posttest design) โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ 5-Fluorouracil (5-FU) ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2566 ถึง สิงหาคม 2567

4.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาที่ได้รับ 5-Fluorouracil (5-FU) ตึกพิเศษอายุรกรรม และหอผู้ป่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี จำนวน 183 คน (เวชระเบียนของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาตัว ณ หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม และหอผู้ป่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี ประจำปี 2566)⁽⁸⁾

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษายาเคมี 5-Fluorouracil (5-FU) ที่หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรมและหอผู้ป่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี ประจำปี 2566 จำนวน 86 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 43 ราย กลุ่มเปรียบเทียบ 43 ราย โดยคำนวณจากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน⁽¹¹⁾ โดยทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) ซึ่งกลุ่มเปรียบเทียบใช้ผู้ป่วยที่มีลักษณะตามเกณฑ์การคัดเข้า และคัดออกเหมือนกันกับกลุ่มทดลอง แต่คนละโรงพยาบาล ซึ่งในการวิจัยนี้ใช้ผู้ป่วยฯ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

1) กลุ่มทดลอง โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ 5-Fluorouracil (5-FU) ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น

2) กลุ่มเปรียบเทียบ จะได้รับกิจกรรมการดูแลตามปกติจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (กลุ่มเปรียบเทียบต้องมีลักษณะของโรงพยาบาลที่ใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง และต้องไม่ใช่โรงพยาบาลเดียวกัน อาจจะอยู่ในพื้นที่เดียวกัน หรือนอกพื้นที่ก็ได้ ทั้งนี้กลุ่มทดลองเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ดังนั้นกลุ่มเปรียบเทียบก็ต้องเป็นโรงพยาบาลศูนย์เช่นเดียวกัน)

โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก (Inclusion and exclusion criteria) ดังต่อไปนี้

1) เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

(1) มีความยินยอมในการเข้าร่วมโปรแกรม
(2) เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ทำการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด 5-Fluorouracil (5-FU) ใน ปีงบประมาณ 2566 จนถึงปัจจุบัน ณ หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรมและหอผู้ป่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี

(3) เป็นผู้ป่วยไม่มีผลข้างเคียงจากการรักษาไม่ว่าจะเป็นกรณีรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือการฉายแสง หรือการรักษาใด ๆ

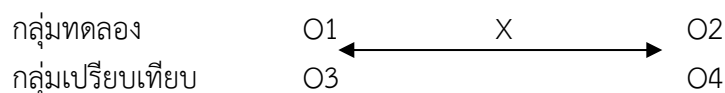
- (4) รู้สึกตัวดี มีการรับรู้ การได้ยินปกติ และมีความสามารถสื่อสารภาษาไทยได้
- (5) ไม่มีแผลในเยื่อช่องปากหรืออาการเจ็บปากใด ๆ มาก่อน
- (6) มีความสมัครใจและยินดีในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

2) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- (1) กลุ่มตัวอย่างและหรือญาติบอกยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยระหว่างดำเนินการวิจัย
- (2) ได้รับการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น ๆ
- (3) ยุติการเข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดไม่ว่าด้วยสาเหตุใด ๆ

4.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) คือ โปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ 5-Fluorouracil (5-FU) ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยศึกษาแบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest with control group design) จำแนกกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experiment group) เป็นกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ 5-Fluorouracil (5-FU) ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) ได้รับกิจกรรมการดูแลตามปกติจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี



O1, O3 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

O2, O4 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

X หมายถึง โปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ 5-Fluorouracil (5-FU) ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ดังแสดงในตารางการทดลองต่อไปนี้

กลุ่มทดลอง	X1,O1		X2		X3	F	X4		X5	F		O2
สัปดาห์ที่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
กลุ่มเปรียบเทียบ	O3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	O4

จากตารางการทดลองสามารถอธิบายได้ดังนี้

X 1 หมายถึง โปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ 5-Fluorouracil (5-FU) ครั้งที่ 1 การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived self-efficacy)

X2 หมายถึง โปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ 5-Fluorouracil (5-FU) ครั้งที่ 2 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตน (Outcome expectation)

X3 หมายถึง โปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ 5-Fluorouracil (5-FU) ครั้งที่ 3 การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement)

X4 หมายถึง โปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ 5-Fluorouracil (5-FU) ครั้งที่ 4 การติดตามตนเอง (Self-monitoring)

X5 หมายถึง โปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ 5-Fluorouracil (5-FU) ครั้งที่ 5 การประเมินผลตนเอง (Self-evaluation)

F หมายถึง การให้คำปรึกษา การติดตาม และกระตุ้นเตือนกลุ่มทดลอง ในสัปดาห์ที่ 6 และ 10

แบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ส่วน 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการรักษา วัดแบบ Check list จำนวน 8 ข้อ 2) ความรู้เกี่ยวกับการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง จำนวน 10 ข้อ วัดผลด้วยเกณฑ์คะแนน ตอบถูก ให้ 1 คะแนน และตอบผิด ให้ 0 คะแนน และแปลผลคะแนนเป็นระดับ (สูง ปานกลาง ต่ำ) โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom 3) การประเมินและจัดบันทึกการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง จำนวน 12 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า Likert rating 3 scale และแปลผลคะแนนเป็นระดับ (สูง ปานกลาง ต่ำ) โดยใช้เกณฑ์ของ Benjamin bloom 4) การรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง จำนวน 12 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า Likert rating 3 scale และแปลผลคะแนนเป็นระดับ (สูง ปานกลาง ต่ำ) โดยใช้เกณฑ์ของ Benjamin bloom 5) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการจัดการดูแลช่องปากตนเอง และ 6) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการดูแลช่องปากตนเอง จำนวน 9 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า Likert rating 3 scale และแปลผลคะแนนเป็นระดับ (สูง ปานกลาง ต่ำ) โดยใช้เกณฑ์ของ Benjamin bloom โดยแบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีตามกรอบแนวคิดการวิจัย

4.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างรวมถึงภาษาที่ใช้ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งตามคำแนะนำ ผู้วิจัยนำผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญประเมินความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) ได้มากกว่า 0.50 ขึ้นไป

2) การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามในส่วนของการรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการจัดการดูแลช่องปากตนเอง และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการดูแลช่องปากตนเองที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ 5-Fluorouracil (5-FU) ในโรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha coefficient) ของ Cronbach ได้เท่ากับ 0.75

4.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยดำเนินการเป็นขั้นตอน โดยหลังคัดเลือกเข้ากลุ่มคือ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติ ร่วมกับการสอนเรื่องภาวะเยื่อช่องปากอักเสบและฝึกทักษะแปรงฟันที่ถูกต้องภายในวันที่ 1 ของการได้รับยาเคมีบำบัด โดยการประเมินทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยแบบประเมินทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปาก กลุ่มทดลองปฏิบัติตามโปรแกรมโดยอยู่ในความดูแลของพี่ดูแล และพี่ดูแลที่ได้รับการสอนและผ่านการประเมินการใช้เครื่องมือในการบันทึกพฤติกรรมและประเมินสภาพ

ช่องปาก ทำหน้าที่ในการบันทึกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากร่วมกับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ และบันทึกการประเมินสภาพช่องปากทุกวัน โดยผู้วิจัยติดตามผลการบันทึกในแบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและแบบบันทึกการประเมินสภาพช่องปากร่วมกับประเมินสภาพช่องปากในวันที่ 7, 14 ของการได้รับยาเคมีบำบัด พร้อมกับมีการถ่ายรูปไว้เพื่อส่งให้ผู้วิจัยประเมินทางไลน์

โดยการทําวิจัยในครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี รหัสโครงการ 010/67 C

4.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) เชิงพรรณนา เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการรักษา ความรู้เกี่ยวกับการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง การประเมินและจดบันทึกการดูแลช่องปากด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการจัดการดูแลช่องปากตนเอง และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการดูแลช่องปากตนเอง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง การประเมินและจดบันทึกการดูแลช่องปากด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการจัดการดูแลช่องปากตนเอง และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการดูแลช่องปากตนเอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Paired sample t-test ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Independent sample t-test

5. ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการรักษา แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 86 คน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 18-40 ปี และเป็นเพศหญิงประมาณร้อยละ 55-56 ในทั้งสองกลุ่ม กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 42.73 ปี (S.D.=3.15) และกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 43.13 ปี (S.D.=4.37) ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะทางประชากรและประวัติสุขภาพที่คล้ายคลึงกัน เช่น ร้อยละ 55-58 เป็นผู้ที่ไม่เคยใช้ยา และร้อยละ 62-63 ไม่มีโรคประจำตัว

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง การประเมินและจดบันทึกการดูแลช่องปากด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการจัดการดูแลช่องปากตนเอง และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการดูแลช่องปากตนเอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง มีระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง เฉลี่ยในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 5.18 คะแนน (S.D.=1.65) มีระดับการประเมินตนเองในการดูแลช่องปากด้วยตนเองเฉลี่ย ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 22.18 คะแนน (S.D.=3.35) มีระดับคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการดูแลช่องปากตนเองเฉลี่ย ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 19.12 คะแนน (S.D.=3.37) ระดับคะแนนด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการจัดการดูแลช่องปากตนเองเฉลี่ย ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 21.18 คะแนน (S.D.=3.42) มีระดับคะแนนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการดูแลช่องปากตนเองเฉลี่ย ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 18.19 คะแนน (S.D.=2.28) และหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับ

การรับประทานอาหารเฉลี่ยในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 8.55 คะแนน (S.D.=1.84) มีระดับคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเฉลี่ยในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 30.54 คะแนน (S.D.=3.82) มีระดับรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการดูแลช่องปากตนเองเฉลี่ย ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 29.59 คะแนน (S.D.=3.85) มีระดับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการจัดการดูแลช่องปากตนเองเฉลี่ย ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 31.51 คะแนน (S.D.=3.84) หลังการทดลองมีระดับคะแนนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการดูแลช่องปากตนเองเฉลี่ย ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 25.56 คะแนน (S.D.=3.12) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง มีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเองเฉลี่ย อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 5.20 คะแนน (S.D.=1.71) และ 5.58 คะแนน (S.D.=1.73) มีระดับการประเมินตนเองในการดูแลช่องปากด้วยตนเองเฉลี่ยในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 21.89 คะแนน (S.D.=3.89) และ 24.51 คะแนน (S.D.=3.86) มีระดับรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการดูแลช่องปากตนเองเฉลี่ย ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 19.19 คะแนน (S.D.=3.81) และ 19.55 คะแนน (S.D.=3.83) มีระดับคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการจัดการดูแลช่องปากตนเองเฉลี่ย ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 21.79 คะแนน (S.D.=3.75) และ 22.89 คะแนน (S.D.=3.81) มีระดับคะแนนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการดูแลช่องปากตนเองเฉลี่ย ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 19.19 คะแนน (S.D.=3.11) และ 20.19 คะแนน (S.D.=3.21) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับคะแนนของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง การประเมินและจัดบันทึกการดูแลช่องปากด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการจัดการดูแลช่องปากตนเอง และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการดูแลช่องปากตนเอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ระดับคะแนนตามรายด้าน	กลุ่มทดลอง (n=43)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=43)	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง				
สูง (6.67-10.00 คะแนน)	10(23.2)	35(81.4)	10(23.2)	14(32.6)
ปานกลาง (3.34-6.66 คะแนน)	29(67.4)	8(18.6)	30(69.8)	26(60.4)
ต่ำ (0-3.33 คะแนน)	4(9.3)	0	3(10.0)	3(10.0)
Mean; S.D.	5.18; 1.65	8.55; 1.84	5.20; 1.71	5.58; 1.73

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ระดับคะแนนตามรายด้าน	กลุ่มทดลอง (n=43)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=43)	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับการประเมินตนเองในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง				
สูง (28.01-36.00)	11(25.6)	32(74.4)	10(23.2)	13(30.2)
ปานกลาง (20.01-28.00 คะแนน)	28(65.1)	9(20.9)	30(69.8)	25(58.1)
ต่ำ (12.00-20.00 คะแนน)	4(9.3)	2(4.6)	3(10.0)	3(10.0)
Mean; S.D.	22.18; 3.35	30.54; 3.82	21.89; 3.89	24.51; 3.86
ระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการดูแลช่องปากตนเอง				
สูง (28.01-36.00 คะแนน)	6(14.0)	22(51.2)	7(23.2)	8(18.6)
ปานกลาง (20.01-28.00 คะแนน)	18(41.9)	16(37.2)	18(69.8)	17(39.5)
ต่ำ (12.00-20.00 คะแนน)	19(44.1)	5(11.6)	18(10.0)	18(10.0)
Mean; S.D.	19.12; 3.37	29.59; 3.85	19.19; 3.81	19.55; 3.83
ระดับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการจัดการดูแลช่องปากตนเอง				
สูง (28.01-36.00 คะแนน)	5(11.6)	28(65.1)	6(14.0)	7(16.3)
ปานกลาง (20.01-28.00 คะแนน)	28(65.1)	11(25.6)	28(65.1)	28(65.1)
ต่ำ (12.00-20.00 คะแนน)	10(23.2)	4(9.3)	10(23.2)	9(20.9)
Mean; S.D.	21.18; 3.42	31.51; 3.84	21.79; 3.75	22.89; 3.81
ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการดูแลช่องปากตนเอง				
สูง (21.01-27.00 คะแนน)	10(23.2)	30(69.8)	10(23.2)	9(20.9)
ปานกลาง (15.01-21.00 คะแนน)	28(65.1)	11(25.6)	28(65.1)	28(65.1)
ต่ำ (9.00-15.00 คะแนน)	5(11.6)	2(4.6)	6(14.0)	5(11.6)
Mean; S.D.	18.19; 2.48	24.56; 3.12	19.19; 3.11	20.19; 3.21

ผลการวิเคราะห์ผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=5.18; S.D.=1.65) การประเมินตนเองในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=22.18; S.D.=3.35) การรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง อยู่ในระดับต่ำ (Mean=19.12; S.D.=3.37) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการจัดการดูแลช่องปากตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=21.18; S.D.=3.42) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการดูแลช่องปากตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=18.19; S.D.=2.48) ส่วนหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง อยู่ในระดับสูง (Mean=8.55; S.D.=1.84) การประเมินตนเองในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง อยู่ในระดับสูง (Mean=30.54; S.D.=3.82) การรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง อยู่ในระดับสูง (Mean=29.59; S.D.=3.85) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการจัดการดูแลช่องปากตนเอง อยู่ในระดับสูง (Mean=31.51; S.D.=3.84) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการดูแลช่องปากตนเอง อยู่ในระดับสูง (Mean=24.56; S.D.=3.12) ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}<0.05$ ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ ระดับความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง การประเมินและจดบันทึกการดูแลช่องปากด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการจัดการดูแลช่องปากตนเอง และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการดูแลช่องปากตนเอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง การประเมินตนเองในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการจัดการดูแลช่องปากตนเอง และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการดูแลช่องปากตนเอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

เกณฑ์ที่ประเมิน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean diff.	t	p-value	95%CI
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
ความรู้เกี่ยวกับการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง								
กลุ่มทดลอง (n=43)	5.18	1.65	8.55	1.84	3.37	1.312	0.034*	1.57-5.77
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=43)	5.20	1.71	5.58	1.73	0.38	0.287	0.321	0.13-3.22
การประเมินตนเองในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง								
กลุ่มทดลอง (n=43)	22.18	3.35	30.54	3.82	8.36	3.976	0.006*	3.23-10.32
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=43)	21.89	3.89	24.51	3.86	2.62	1.018	0.306	0.57-6.43

ตารางที่ 2 (ต่อ)

เกณฑ์ที่ประเมิน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean diff.	t	p-value	95%CI
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
การรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการดูแลช่องปากตนเอง								
กลุ่มทดลอง (n=43)	19.12	3.37	29.59	3.85	10.47	4.469	0.008*	5.44-13.43
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=43)	19.19	3.81	19.55	3.83	0.36	0.124	0.397	0.11-2.21
ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการจัดการดูแลช่องปากตนเอง								
กลุ่มทดลอง (n=43)	21.18	3.42	31.51	3.84	10.33	4.336	<0.001*	6.67-14.76
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=43)	21.79	3.75	22.89	3.81	1.10	0.258	0.844	0.26-3.12
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการดูแลช่องปากตนเอง								
กลุ่มทดลอง (n=43)	18.19	2.48	24.56	3.12	6.37	2.977	0.042*	3.68-9.56
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=43)	19.19	3.11	20.19	3.21	1.00	1.012	0.312	0.21-3.45

* p-value<0.05

ผลการวิเคราะห์ผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Independent sample t-test พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ไม่แตกต่างกัน โดยมีคะแนนระดับปานกลาง แต่หลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย=8.55; S.D.=1.84) ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีระดับการประเมินตนเองในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ไม่แตกต่างกัน โดยมีคะแนนระดับปานกลาง แต่หลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย=30.54; S.D.=3.82) ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ไม่แตกต่างกัน โดยมีคะแนนระดับต่ำ แต่หลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย=29.59; S.D.=3.85) ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีระดับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการจัดการดูแลช่องปากตนเอง ไม่แตกต่างกัน โดยมีคะแนนระดับปานกลาง แต่หลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 31.51; SD=3.84) และก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการดูแลช่องปากตนเอง ไม่แตกต่างกัน โดยมีคะแนนระดับปานกลาง แต่หลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย=24.56; S.D.=3.12) ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value<0.05 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลต่างค่าคะแนนคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง การประเมินตนเองในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการจัดการดูแลช่องปากตนเอง และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการดูแลช่องปากตนเอง ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=43)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=43)			Mean diff.	p-value	95%CI
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ			
ความรู้เกี่ยวกับการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง									
ก่อนทดลอง	5.18	1.65	ปาน กลาง	5.20	1.71	ปาน กลาง	0.02	0.963	0.23-4.56
หลังทดลอง	8.55	1.84	สูง	5.58	1.73	ปาน กลาง	2.97	0.008*	2.32-6.87
การประเมินตนเองในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง									
ก่อนทดลอง	22.18	3.35	ปาน กลาง	21.89	3.89	ปาน กลาง	0.29	0.836	0.32-4.12
หลังทดลอง	30.54	3.82	สูง	24.51	3.86	ปาน กลาง	6.03	0.014*	2.45-5.55
การรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการดูแลช่องปากตนเอง									
ก่อนทดลอง	19.12	3.37	ต่ำ	19.19	3.81	ต่ำ	0.07	0.879	0.46-3.18
หลังทดลอง	29.59	3.85	สูง	19.55	3.83	ต่ำ	10.04	0.002*	3.89-10.39
ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการจัดการดูแลช่องปากตนเอง									
ก่อนทดลอง	21.18	3.42	ปาน กลาง	21.79	3.75	ปาน กลาง	0.61	0.842	0.37-4.63
หลังทดลอง	31.51	3.84	สูง	22.89	3.81	ปาน กลาง	8.62	0.021*	3.89-9.11
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการดูแลช่องปากตนเอง									
ก่อนทดลอง	18.19	2.48	ปาน กลาง	19.19	3.11	ปาน กลาง	1.00	0.441	0.45-3.95
หลังทดลอง	24.56	3.12	สูง	20.19	3.21	ปาน กลาง	4.37	0.009*	3.45-7.69

* p-value<0.05

6. สรุปและอภิปราย

จากการศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ 5-Fluorouracil (5-FU) ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผล ดังนี้

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง การประเมินตนเองในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการจัดการดูแลช่องปากตนเอง และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการดูแลช่องปากตนเอง อยู่ในระดับสูง ซึ่งค่าเฉลี่ยของคะแนนทุกด้าน (ด้านความรู้เกี่ยวกับการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ด้านการประเมินและจัดบันทึกการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเอง และด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการดูแลช่องปากตนเอง) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}<0.05$ อาจเป็นผลมาจากการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ 5-Fluorouracil (5-FU) ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ของกลุ่มทดลอง ที่ประกอบไปด้วย 1) กิจกรรมการให้สุขศึกษา เพื่อการรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived self-efficacy) 2) กิจกรรมการให้สุขศึกษา เพื่อความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตน (Outcome expectation) 3) กิจกรรมการให้สุขศึกษา เพื่อการเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) 4) กิจกรรมการให้สุขศึกษา เพื่อการติดตามตนเอง (Self-monitoring) 5) กิจกรรมการให้สุขศึกษา เพื่อการประเมินผลตนเอง (Self-evaluation) และ 6) การให้คำปรึกษาในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด ด้วยแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งโปรแกรมฯ ช่วยป้องกันและบรรเทาอาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ดีกว่าการให้การพยาบาลตามปกติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งมีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลช่องปากเพื่อลดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัย ที่พบว่า การให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมมีผลดีต่อการจัดการดูแลช่องปากของผู้ป่วยมะเร็ง การที่ผู้ป่วยมีความรู้มากขึ้นเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก รวมทั้งการรับรู้ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองและการได้รับการสนับสนุนจากสังคม ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวในการจัดการดูแลช่องปากได้ดียิ่งขึ้น ลดความเสี่ยงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบจากการรับเคมีบำบัด⁽¹²⁾ สอดคล้องกับการวิจัย ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบหลังการทดลองสูงกว่าก่อนได้รับโมบายแอปพลิเคชันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}<0.05$ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องปาก อักเสบหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}<0.05$ และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอันดับการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในวันที่ 7, 14 และ 21 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}<0.05$ พยาบาลควรนำเอาโมบายแอปพลิเคชันไปใช้เพื่อช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในช่องปากของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งได้ต่อไป⁽¹³⁾ ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับ การวิจัย ที่พบว่า ผลของการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดจากหลายการศึกษา ผลการวิเคราะห์พบว่าโปรแกรมการดูแลช่องปากที่มีการวางแผนและสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญช่วยลดอัตราการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบได้อย่างมีนัยสำคัญ ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลช่องปากมีความรู้และทักษะที่ดีขึ้นในการจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับช่องปาก ทำให้สามารถลดความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบได้ ซึ่งสะท้อน

ให้เห็นถึงความสำคัญของการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมและการให้ความรู้ที่ถูกต้องทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลช่องปากตนเอง และการมีผู้เชี่ยวชาญช่วยให้คำแนะนำในการดูแลช่องปาก ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนที่เหมาะสมและลดการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบได้ และสอดคล้องกับการวิจัยของ Cheng KKF และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญในอัตราการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการดูแลช่องปากที่เหมาะสมสามารถลดความเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งได้ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมและการให้ความรู้ที่ถูกต้องทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลช่องปากตนเอง และการมีผู้เชี่ยวชาญช่วยให้คำแนะนำในการดูแลช่องปาก ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนที่เหมาะสมและลดการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบได้และยังสอดคล้องกับการวิจัย ที่พบว่า โปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองช่วยลดความรุนแรงและอัตราการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽¹⁵⁾ ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกอบรมและสนับสนุนมีความรู้และทักษะในการดูแลช่องปากเพิ่มขึ้น ทำให้สามารถจัดการกับปัญหาช่องปากได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการให้ความรู้และการสนับสนุนที่ต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลช่องปากที่เพียงพอ และมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัว ทำให้สามารถป้องกันและลดการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบได้

7. ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้

- 1) ด้านนโยบาย จากผลการศึกษานี้ผู้บริหารด้านสาธารณสุขสามารถนำผลการศึกษา ไปใช้ประกอบในการพัฒนานโยบายในการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ 5-Fluorouracil (5-FU) ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เพื่อนำไปให้การสนับสนุนการจัดกิจกรรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งต่อไป
- 2) เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสำหรับพยาบาล หรือผู้รับผิดชอบ ที่ปฏิบัติงานด้านดูแลช่องปากด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ 5-Fluorouracil (5-FU) ในโรงพยาบาลสามารถนำโปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ 5-Fluorouracil (5-FU) ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ไปประยุกต์ใช้ในการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ 5-Fluorouracil (5-FU) โดยนำเทคโนโลยีการสื่อสาร เช่น ไลน์แอปพลิเคชันมาประยุกต์ในโปรแกรม/กิจกรรม
- 3) การนำโปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ 5-Fluorouracil (5-FU) ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานีไปใช้จำเป็นต้องจัดกิจกรรมสร้างเสริมความสามารถในการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งผ่านประสบการณ์ความสำเร็จเพราะเป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องซึ่งควรพัฒนาอุปกรณ์แบบบันทึก หรือเครื่องเตือนใจอื่น ๆ ที่ทันสมัย และผลักดันให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จอย่างรวดเร็ว

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) การศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการลดความลำเอียงที่อาจเกิดขึ้น เช่น สุ่มกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้ากลุ่มศึกษาตัวอย่างรายเดียวกันให้เป็นทั้งระยะทดลองและระยะควบคุม ติดตามศึกษาในระยะยาวนานขึ้นในหลายวงรอบของยาเคมีบำบัด เป็นต้น

2) จากการดำเนินการวิจัย แม้ว่าคู่มือการดูแลช่องปากและแบบบันทึกอาการในช่องปากจะสามารถใช้ได้ แต่การนำไปใช้ควรปรับปรุงรูปแบบให้น่าสนใจมากขึ้น จัดเตรียมอุปกรณ์การสอนแนะนำผู้ป่วยให้สะดวกในการใช้มากขึ้น

8. เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin 2018;68(6):394-424.
2. กรมการแพทย์. สถิติโรคมะเร็งในประเทศไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. รายงานสถิติทะเบียนมะเร็งประเทศไทย ปี 2565. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
4. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานสถิติการเสียชีวิตของประชากรไทยจากโรคมะเร็งในช่วง ปี 2537-2560. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
5. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. สถิติโรคมะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทยปี พ.ศ.2557. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
6. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. แนวทางการรักษาโรคมะเร็งที่ทันสมัยในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
7. อนุสรณ์ ประยงค์รัตน์. ภาวะแทรกซ้อนทางช่องปากจากการรักษาด้วยรังสีและเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2554;34(3):163-72.
8. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. รายงานสถิติและการให้บริการประจำปี พ.ศ.2563-2565. อุบลราชธานี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
9. Orem DE. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
10. Creer TL. Self-management of chronic illness. In: Smith TW, editor. Encyclopedia of Health Psychology. New York: Springer 2000:295-298p.
11. อรุณ จิรวัฒน์กุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ภาควิชาสถิติและ ประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ คลังนาวิทยา; 2551.
12. กรรณิการ์ ศรีโสภณ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเองในการลดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ 5-Fluorouracil. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2562;37(2):45-56.
13. ทักษมาศ ไทยเล็ก, วันธนี วิรุฬห์พานิช และบุษกร พันธเมธาทธิ. ได้ศึกษาผลของโมบายแอปพลิเคชันการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมป้องกันและการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2564;41(1):37-53.
14. Cheng KKF, Lee V, Li CH. Impact of an oral care protocol on the prevention of chemotherapy-induced oral mucositis. Supportive Care in Cancer 2019;27(3):1073-81.

15. Yang C, Gong G, Jin E, Han X, Zhuo Y, Yang S, et al. Topical application of honey in the management of chemo/radiotherapy-induced oral mucositis: A systematic review and network meta-analysis. *Int J Nurs Stud* 2019;89:80-87.



กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

จัดทำโดย

กองบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
45 หมู่ 4 ต.สดลมารักษ์ อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี 34190
โทร 045-251267

