

วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Community Health Development Quarterly

Khon Kaen University, Thailand

ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2563

ชื่อหนังสือ วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น
เจ้าของ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ISSN 2287-0075
พิมพ์ที่ บริษัท จรัสสินทวงศ์การพิมพ์ จำกัด (กรุงเทพฯ)
ปีที่พิมพ์ พ.ศ. 2563

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานการวิจัยด้านการพัฒนาสุขภาพชุมชน
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการพัฒนาองค์ความรู้ในการวิจัย เพื่อการพัฒนาชุมชนทั้งในและต่างประเทศ
3. เพื่อแลกเปลี่ยนแนวคิดและองค์ความรู้ด้านการวิจัย

กำหนดการเผยแพร่

ปีละ 4 ฉบับ (ม.ค.-มี.ค., เม.ย.-มิ.ย., ก.ค.-ก.ย. และ ต.ค.-ธ.ค.)

ฝ่ายจัดการ

ดร. บังอรศรี จินดาวงค์

นายนิพัทธ์ สีสุปลาด

นางสาวกรรณิการ์ สุขสนิท

แบบปก: เดชา ปาลมงคล

สถานที่ติดต่อ

กองบรรณาธิการวารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ถนนมิตรภาพ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40002

โทรศัพท์ 043-363588 โทรสาร 043-202488

E-mail: chdkku2560@gmail.com

Website: <http://chd.kku.ac.th/index.php/journal>

หมายเหตุ

- 1) บทความที่จะตีพิมพ์ในวารสาร จะต้องผ่านการตรวจสอบความซ้ำซ้อน โดยมีค่าความซ้ำซ้อนรวมไม่เกินร้อยละ 20 และค่าความซ้ำซ้อนเฉพาะบทความไม่เกินร้อยละ 3
- 2) บทความที่ผ่านการตรวจความซ้ำซ้อน จะได้รับการประเมินคุณภาพบทความ จากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Reviewers) ภายนอกหน่วยงานของผู้พิมพ์ จำนวน 2 ท่าน แบบ double-blinded โดยไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้พิมพ์
- 3) บทความที่จะตีพิมพ์ในวารสาร ไม่มีค่า processing fee แต่จะต้องชำระค่า page charge บทความละ 3,000 บาท
- 4) เนื้อหาในบทความที่ตีพิมพ์เป็นความรับผิดชอบของผู้พิมพ์ กองบรรณาธิการวารสาร ไม่สงวนสิทธิ์ในการคัดลอก เพื่อการพัฒนาด้านวิชาการ แต่ต้องได้รับการอ้างอิงอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ

กองบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา

หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ประธานหลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน
ประธานหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน

บรรณาธิการ

รศ.ดร. มานพ คณะโต ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.พญ. วริศรา ลูวีระ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

กองบรรณาธิการฝ่ายวิชาการ

ดร. กาญจนา นิมฺมสุนทร วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก
พ.ท.ดร. กฤติณ ศิลานันท์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ดร. ชนิษฐา พูมา คณะทรัพยากรธรรมชาติและมหวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน
วิทยาเขตสกลนคร
ดร. ดวงใจ วิชัย คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
ดร. เตือนใจ ภูสระแก้ว วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ผศ.ว่าที่ ร.ต.หญิง ดร. ธินัฐดา พิมพ์พวง คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี
ดร. นฎกร อิตุพร คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงใหม่
ดร. นฤมล จันทร์มา คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์
ดร. นันทวรรณ ทิพยเนตร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ. ธีรนุช วรโธสง คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
ผศ.ดร. นุชรัตน์ มังคละศิริ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม
ดร. ประเสริฐ ประสมรักษ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ
ผศ. พลากร สืบสำราญ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.พ.ต.ต.หญิง ดร. พูนรัตน์ ลียติกุล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ดร. ภัชชนก รัตนกรปริดา คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
นางรชยา ยิกุลสังข์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
ดร. ราณี วงศ์คงเชต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พ.ต.ท.หญิง ดร. รังสิยา วงศ์อุปปา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ดร. วรวิมล ชมพูพาน	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร. วรณวิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว	วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ดร. วรณา ภาจำปา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
ดร. วรพล หนูนุ่น	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
ผศ.ดร. วรวัชร ขจรรัตนวิชย์	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร. ศิราณี ศรีหาภาค	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
ผศ.ดร. สุณีรัตน์ ยั่งยืน	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร. สุทิน ชนະบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร. สุภัทรญาณ ทองจิตร	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ดร. อุมาพร เคนศิลา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

ผู้ทรงคุณวุฒิประจำฉบับ

ดร. กาญจนา นิมสูนทร	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก
ดร. ธีรชัย พบหิรัญ	โรงพยาบาลปากช่องนานา นครราชสีมา
ดร. สุทิน ชนະบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร. นันทวรรณ ทิพนเนตร	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร. เสาวลักษณ์ คัชมาตย์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น
ดร. ไพฑูรย์ พรหมเทศ	โรงพยาบาลสิรินธร ขอนแก่น
ดร. ดวงใจ วิชัย	คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
ดร. นวลฉวี เพิ่มทองชูชัย	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
ดร. วรวิมล ชมพูพาน	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร. สรวุฒิ ราชศรีเมือง	มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย
ดร. ศิริลักษณ์ ใจช่วง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม
ดร. สุกัญญา กาญจนบัตร์	โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี
ดร. ศิราณี ศรีหาภาค	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
ดร. บังอรศรี จินดาวงค์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร. วรณวิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว	วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ดร. ชนิษฐา ทุมา	คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร

ดร. เตือนใจ ภูสระแก้ว

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ดร. กานต์พิชญา เนตรพิสิฐกุล

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวง
สาธารณสุข

ดร. สดุดี ภูห้องใส

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ดร. วรพล หนู่นุ่น

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

บทบรรณาธิการ

วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับนี้เป็นปีที่ 8 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2563 กองบรรณาธิการได้คัดเลือกบทความที่น่าสนใจเกี่ยวกับสารเสพติด โรคเรื้อรัง รวมทั้งปัญหาสุขภาพอื่น ๆ และบทความที่น่าสนใจอื่น ๆ

สำหรับท่านที่สนใจติดตามสถานการณ์การพัฒนาด้านความรู้ด้านการพัฒนาสุขภาพชุมชน สามารถนำองค์ความรู้ไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบท และสภาพปัญหาในแต่ละพื้นที่ จะทำให้เกิดประโยชน์ และมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และท่านผู้อ่านสามารถเข้าถึงองค์ความรู้ บทความต่าง ๆ ที่สะดวกรวดเร็ว สามารถนำไปอ้างอิง และพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชน สังคม และประเทศชาติ สามารถเข้าไปศึกษาเพิ่มเติมได้ที่ <http://chd.kku.ac.th/index.php/journal>

สำหรับท่านผู้อ่านที่มีความประสงค์จะเผยแพร่บทความของท่าน ผ่านวารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เว็บไซต์วารสาร และหากท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมสามารถสอบถามมายังกองบรรณาธิการ ซึ่งได้จัดเจ้าหน้าที่ให้อำนวยความสะดวกสำหรับทุกท่าน

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ประโยชน์ทางวิชาการที่เกิดจากวารสารฉบับนี้ และฉบับต่อ ๆ ไป จะช่วยสร้างเสริมองค์ความรู้สู่ชุมชน และนำมาซึ่งการพัฒนาด้านสุขภาพ และสุขภาพที่ดีของประชาชนอย่างยั่งยืนตลอดไป

บรรณาธิการ

สารบัญ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สำเร็จรูปแช่แข็งของนักศึกษาที่อาศัยในหอพักของมหาวิทยาลัยราชภัฏ แห่งหนึ่งในเขตปริมณฑล	147
<i>ธริธา เวียงปฏี, อภิชัย คุณีพงษ์, กาญจนา หนองเอี่ยน, เยาวลักษณ์ คงโนนนอก, สิทธิโรจน์ ตรีเพชร</i>	
ความรู้เท่าทันสารเสพติดกับการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัย สุรนารี ยั่งยืน, สวรรค์ อธิสุทธิ	163
ผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติกาพยาบาลต่อระดับการเคลื่อนไหวและภาวะท้องอืด ในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัด	185
<i>สุพัฒตรา ศรีภักดี, บุษบา สมใจวงษ์, จรี ชูติธาดา, รัตดาพร ศิริแสงตระกูล, อมรรัตน์ ทองสวัสดิ์, อรรถพล ตีตะปัญญา</i>	
ผลของโปรแกรมให้ความรู้ในการดูแลเท้าและการนวดเท้าด้วยตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอาการชาเท้า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านไก่อ่า	201
<i>สุบรร ชินบุตร, ธิญมล ช่างโชติ, เอกชัย อินหงษา, ประเสริฐ ประสมรักษ์</i>	
ความอยู่ดีมีสุขของสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์	219
<i>นฤมล จันทร์มา</i>	
อาการผิดปกติในผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดแบบค่าย ประเทศไทย	235
<i>นพพล คำภูมิ, ณัฐกฤตา ทุมวงศ์</i>	
ผลการส่งเสริมพฤติกรรมหลังต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาตำบลบ้านกู่ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม	249
<i>กัทธ ดานา, เมตตา คุณวงศ์, ธวัลรัตน์ สอนบุญชู, สิทธิสันต์ พุทธบาล</i>	

สารบัญ (ต่อ)

การประเมินผลโครงการกระเป๋ายาสมุนไพรในครัวเรือน อำเภอดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี <i>ปรีชา เนตรพุกกณะ</i>	263
ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2: การทบทวนวรรณกรรม <i>จรวยพร ใจสิทธิ์, นฎกร อิตุพร, นริศรา ไคร์ศรี</i>	283
การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรม ป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น <i>ภทพร บวรทิพย์, บุษกร ยอดทราย, อภิชาติ ใจใหม่</i>	295

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งของนักศึกษาที่อาศัยในหอพักของมหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งหนึ่งในเขตปริมณฑล

ธรีธา เวียงปฏิก*, อภิชัย คุณีพงษ์*, กาญจนา หนองเอี่ยน*,
เยาวลักษณ์ คงโนนนอก*, สิริโรจน์ ตรีเพชร*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งของนักศึกษาที่อาศัยในหอพัก เก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาที่อาศัยในหอพักของมหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งหนึ่งในเขตปริมณฑล จำนวน 300 คน ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ระหว่างเดือนมิถุนายน 2562 ถึงเดือนตุลาคม 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.70-0.74 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 18-20 ปี มีความรู้และทัศนคติต่อการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 72.3 และ 59.0 ตามลำดับ และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งอยู่ในระดับเหมาะสม ร้อยละ 57.3 ผลการวิเคราะห์ พบว่า ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.212$ และ 0.457 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: อาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง, ความรู้, ทัศนคติ, พฤติกรรมการบริโภค, นักศึกษาที่อาศัยในหอพัก

* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

Corresponding author: Apichai Khuneepong. E-mail: apichai@vru.ac.th

Received 04/02/2020

Revised 03/03/2020

Accepted 01/04/2020

RELATIONSHIP BETWEEN KNOWLEDGE AND ATTITUDE WITH FROZEN FOOD CONSUMPTION BEHAVIOR AMONG STUDENTS IN A RAJABHAT UNIVERSITY IN THE VICINITY AREA

*Tatita Wiangpati**, *Apichai Khuneepong**, *Kanchana Nongaien**,
*Yaowalak Kongnonnok**, *Sittiroj Treephet**,

ABSTRACT

The objective of this cross-sectional survey research were to study relationship between knowledge and attitude with frozen food consumption behavior among students in a Rajabhat University in the vicinity area. Samples were 300 students who living in dormitories selected by multistage stage sampling. Data was collected by using questionnaire from June 2019 to October 2019 with a reliability of 0.70-0.74 and analyzes by using descriptive statistics and Pearson correlation coefficient statistic.

The results showed that most of samples were female aged 18-20 years old. They had frozen food consumption knowledge and attitude at a good level (72.3% and 59.0%, respectively) and had frozen food consumption behavior at an appropriated level (57.3%). Knowledge and attitudes were correlated with frozen food consumption behavior with statistical significance at the level of 0.05 ($r= 0.212$ and 0.457 , respectively).

Suggestions of this research, public health officials and relevant parties can use the results of this research to develop knowledge and change attitudes towards students and people to have frozen food consumption behavior.

Keywords: Frozen Food, Knowledge, Attitude, Consumption Behavior, Students Live in Dormitory

*Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

สถานการณ์ในปัจจุบันสังคมไทยเริ่มเปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรมมากขึ้น ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนไทยในปัจจุบัน มีความเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก เนื่องจากวิถีชีวิตอันเร่งรีบ ต้องแข่งขันกับเวลา โดยเฉพาะในเขตเมือง ต้องเสียเวลามากในการเดินทางเพื่อไปประกอบอาชีพหรือทำธุรกิจต่างๆ ทำให้มีเวลาจำกัดในการจัดการเรื่องอาหารที่จะบริโภคในแต่ละมื้อแต่ละวัน จึงจำเป็นต้องใช้บริการอาหารนอกบ้านเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นทางเลือกใหม่ในการจัดการด้านอาหารของครอบครัวไทย¹ และความรู้ทางวิทยาศาสตร์และความเจริญทางเทคโนโลยีมีการพัฒนาอย่างรวดเร็วสามารถตอบสนองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของครอบครัวไทยในยุคปัจจุบันได้อย่างดี เช่น การผลิตผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อความสะดวกสบายต่อการบริโภคมากขึ้น เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับค่านิยมในการบริโภคอาหารที่เปลี่ยนไปเพื่อความสะดวกสบาย เช่น อาหารกระป๋อง อาหารแช่เยือกแข็ง อาหารไมโครเวฟ เป็นต้น โดยเฉพาะอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งเข้ามามีบทบาทในชีวิตประจำวันอย่างมากและเป็นทางเลือกที่ได้รับการตอบรับเป็นอย่างดีสำหรับประชาชนในปัจจุบัน² อาหารสำเร็จรูปแช่แข็งนี้ก็ได้รับการตอบรับเป็นอย่างดี โดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษาอาศัยอยู่ในหอพัก

ซึ่งเป็นวัยที่ชอบความสะดวกสบาย และมักจะไม่ปรุงอาหารด้วยตนเอง³

อาหารสำเร็จรูปแช่แข็งเป็นอาหารประเภทหนึ่งที่เป็นทางเลือกและผู้บริโภคนิยมรับประทานซึ่งการแช่แข็งเป็นกรรมวิธีการแปรรูปอาหารเพื่อถนอมอาหารด้วยการลดอุณหภูมิของอาหารให้ต่ำกว่า -18 องศาเซลเซียส น้ำในอาหารจะเปลี่ยนสถานะเป็นน้ำแข็ง เป็นการถนอมที่คงความสดและรักษาคุณภาพอาหารได้ดีกว่าการถนอมอาหารด้วยวิธีอื่น อาหารที่ผ่านการปรุงสุกแช่แข็งเพื่อเป็นอาหารพร้อมรับประทานเป็นทางเลือกที่ได้รับความนิยม โดยมีช่องทางจำหน่ายผ่านเครือข่ายร้านสะดวกซื้อกว่า 7,000 สาขา และด้วยศักยภาพด้านช่องทางการจัดจำหน่ายที่สามารถตอบสนองของกลุ่มผู้บริโภคเป้าหมายที่ต้องการความสะดวก รวดเร็ว อีกทั้งมีผลิตภัณฑ์หลากหลายเมนู และราคาขึ้นอยู่กับปริมาณอาหารที่ผู้บริโภค สามารถเลือกได้ตามความต้องการของผู้บริโภค⁴ เมื่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเปลี่ยนแปลงตามไป ส่งผลทำให้เกิดปัญหาโภชนาการที่หลากหลาย และมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับโรคภัยไข้เจ็บที่คร่าชีวิตบุคคลในครอบครัวจำนวนมาก เช่น โรคมะเร็ง โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วนโรคหัวใจขาดเลือด เป็นต้น โดยเฉพาะสภาพปัญหาด้านสุขภาพของคนไทยเกิดจากการบริโภคอาหารสำเร็จรูปอาหารแช่แข็ง ทำให้มีผลกระทบต่อร่างกายเกิดโรคต่าง ๆ ตามมา⁵ และข้อเสียในอาหาร

สำเร็จรูปแช่แข็งมีสารปรุงแต่ง เช่น น้ำตาล กลีโคไซด์เทียม ไซมัน ซึ่งเป็นสารอันตรายต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ในปี พ.ศ. 2548 ประเทศอังกฤษพบสารปรุงอาหารมีชื่อว่า ซูตาดาน -1 เป็นสารที่เพิ่มความเสียวก่อให้เกิดโรคมะเร็ง⁶

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า Roger⁷ ได้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมไว้ว่า เมื่อผู้รับสารได้รับข้อมูลข่าวสารก็จะทำให้เกิดความรู้ เมื่อเกิดความรู้ขึ้นก็จะทำให้เกิดทัศนคติ และขั้นตอนสุดท้ายคือการก่อให้เกิดการกระทำ นั่นหมายความว่า เมื่อบุคคลมีความรู้ มีทัศนคติอย่างไรก็จะแสดงพฤติกรรมออกมา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาระดับปริญญาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งของนักศึกษาที่อาศัยในหอพักของมหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งหนึ่งในเขตปริมณฑล เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับนักศึกษาและประชาชน เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์ และปราศจากอันตรายที่เกิดขึ้นจากการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งได้ต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งของนักศึกษาที่อาศัยในหอพักของมหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งหนึ่งในเขตปริมณฑล

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งของนักศึกษาที่อาศัยในหอพักของมหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งหนึ่งในเขตปริมณฑล

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา ได้แก่

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การปฏิบัติตนด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ด้านการจัดการอารมณ์และความเครียด

2. ผลของการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ศึกษาจากการบริโภคเกลือ น้ำปลา ซอสปรุงรสชนิดต่างๆ และน้ำตาลของครัวเรือนกลุ่มตัวอย่าง

วิธีการศึกษา (Method)

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional Survey Study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งของนักศึกษาที่อาศัยในหอพักของมหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งหนึ่งในเขตปริมณฑล

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือนักศึกษาที่อาศัยในหอพักของมหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งหนึ่งในเขตปริมณฑล จำนวน 943 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณของ Daniel⁹ ใช้ค่าสัดส่วนประชากรเท่ากับ 0.50⁹ กำหนดค่าความเชื่อมั่นเท่ากับร้อยละ 95 ได้เท่ากับ 273 คน เพื่อเป็นการป้องกันความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมทั้งสิ้น 300 คน

การสุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Stage sampling) โดยเริ่มจากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) 6 หอพัก แต่ละหอพัก กำหนดขนาดตัวอย่าง เพื่อให้ได้สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละหอพักจากนั้นสุ่มแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากเลขห้องเพื่อให้ได้จำนวนตัวอย่างครบตามจำนวน

โดยผลการสุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างที่พักอยู่ในหอพัก จำนวน 6 แห่ง ดังนี้ หอทับทิม 13 คน หอพักมรกต 13 คน หอบุขราตรี 22 คน หอนิรันดร์ 22 คน หอมุกดา 22 คน และหอเพชร 208 คน รวม 300 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามชนิดปลายปิดและปลายเปิด ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นปี คณะที่กำลังศึกษาอยู่ รายได้ต่อ

เดือน ที่มาของรายได้ หอพักที่อาศัย และ ความเพียงพอของรายได้ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารอาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง เป็นแบบสอบถามชนิดถูกผิด จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0-5 คะแนน) มีความรู้ระดับไม่ดี คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79 (6-7 คะแนน) มีความรู้ระดับปานกลาง และคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (8-10 คะแนน) มีความรู้ระดับดี

ส่วนที่ 3 ทักษะคิดต่อการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นตัวอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 1-5 คะแนน จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง มีทัศนคติเชิงลบ ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง มีทัศนคติปานกลาง และค่าเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง มีทัศนคติเชิงบวก

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย ให้คะแนน 1-4 คะแนน จำนวน 9 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึง ระดับพฤติกรรมไม่ดี คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00

หมายถึง ระดับพฤติกรรมปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 หมายถึง ระดับพฤติกรรมดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบค่าตรงได้ค่า CVI เท่ากับ 0.83 นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเชื่อมั่น โดยมีผลดังนี้ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.710 ส่วนที่ 3 ทักษะติดต่อการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง และส่วนที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งทดสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.718 และ 0.706 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบพร้อมทั้งอธิบายถึงขั้นตอนวิธีการศึกษาแนวทางในการรักษาความลับของข้อมูลและใช้ข้อมูลที่ได้มาเพื่อการศึกษาเท่านั้น เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาชี้แจงสิทธิในการวิจัย พร้อมมลายมือให้ความยินยอม โดยนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

วิธีการเก็บข้อมูล โดยให้นักศึกษาตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง กำหนดเลขรหัสแบบสอบถามเพื่อใช้ในการตรวจสอบความ

สมบูรณ์ของชุดข้อมูลเท่านั้น โดยไม่ระบุชื่อ - นามสกุล หรือ สัญลักษณ์ใดๆ ที่แสดงตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยทำการทดสอบการกระจายแบบปกติของข้อมูล (normality test) ด้วยวิธี Distribution Plot ก่อนทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์

ผลการศึกษา (Results)

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.3 มีอายุ 18-20 ปี ร้อยละ 58.7 กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 1-2 ร้อยละ 58.7 ศึกษาอยู่คณะครุศาสตร์ ร้อยละ 34.0 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 70.0 แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่จากบิดามารดา ร้อยละ 96.0 และรายได้ที่เพียงพอ ร้อยละ 58.3

2. ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งอยู่ในระดับดี ร้อยละ 72.3 (\bar{x} = 8.05, S.D. = 1.46) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งเชิงบวกที่ถูกต้องมากที่สุด 3

อันดับ คือ การเก็บรักษาอาหารสำเร็จรูป
 แชนจ์อย่างถูกวิธีทำให้ไม่เกิดการเน่าเสีย
 ร้อยละ 94.0 รองลงมา คือ การเลือกอาหาร
 สำเร็จรูปแชนจ์ต้องเลือกที่มีป้ายติดฉลาก
 วันที่ผลิตหรือวันหมดอายุไว้ที่ถุงหรือภาชนะ
 ร้อยละ 93.0 และการเก็บรักษาอาหาร
 สำเร็จรูป แชนจ์อย่างถูกวิธีช่วยยับยั้งการ
 เจริญเติบโตของแบคทีเรีย ร้อยละ 89.7

คำถามเชิงลบที่ถูกต้องมากที่สุด คือ อาหาร
 สำเร็จรูปแชนจ์ต้องเก็บรักษาที่อุณหภูมิ -20
 องศาเซลเซียสตลอดเวลา ร้อยละ 72.3 และ
 หลังซื้ออาหารสำเร็จรูปแชนจ์จากจุด
 จำหน่ายให้รีบนำเข้าสู่ของแชนจ์ทันทีเพื่อ
 รักษาความสด ร้อยละ 48.7 ดังตารางที่ 1
 และ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร
 สำเร็จรูปแชนจ์ (n=300)

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแชนจ์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- ระดับไม่ดี (0-5 คะแนน)	18	6.0
- ระดับปานกลาง (8-10 คะแนน)	65	21.7
- ระดับดี (8-10 คะแนน)	217	72.3
$\bar{x} = 8.05$, S.D.= 1.46, Min = 2.0, Max = 10.0		

ตารางที่ 2 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแชนจ์
 รายข้อ (n=300)

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแชนจ์	ความรู้ ถูกต้อง	ความรู้ ไม่ถูกต้อง
1. การเก็บรักษาอาหารสำเร็จรูปแชนจ์อย่างถูกวิธี ทำให้ไม่เกิดการเน่าเสีย	94.0	6.0
2. การเลือกอาหารสำเร็จรูปแชนจ์ต้องเลือกที่มีป้าย ติดฉลากวันที่ผลิตหรือวันหมดอายุไว้ที่ถุงหรือภาชนะ	93.0	7.0
3. การเก็บรักษาอาหารสำเร็จรูปแชนจ์อย่างถูกวิธีช่วย ยับยั้งการเจริญเติบโตของแบคทีเรีย	89.7	10.3
4. ก่อนรับประทานอาหารสำเร็จรูปแชนจ์ควรอุ่นด้วย ไมโครเวฟประมาณ 3-5 นาที	88.7	11.3

ตารางที่ 2 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง รายข้อ (n=300) (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง	ความรู้ ถูกต้อง	ความรู้ ไม่ถูกต้อง
5. อาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง คือ อาหารที่เก็บรักษาด้วยความเย็นจนกระทั่งน้ำที่เป็นส่วนประกอบกลายเป็นน้ำแข็ง	88.3	11.7
6. ควรเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปแช่แข็งที่บรรจุภัณฑ์อยู่ในสภาพดีไม่มีรอยร้าวหรือฉีกขาด	88.3	11.7
7. ไม่ควรอุ่นอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งเกิน 1 ครั้ง เพราะจะทำให้สูญเสียคุณค่าทางอาหาร	80.7	19.3
8. อาหารสำเร็จรูปแช่แข็งต้องเก็บรักษาที่อุณหภูมิ -20 องศาเซลเซียสตลอดเวลา*	72.3	27.7
9. หลังซื้ออาหารสำเร็จรูปแช่แข็งจากจุดจำหน่ายให้รีบนำเข้าสู่ช่องแช่แข็งทันทีเพื่อรักษาความสด*	48.7	51.3
10. การอุ่นอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งด้วยความร้อนที่ไม่ทั่วถึงทำให้ไม่เกิดอันตราย	41.0	59.0

*ข้อคำถามเชิงลบ

3. ทศนคติต่อการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 85.3 ($\bar{x}=3.21$, S.D.= 0.38) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ทศนคติเชิงบวกที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ อาหารสำเร็จรูปแช่แข็งเหมาะสำหรับชีวิตที่เร่งรีบ ($\bar{x}= 3.90$, S.D.= 0.89) รองลงมา คือ บริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง

ทำให้ประหยัดเวลา ($\bar{x}= 3.89$, S.D.= 0.95) และอุ่นอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งที่ไม่ถูกวิธีจะทำให้เกิดอาการท้องอืดแน่นท้องได้ ($\bar{x}= 3.57$, S.D.= 0.71) ส่วนทัศนคติเชิงลบที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้อาศัยอยู่หอพักมักรับประทานอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งจนเป็นเรื่องปกติ ($\bar{x}= 3.66$, S.D.= 0.65) รองลงมา คือ รับประทานอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายมากกว่าการประกอบ

อาหารเอง ($\bar{x} = 3.24$, S.D.= 0.61) และ ปรุงสำเร็จ ($\bar{x} = 3.03$, S.D.= 0.53) ดังตาราง
 รับประทานอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งได้ ที่ 3 และ 4
 สารอาหารครบถ้วนเช่นเดียวกับอาหาร

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทัศนคติต่อการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง (n=300)

ทัศนคติต่อการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- มีทัศนคติเชิงลบ (1.00-2.33 คะแนน)	0	0.0
- มีทัศนคติปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน)	256	85.3
- มีทัศนคติเชิงบวก (3.68-5.00 คะแนน)	44	14.7
$\bar{x} = 3.21$, S.D.= 0.38, Min = 2.50, Max= 4.30		

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติต่อการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง รายข้อ (n=300)

ทัศนคติต่อการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1. อาหารสำเร็จรูปแช่แข็งเหมาะสำหรับชีวิตที่เร่งรีบ	3.90	0.89
2. ผู้อาศัยอยู่หอพักมักรับประทานอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งจนเป็นเรื่องปกติ*	3.66	0.65
3. บริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งทำให้ประหยัดเวลา	3.89	0.95
4. อุณหภูมิของอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งที่ไม่ถูกวิธีจะทำให้เกิดอาการท้องอืดแน่นท้องได้	3.57	0.71
5. อาหารสำเร็จรูปแช่แข็งสามารถอุ่นด้วยวิธีการอื่นๆ ได้นอกจากไมโครเวฟ	3.40	0.67
6. รับประทานอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งเป็นประจำไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย*	3.08	0.49

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติต่อการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง รายข้อ (n=300) (ต่อ)

ทัศนคติต่อการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
7. รับประทานอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายมากกว่าการประกอบอาหารเอง*	3.24	0.61
8. รับประทานอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งได้สารอาหารครบถ้วนเช่นเดียวกันกับอาหารปรุงสำเร็จ*	2.94	0.44
9. ชื้ออาหารสำเร็จรูปแช่แข็งทำให้ดูทันสมัยในสายตาผู้อื่น*	3.03	0.53
10. อาหารสำเร็จรูปแช่แข็งสามารถอุ่นซ้ำกี่ครั้งก็ได้*	2.72	0.42

3. พฤติกรรมการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.3 ($\bar{x} = 2.78$, S.D.= 0.32) รองลงมาอยู่ในระดับดีและระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 20.7 และ 1.0 ตามลำดับ เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่าพฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ไม่รับประทานอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งที่ไม่มีวันหมดอายุกำกับอยู่บนบรรจุภัณฑ์ ($\bar{x} = 3.40$, S.D.= 0.77) รองลงมา คือ ดูชื่ออาหารก่อนการเลือก

ซื้ออาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง ($\bar{x} = 3.33$, S.D.= 0.71) และอุ่นอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งมากกว่า 1 ครั้ง ($\bar{x} = 3.27$, S.D.= 0.89) ส่วนพฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ใช้บริการเดลิเวอรี่ในการสั่งซื้ออาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง ($\bar{x} = 2.13$, S.D.= 0.95) รองลงมา คือ รับประทานอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งตามคำชวนของเพื่อนหรือคนใกล้ชิด ($\bar{x} = 2.42$, S.D.= 0.84) และซื้ออาหารสำเร็จรูปแช่แข็งเมื่อมีการจัดโปรโมชั่นลดราคาหรือซื้อ 1 แถม 1 ($\bar{x} = 2.42$, S.D.= 0.89) ดังตารางที่ 5 และตารางที่ 6

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง (n=300)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- ระดับไม่ดี (1.00-2.00 คะแนน)	3	1.0
- ระดับปานกลาง (2.01-3.00 คะแนน)	235	78.3
- ระดับดี (3.01-4.00 คะแนน)	62	20.7
$\bar{x} = 2.78, S.D. = 0.32, \text{Min} = 2.00, \text{Max} = 3.67$		

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งรายข้อ (n=300)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1. รับประทานอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งมากกว่า 1 มื้อในแต่ ละวัน	2.47	0.80
2. เลือกรับประทานอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งแทนการปรุงอาหารด้วยตนเอง	2.53	0.82
3. ใช้บริการเดลิเวอรี่ในการสั่งซื้ออาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง	2.13	0.95
4. หลังจากซื้ออาหารสำเร็จรูปแช่แข็งทุกครั้ง อุณหภูมิและ รับประทานให้หมดในทันที	3.07	0.74
5. รับประทานอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งตามคำชวนของ เพื่อนหรือคนใกล้ชิด	2.42	0.84
6. ดูชื่ออาหารก่อนการเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง	3.33	0.71
7. ไม่รับประทานอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งที่ไม่มีวันหมดอายุ กำกับอยู่บนบรรจุภัณฑ์	3.40	0.77
8. อุณหภูมิสำเร็จรูปแช่แข็งมากกว่า 1 ครั้ง	3.27	0.89
10. ซื้ออาหารสำเร็จรูปแช่แข็งเมื่อมีการจัดโปรโมชั่นลด ราคาหรือซื้อ 1 แถม 1	2.42	0.89

4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติต่อการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้และทัศนคติต่อการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง

มีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.212$ และ 0.457 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติต่อการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง (n=300)

ตัวแปร	r	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง	0.212	<0.001*
ทัศนคติต่อการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง	0.457	<0.001*

* p-value < 0.05

วิจารณ์ (Discussions)

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งของนักศึกษาที่อาศัยในหอพักของมหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งหนึ่งในเขตปริมณฑล ครั้งนี้ สามารถอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของอัญชนา พงษ์สุวินัย³ ที่พบว่า นิสิตปริญญาตรีที่อยู่หอพักมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตบางเขน มีพฤติกรรมการซื้ออาหารสำเร็จรูปแช่แข็งอยู่ในระดับปานกลาง โดยส่วนใหญ่จะไม่รับประทานอาหารสำเร็จรูป

แช่แข็งที่ไม่มีวันหมดอายุกำกับอยู่บนบรรจุภัณฑ์ และมีการดูชื่ออาหารก่อนการเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง สอดคล้องกับการศึกษาของทัตพิชา เขียววิจิตร และพิษณุอภิสมมาตรโยธิน¹⁰ ที่พบว่า นิสิตระดับปริญญาตรีในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดพิษณุโลก มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของทัศนาศิริโชติ¹¹ ที่พบว่า นักศึกษาของมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลามีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของอิศรา ศิริมณีรัตน์ และคณะ¹² ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรีโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

อธิบายได้ว่า อาจเป็นเพราะนักศึกษาส่วนใหญ่มาจากภูมิภาค จะอาศัยตามหอพักซึ่งไม่มีโอกาสปรุงอาหารเอง ต้องรับประทานอาหารจากร้านอาหาร จึงเลือกรับประทานอาหารตามสะดวก อาจเป็นข้อจำกัดหนึ่งในการเลือกรับประทานอาหาร โดยบุคคลจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไปในทางใดนั้น จะขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นทั้งด้านความคิด ความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม และสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ปัจจุบัน จึงส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวไปตามสถานการณ์นั้น ๆ ซึ่งองค์ประกอบด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย ครอบครัว กลุ่มบุคคลในสังคม สถานภาพทางสังคม วัฒนธรรม และศาสนา เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้การพัฒนาคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพของบุคคล¹³

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง พบว่า ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ เรืองยิ่ง¹⁴ ที่พบว่าทัศนคติต่อการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของทัศนาศิรีโชติ¹¹ ที่พบว่า ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรม

การบริโภคอาหารของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา และการศึกษาของเขียนไป¹⁵ ทั้งนี้สามารถอธิบายรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม คือ การปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่แสดงออกมาจะเป็นไปตามทัศนคติ โดยทัศนคติเป็นตัวกลางระหว่างความรู้และพฤติกรรม และพฤติกรรมเป็นการแสดงออกหรือการกระทำเพื่อสนองต่อสิ่งเร้าตามสถานการณ์โดยมีพื้นฐานมาจากความรู้และทัศนคติ เป็นไปตามแนวคิดของ Roger⁷ ที่ได้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ไว้ว่า เมื่อผู้รับข้อมูลได้รับข้อมูลข่าวสารก็จะทำให้เกิดความรู้ เมื่อเกิดความรู้ขึ้นก็จะทำให้เกิดทัศนคติ และขั้นตอนสุดท้าย คือ การก่อให้เกิดการกระทำ นั้นหมายความว่า เมื่อบุคคลมีความรู้ มีทัศนคติอย่างไรก็จะแสดงพฤติกรรมออกมา

ข้อยุติ (Conclusions)

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งอยู่ในระดับปานกลาง มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งอยู่ในระดับดี มีทัศนคติต่อการบริโภคอาหารสำเร็จรูป แช่แข็งอยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรู้และทัศนคติต่อการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งมีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ในการพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง เพื่อให้ นักศึกษาและประชาชนมีพฤติกรรม การบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งที่ถูกต้องต่อไป

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาเฉพาะ นักศึกษาที่อาศัยในหอพักของมหาวิทยาลัย เท่านั้น ดังนั้นเพื่อให้เกิดประโยชน์ ควรทำการ ทำศึกษาวิจัยในกลุ่มนักศึกษาที่อยู่หอพัก บริเวณรอบมหาวิทยาลัย

2. ควรทำการวิจัยและพัฒนา พฤติกรรมการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง ที่ถูกต้องและเหมาะสมตามกลุ่มวัย

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Sribureeruk P, Yambunjong P. The study of consumption behavior for chilled food products sold in modern trade stores. *Panyapiwat Journal* 2018; 10(Special): 136-148. [in Thai].
2. Langsoh A, Papattha C. Behaviors of Frozen Foods Consumption of Staffs and Students of Rajamangala University of Technology Srivijaya. *Journal of Safety and Health* 2019; 12(1): 24-36. [in Thai].

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งอยู่ในระดับเหมาะสม เพียงร้อยละ 57.3 หน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรจัดกิจกรรมการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง หรือมีการติดป้ายประกาศให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้นักศึกษามีความรู้ทัศนคติและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ นักศึกษาที่อาศัยในหอพักของมหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งหนึ่งในเขตปริมณฑล ที่ได้ให้ความร่วมมือในการวิจัย

3. Pongsuwini A. Factors influencing purchase decisions on frozen food towards labels of undergraduate students residing in dormitory of Kasetsart University Bangkhen Campus [Master Thesis of Business Administration Program] Nakhon Pathom: The graduate School, Silpakorn University; 2014. [in Thai].
4. Siritho S, Kitprasert A. Integrated marketing communication that has

- Impact on attitude and decision behavior about EZ-go frozen food in Bangkok. **MUT Journal of Business Administration Review** 2014; 4(1): 31-42. [in Thai].
5. Chanasith K, Pasunon P, Chantuk T. Analysis of behavior and factors that the choice to purchase ready-to-eat frozen food of students of Rajamangala University of Technology Phra Nakhon. **Journal of Humanities and Social Sciences Thonburi University** 2018; 12(27): 56-69. [in Thai].
 6. Keeratihuttayakorn T. **Correct food intake reduce human health problems**. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2017. [in Thai].
 7. Roger D. **The Psychology of adolescence**. New York: Appleton Century-Crofts; 1978.
 8. Daniel W. **Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences**. 7thed. New York: Wiley; 1999.
 9. Poonsopin S. **Factors relating to consumers' purchasing decision behavior on "EZYGO" frozen food in Bangkok metropolis** [Master Thesis of Business Administration Degree in Marketing] Bangkok: The Graduate School, Srinakharinwirot University; 2012. [in Thai].
 10. Keawwichit T, Aphisamacharayothin P. Knowledge, attitudes, and high fat-foods consumption behaviors of bachelor' s degree students in a university, Phitsanulok Province. **Thaksin University Library Journal** 2018; 12: 130-145. [in Thai].
 11. Sirichote T. **Knowledge, Attitudes and Behaviors about Food Consumption of Songkhla Rajabhat University Undergraduate Students**. Songkhla: Songkhla University; 2012. [in Thai].
 12. Siramaneerat I, Chaowilai C, Tansin P, POsot P, Rakwong A, Suansi S, Bucha S. Food consumption behavior of students at Rajamangala University of Technology Thanyaburi. **Community Health Development Quarterly KhonKaen University** 2019; 7(2): 335-345. [in Thai].
 13. Aphisamacharayothin P. **Sex and medicine: Reproductive health in the dimension of sociology**. Bangkok: Triple Education; 2017. [in Thai].
 14. Ruangying J, Jorajit S, Janyam K. Food consumption behavior of adolescents in Songkhla Province: Synthesis of literacy and factors

influencing food consumption behavior. *Journal of Liberal Arts, Prince of Songkla University, Hat Yai Campus* 2016; 8(1) : 2 4 5 - 2 6 4 . [in Thai].

15. Bai Q. **Factors Affecting the Purchase of Frozen Foods of Consumers in Bangkok.** Thesis of Master of Business Administration, Bangkok University; 2015. [in Thai].

ความรู้เท่าทันสารสนเทศติดกับการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัย

สุนีรัตน์ ยั่งยืน*, สวรรค์ ธิติสุทธิ*

บทคัดย่อ

การวิจัยชนิดภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เท่าทันสารสนเทศติดกับการดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษามหาวิทยาลัย จำนวน 360 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มแบบชั้นภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การทดสอบไคสแควร์ และ Multinomial logistic regression

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 51.1) มีอายุเฉลี่ย 19.6 ปี มีความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกของการดื่มแอลกอฮอล์ระดับสูง ร้อยละ 60.6 และมีความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบของการดื่มแอลกอฮอล์ระดับสูง ร้อยละ 50.6 ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 52.3 และมีความรู้เท่าทันสารสนเทศระดับสูง ร้อยละ 73.6 ส่วนพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 36.7 และดื่มแบบเสี่ยง ร้อยละ 15.6 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เท่าทันสารสนเทศติดกับการดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น พบว่า ความรู้เท่าทันสารสนเทศระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง และการดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (aOR=2.96, 95%CI: 1.35,6.48; aOR=2.62, 95%CI: 1.36, 5.03 ตามลำดับ)

ผลการศึกษาชี้ว่า พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาได้รับอิทธิพลมาจากความรู้เท่าทันสารสนเทศ ดังนั้นการป้องกันและลดโอกาสเสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษา ควรมีการพัฒนาทักษะความรู้เท่าทันสารสนเทศให้กับนักศึกษาด้วย

คำสำคัญ: ความรู้เท่าทันสารสนเทศ, การดื่มแอลกอฮอล์, นักศึกษา

*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Corresponding author: Suneerat Yangyuen. E-mail: suneeratyang1@hotmail.com

Received 01/04/2020

Revised 30/04/2020

Accepted 29/05/2020

HEALTH LITERACY IN SUBSTANCE USE AND ALCOHOL CONSUMPTION AMONG UNIVERSITY STUDENTS

Suneerat Yangyuen, Sawan Thitisutthi**

ABSTRACT

This cross-sectional study aims to determine the association of health literacy in substance use with alcohol consumption among university students. The samples were 360 students from stratified random sampling. The face-to-face structured interviews were used for data collection. Statistical analysis used descriptive statistic, chi-square test, and multinomial logistic regression. The results revealed that majority of samples were female (51.1%), age average 19.6 years old, reported a high level of positive alcohol expectancies (60.6%) and negative alcohol expectancies (50.6%), 52.3 % of them reported alcohol drinking, and about 73.6 % of them reported a low level of health literacy in substance use. Approximately 36.7% were low-risk drinking and 15.6% were hazardous drinking. After adjusted for all covariates, the low health literacy in substance use was significantly related to hazardous drinking and low-risk drinking (aOR= 2.96, 95% CI: 1.35, 6.48; aOR= 2.62, 95% CI: 1.36, 5.03, respectively).

This concluded that students' alcohol consumption was influenced by health literacy in substance use. Therefore, to improving their health literacy could be help prevented or reduced the risk of drinking.

Keywords: health literacy in substance use, alcohol consumption, students

[†]Faculty of Public Health, Mahasarakham University

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

การดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น นอกจากจะส่งผลเสียต่อสุขภาพของวัยรุ่นเอง เช่น โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคตับแข็ง มะเร็ง อุบัติเหตุ เป็นต้น ยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อและ ความเสียหายต่อผู้อื่น เช่น การทะเลาะวิวาท การใช้ความรุนแรง อาชญากรรมและอุบัติเหตุบนท้องถนน เป็นต้น¹ นอกจากนี้การดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงวัยรุ่นยังมีความสัมพันธ์กับการติดสุรา (alcohol dependence) และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ด้วย² จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ในปี 2016 พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ทำให้มีผู้เสียชีวิตทั่วโลกปีละประมาณ 3.3 ล้านคน และมีวัยรุ่นดื่มแอลกอฮอล์ประมาณร้อยละ 26.5³ สำหรับประเทศไทย ปี 2560 พบว่า ความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรไทยเท่ากับร้อยละ 28.6 ทั้งนี้ในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-24 ปี มีสัดส่วนของนักดื่มปัจจุบัน (current drinker) ร้อยละ 13.6 นักดื่มหนัก (heavy drinker) ร้อยละ 5.4 และนักดื่มประจำ (regular drinker) ร้อยละ 3.3 ตามลำดับ โดยภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของนักดื่มในกลุ่มผู้ใหญ่ (ร้อยละ 35.4 และ 32.8 ตามลำดับ) และกลุ่มวัยรุ่น (ร้อยละ 19.0 และ 16.8 ตามลำดับ) สูงกว่าภูมิภาคอื่น^{1,4} สำหรับจังหวัดมหาสารคาม พบว่า ปี 2558 มีความชุกของผู้ดื่ม

แอลกอฮอล์ที่มีอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 39.58 ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายกำหนดไว้ (ไม่เกินร้อยละ 13) และเนื่องจากเป็นจังหวัดที่เป็นศูนย์กลางการศึกษา จึงมีสถานบันการศึกษาจำนวนมาก และมีนิสิต นักศึกษาเข้ามาเรียนจำนวนมากด้วย ทำให้มีความหนาแน่นของประชากรเพิ่มขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งมีสถานบันเทิงและแหล่งท่องเที่ยวกลางคืนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้มีการดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้นและเกิดปัญหาทางสังคมตามมา เช่น ปัญหาด้านอุบัติเหตุจราจร ภาวะการฉ้อโกง การทำร้ายร่างกาย อาชญากรรม เป็นต้น⁵ และจากการศึกษาของ พลัญญ์ แก้วศุภาสวัสดิ์⁶ พบว่าความชุกของนักศึกษาที่เป็นนักดื่มปัจจุบันเท่ากับร้อยละ 57.0 จะเห็นได้ว่านักศึกษาเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากการใช้ชีวิตที่มีความเป็นอิสระค่อนข้างสูง ใกล้ชิดกับกลุ่มเพื่อน เชื่อและไว้ใจเพื่อนและพยายามปรับตัวให้เข้ากับกลุ่มหรือเป็นที่ยอมรับของกลุ่มจึงง่ายต่อการดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น⁷ ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาตามมา เช่น ปัญหาด้านการเรียน การทะเลาะวิวาท และปัญหาสังคมในระยะยาว อาทิเช่น ปัญหาการว่างงาน อาชญากรรม ยาเสพติด เป็นต้น⁸

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ (Health literacy; HL) มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม การเข้าถึงโรงพยาบาล

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ การใช้จ่ายยาเสพติด การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น⁹ และมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างสุขภาพ การปรับเปลี่ยนทัศนคติด้านสุขภาพและการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับยาเสพติดด้วย¹⁰ ทั้งนี้ ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถ และทักษะในการค้นหาข้อมูล มีความรู้ความเข้าใจ สามารถวิเคราะห์ แผลผล และเลือกใช้ ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อทำให้เกิดการตัดสินใจที่เหมาะสมในการส่งเสริมและดำรงรักษาสุขภาพตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดีได้¹¹ โดยบุคคลที่มีระดับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพที่ต่ำ จะขาดความสามารถในการตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูล ข่าวสารและบริการด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ทำให้ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพที่ไม่ดี ระบุคุณภาพชีวิตต่ำ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพต่ำ และมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน เช่น การใช้สารเสพติด การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ เป็นต้น ซึ่งอาจเนื่องมาจากการขาดความรู้และทักษะในการป้องกันหรือดูแลสุขภาพของตนเองนั่นเอง¹²⁻¹⁴ สำหรับความรู้เท่าทันสารเสพติดนั้น เป็นการนำแนวคิดเกี่ยวกับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันการ ใช้สารเสพติด โดยความรู้เท่าทันสารเสพติด (Health literacy in substance use) คือ ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล มีความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมิน

และจัดการตนเองในชีวิตประจำวัน รวมทั้งสามารถชี้แนะบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อการป้องกันไม่ให้เข้าไปเสพยาเสพติด^{15,16} จากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า การมีความรู้เท่าทันสารเสพติดระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากการใช้สารเสพติดที่ต่ำ และการเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์^{15,17} โดยบุคคลที่มีระดับความรู้เท่าทันสารเสพติดระดับต่ำนั้น จะมีความสามารถในการรับรู้ การจัดการตนเองและป้องกันการ ใช้สารเสพติดที่ต่ำด้วย อาทิเช่น ผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา (alcohol use disorders) ถ้ามีความรู้เท่าทันสารเสพติดในระดับต่ำ จะทำให้เกิดปัญหาการจัดการสุขภาพหรือการเจ็บป่วยของตนเอง เช่น ไม่เข้ารับการรักษาหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เป็นต้น เนื่องจากขาดข้อมูลและขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอันตรายหรือผลเสียจากการดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้การตัดสินใจเลือกหรือปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง ไม่เหมาะสม¹⁵ และกลุ่มผู้ติดยาเสพติด ถ้ามีความรู้เท่าทันสารเสพติดในระดับต่ำ จะไม่สามารถใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพที่ดีได้ และไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา ซึ่งส่งผลทำให้เกิดความรุนแรงของการติดยา (addiction severity) มากยิ่งขึ้น¹⁸ นอกจากนี้ระดับความรู้เท่าทันสารเสพติดมีความแตกต่างกันตามปัจจัยต่าง ๆ เช่น เพศ อายุ รายได้ของครอบครัว และความ

คาดหวังในผลลัพธ์ของการตีพิมพ์แอลกอฮอล์ เป็นต้น¹⁹⁻²¹ แต่อย่างไรก็ตามพบว่า งานวิจัยเกี่ยวกับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่จะเน้นศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์สุขภาพหรือสภาวะสุขภาพในกลุ่มผู้ใหญ่ และมีจำนวนน้อยที่ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่น^{2,9} สำหรับงานวิจัยที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นของประเทศไทยนั้น ส่วนใหญ่ศึกษาประเด็นเกี่ยวกับโรคอ้วน พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการตั้งครรรภ์ก่อนวัยอันควร เป็นต้น แต่ยังไม่พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความรู้เท่าทันสารเสพติดกับการตีพิมพ์แอลกอฮอล์^{22,23}

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า ความรู้เท่าทันสารเสพติดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการตีพิมพ์แอลกอฮอล์ และกลุ่มนักศึกษาซึ่งอยู่ในช่วงวัยรุ่นเป็นกลุ่มหนึ่งที่เกี่ยวข้องต่อการตีพิมพ์แอลกอฮอล์ ดังนั้นการศึกษาระดับความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้เท่าทันสารเสพติดกับการตีพิมพ์แอลกอฮอล์ในกลุ่มดังกล่าวจึงมีความสำคัญ ซึ่งจะทำให้ทราบว่าวัยรุ่นสามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสารเสพติดเพื่อการตัดสินใจได้อย่างถูกต้องในการป้องกันตนเองจากการตีพิมพ์แอลกอฮอล์หรือไม่ โดยข้อมูลที่ได้จะเป็นแนวทางในการเสริมสร้างความรู้เท่าทันสารเสพติดของวัยรุ่นและพัฒนามาตรการที่เหมาะสมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตีพิมพ์แอลกอฮอล์ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อหาสัดส่วนของนักศึกษาที่เคยตีพิมพ์แอลกอฮอล์
2. เพื่อศึกษาระดับความรู้เท่าทันสารเสพติดของนักศึกษามหาวิทยาลัย
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตีพิมพ์แอลกอฮอล์ และความรู้เท่าทันสารเสพติดกับการตีพิมพ์แอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัย

วิธีการศึกษา (Method)

รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยแบบ cross-sectional analytic study โดยดำเนินการศึกษาในนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มีระยะเวลาวิจัยตั้งแต่เดือน พฤษภาคม 2562-มกราคม 2563

ประชากรที่ศึกษา คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยมหาสารคาม จำนวนทั้งสิ้น 40,759 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยมหาสารคาม มีเกณฑ์คัดเลือก คือ 1) ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2562 2) เป็นนักศึกษาคนไทย 3) ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร (พูดและเขียน) และ 3) ยินดีเข้าร่วมการศึกษา ส่วนเกณฑ์คัดออก คือ ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนตามประเด็นที่ศึกษา คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากร²⁴ ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 360 คน ทำการสุ่ม

ตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบ Stratified Random Sampling โดยจัดกลุ่มนักศึกษาตามคณะที่สังกัด โดยคณะเดียวกันถือว่าเป็น stratum เดียวกัน จากนั้นทำการสุ่มนิตินในแต่ละ stratum โดยการให้ตารางเลขสุ่ม ซึ่งการสุ่มจะใช้ตัวเลข 2 หลัก ที่ตรงกับรหัสประจำตัวนักศึกษา 2 ตัวสุดท้าย นักศึกษาที่มีรหัสประจำตัวตรงกับเลขที่สุ่มได้ก็就会被เลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง กรณีที่ได้เลขซ้ำก็ใช้หมายเลขถัดไป ดำเนินการสุ่มจนได้ขนาดตัวอย่างครบตามต้องการ โดยกำหนดขนาดตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิแปรผันตามขนาดประชากรของชั้นภูมิ (Probability proportional to size, PPS)

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากร ดังนี้

$$n = \frac{Z^2 \alpha_2 NPQ}{Z^2 \alpha_2 PQ + Nd^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร (จำนวนนักศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งหมด เท่ากับ 40,759 คน)²⁵

Z_{α_2} = คะแนนมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (หรือ 1.96)

P = สัดส่วนนักศึกษามหาวิทยาลัยมหาสารคามที่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เท่ากับ 74.9 %⁸

Q = 1- P

d = maximum allowable error = 0.05

แทนค่า

$$n = \frac{(1.96)^2(40,759)(0.749)(0.251)}{(1.96)^2(0.749)(0.251)+(40,759)(0.05)^2} = 286.8 \approx 287$$

ปรับขนาดตัวอย่างในการศึกษา ร้อยละ 20 เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย (Missing data) ได้ดังนี้

$$n_{adj} = \frac{n}{1-R}$$

$$= 287 / (1-0.20) = 287 / 0.8 = 358.7 \approx 360$$

จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเท่ากับ 360 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และนำเอาเครื่องมือของนักวิจัยที่ได้ทำการวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน การมีสมาชิกในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์ และการมีเพื่อนดื่มแอลกอฮอล์

2. ข้อมูลความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นการประเมินความคาดหวังของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับผลลัพธ์ทั้งเชิงบวกและเชิงลบจากการดื่มแอลกอฮอล์ โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบวัด The Brief Comprehensive Effects of Alcohol questionnaire (B-CEOA) ของ Ham et al.²⁶ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ

แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) ความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกของการดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 8 ข้อ และ 2) ความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบของการดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 7 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ให้ระดับคำตอบ 4 ระดับ (four-point scale) คือ 4 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง), 3 (เห็นด้วย), 2 (ไม่เห็นด้วย), 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) โดยความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกของการดื่มแอลกอฮอล์ มีคะแนนรวมระหว่าง 8-32 คะแนน และแบ่งคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวก ออกเป็น 2 ระดับ โดยใช้ค่ามัธยฐาน (Median) ดังนี้ ระดับสูง คือ 23 คะแนนขึ้นไป และระดับต่ำคือน้อยกว่า 23 คะแนน ส่วนความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบของการดื่มแอลกอฮอล์ มีคะแนนรวมระหว่าง 7-28 คะแนน และแบ่งคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบ ออกเป็น 2 ระดับ โดยใช้ค่ามัธยฐาน (Median) ดังนี้ ระดับสูง คือ 22 คะแนนขึ้นไป และระดับต่ำคือน้อยกว่า 22 คะแนน (ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ ได้ค่า Cronbach's α เท่ากับ 0.82)

3. ข้อมูลความรู้เท่าทันสารเสพติด เป็นการประเมินระดับความรู้เท่าทันสารเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยได้นำเอามาตรวัดความรู้เท่าทันสารเสพติดของคนไทยฉบับย่อของกิตติมา โมะเมน และมานพ คณะโต²⁷ มาใช้ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 32 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบรวมคะแนน (summed

rating scale) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ประสิทธิภาพการได้ยินพบเห็นหรือจับต้องสารเสพติด 2) การรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ใช้สารเสพติด 3) ความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับสารเสพติด และ 4) การช่วยเหลือผู้อื่นไม่ให้ใช้สารเสพติด โดยมีคะแนนรวมระหว่าง 0-106 คะแนน และกำหนดเกณฑ์ดังนี้ ถ้าคะแนน 66 คะแนนขึ้นไป คือ มีความรู้เท่าทันสารเสพติดระดับสูง และถ้าคะแนนต่ำกว่า 66 คือ มีความรู้เท่าทันสารเสพติดระดับต่ำ (ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ ได้ค่า Cronbach's α เท่ากับ 0.81)

4. ข้อมูลพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ โดยสอบถามพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างว่า ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ ซึ่งผู้วิจัยนำเอาแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Identification Test: AUDIT) ของ WHO ฉบับภาษาไทย แปลโดย ปรีทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุธนา กิตติรัตนไพบูลย์²⁸ มาใช้ ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ และแบ่งพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็น 4 ลักษณะ ดังนี้ 0-7 คะแนน เป็นการบริโภคแบบมีความเสี่ยงต่ำ (Low-risk drinking), 8-15 คะแนน เป็นการบริโภคแบบเสี่ยง (Hazardous drinking), 16-19 คะแนน เป็นการบริโภคแบบอันตราย (Harmful drinking) และ 20 คะแนนขึ้นไป เป็นการบริโภคแบบติด (Alcohol dependence)

(ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ ได้ค่า Cronbach's α เท่ากับ 0.84)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประชุมชี้แจง รายละเอียดและแนวทางการดำเนินการวิจัยกับผู้ร่วมวิจัย และอบรมผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นประสานงานกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายกิจการนิสิตของคณะต่าง ๆ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล สำหรับการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างนั้น ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนการสัมภาษณ์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และกรณีที่กลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในแบบยินยอม และสัมภาษณ์โดยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาทีต่อคน

การวิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง อาทิเช่น เพศ อายุ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน การดื่มแอลกอฮอล์ของสมาชิกในครอบครัวและเพื่อน ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น สถิติเชิงวิเคราะห์ได้แก่ Chi-square test เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคล ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มที่มีระดับความรู้เท่าทันสารสนเทศสูง

และต่ำ และสถิติ Multinomial logistic regression เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์ และความรู้เท่าทันสารสนเทศกับการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษา และจากข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ พบว่า ตัวแปรผลลัพธ์ในที่นี้คือพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ สามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (Never drinking) กลุ่มดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ (Low-risk drinking) และกลุ่มดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinking) ส่วนการดื่มแบบอันตรายและแบบติดนั้นไม่มีรายงาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มอ้างอิงของตัวแปรผลลัพธ์ (Reference group) คือ กลุ่มไม่ดื่มแอลกอฮอล์ และจากการทบทวนวรรณกรรมได้กำหนดตัวแปรกวนในการศึกษานี้ คือ อายุ เพศ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว การมีสมาชิกในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์ การมีเพื่อนดื่มแอลกอฮอล์ และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ PH096/2562 ลงวันที่ 27 สิงหาคม 2562

ผลการศึกษา (Results)

จากผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 51.1) มีอายุเฉลี่ย 19.6 ปี ค่ากลาง (median) ของรายได้ต่อเดือนของครอบครัวเท่ากับ 8,000 บาท มีสมาชิกในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 65.0 และมีเพื่อนดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 74.4 มีความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกของการดื่มแอลกอฮอล์ระดับสูง ร้อยละ 60.6 และมีความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบของการดื่มแอลกอฮอล์ระดับสูง ร้อยละ 50.6 สำหรับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 47.7 รองลงมาคือดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 36.7 และดื่มแบบเสี่ยง ร้อยละ 15.6 ตามลำดับ ส่วนความรู้เท่าทันสารเสพติด พบว่ามีความรู้เท่าทันสารเสพติดระดับสูง ร้อยละ 73.6 และมีความ

รู้เท่าทันสารเสพติดระดับต่ำ ร้อยละ 26.4 นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เท่าทันสารเสพติดระดับสูง ส่วนใหญ่จะไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 55.5 ส่วนกลุ่มที่มีความรู้เท่าทันสารเสพติดระดับต่ำส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบมีความเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 50.5 และยังพบว่าทั้งสองกลุ่ม (กลุ่มที่มีระดับความรู้เท่าทันสารเสพติดระดับสูงและระดับต่ำ) มีสัดส่วนปัจจัยด้านเพศ อายุ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการมีเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์ ความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกและผลลัพธ์เชิงลบของการดื่มแอลกอฮอล์ มีสัดส่วนใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่ม (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เท่าทันสารเสพติด

	จำนวนทั้งหมด (n=360) จำนวน (ร้อยละ)	ความรู้เท่าทันสาร เสพติดระดับสูง (n=265) จำนวน (ร้อยละ)	ความรู้เท่าทันสาร เสพติดระดับต่ำ (n=95) จำนวน (ร้อยละ)
เพศ*			
ชาย	176 (48.9)	111 (41.9)	65 (68.4)
หญิง	184 (51.1)	154 (58.1)	30 (31.6)
อายุ (ปี) *			
≥ 20	180 (50.0)	115 (43.4)	65 (68.4)
< 20	180 (50.0)	150 (56.6)	30 (31.6)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เท่าทันสารเสพติด (ต่อ)

	จำนวนทั้งหมด (n=360) จำนวน (ร้อยละ)	ความรู้เท่าทันสาร เสพติดระดับสูง (n=265) จำนวน (ร้อยละ)	ความรู้เท่าทันสาร เสพติดระดับต่ำ (n=95) จำนวน (ร้อยละ)
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน (บาท) *			
≥ 8,000	202 (56.1)	138 (52.1)	64 (67.4)
< 8,000	158 (43.9)	127 (47.9)	31 (32.6)
สมาชิกในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์			
มี	234 (65.0)	169 (63.8)	65 (68.4)
ไม่มี	126 (35.0)	96 (36.2)	30 (31.6)
เพื่อนดื่มแอลกอฮอล์			
มี	269 (74.4)	195 (73.6)	74 (77.9)
ไม่มี	91 (25.3)	70 (26.4)	21 (22.1)
ความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกของการดื่มแอลกอฮอล์			
ระดับสูง (≥ 23 คะแนน)	218 (60.6)	162 (61.1)	56 (58.9)
ระดับต่ำ (< 23 คะแนน)	142 (39.4)	103 (38.9)	39 (41.1)
ความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบของการดื่มแอลกอฮอล์			
ระดับสูง (≥ 22 คะแนน)	182 (50.6)	133 (50.2)	49 (51.6)
ระดับต่ำ (< 22 คะแนน)	178 (49.4)	132 (49.8)	46 (48.4)
พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์*			
ไม่ดื่ม (Never drinking)	172 (47.7)	147 (55.5)	25 (26.3)
การดื่มแบบมีความเสี่ยง ต่ำ (Low risk drinking)	132 (36.7)	84 (31.7)	48 (50.5)
การดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinking)	56 (15.6)	34 (12.8)	22 (23.2)

* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05)

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์ และความรู้อาสาสมัครเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ สำหรับการวิเคราะห์แบบ Bivariate พบว่า ความรู้อาสาสมัครระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง (OR=3.80, 95%CI:1.92,7.53) และการดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ (OR=3.36, 95%CI: 1.93,.5.84) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าการมีความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบของการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับการลดลงของการดื่มแอลกอฮอล์ทั้งแบบเสี่ยง (OR=0.44, 95%CI: 0.24,0.82) และแบบมีความเสี่ยงต่ำ (OR=0.53, 95%CI: 0.34,0.85) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในทางกลับกัน พบว่า การมีความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกของการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง (OR=2.27, 95%CI:1.18,4.37) และการดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ (OR=1.82, 95%CI: 1.13,2.91) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ การมีสมาชิกในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์ และการ

มีเพื่อนดื่มแอลกอฮอล์ ก็มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการดื่มแอลกอฮอล์ทั้งแบบเสี่ยงและแบบมีความเสี่ยงต่ำเช่นกัน (ตารางที่ 2)

สำหรับการวิเคราะห์ Multivariate โดยควบคุมตัวแปรกวน ได้แก่ อายุ เพศ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว การมีสมาชิกในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์ การมีเพื่อนดื่มแอลกอฮอล์ และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ความรู้อาสาสมัครระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง (aOR=2.96, 95%CI: 1.35,6.48) และการดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ (aOR= 2.62, 95%CI: 1.36,5.03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มเพศชาย หรือคนที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป หรือมีเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์ หรือมีความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกของการดื่มแอลกอฮอล์ระดับสูงจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงของการดื่มแอลกอฮอล์ทั้งแบบเสี่ยงและแบบมีความเสี่ยงต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทางกลับกันการมีความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบของการดื่มแอลกอฮอล์ระดับสูงจะลดโอกาสเสี่ยงของการดื่มแอลกอฮอล์ทั้งแบบเสี่ยงและแบบมีความเสี่ยงต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์ และความรู้เท่าทันสารเสพติดกับการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษา

ตัวแปร	ดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinking)		ดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ (Low risk drinking)	
	OR (95%CI)	aOR (95%CI)	OR (95%CI)	aOR (95%CI)
-เพศชาย (ref: เพศหญิง)	3.73 (1.97,7.04)**	2.61 (1.26,5.35)*	2.94 (1.84,4.71)**	1.97 (1.13,3.42)*
-อายุ ≥ 20 ปี (ref: <20)	3.54 (1.89,6.64)**	2.96 (1.39,6.26)**	4.55 (2.80,7.41)**	4.12 (2.29,7.41)**
-รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ≥ 8,000 บาท (ref: น้อยกว่า 8,000 บาท)	1.76 (0.91,3.16)	1.19 (0.58,2.43)	1.67 (1.00,2.66)	1.13 (0.65,1.97)
-มีสมาชิกในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์ (ref: ไม่มี)	3.11 (1.53,6.30)**	2.44 (1.13,5.25)*	2.35 (1.44,3.84)**	1.87 (1.07,3.28)*
-มีเพื่อนดื่มแอลกอฮอล์ (ref: ไม่มี)	5.31 (2.16,13.08)**	3.83 (1.46,10.04)**	4.04 (2.25,7.24)**	3.07 (1.60,5.89)**
-มีความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกของการดื่มแอลกอฮอล์ระดับสูง (ref: ระดับต่ำ)	2.27 (1.18,4.37)*	2.81 (1.34,5.92)**	1.82 (1.13,2.91)*	2.40 (1.36,4.25)**
-มีความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบของการดื่มแอลกอฮอล์ระดับสูง (ref: ระดับต่ำ)	0.44 (0.24,0.82)*	0.44 (0.22,0.91)*	0.53 (0.34,0.85)*	0.51 (0.29,0.90)*
-มีความรู้เท่าทันสารเสพติดระดับต่ำ (ref: ระดับสูง)	3.80 (1.92,7.53)**	2.96 (1.35,6.48)**	3.36 (1.93,5.84)**	2.62 (1.36,5.03)**

หมายเหตุ: OR=Odds ratio, aOR=Adjusted Odds ratio, CI=confidence interval, ref=Reference group, กลุ่มไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (กลุ่มอ้างอิง), *p<0.05, **p<0.01.

วิจารณ์ (Discussions)

ผลการศึกษาค้นครั้งนี้พบว่า นักศึกษาที่มีความรู้เท่าทันสารเสพติดระดับสูง ส่วนใหญ่

เป็นเพศหญิง คนที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี และมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนตั้งแต่ 8,000 บาทขึ้นไป สอดคล้องกับการศึกษา

ของ Fleary et al.,² Mahmoodi et al.,¹⁴ and Wontaisong²⁹ พบว่าบุคคลที่มีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพระดับสูง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวสูง และเมื่อบุคคลที่มีอายุมากขึ้นจะมีระดับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพต่ำลง ทั้งนี้อาจเนื่องจากนักศึกษาหญิงมีความสนใจข้อมูลด้านสุขภาพมากกว่านักศึกษาชาย และมีผู้ปกครองเป็นบุคคลหลักในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ³⁰ นอกจากนี้เพศหญิง เป็นเพศที่มีบทบาทหลักด้านการศึกษาและสุขภาพของครอบครัว ดังนั้นจึงเป็นกลุ่มคนที่มีแนวโน้มที่จะได้รับข้อมูลและมีความรู้ด้านสุขภาพและความรู้เท่าทันด้านสุขภาพมากกว่าคนอื่น^{14,31} นอกจากนี้ยังพบว่าความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของบุคคลนั้นจะลดลง เมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น โดยคนที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่จะมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุ^{14,32} เนื่องจากมาจากทักษะทางปัญญา (Cognitive skills) ของบุคคลจะลดลงเมื่อมีอายุมากขึ้น และทักษะการประมวลผลข้อมูลข่าวสารของบุคคลจะมีสูงสุดในช่วงวัยรุ่นเมื่อเทียบกับช่วงวัยอื่น ๆ³³ อย่างไรก็ตามยังพบว่านักศึกษาที่ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูง จะมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพสูง เนื่องจากส่วนใหญ่จะมีพ่อแม่ที่มีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพระดับสูงด้วย โดยผู้ปกครองเป็นบุคคลที่สอนทักษะด้านสุขภาพและวิธีการจัดการปัญหาด้านสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพให้กับวัยรุ่น

ส่งผลให้วัยรุ่นมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพสูงตามไปด้วย² แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้แย้งกับหลาย ๆ การศึกษา เช่น Chisolm et al.,³⁴ Wu et al.,³⁵ and Lincoln et al.³⁶ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพระดับสูงและระดับต่ำนั้นมีอายุเฉลี่ย สัดส่วนเพศและรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ผลการศึกษาที่แตกต่างกันอาจเนื่องมาจากความแตกต่างในประเด็นต่าง ๆ เช่น ประชากรที่ศึกษา และเครื่องมือใช้วัดระดับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ เป็นต้น โดยงานวิจัยอื่น ๆ ที่ผ่านมามักจะทำการศึกษากลุ่มผู้ใหญ่ หรือกลุ่มประชากรทั่วไป (ทั้งวัยรุ่นและผู้ใหญ่วัยรวมกัน) และวัดระดับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยใช้ The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) ซึ่งเป็นเครื่องมือใช้คัดกรองความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในผู้ป่วย หรือพัฒนาเครื่องมือขึ้นมาเองเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่นั้น ๆ แต่สำหรับการศึกษานี้เน้นทำการศึกษาเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น และใช้เครื่องมือวัดที่มีการพัฒนาขึ้นมาสำหรับประเมินความรู้เท่าทันสารสนเทศสำหรับประชาชนไทยโดยเฉพาะ

นอกจากนี้พบว่า ความรู้เท่าทันสารสนเทศในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงและแบบมีความเสี่ยงต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chisolm et al.³³ and Park et al.³⁷ พบว่า

วัยรุ่นที่มีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพระดับต่ำ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพมากขึ้น เช่น การเสพยาเสพติด การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากวัยรุ่นที่มีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพต่ำนั้น จะขาดทักษะความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ วิเคราะห์ แผลผล และเลือกใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสารเสพติดในการตัดสินใจเพื่อป้องกันตนเอง หรือหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงจากการใช้สารเสพติด^{13,15} ดังนั้นถ้าวัยรุ่นขาดข้อมูล ขาดความเข้าใจ หรือมีความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ ไม่เพียงพอ อาจทำให้ไม่สามารถใช้ข้อมูลในการตัดสินใจเพื่อหลีกเลี่ยงหรือละเว้นการดื่มแอลกอฮอล์ได้ ทั้งนี้ส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น ครอบครัวและกลุ่มเพื่อน ซึ่งพบว่าครอบครัวและกลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลต่อระดับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ ความรู้ ทัศนคติและการตัดสินใจด้านสุขภาพของวัยรุ่น โดยเฉพาะพ่อแม่อาจจะส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี หรือห้ามไม่ให้วัยรุ่นแสดงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ โดยผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การพูดคุย ให้คำแนะนำ คำปรึกษา การเป็นต้นแบบพฤติกรรม (Modeling behavior) และแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ^{12,38} อย่างไรก็ตามกลุ่มเพื่อนก็มีอิทธิพลต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและการตัดสินใจด้านสุขภาพของวัยรุ่นเช่นกัน (เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมทางเพศและ

พฤติกรรมเบี่ยงเบนต่าง ๆ เป็นต้น) โดยผ่านการสร้างแรงกดดันจากกลุ่มเพื่อน (peer pressure) และรูปแบบการใช้ชีวิตของวัยรุ่นเอง (Life style)^{2,12} ดังนั้น ถ้าวัยรุ่นได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสารเสพติดและผลกระทบต่อสุขภาพ ที่ถูกต้องจะทำให้วัยรุ่นเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพ ซึ่งจะช่วยป้องกันหรือลดความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดด้วย^{15,39} แต่ถ้าวัยรุ่นได้รับข้อมูลหรือเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสารเสพติดไม่ถูกต้องจากครอบครัวหรือเพื่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากเพื่อนหรือคนในครอบครัวที่ใช้สารเสพติด ซึ่งบุคคลดังกล่าวอาจให้ข้อมูลผลลัพธ์ที่ดีจากการใช้สารเสพติด สอนวิธีการใช้สารเสพติด หรือแลกเปลี่ยนค่านิยมการใช้สารเสพติด⁴⁰ ซึ่งวัยรุ่นอาจจะเชื่อข้อมูลเหล่านั้นได้ง่าย เพราะเป็นบุคคลที่วัยรุ่นใกล้ชิดและไว้วางใจ ทำให้วัยรุ่นไม่สามารถตีความหมายและตัดสินใจได้ว่า ข้อมูลใดเป็นข้อมูลที่ถูกต้องและอาจนำไปสู่การทดลองเสพยาเสพติดได้³ แต่ผลการศึกษาครั้งนี้แย้งกับการศึกษาของ Brandt et al.³⁹ and Demota et al.⁴¹ ที่พบว่าความรู้เท่าทันด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด โดยพบว่าบุคคลที่สามารถเข้าถึงข้อมูลความเสี่ยงจากการดื่มแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดได้ง่ายและสะดวก กลับเป็นกลุ่มบุคคลที่ดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติดอย่างหนัก อาจเนื่องจากบุคคลเหล่านี้มีความสนใจส่วนบุคคลและตระหนักถึงผลลัพธ์เชิงลบจากการ

ใช้สารเสพติดของตนเอง จึงพยายามสืบค้น ข้อมูลเกี่ยวกับสารเสพติดที่ตนเองใช้

สำหรับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์พบว่า การมีความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกของการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการดื่มแอลกอฮอล์ แต่ในทางกลับกันการมีความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบของการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับการลดลงของการดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chisolm et al.,³⁴ and Chen et al.⁴² ได้อธิบายว่าความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์คือ ความเชื่อส่วนบุคคลเกี่ยวกับผลกระทบด้านความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรมทั้งเชิงบวกและเชิงลบจากการดื่มแอลกอฮอล์ โดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างไรนั้นเป็นผลมาจากความเชื่อที่บุคคลมีต่อผลลัพธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์ อาทิเช่น ถ้าหากมีความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวก นั่นคือ การดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดประโยชน์หรือผลดี ก็จะทำให้บุคคลนั้นดื่มแอลกอฮอล์ แต่ในทางตรงกันข้ามหากมีความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบ นั่นคือการดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดผลเสียหรืออันตราย ก็จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีแนวโน้มของการดื่มแอลกอฮอล์ที่น้อยลงหรือไม่ดื่มเลย⁴³ ทั้งนี้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์เกิดจากประสบการณ์โดยตรงจากการดื่มแอลกอฮอล์

ของตนเอง หรือจากการสังเกตพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลอื่น เช่น พ่อแม่ ญาติ หรือเพื่อน เป็นต้น ทำให้บุคคลรับรู้ด้วยตนเองว่าผลลัพธ์ทั้งเชิงบวกและเชิงลบที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์นั้นเป็นอย่างไร⁴² และนอกจากนี้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ ซึ่งพบว่าบุคคลที่มีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพระดับต่ำจะมีความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกของการดื่มแอลกอฮอล์สูง แต่มีความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบต่ำ รวมทั้งมีความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงจากการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติดต่ำด้วย³⁴ นอกจากนี้การตัดสินใจใช้สารเสพติดของวัยรุ่น มักเป็นผลมาจากการประเมินอย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับผลลัพธ์เชิงบวกและเชิงลบจากการใช้สารเสพติด⁴⁴ ดังนั้นถ้าวัยรุ่นมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพระดับต่ำ จะทำให้มีความสามารถในการทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสารเสพติดในการตัดสินใจเพื่อการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดต่ำด้วย เพราะไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุมีผลว่าสิ่งใดคือ ผลเสียหรืออันตรายที่เกิดขึ้นตามมาจากการใช้สารเสพติดอย่างแท้จริง³⁴

ข้อยุติ (Conclusions)

ความรู้เท่าทันสารเสพติด เป็นปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษา ถ้านักศึกษามีระดับความรู้เท่าทันสารเสพติดระดับต่ำจะเพิ่มโอกาสการดื่ม

แอลกอฮอล์มากขึ้น และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์ก็มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เช่นกัน โดยความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกของการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการดื่มแอลกอฮอล์ แต่ความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบของการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการลดลงของการดื่มแอลกอฮอล์

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลจากระดับความรู้เท่าทันสารเสพติด ดังนั้นในการกำหนดมาตรการหรือแนวทางในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาควรนำแนวทางการเสริมสร้างความรู้เท่าทันสารเสพติดมาเข้าร่วมด้วย นอกจากนี้จำเป็นต้องเสริมสร้างให้นักศึกษาเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบของการดื่มแอลกอฮอล์ และลดหรือขจัดความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวก ซึ่งอาจจะทำให้นักศึกษามีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่ลดน้อยลงหรือไม่ดื่มเลย สำหรับการศึกษาค้างต่อไป

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Saengow U, Vichitkunakron P, Assanangkornchai S. **Facts and figures: alcohol in Thailand.** Songkhla:

อาจจะศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างความรู้เท่าทันสารเสพติดเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ เป็นต้น

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

งานวิจัยส่วนใหญ่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความรู้เท่าทันสารเสพติดกับพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มผู้ใหญ่ และจากผลการศึกษาค้างนี้ก็พบว่าความรู้เท่าทันสารเสพติดก็มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มวัยรุ่นเช่นกัน โดยวัยรุ่นที่มีระดับความรู้เท่าทันสารเสพติดระดับต่ำจะมีความเสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เพราะวัยรุ่นมีความสามารถในการรับรู้ การจัดการตนเองและป้องกันการใช้สารเสพติดที่ต่ำ และไม่สามารถใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพที่ดีที่สุด

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามที่สนับสนุนทุนในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เข้าร่วมการศึกษาและให้ข้อมูล

Prince of Songkla University, Songkhla; 2016. [in Thai].

2. Fleary SA, Joseph P, Pappagianopoulos

- JE. Adolescent health literacy and health behaviours: A systematic review. *J Adolesc* 2018; 62:116-27.
3. World Health Organization. **Global status report on alcohol and health 2018: executive summary** [online] 2018 [cited 2019 Nov. 23]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312318>.
 4. Assanangkornchai S. **Provincial alcohol report 2017**. Songkla: Center for Alcohol Studies, Prince of Songkla University; 2019. p.22. [in Thai].
 5. Posri K, Chumnanborirak P, Kraichan K. The Strategic development for Alcohol Stopdrink, Mahasarakham Province. **Mahasarakham hospital journal** 2016; 13(2): 8-16. [in Thai].
 6. Kaewsupsawat P. Enforcement of the Alcoholic Drink Control ACT, B. E. 2551, Around Mahasarakham University. Mahasarakham: **Proceedings of the 4th International Conference on Magsaysay Awardees: Good Governance and Transformative Leadership in Asia**. Mahasarakham University: Mahasarakham; 2016, p.457-478. [in Thai].
 7. Songklang S, Yangyuen S. Correlations between social environment factors and alcohol use among adolescents. **The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health** 2020; 7(1): 32-44. [in Thai].
 8. Kitchua R, Tenitsara K, Thirasilawe T, Kanasri S. **Alcohol consumption behaviors, drinking impacts and quality of life in Mahasarakham University students**. Mahasarakham: Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University, Mahasarakham; 2012. [in Thai].
 9. Muhanga M, Malungo J. The what, why and how of health literacy: a systematic review of literature. **International Journal of Health** 2017; 5(2): 107-14.
 10. Stewart DW, Adams CE, Cano MA, Correa-Fernández V, Li Y, Waters AJ, et al. Associations between health literacy and established predictors of smoking cessation. **Am J Public Health** 2013; 103(7): e43-9.
 11. Kaeodumkoeng K, Trepetsriurai N. **Health literacy**. Nonthaburi: Department of health service support, Nonthaburi; 2011. [in Thai].
 12. Manganello JA. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. **Health Educ Res**.

- 2008; 23(5): 840-7.
13. Muhanga M, Malungo J. The what, why and how of health literacy: a systematic review of literature. **International Journal of Health** 2017; 5(2): 107-114.
14. Mahmoodi H, Dalvand S, Gheshlagh RG, Kurdi A. A systematic review and meta-analysis of health literacy in the Iranian population: findings and implications. **Shiraz E-Medical Journal** 2019; 20(4): e81115.
15. Rundle- Thiele S, Siemieniako D, Kubacki KK, Deshpande S. Benchmarking alcohol literacy: a multi-country study. **Modern Management Review** 2013; 18:99-111.
16. Damari B, Azimi A, Shahrabi NS. Status of substance abuse literacy in manufacturing and production sites in Iran: Results from a nationwide survey. **Med J Islam Repub Iran** 2019; 33:7.
17. Panahi R, Niknami S, Ramezankhani A, Tavousi M, Osmani F. Is there a relationship between low health literacy and smoking?. **Health Education and Health Promotion** 2015; 3(3): 43-52.
18. Maina R, Obondo AA, Kuria MW, Donovan DM. Substance use literacy: Implications for HIV medication adherence and addiction severity among substance users. **Afr J Drug Alcohol Stud** 2015; 14(2): 138-152.
19. Wang JW, Cao SS, Hu RY. Smoking by family members and friends and electronic cigarette use in adolescence: A systematic review and meta-analysis. **Tob Induc Dis.** 2018; 16:5.
20. Leshargie CT, Alebel A, Kibret GD, Birhanu MY, Mulugeta H, Malloy P, et al. The impact of peer pressure on cigarette smoking among high school and university students in Ethiopia: A systemic review and meta-analysis. **PLoS One** 2019; 14(10): e0222572.
21. Urbán R, Kökönyei G, Demetrovics Z. Alcohol outcome expectancies and drinking motives mediate the association between sensation seeking and alcohol use among adolescents. **Addict Behav** 2008; 33(10): 1344-52.
22. Intarakamhang U, Intarakamhang P. Health Literacy Scale and Causal Model of Childhood Overweight. **J Res Health Sci** 2017; 17(1): e00368.

23. Thongnopakun S, Pumpaibool T, Somrongthong R. The association of sociodemographic characteristics and sexual risk behaviors with health literacy toward behaviors for preventing unintended pregnancy among university students. *J Multidiscip Healthc* 2018; 11: 149-156.
24. Chirawatkul A, Laopaiboon M, Jeeraporn K, Thavornpitak Y, Chokkanatitak J, Thinkhamrop B, et al. **Biostatistics for health science research**. Khon Kaen: Department of Biostatistics and Demography, Faculty of Public Health, Khon Kaen University, Khon Kaen; 2004. [in Thai].
25. Mahasarakham University. **Annual report 2017**. Mahasarakham: Division of planning, Mahasarakham University, Mahasarakham; 2018. [in Thai].
26. Ham LS, Stewart SH, Norton PJ, Hope DA. Psychometric assessment of the comprehensive effects of alcohol questionnaire: Comparing a brief version to the original full scale. *J Psychopathol Behav Assess* 2005; 27(3): 141-58.
27. Momen K, Kanato M. Developing a Substance Literacy Scale for Thai Population. *J Med Assoc Thai* 2015; 98 (Suppl 6): S10-6.
28. Silapakit P, Kittirattanapaiboon P. **AUDIT: alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care 2nd edition 2001 (Thai version)**. Bangkok: Tantawanpaper; 2009. [in Thai].
29. Wontaisong N. Substance literacy among secondary students, Sakonnakhon pattanasuksa school, Sakonnakhon Province. **Community Health Development Quarterly, Khon Kean University** 2019; 7(2): 215-29. [in Thai].
30. Ye XH, Yang Y, Gao YH, Chen SD, Xu Y. Status and determinants of health literacy among adolescents in Guangdong, China. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014; 15(20): 8735-40.
31. Lee HY, Lee J, Kim NK. Gender differences in health literacy among Korean adults: do women have a higher level of health literacy than men?. *Am J Mens Health* 2015; 9(5): 370-9.
32. Berens EM, Vogt D, Messer M, Hurrelmann K, Schaeffer D. Health literacy among different age groups in Germany: results of a cross-sectional

- survey. **BMC Public Health** 2016; 16(1): 1151.
33. Howieson DB. Cognitive Skills and the Aging Brain: What to Expect. **Cerebrum** 2015; 2015: cer-14-15.
34. Chisolm DJ, Manganello JA, Kelleher KJ, Marshal MP. Health literacy, alcohol expectancies, and alcohol use behaviours in teens. **Patient Educ Couns** 2014; 97(2): 291-6.
35. Wu Y, Wang L, Cai Z, Bao L, Ai P, Ai Z. Prevalence and risk factors of low health literacy: a community-based study in Shanghai, China. **Int. J. Environ. Res. Public Health** 2017; 14(6): 628.
36. Lincoln A, Paasche-Orlow MK, Cheng DM, Lloyd-Travaglini C, Caruso C, Saitz R, et al. Impact of health literacy on depressive symptoms and mental health-related: quality of life among adults with addiction. **J Gen Intern Med** 2006; 21(8): 818-22.
37. Park A, Eckert TL, Zaso MJ, Scott-Sheldon LAJ, Vanable PA, Carey KB et al. Associations between health literacy and health behaviours among urban high schoolers. **J Sch Health** 2017; 87(12): 885-93.
38. Hamzaha SR, Ismail M, Nor ZM. Does attachment to parents and peers influence health literacy among adolescents in Malaysia?. **Kontakt** 2018; 20(4): 376-83.
39. Brandt L, Schultes MT, Yanagida T, Maier G, Kollmayer M, Spiel C. Differential associations of health literacy with Austrian adolescents' tobacco and alcohol use. **Public Health** 2019; 174: 74-82.
40. Foo YC, Tam CL, Lee TH. Family factors and peer influence in drug abuse: a study in rehabilitation centre. **Int J Collab Res Intern Med Public Health** 2012; 4(3): 190-201.
41. Dermota P, Wang J, Dey M, Gmel G, Studer J, Mohler-Kuo M. Health literacy and substance use in young Swiss men. **Int J Public Health** 2013; 58(6): 939-48.
42. Chen CY, Storr CL, Liu CY, Chen KH, Chen WJ, Lin KM. Differential relationships of family drinking with alcohol expectancy among urban school children. **BMC Public Health** 2011; 11:87.
43. Smit K, Voogt C, Hiemstra M, Kleinjan M, Otten R, Kuntsche E. Development of alcohol expectancies and early

alcohol use in children and adolescents: a systematic review. *Clin Psychol Rev* 2018; 60: 136-46.

44. Kuther TL. Rational decision perspectives on alcohol consumption by youth revising the theory of planned behavior. *Addictive Behaviours* 2002; 27(1): 35-47.

ผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อระดับการเคลื่อนไหว และภาวะท้องอืดในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัด

สุพัฒตรา ศรีภักดี*, บุษบา สมใจวงษ์**, จรี ชูติธาดา*,
รัตดาพร ศิริแสงตระกูล*, อมรรัตน์ ทองสวัสดิ์*, อรรณพ ดิตะปัญญ***

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อระดับการเคลื่อนไหว ภาวะท้องอืดในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยวิกฤต ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2562 – มกราคม 2563 จำนวน 38 ราย แบ่งเป็นกลุ่มละ 19 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากพยาบาลที่ผ่านการอบรมจำนวน 42 ท่าน ผู้ป่วยได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ และคู่มือการเคลื่อนไหววันละ 2 ครั้ง ประเมินผลทั้งสองกลุ่มโดยใช้ ICU mobility scale แบบประเมินท้องอืด โดยเก็บข้อมูลในวันแรกและก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Fisher's exact test และ Independent t-test

ผลวิจัยพบว่า ระดับการเคลื่อนไหวกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าเฉลี่ยคะแนนและความรุนแรงภาวะท้องอืดกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด

การวิจัยนี้พบว่า แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น สามารถเพิ่มระดับการเคลื่อนไหวและลดภาวะท้องอืด ดังนั้นจึงควรนำมาประยุกต์ใช้เพื่อดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยวิกฤตต่อไป

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล, ระดับการเคลื่อนไหว, ภาวะท้องอืด, มะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัด

*โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Corresponding author: Busaba Somjaivong, Email: bsomjaivong@gmail.com

Received 16/04/2020

Revised 15/05/2020

Accepted 12/06/2020

THE EFFECTS OF CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE ON THE MOBILIZATION ABILITY AND FLATULENCE IN POST-OPERATIVE CHOLANGIOCARCINOMA PATIENTS

*Supattra Sripukdee**, *Busaba Somjaivong***, *Charee Chutitada**,
*Ratdaporn Sirisangtrakoon**, *Amornrat Thongsawad**, *Attapol Titapun****

ABSTRACT

The purpose of this quasi-experimental research two group pre-post test design was to study effects of Clinical Nursing Practice Guideline (CNPG) on the mobilization ability and flatulence for post-operative CCA patients. 38 patients who had undergone surgical treatment for cholangiocarcinoma and admitted to intensive care unit between July 2019 to January 2020, were recruited to the study. 19 individuals for each group. The experimental group received this CNPG which was established by 42 expert nurses. This group was instructed by using videos and mobilization guidelines twice a day. The control group received standard nursing care treatment. The instruments were the ICU mobility scale, flatulence assessment, in the first and before discharge. and the nurses' satisfaction assessment. Data were statistically analyzed by using Fisher's exact test and independent t-tests.

Results showed that the mobilization ability of the experimental group was higher than the mobilization ability of the control group with statistical significance at 0.05. The average score of flatulence and its severity within the experimental group was lower than the control group with statistical significance at 0.05. The level of nurses' satisfaction of this CNPG were ranged as high to very high.

In conclusion, this CNPG could promote early mobilization and reduce flatulence, and should therefore be applied in the treatment of post-operative CCA patients in ICU.

Keywords: Clinical Nursing Practice Guideline, Early mobilization, Flatulence, Post-Operative Cholangiocarcinoma

*Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

**Department of Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

***Department of Surgery, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

โรค มะเร็ง ท่อน้ำดี เป็นปัญหา สาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะในภาคอีสานที่พบว่า มีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่สุดในโลก ซึ่งพบประมาณ 85 รายต่อประชากร 100,000 ราย¹ การรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีนั้น มีหลากหลายวิธี แต่การรักษาที่ดีที่สุด คือ การผ่าตัดในระยะแรกของโรค² จากสถิติ ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่รักษาโดยการผ่าตัด ในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ปี พ.ศ. 2561 พบจำนวน 200 ราย³ ซึ่งผู้ป่วย ที่มารับการผ่าตัดส่วนใหญ่อยู่ในระยะ 3-4 ของโรค⁴ ดังนั้นการผ่าตัด จึงมีความซับซ้อน มาก⁵ ส่งผลให้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วย จำกัการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดส่งผลให้เกิด ภาวะ ท้องอืด ปวดแสบ และหลอดเลือดดำ ส่วนปลายอุดตัน โดยเฉพาะภาวะท้องอืดซึ่ง เกิดจากความปวด ผลข้างเคียงของยาสลบ และยาแก้ปวด หรือการผ่าตัดที่รบกวนการ ทำงานของลำไส้ ซึ่งส่งผลให้กล้ามเนื้อระบบ ทางเดินอาหารคลายตัว เป็นต้น⁶⁻⁸ ผู้ป่วย วิกฤตที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหวจะมีการ สูญเสียมวลกล้ามเนื้อประมาณร้อยละ 1-5 ต่อ วัน โดยเฉพาะเมื่อคาทช่วยหายใจ มวล กล้ามเนื้อจะลดลงประมาณร้อยละ 25-33 ต่อสัปดาห์⁹ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ข้างต้น นอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย

ด้านร่างกายแล้ว ยังส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติ เกิดความวิตกกังวล เครียด ค่ารักษาพยาบาล และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นด้วย^{10,11}

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัดมีปัจจัยหลาย ด้านที่ส่งผลให้เคลื่อนไหวลดลง เช่น กลัว ขาดความมั่นใจ พยาบาลปฏิบัติตามความรู้ ความสามารถ และแนวปฏิบัติไม่ชัดเจน เป็นต้น จึงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว แต่ถ้าสามารถปฏิบัติตัวเริ่มเคลื่อนไหวใน ระยะแรกหลังผ่าตัด ตั้งแต่วินาทีแรกที่อยู่ในหอ ผู้ป่วยวิกฤต โดยเฉพาะภายหลังผ่าตัด 12 ชั่วโมง สามารถปฏิบัติถูกต้อง ต่อเนื่องและ สม่ำเสมอ จะช่วยให้สามารถเคลื่อนไหวลุก เติบโตเร็วขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ต่าง ๆ ส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด¹¹ กล้ามเนื้อแข็งแรงและกำลังของกล้ามเนื้อ เพิ่มขึ้น ระบบการย่อยอาหารฟื้นตัวเร็วขึ้น ลด ภาวะท้องอืด ปวดแสบ ปวดบวม การใส่ท่อ ช่วยหายใจ และหลอดเลือดดำส่วนปลาย อุดตัน เป็นต้น และส่งผลให้จำนวนวันนอน ในไอซียูและในโรงพยาบาลลดลง รวมทั้งค่า รักษาพยาบาลลดลงด้วย^{10,12,13}

จากแนวคิดดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงได้ พัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหว ในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัดที่มีภาวะ วิกฤต¹⁴ ดังนั้นจึงควรศึกษาผลของแนว ปฏิบัติการพยาบาลต่อระดับการเคลื่อนไหว และภาวะท้องอืดในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลัง ผ่าตัด

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

- 1) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อระดับการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัด
- 2) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อภาวะท้องอืดในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัด
- 3) เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

วิธีการศึกษา (Method)

วัสดุและวิธีการ

- 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดที่พัฒนาโดยอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์¹⁴ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ค่าคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผลได้เท่ากับ 88.38 %
- 2) คู่มือ และวิดีโอส่งเสริมการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด ความยาวประมาณ 6.51 นาที เนื้อหาประกอบด้วย วิธีการฝึกการเคลื่อนไหว และการใส่ผ้าพยุงท้อง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และเมื่อนำมาหาค่า CVI ได้เท่ากับ 0.90
- 3) ผ้าพยุงท้อง (abdominal blinder) เป็นนวัตกรรมทางการพยาบาลที่ค้นคว้าและพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

อย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยลดปวดและป้องกันแผลแยก

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pre-post test design) ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2562 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2563 อย่างไรก็ตาม เนื่องด้วยหอผู้ป่วยวิกฤตมีลักษณะเตียงผู้ป่วยที่เรียงกันอยู่ในพื้นที่ห้องเดียวกัน พยาบาลกลุ่มเดียวกันที่ดูแลกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นเพื่อลดการปนเปื้อน ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบจึงดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง ตามลำดับ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา คือ ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่รักษาโดยการผ่าตัดในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2562 – มกราคม 2563 และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัดทุกระยะที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้รับการจัดการความปวดโดย PCA หรือ PCEA และยินดีเข้าร่วมวิจัย และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ มีภาวะ cholangitis gut obstruction และผ่าตัดนานมากกว่า 10 ชั่วโมง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณ โดยใช้สูตร การศึกษาความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน¹⁵ โดย กำหนดค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% และ อำนาจการทดสอบ ($1-\beta$) เท่ากับ 80% และ งานวิจัยที่ผ่านมา¹⁶ ที่ศึกษาระดับการ เคลื่อนไหวในผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีภาวะวิกฤต ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 17 ราย และเพื่อ ป้องกันการสูญหายระหว่างการศึกษ ผู้วิจัย ได้คำนวณค่าสูญหายเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพราะฉะนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 19 ราย

เครื่องมือการวิจัย และการ ตรวจสอบคุณภาพ ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัด

2) แบบประเมินความพร้อมการ ปฏิบัติการเคลื่อนไหวร่างกายในผู้ป่วยมะเร็ง ท่อน้ำดีหลังผ่าตัด¹⁴ ประกอบด้วย การ ประเมินระดับความรู้สึกตัว เกณฑ์ในการฝึก และเกณฑ์ยุติการฝึก รวมทั้งขั้นตอนการฝึก ปฏิบัติการเคลื่อนไหวร่างกาย

3) แบบประเมินการเคลื่อนไหวใน ผู้ป่วยวิกฤต (ICU Mobility scale) ซึ่งพัฒนา โดย Hodgson et al.¹⁷ เพื่อใช้ประเมินระดับ การเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต คำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณ ค่า (rating scale) มีทั้งหมด 8 ช่วงคะแนน

จาก 0 – 7 โดย 0 หมายถึง นอนพักบนเตียง และ 7 หมายถึง สามารถเดินได้ นำไปทดสอบ ความเที่ยงกับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัด ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย วิเคราะห์ ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.82

4) แบบประเมินภาวะท้องอืด ซึ่ง พัฒนาโดย เนาวรัตน์ สมศรี¹⁸ ประกอบด้วย คำถามทั้งหมด 4 ข้อ ดังนี้ ความรู้สึกแน่นอืด อัดท้อง การเรอ การผายลม และอัตราการ เคลื่อนไหวของลำไส้ คำตอบมีทั้งหมด 4 ช่วง คะแนน คือ จาก 0-3 คะแนน ซึ่งผลรวม คะแนนทั้งหมด 12 คะแนน โดยแบ่งระดับ ความรุนแรงของภาวะท้องอืดออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนรวม 1-4 คะแนน อยู่ใน ระดับ 1 คือ ท้องอืดเล็กน้อย คะแนนรวม 5-8 คะแนน อยู่ในระดับ 2 คือ ท้องอืด ปานกลาง คะแนนรวม 9-12 คะแนน อยู่ในระดับ 3 คือ ท้องอืดมาก วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87

5) แบบประเมินความพึงพอใจของ พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อ ส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายในผู้ป่วยมะเร็ง ท่อน้ำดีหลังผ่าตัด ดัดแปลงจากแบบวัดความ พึงพอใจ 6 มิติ ของ บุญใจ ศรีสถิตนรากร¹⁹ และประยุกต์ใช้เนื้อหาของแนวปฏิบัติเพิ่มใน ทุกมิติ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 12 ข้อ คำตอบมีทั้งหมด 4 ช่วงคะแนน คือ 1 หมายถึงน้อย 2 หมายถึง ปานกลาง 3

หมายถึง มาก และ 4 หมายถึง มากที่สุด
ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดย
ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความ
ตรงตามเนื้อหา (content validity index:
CVI) เท่ากับ 0.94 วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น
โดยวิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค
ได้เท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) เก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ร่วมวิจัย
จำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลภายในหอ
อภิบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต และมีความ
เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี
โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์
วิธีดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล
และอบรมเชิงปฏิบัติการการใช้แนว
ปฏิบัติการเคลื่อนไหวใหม่ เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัย
เข้าใจก่อนดำเนินการวิจัย

2) ดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุม
ก่อนจนครบทั้งหมด 19 ราย จากนั้นจึง
ดำเนินการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการการใช้แนว
ปฏิบัติการเคลื่อนไหวใหม่ ให้แก่พยาบาลใน
หอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 42 ท่าน และ
ดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองตามลำดับ โดย
ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดกลุ่มละ 4 ครั้ง
โดยมีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มควบคุม

1) ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมครั้งที่ 1 เมื่อ
ผู้ป่วยนัดมาอนโรพยาบาลเพื่อผ่าตัด ที่
ห้องตรวจศัลยกรรม ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือก
กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมตามคุณสมบัติ

ที่กำหนด ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและชี้แจง
วัตถุประสงค์วิธีดำเนินการวิจัย ถ้าผู้ป่วย
ยินยอมจึงดำเนินการลงนามเข้าร่วมวิจัย และ
สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ใช้เวลาประมาณ 20
นาที จากนั้นส่งพบแพทย์ และพยาบาล
เพื่อให้การพยาบาลตามปกติต่อไป

2) ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมครั้งที่ 2 ใน
วันที่ 1 หลังผ่าตัด ณ หอผู้ป่วยวิกฤตเวลา
08.00 – 09.00 น. และครั้งที่ 3 ในวันที่ 1 หลัง
ผ่าตัด เวลา 14.00–15.00 น. ใช้เวลาครั้งละ
ประมาณ 10 นาที โดยผู้วิจัยประเมินระดับ
การเคลื่อนไหวและภาวะท้องอืด ครั้งที่ 1 และ
2 ตามลำดับ พร้อมบันทึกข้อมูล จากนั้นให้
การพยาบาลตามปกติ

3) ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมครั้งที่ 4 ใน
วันที่ 2 หลังผ่าตัด เวลา 08.00 – 09.00 น. ใช้
เวลาประมาณ 10 นาที โดยผู้วิจัยประเมิน
ระดับการเคลื่อนไหวและภาวะท้องอืด ครั้งที่
3 และมอบคู่มือ พร้อมวีดีทัศน์ให้กลุ่มควบคุม
เพื่อศึกษา จากนั้นผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยและ
กล่าวขอบคุณ

กลุ่มทดลอง

1) ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองครั้งที่ 1 ที่ห้อง
ตรวจศัลยกรรม และดำเนินการคัดลดยกกับ
กลุ่มควบคุม

2) ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองครั้งที่ 2 ใน
วันที่ 1 หลังผ่าตัด ณ หอผู้ป่วยวิกฤตเวลา
08.00 – 09.00 น. และครั้งที่ 3 ในวันที่ 1 หลัง
ผ่าตัด เวลา 14.00–15.00 น. ใช้เวลา
ประมาณ 45 นาที เพื่อประเมินระดับการ

เคลื่อนไหวในผู้ป่วยวิกฤตและภาวะห้องอืดครั้งที่ 1 และให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น รายละเอียดดังนี้ ประเมินความพร้อมการปฏิบัติการเคลื่อนไหว ดูแลให้ชมวีดิทัศน์ สวมใส่ผ้าพุงท้อง และฝึกปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหวตามวีดิทัศน์ตัวแบบ (ออกกำลังข้อมือ-เท้า โดยการช่วยเหลือของพยาบาลทำ 5 ครั้ง/ข้อ ถ้าสามารถปฏิบัติเองให้ทำ 8-10 ครั้ง/ข้อ พยาบาลพาดูข้างเตียง 20 นาที จากนั้นพาฝึกยืนโดยใช้ walker flame และฝึกเดินโดยใช้ walker flame ช่วยเดินตามลำดับ ถ้ามีความพร้อมและสามารถปฏิบัติได้ พร้อมทั้งบันทึกข้อมูล

3) ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองครั้งที่ 4 ในวันที่ 2 หลังผ่าตัด เวลา 08.00 – 09.00 น. ใช้เวลาประมาณ 45 นาที เพื่อดูแลให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลใหม่ ประเมินระดับการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยวิกฤตและภาวะห้องอืด ครั้งที่ 3 จากนั้นผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยและกล่าวขอบคุณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป Stata 10.1 และสถิติในการศึกษามีดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาด้วยสถิติ Fisher's exact test, Pearson chi - square,

Independent t-test และ Mann-whitney u test และกำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.05)

2) ทดสอบการกระจายของข้อมูลภาวะห้องอืดโดยใช้ Shapiro-Wilk test

3) เปรียบเทียบสัดส่วนระดับการเคลื่อนไหว และสัดส่วนระดับความรุนแรงภาวะห้องอืดด้วยสถิติ Fisher's exact test และกำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.05)

4) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนรวมภาวะห้องอืดด้วยสถิติ Independent t-test และกำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.05)

5) วิเคราะห์ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลด้วยสถิติค่าร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE621161 เมื่อวันที่ 10 มิถุนายน พ.ศ. 2562 โดยยึดหลักของเฮลซิงกิ (declaration of helsinki) โดยยึดหลักการพหุในเกียรติความเป็นมนุษย์ หลักผลประโยชน์และไม่ก่ออันตรายและหลักแห่งความยุติธรรม

ผลการศึกษา (Results)

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 19 ราย และกลุ่มทดลอง 19 ราย พบว่า ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 68.42, 73.68) อายุมากกว่า 51 ปี (ร้อยละ 100, 84.21) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 89.47, 73.68) เสี่ยงต่อขาดสารอาหารระดับรุนแรง (ร้อยละ 100, 94.74) มีความเครียดก่อนผ่าตัด (ร้อยละ 63.16, 47.37) เป็นมะเร็งท่อน้ำดีชนิด Intrahepatic (ร้อยละ 63.16, 42.11) ระยะ 3a (ร้อยละ

84.21, 63.16) ระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ย 5.01 (SD=1.35), 5.61 (SD=1.38) ชั่วโมง ปริมาณสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดเฉลี่ย 398.94 (SD=188.70), 344.05 (SD=170.35) ซีซี ค่า Child pugh score ระดับ 1 (ร้อยละ 100, 94.74) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แต่ระดับ APACHE2 score เฉลี่ย 6.74 (SD = 1.24), 7.74 (SD = 1.45) ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

คุณลักษณะทั่วไป	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	p-value
เพศ			0.721 ^a
ชาย	13 (68.42)	14 (73.68)	
หญิง	6 (31.58)	5 (26.32)	
อายุ			0.167 ^b
31-40 ปี	0 (0)	2 (10.53)	
41-50 ปี	0 (0)	1 (5.26)	
51-60 ปี	12 (63.16)	7 (36.84)	
> 60 ปี	7 (36.84)	9 (47.37)	
เสี่ยงต่อขาดสารอาหาร			> 0.999 ^b
High risk คะแนน > 3	19 (100)	18 (94.74)	
Low risk คะแนน < 3	0 (0)	1 (5.26)	

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาระหว่างกลุ่ม
ควบคุมกับกลุ่มทดลอง (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไป	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	p-value
ความเครียด			0.328 ^a
มี	12 (63.16)	9 (47.37)	
ไม่มี	7 (36.84)	10 (52.63)	
การวินิจฉัยโรค			0.412 ^b
Intrahepatic CCA	12 (63.16)	8 (42.11)	
Perihilar CCA	4 (21.05)	8 (42.11)	
Distal CCA	3 (15.79)	3 (15.79)	
ระดับความรุนแรงของโรค			0.608 ^b
ระยะ IIA	1 (5.26)	1 (5.26)	
ระยะ IIB	1 (5.26)	2 (10.53)	
ระยะ IIIA	16 (84.21)	12 (63.16)	
ระยะ IIIB	1 (5.26)	2 (10.53)	
ระยะ IVA	0 (0)	2 (10.53)	
ชนิดการผ่าตัด			0.489 ^b
Pancreaticoduodenectomy(PPPP)	1 (5.26)	4 (21.05)	
Rt. Hepatectomy+hepaticojejunostomy	2 (10.53)	2 (10.53)	
Rt. Hepatectomy+cholecystectomy	1 (5.26)	1 (5.26)	
Rt. Extended hepatectomy	0 (0)	2 (10.53)	
Rt. Trisectionectomy	1 (5.26)	0 (0)	
Rt. hepatectomy+PPPD	1 (5.26)	0 (0)	
Rt. hepatectomy+Bile duct resection	2 (10.53)	3 (15.79)	
hepaticojejunostomy+cholecystectomy+PPPD	1 (5.26)	0 (0)	
hepaticojejunostomy+trisectionectomy	0 (0)	1 (5.26)	
hepaticojejunostomy + Caudate lobectomy	0 (0)	1 (5.26)	
ระยะเวลาผ่าตัด (ชม) mean ± sd	5.01 ± 1.35	5.61 ± 1.38	0.1816 ^c
ปริมาณการสูญเสียเลือด (cc)			0.1687 ^d
median (IQR)	370 (230)	300 (150)	

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไป	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	p-value
ระดับ Child pugh score			> 0.999 ^b
ระดับ A	19 (100)	18 (94.74)	
ระดับ B	0 (0)	1 (5.26)	
ระดับ APACHE2 score			0.0282 ^c
mean ± sd	6.74 ± 1.24	7.74 ± 1.45	

^aPearson chi-square, ^bFisher's exact test, ^cIndependent t-test, ^dMann-Whitney U Test

ผลการทดลองพบว่า ระดับการเคลื่อนไหวของกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 0 Lying in bed ร้อยละ 42.11 และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 4 standing by walker flame ร้อยละ 47.37 และเมื่อ

เปรียบเทียบสัดส่วนระดับการเคลื่อนไหวพบว่า กลุ่มทดลองมีสัดส่วนระดับการเคลื่อนไหวสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบสัดส่วนระดับการเคลื่อนไหวหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

ระดับการเคลื่อนไหว	กลุ่มควบคุม (n = 19)		กลุ่มทดลอง (n = 19)		Fischer's P- value Exact test
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับ 0 Lying in bed	8	42.11	0	0.00	
ระดับ 1 PROM	5	26.32	0	0.00	
ระดับ 2 Active exercise	6	31.58	2	10.53	0.000*
ระดับ 3 sitting bedside			7	36.84	
ระดับ 4 standing by walker flame			9	47.37	
ระดับ 5 standing 2 time			1	5.26	
รวม	19	100.00	19	100.00	

* p-value < 0.05

เมื่อเปรียบเทียบภาวะท้องอืดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองพบว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนรวมภาวะท้องอืดกลุ่มควบคุมมากกว่ากลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$,

95% CI = -2.074 ถึง - 0.136) แต่หลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมภาวะท้องอืดกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, 95% CI = 0.717 ถึง 2.545) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนรวมภาวะท้องอืดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

คะแนน ภาวะ ท้องอืด	กลุ่มควบคุม (n = 19)				กลุ่มทดลอง (n = 19)				95%CI	t-test	p-value
	\bar{X}	min	max	SD	\bar{X}	min	max	SD			
ก่อน ทดลอง	8.63	6	11	1.70	9.73	8	12	1.19	-2.074-	-2.312	0.026*
									-0.136		
หลัง ทดลอง	7.73	5	10	1.55	6.10	4	8	1.19	0.717-	3.620	0.0009*
									2.545		

*p-value < 0.05

สำหรับระดับความรุนแรงของภาวะท้องอืดก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองพบว่า ก่อนการทดลองสัดส่วนความรุนแรงภาวะท้องอืดกลุ่มควบคุมมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่หลังการทดลองสัดส่วนความรุนแรงภาวะท้องอืดกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบสัดส่วนระดับความรุนแรงของภาวะท้องอืดก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

ระดับความรุนแรงของภาวะท้องอืด	กลุ่มควบคุม (n = 19)			กลุ่มทดลอง (n = 19)			X ²	p-value
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3		
	%	%	%	%	%	%		
ก่อนทดลอง	0.00	47.37	52.63	0.00	15.79	84.21	4.384	0.036
หลังทดลอง	0.00	68.42	31.58	16.67	83.33	0.00	**	0.005*

*p-value < 0.05 **Fischer's Exact test

นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยระยะวิกฤตจำนวน 42 ท่าน ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่รักษาโดยการผ่าตัดและนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล มีความพึงพอใจด้านสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ด้านความเหมาะสมกับหน่วยงาน ด้านการพัฒนาคุณภาพการทำงานดีขึ้น และความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 100, 100, 100 และ 98.52 ตามลำดับ

วิจารณ์ (Discussions)

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัดที่ดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหว มีระดับการเคลื่อนไหวสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ดังตารางที่ 2) แม้ว่ากลุ่มทดลองจะมีปัจจัย

ส่วนบุคคลด้านการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด ระดับ child pugh score ระดับ APACHE2 score ที่มากกว่า การดูแลตามแนวปฏิบัติส่งผลให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้นและระดับการเคลื่อนไหวร่างกายได้เพิ่มขึ้นด้วย^{20,21} ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Maria et al. และ Qi et al^{11,22} พบว่าผู้ป่วยสามารถลุกนั่งข้างเตียงและเดินโดยใช้ walker flame ได้ตั้งแต่วันที่ 1 หลังผ่าตัด นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยมีความปลอดภัยขณะฝึกการเคลื่อนไหวส่งเสริมให้เคลื่อนไหวร่างกายได้เร็วขึ้น โดยสิ่งสำคัญที่ทำให้กลุ่มทดลองมีระดับการเคลื่อนไหวที่มากกว่าเนื่องจาก การสอนผ่านสื่อตัวแบบจริงและกระบวนการเรียนรู้แบบมีประสบการณ์จริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธีญรัศม์ ภูซงค์ชัย และณัฐปภัญ นวลศรีทอง²³ พบว่าการใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีประสบการณ์จริงและมีส่วนร่วม

ส่งผลให้มีพฤติกรรมกรออกกำลังกายเพิ่มขึ้น

ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัดที่ดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวก่อนการทดลอง มีภาวะท้องอืดมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ดังตารางที่ 3, 4) ซึ่งสาเหตุเกิดจากปัจจัยส่วนบุคคลด้านความรุนแรงของโรค ระดับ child pugh score ระดับ APACHE2 score โดยเฉพาะระยะเวลาการผ่าตัด ที่มากกว่าซึ่งส่งผลต่อการฟื้นตัวของลำไส้ลดลง ลำไส้เคลื่อนไหวลดลง และเกิดภาวะท้องอืด²⁴

ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัดที่ดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวหลังการทดลอง มีภาวะท้องอืดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ดังตารางที่ 3, 4) เนื่องจากได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวทั้ง PROM active exercise การลุกนั่งข้างเตียง การยืนและเดินโดยใช้ walker flam และการฝึกเดินเอง วันละ 2 ครั้งตั้งแต่วันที่ 1 หลังผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ni et al.¹⁰ ที่พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดตับหากมีการส่งเสริมให้มีเคลื่อนไหวจะส่งผลให้ระบบทางเดินอาหารกลับมาทำงานได้เร็วขึ้น เริ่มจิบน้ำหรือทานอาหารได้เร็วขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน และจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตลดลงด้วย²⁵

โดยเฉพาะในผู้ป่วยวิกฤตกล้ำเนื้อจะแข็งแรงขึ้น และลดภาวะสับสนด้วย²⁶

นอกจากนี้แล้วในการวิจัยได้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และมีการให้พยาบาลทดสอบสมรรถนะพยาบาลก่อนเริ่มใช้แนวปฏิบัติจริง พบว่าระดับความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 98.52

ข้อยุติ (Conclusions)

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นวิธีการทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ สามารถยกระดับผลลัพธ์ทางคลินิกโดยเพิ่มระดับการเคลื่อนไหวร่างกาย ลดภาวะท้องอืด สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้ และเพิ่มความพึงพอใจของพยาบาลในการส่งเสริมการเคลื่อนไหวสำหรับผู้ป่วยด้วย

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวนี้มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดอื่น ๆ ที่มีภาวะวิกฤตรวมทั้งมีการกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ
2. ควรมีการศึกษาวิจัยโดยจัดโปรแกรมส่งเสริมการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อยู่ใน

หอผู้ป่วยวิกฤต หลังย้ายออกจากหอผู้ป่วย
วิกฤต จนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ
เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ผู้ป่วยกลัว ขาดความมั่นใจ ร่วมกับ
แนวทางการดูแลที่ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน
ส่งผลให้เกิดการเคลื่อนไหวลดลงและเกิด
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ดังนั้นการ
พยาบาลตามแนวปฏิบัติการเคลื่อนไหวที่
พัฒนาโดยอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ มี

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Bragazzi MC, Cardinale V, Carpino G, Venere R, Semeraro R, Gentile R, et al. Cholangiocarcinoma: Epidemiology and risk factors. *Translational Gastrointestinal Cancer* 2012; 1(1): 21–32.
2. American Cancer Society. **Bile duct cancer (cholangiocarcinoma)** [online] 2016 [cited 2017 March 25]. Available <https://bit.ly/2bngDzp>
3. Patients statistics at Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University. **Khon Kaen: Medical Record and Statistics Section, Srinagarind Hospital.** Khon Kaen: Srinagarind Hospital; 2018. [in Thai].
4. Khuntikeo N, Pugkhem A. Current treatment of cholangiocarcinoma.

ประสิทธิภาพเพิ่มระดับการเคลื่อนไหว
ลดภาวะท้องอืด เพิ่มคุณภาพการพยาบาล
และมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นแนวทาง
เดียวกัน

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ โครงการวิจัยท้าทายไทย
ประเทศไทยไร้พยาธิใบไม้ตับ สถาบันวิจัย
มะเร็งท่อน้ำดี ที่สนับสนุนทุนการศึกษาวิจัย
และขอบคุณ ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีทุกท่านที่ให้
ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

Srinakarind Med 2012; 27 (Supple):
340-50. [in Thai].

5. Thorat A, Lee WC. **Critical Care Issues after Major Hepatic Surgery** [online] 2012 [cited 2020 May 16]. Available from: <https://www.intechopen.com/books/hepatic-surgery/critical-care-issues-after-major-hepatic-surgery>
6. Watcharaphuk T. Preoperative and post operative care. In: Chitmittraphap S, Nawicharoen P, Editors. **Textbook of surgery.** 11th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Printing; 2010. p. 203–16. [in Thai].
7. Brudvik KW, Mise Y, Conrad C, Zimmitti G, Aloia TA, Vauthey JN. Definition of readmission in 3,041

- patients undergoing hepatectomy. **Journal of the American College of Surgeons** 2015; 221(1): 38–46.
8. Spolverato G, Maqsood H, Vitale A, Alexandrescu S, Marques HP, Aldrighetti L, et al. Readmission after liver resection for intrahepatic cholangiocarcinoma: A Multi-institutional analysis. **Journal of Gastrointestinal Surgery** 2015; 19(7): 1334–41.
 9. Vollman KM. Understanding critically ill patients hemodynamic response to mobilization: Using the evidence to make it safe and feasible. **Critical care nursing quarterly** 2013; 36(1): 17-27.
 10. Ni CY, Wang ZH, Huang ZP, Zhou H, Fu LJ, Cai H, et al. Early enforced mobilization after liver resection: A prospective randomized controlled trial. **International Journal of Surgery** 2018; 54: 254-8.
 11. Qi S, Chen G, Cao P, Hu J, He G, Luo J, et al. (2018). Safety and efficacy of enhanced recovery after surgery (ERAS) programs in patients undergoing hepatectomy: A prospective randomized controlled trial. **Journal of Clinical Laboratory Analysis** 2018; 32(6): e22434.
 12. Castelino T, Fiore JF, Niculiseanu P, Landry T, Augustin B, Feldman LS. The effect of early mobilization protocols on postoperative outcomes following abdominal and thoracic surgery: A systematic review. **Surgery** 2016; 159: 991-1003.
 13. Li M, Zhang W, Jiang L, Yang J, Yan L. Fast track for open hepatectomy: A systemic review and meta-analysis. **International journal of surgery** 2016; 36: 81-9.
 14. Sripukdee S, Somjaivong B. Nursing innovation development to Promote early mobilization for patients who are in a critical condition after Cholangiocarcinoma surgery. **Journal of Nursing Science & Health** 2018; 41(4): 13-22. [in Thai].
 15. Sampatanukul P, editor. **Principles of research for success in operations**. 2nd ed. Bangkok: Clinical Epidemiology Unit, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University; 2013. [in Thai].
 16. Schaller SJ, Anstey M, Blobner M, et al. Early, goal-directed mobilisation in the surgical intensive care unit: a randomized controlled trial. **Lancet** 2016; 388(10052): 1377-1388.

17. Hodgson C, Needham D, Haines K, Bailey M, Ward A, Harrold M, et al. Feasibility and inter-rater reliability of the ICU mobility scale. **Heart Lung** 2014; 43(1): 19-24.
18. Somsri N. **The Development of Nursing Protocol for Older Patients with Abdominal Distention after Abdominal Surgery in Surgical Ward, Nakhonphanom Hospital** [Master Thesis of Nursing Science in Gerontological Nursing]. Khon Kaen: Faculty of Nursing, Khon Kaen University; 2009. [in Thai].
19. Srisatidnarakul B. **Development and validity of research instrument: psychometric properties.** Bangkok: Chulalongkorn University press; 2012. [in Thai].
20. Sutamma P, Teeranud A. Effects of an evidence- based nursing model on mobilization promoting of critically ill patients (PILOT STUDY). **Journal of Nursing Science & Health** 2018; 41(1): 56-65. [in Thai].
21. Lei Q, Wang X, Tan S, XIA X, Zheng H, Wu C. Fast-Track Program Versus Traditional Care in Hepatectomy: A Meta - Analysis of Randomized Controlled Trials. **Digestive Surgery** 2014; 31: 392-9.
22. Kapritsou M, Korkolis DP, Giannakopoulou M, Kaklamanos I, Konstantinou M, Katsoulas T, et al. Fast- Tract Recovery Program After Major Liver Resection. **Gastroenterology Nursing** 2018; 41(2): 104-10.
23. Phuchongchai T, Nuansithong N. Effects of an elderly promotion in mueng chaiyaphum district, chaiyaphum province. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2018; 7(1): 1-18. [in Thai].
24. Ay AA, Kutu S, Ulucanlar H, Tarcan O, Demir A, Cetin A. Risk factors for postoperative ileus. **Journal of the Korean Surgical Society** 2011; 81(4): 242-249.
25. Ahmed EA, Montalti R, Nicolini D, Vincenzi P, Coletta M, Vecchi A, et al. Fast track program in liver resection: a PRISMA compliant systematic review and meta-analysis. **Medicine** 2016; 95: 28.
26. Doiron KA, Hoffmann TC, Beller EM. Early intervention (mobilization or active exercise) for critically ill adults in the intensive care unit (Review) . **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2018; 3(3): CD010754.

ผลของโปรแกรมให้ความรู้ในการดูแลเท้าและการนวดเท้าด้วยตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอาการขาเท้า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านไผ่คำ

สุบรร ชินบุตร*, ธัญมล ช่วงโชติ*,
เอกชัย อินหงษา*, ประเสริฐ ประสมรักษ์**

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลเท้าและการนวดเท้าด้วยตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไผ่คำ ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 28 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูล ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 – มีนาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Paired sample t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.43 มีอายุระหว่าง 45-59 ปี ร้อยละ 75 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 85.71 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 42.86 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 71.43 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 92.86 มีระยะเวลาเป็นเบาหวาน 5-10 ปี ร้อยละ 64.29 ไม่เคยมีแผลที่เท้า ร้อยละ 82.14 และระดับน้ำตาลในเลือดควบคุมไม่ได้ตามเป้าหมาย (>130 mg/dl) ร้อยละ 57.14 ภายหลังจากทดลองผู้ป่วยมีความรู้ระดับมากเพิ่มจากก่อนทดลองร้อยละ 50.00 เป็นร้อยละ 82.17 มีสภาวะเท้าด้านระบบไหลเวียนโลหิตด้านระบบประสาทส่วนปลาย และโดยรวมผิดปกติลดลงจากก่อนทดลอง ร้อยละ 71.14, 71.14 และ 67.86 เป็น ร้อยละ 57.14, 57.14 และ 46.53 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลเท้า และสภาวะเท้าโดยรวมของผู้ป่วยเบาหวาน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ความรู้ในการดูแลเท้า, การนวดเท้าด้วยตนเอง, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

**โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล

Corresponding author: Prasert Prasomruk. E-mail: prasert.pra@mahidol.edu

Received 10/03/2020

Revised 10/04/2020

Accepted 08/05/2020

THE EFFECT OF FOOT CARE KNOWLEDGE AND SELF-FOOT MASSAGE PROGRAM TO THE PRESENCE OF FOOT COMPLICATIONS IN TYPE 2 DIABETIC PATIENTS IN TUMBON KAIKUM HEALTH PROMOTING HOSPITAL

Suban Chinnabut, Thanyamon Chuangchot*,
Akkachai Inhongsa*, Prasert Prasomruk***

ABSTRACT

The quasi-experimental one group pretest-posttest design aimed to investigate the results of foot care knowledge and self-foot massage program to the presence of foot complications in type 2 diabetic patients in Tumbon Kaikum Health Promoting Hospital. The sample size was included of 28 Noninsulin-dependent diabetes mellitus patients. The collecting data were performed with record form during October 2018 – March 2019 and analyzed by using descriptive and paired sample t-test.

The results showed that female was a major population 71.43%, aged between 45-59 years 75%, with marriage status 85.71%, primary school graduated 42.86% and working as a farmer 71.43%. Mostly of them were not smoking 92.86%, have diabetes mellitus disease for 5 years 64.29%, no foot ulcers 82.14%, cannot controlled blood sugar level (>130 mg/dl) 57.14%. After received the program, the patients showed a level of knowledge about foot care increased from 50.00% to 82.17%, the overall abnormal of foot condition in term of circulatory system, peripheral nervous system decreased from 71.41%, 71.41% and 67.86% to 57.14%, 57.14% and 46.53%, respectively. The average scores of the knowledge of foot care and overall foot conditions of diabetes mellitus patients were significantly increased.

Keywords: foot care knowledge, self-foot massage, Diabetes mellitus patients type 2,

*Amnatcharoen province public health office

**Amnatcharoen campus Mahidol University

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก 425 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2588 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็น 629 ล้านคน¹ องค์การอนามัยโลกระบุว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในปี พ.ศ. 2573 และจะมีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเป็น 3.2 ล้านคน ในแต่ละปี และพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป ซึ่งคิดเป็น 6 คน ในทุก ๆ 1 นาที² ในระดับประเทศไทย พบว่าคนไทยที่อายุมากกว่า 15 ปี เป็นเบาหวานร้อยละ 6.9 โดยที่มีประชาชนที่อยู่ในวัยทำงานอายุระหว่าง 45 - 59 ปี เป็นเบาหวานถึงร้อยละ 10.1 และผู้ที่อายุ 30-44 ปี เป็นเบาหวานร้อยละ 3.4³ จากการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่า ความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชาวไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป คิดเป็นผู้ป่วยเบาหวาน 4.8 ล้านคน⁴ ทั้งนี้มีการคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2583 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานสูงถึง 5.3 ล้านคน โดยในวัยผู้ใหญ่จำนวน 7.5 ล้านคน ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน จะมีแนวโน้มที่จะเป็นผู้ป่วยเบาหวานในอนาคตถึงร้อยละ 70.0⁵ จากระบบรายงาน Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2562 พบว่า สถานการณ์โรคเบาหวาน เขตสุขภาพที่ 10 มี

อัตราความชุกโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2561 เพิ่มขึ้นจาก 482.08 เป็น 541.27 และ 520.84 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน และพบอัตราป่วยสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มผู้ป่วยทั่วประเทศ ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ⁶

จากแนวโน้มของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้น หากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่ดี หรือไม่ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ทั้งภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต และเท้า เพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือได้รับการดูแลรักษาที่ดี⁷ จากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ พบอัตราของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 23.37 และ 22.64 ในปี พ.ศ. 2561-2562 ตามลำดับ โดยอำเภอเมืองอำนาจเจริญ เป็นหนึ่งใน 6 อำเภอที่พบสัดส่วนผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในสัดส่วนที่สูงเกินเกณฑ์กำหนด คิดเป็นร้อยละ 15.08⁸ ทั้งนี้ภาวะน้ำตาลสูงเรื้อรังก่อให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาท หรือโรคเส้นประสาทจากเบาหวาน (Diabetic Neuropathy) ทำให้เกิดอาการปวด เสียว ชา หรือไม่มีความรู้สึก โดยพบที่มือ แขน ขา และเท้า โดยมีรายงานพบความเสี่ยงในการเกิดแผลที่เท้า ร้อยละ 51.9⁹ มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้าสูงถึงร้อยละ 50.7¹⁰ ความผิดปกติที่เท้าในส่วนของระบบประสาท

รับความรู้สึกเพียงอย่างเดียวมากกว่าร้อยละ 15¹¹ และการเกิดแผลที่เท้า นำไปสู่การถูกตัดขา ถึงร้อยละ 85¹² ซึ่งจากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ ในปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนมีแผลที่เท้า 70 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.84 และภาวะแทรกซ้อนที่ต้องตัดอวัยวะ 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.53⁸ นอกจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวแล้ว ยังพบว่าภาวะแทรกซ้อนทำให้เกิดภาวะต้องบประมาณด้านการดูแลสุขภาพของประเทศเป็นอย่างมาก โดยร้อยละ 49 ของค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวาน เกิดจากค่ารักษาในโรงพยาบาล หรือจากการรักษาภาวะแทรกซ้อน ในขณะที่ค่าใช้จ่ายจากยาคิดเป็นเพียงร้อยละ 14 เท่านั้น ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนจึงทำให้มีมูลค่ามากกว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวาน¹³

การรักษาโรคเส้นประสาทอักเสบจากเบาหวาน ยังเน้นการรักษาอาการปวดปลายประสาทเป็นส่วนใหญ่ ส่วนการรักษาอาการชา ยังพบแนวทางการรักษาน้อย¹⁴ ทั้งนี้การนวดเป็นศาสตร์ที่ใช้มายาวนาน เนื่องจากการนวดเท้าเป็นวิธีการฝึกปฏิบัติได้ง่าย ใช้เวลาไม่นาน มีการศึกษาที่ผ่านมามีรายงานว่า การนวดเท้าสามารถเพิ่มการไหลเวียนเลือด ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ เพิ่มอุณหภูมิบริเวณที่ถูกนวด¹⁵ จากการขยายตัวของเส้นเลือดฝอยและ

การเพิ่มปริมาณการไหลเวียนของเลือด ทำให้เกิดการซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่บาดเจ็บได้ และกระบวนการไหลเวียนเลือดที่เพิ่มขึ้นจะทำให้เลือดมาเลี้ยงเส้นประสาทดี ส่งผลให้ความรู้สึกที่เท้าดีขึ้นด้วย¹⁶ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมามีรายงานว่า มีรายงานผลของการนวดเท้าต่อการลดอาการชาที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานได้¹⁷ และผลของการนวดเท้ายังช่วยป้องกันและส่งเสริมการหายของแผล¹⁸ นอกจากนี้ การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ยังทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลเท้าดีขึ้น¹⁹

จากสภาพปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่เท้าดังกล่าว จึงจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการให้บริการในคลินิกโรคเบาหวานที่จะตอบสนองต่อการลดปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่เท้า การสูญเสียอวัยวะ ที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ทั้งนี้ การให้ความรู้เรื่องการดูแลเท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ควบคู่กับการสอนนวดเท้าด้วยตนเอง เป็นอีกทางเลือกที่มีผลงานวิจัยยืนยันว่า ส่งผลต่อการลดอาการชาได้ แต่ที่ผ่านมายังไม่มีการนำมาศึกษาในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพไถ่คำ อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ ซึ่งมีผู้ป่วยเบาหวานทั้งรายเก่า และรายใหม่เข้ามาใช้บริการที่คลินิกโรคเบาหวาน จำนวน 214 ราย มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางประสาทส่วนปลาย จำนวน 57 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.64 และมีผู้ป่วยที่เกิดแผลที่เท้าได้ เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในจำนวน 4 ราย

คิดเป็นร้อยละ 1.86²⁰ ซึ่งผลการศึกษาค้างนี้จะสามารถเป็นต้นแบบเพื่อขยายผลไปสู่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมให้ความรู้ในการดูแลเท้าและการนวดเท้าด้วยตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอาการขาเท้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไผ่คำ

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอาการขาเท้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้ในการดูแลเท้าและการนวดเท้าด้วยตนเอง

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินสภาวะเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอาการขาเท้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้ในการดูแลเท้าและการนวดเท้าด้วยตนเอง

วิธีการศึกษา (Method)

วัสดุและวิธีการศึกษา กิจกรรมแทรกแซง (Intervention) คือ โปรแกรมให้ความรู้เรื่องการดูแลเท้า และการนวดเท้าด้วยตนเอง ดำเนินการเป็นระยะเวลา 24 สัปดาห์ แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การเสริมสร้างความรู้เพื่อการดูแลเท้า โดยเยี่ยมบ้านให้ความรู้แบบ

เคาะประตูบ้านโดยผู้วิจัย ระยะเวลา 45 นาที ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีโอกาสแลกเปลี่ยน และ แลกแผนพับ เพื่อให้ผู้ป่วยศึกษาด้วยตนเอง ต่อเนื่อง ในสัปดาห์แรก ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า โดยมีเนื้อหาครอบคลุมในด้านกลไกการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าอาการและอาการแสดงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการนวดเท้าด้วยตนเอง ซึ่งทำในการนวดผู้วิจัยประยุกต์มาจากการนวดเท้าด้วยตนเอง โดยใช้เทคนิคการนวดพื้นบ้านไทย ที่ประกอบไปด้วย การรีด การบีบ การคลาย และการกด

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีเนื้อหาในด้านการดูแลและรักษาความสะอาดของผิวหนัง การตรวจเท้า การป้องกันการเกิดแผลที่เท้า การส่งเสริมการไหลเวียนของเลือด และการดูแลรักษาบาดแผล

ระยะที่ 2 การเสริมทักษะการนวดเท้าด้วยตนเอง ในสัปดาห์ที่ 2 เป็นหลักสูตร 1 วัน โดยนักการแพทย์แผนไทย ดำเนินการจัดอบรมแก่ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ ในการฝึกทักษะการนวดเท้าด้วยตนเอง โดยประยุกต์เทคนิคการนวดพื้นบ้านไทย ของวิชัย อึ้งพินิจพงศ²¹ ที่ประกอบไปด้วย การรีด การบีบ การคลาย และการกดร่วม กับการสาธิต

การดูแลเท้าด้วยตนเอง ได้แก่ การรักษาความสะอาดของผิวหนัง การตรวจเท้า การป้องกัน การเกิดแผลที่เท้า การส่งเสริมการไหลเวียนของเลือด และการดูแลรักษาบาดแผล รวมทั้ง การชี้แนะ ให้กำลังใจ เสริมสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยในการดูแลตนเอง พร้อมทั้งกลุ่มตัวอย่าง จะได้รับแจกคู่มือการนวดเท้าด้วยตนเอง เพื่อไปทำต่อที่บ้านโดยนวดวันละ 1 ครั้ง นวดครั้งละ 10 นาที และบันทึกลงในสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาการขาที่ปลายประสาท เพื่อควบคุมกำกับตนเองในการดูแล สุขภาวะเท้า

ระยะที่ 3 การกำกับติดตามและประเมินผลที่บ้าน ในช่วงสัปดาห์ที่ 3-24 โดยผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดตามสังเกตการดูแลเท้าและการนวดเท้าด้วยตนเองที่บ้าน ทั้งทำ นวด และลักษณะการนวด ทุก 2 สัปดาห์ ใน สัปดาห์ที่ 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21 และ 23 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดศึกษากลุ่มเดียว วัดก่อนและ หลังการปฏิบัติการ (One-Groups Pre-Post Test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีอายุอยู่ระหว่าง 30-59 ปี (164 คน) และระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป (151 คน) ที่มีอาการขาเท้าจากการคัดกรองโดยใช้

Monofilament ชนิด Semmes- Weinstein Monofila-ment ขนาดแรงกด 10 กรัม ตั้งแต่ 1 จุดขึ้นไป (57 คน) ที่มารับบริการรักษาพยาบาลคลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไก่อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ ซึ่งมีจำนวน 32 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มประชากรที่ศึกษา ดังนี้

1. ไม่เป็นโรคหลอดเลือด หลอดน้ำเหลืองอักเสบหรืออุดตัน (เป็นโรคหลอดเลือด จำนวน 1 คน)
2. ไม่มีแผลที่เท้า (มีแผลที่เท้าจำนวน 2 คน)
3. ไม่เป็นโรคเกี่ยวกับระบบประสาท และระบบการรับรู้สัมผัสเสื่อม
4. สามารถใช้มือได้ทั้งสองข้าง
5. การรับรู้สติสัมปชัญญะดี สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง
6. ไม่มีปัญหาการได้ยิน เข้าใจภาษาไทยได้ดี

7. สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุดโครงการวิจัย (ไม่สมัครใจ 1 คน)

ทั้งนี้ประชากรที่ศึกษามีคุณสมบัติผ่านตามเกณฑ์ที่ศึกษา จำนวน 28 ราย เนื่องจากเป็นประชากรที่มีขนาดเล็ก ผู้วิจัยจึงศึกษาทั้งประชากร โดยไม่มีการคำนวณขนาดตัวอย่าง

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสภาวะเท้า** โดยใช้ Monofilament ชนิด

Semmes - Weinstein Monofilament ขนาดแรงกด 10 กรัม มีความไวร้อยละ 66-91 ความจำเพาะร้อยละ 34-86 ค่า Positive predictive value เท่ากับร้อยละ 18-39 และค่า Negative predictive value เท่ากับร้อยละ 94-95²² ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการตรวจระบบประสาทรับความรู้สึกส่วนปลาย โดยใช้สัมผัสที่ผิวหนังส่วนฝ่าเท้าข้างละ 4 ตำแหน่ง ในท่านอน โดยผู้ทดสอบคนเดียว ผลการทดสอบเป็นบวกเมื่อผู้ป่วยสูญเสียความรู้สึกที่เท้ามากกว่าหรือเท่ากับ 1 จุด

2. แบบสอบถามความรู้การดูแลเท้าและประเมินสถานะเท้า

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ การสูบบุหรี่ ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ประวัติการเกิดแผลที่เท้า ผลระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 3 เดือนสุดท้าย เป็นแบบสอบถามปลายเปิดให้ตอบตามข้อเท็จจริง รวม 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลเท้า ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ประโยชน์ของการนวดเท้าด้วยตนเอง และการดูแลสุขภาพเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน เป็นแบบสอบถามแบบ 2 ตัวเลือก ถูก หรือ ผิด จำนวนรวม 15 ข้อ แบ่งโดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพปลาค้าว อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 30 คน ได้

ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 การแปลผลคะแนนโดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับขั้นคะแนนตามแบบเกณฑ์อ้างอิงตามหลักการเกณฑ์ Learning for Mastery ของ บลูม²³ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับต่ำ น้อยกว่า 9 คะแนน (<ร้อยละ 60)

ระดับปานกลาง ระหว่าง 9-12 คะแนน (ร้อยละ 60-79)

ระดับสูง ตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกผลการประเมินสถานะเท้า ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินสถานะเท้าของโครงการอบรมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน หลักสูตรการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93²⁴ ประกอบด้วย 2 ด้าน จำนวน 13 ข้อ คือ

1) ด้านระบบไหลเวียนโลหิต จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย ไม่มีอาการปวดน่องเวลาเดินและรู้สึกตื้อขึ้นเมื่อหยุดพัก, คลำชีพจรบริเวณหลังเท้าได้ชัดเจน, เมื่อกดเล็บนิ้วหัวแม่เท้าเลือดจะไหลกลับภายใน 3 วินาที และ ABI มีค่า 0.91

2) ด้านระบบประสาทส่วนปลาย จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย ไม่มีอาการชา หรือเหมือนหนามทิ่มแทงหรือคล้ายไฟฟ้าช็อต, มีความรู้สึกเกี่ยวกับตำแหน่ง (Position Sense) มีความรู้สึกทุกจุดสัมผัส

เมื่อทดสอบด้วย Monofilament ความสะอาดของเท้า สภาพผิวหนัง เล็บ และการผิดรูป

3) แบบสังเกตการดูแลเท้า และการนวดเท้าด้วยตนเองที่บ้าน ประกอบด้วยการนวดตามเวลา ทำนวด ลักษณะการนวด เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติถูกต้องทั้งหมด ปฏิบัติถูกต้องบางส่วน และปฏิบัติไม่ถูกต้อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานจากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวาน และคัดเลือกผู้ป่วยที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์

2. ผู้วิจัยติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการคัดเลือกเป็นรายบุคคล ในวันและเวลาที่กลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัด โดยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการวิจัย

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรู้การดูแลเท้าและประเมินสภาวะเท้าโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้วยแบบสอบถามก่อนการทดลอง และหลังสิ้นสุดการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 25

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความเรียบร้อยสมบูรณ์ของแบบสอบถาม นำข้อมูลที่ได้มากำหนดรหัสและลงรหัส และ

นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของแบบสอบถาม และข้อมูลโดยรวม และรายด้านของคะแนนประเมินสภาวะเท้า นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. ข้อมูลสภาวะเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน มาทดสอบการแจกแจงของข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบ Komogorov-Smirnov test พบว่า มีการแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ จึงนำค่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินสภาวะเท้า ที่ได้มาเปรียบเทียบก่อนและหลังการศึกษาโดยใช้ Paired sample t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ เลขที่ 14/2561 ลงวันที่ 30 ตุลาคม 2561

ผลการศึกษา (Results)

1. **ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.43) มีอายุอยู่ระหว่าง 45-59 ปี (ร้อยละ 75) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 85.71) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 42.86) มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 71.43) ในส่วนของประวัติการสูบบุหรี่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 92.86) มีระยะเวลาเป็นเบาหวาน 5-10 ปี (ร้อยละ

64.29) ไม่เคยมีผลที่เท่า (ร้อยละ 82.14) และระดับน้ำตาลในเลือดควบคุมไม่ได้ตามเป้าหมาย (>130 mg/dl) (ร้อยละ 57.14)

2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้า พบว่า ก่อนการให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้การดูแลเท้า ระดับสูง ร้อยละ 50.00

ปานกลาง ร้อยละ 21.42 และ ระดับต่ำ 28.58 ซึ่งหลังการให้ความรู้การดูแลเท้ากลุ่มตัวอย่างพบว่า มีความรู้ระดับมากเพิ่มขึ้น ร้อยละ 82.17 ระดับปานกลาง 14.28 และระดับต่ำ ร้อยละ 3.57 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ของระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้าก่อนและหลังการได้รับความรู้ในการดูแลเท้าและการนวดเท้าด้วยตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอาการขาเท้าขึ้นหะเบียนรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไโกคำ

ระดับความรู้	จำนวน (ร้อยละ)	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
ต่ำ	8 (28.58)	1 (3.57)
ปานกลาง	6 (21.42)	4 (14.28)
สูง	14 (50.00)	23 (82.17)

3. การดูแลเท้า พบว่า ภายหลังการเยี่ยมติดตามสังเกต และให้คำแนะนำที่บ้านผู้ป่วยที่มีอาการขาเท้า สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น โดยไม่พบผู้ที่ปฏิบัติ

ไม่ถูกต้องในสัปดาห์ที่ 15 และผู้ป่วยทำได้ถูกต้องทั้งหมดในสัปดาห์ที่ 19 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของการปฏิบัติในการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอาการขาเท้า ขึ้นหะเบียนรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไโกคำ

สัปดาห์ที่	จำนวน (ร้อยละ)		
	ถูกต้องทั้งหมด	ถูกต้องบางส่วน	ไม่ถูกต้อง
5	5 (17.86)	13 (46.43)	10 (35.71)
7	7 (25.00)	12 (42.86)	9 (32.14)
9	10 (35.71)	11 (39.29)	7 (25.00)

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของการปฏิบัติในการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอาการขาเท้า ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไผ่คำ (ต่อ)

สัปดาห์ที่	จำนวน (ร้อยละ)		
	ถูกต้องทั้งหมด	ถูกต้องบางส่วน	ไม่ถูกต้อง
11	15 (53.57)	8 (28.57)	5 (17.86)
13	18 (64.29)	9 (32.14)	1 (3.57)
15	22 (78.57)	6 (21.43)	0 (0.00)
17	26 (92.86)	2 (7.14)	0 (0.00)
19	28 (100)	0 (0.00)	0 (0.00)
21	28 (100)	0 (0.00)	0 (0.00)
23	28 (100)	0 (0.00)	0 (0.00)

4. สภาวะเท้า พบว่า ก่อนการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสภาวะเท้าโดยรวมผิดปกติ (ร้อยละ 71.43) หลังการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสภาวะเท้าที่ดีขึ้นกว่าก่อนการศึกษา คือ มีสภาวะเท้าปกติเพิ่มขึ้นจาก 8 ราย เป็น 13 ราย (ร้อยละ 46.43) ส่วนรายด้าน พบว่า ก่อนการศึกษา

มีสภาวะเท้า ด้านระบบไหลเวียนโลหิตปกติ ร้อยละ 28.57 ด้านระบบประสาทส่วนปลายปกติร้อยละ 32.14 ภายหลังจากการศึกษามีสภาวะเท้า ด้านระบบไหลเวียนโลหิตปกติเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 42.86 ด้านระบบประสาทส่วนปลายปกติเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 53.57 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ สภาวะเท้าโดยรวมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมให้ความรู้ในการดูแลเท้าและการนวดเท้าด้วยตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอาการขาเท้า ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไผ่คำ

สภาวะเท้า	จำนวน (ร้อยละ)	
	ปกติ	ผิดปกติ
สภาวะเท้าโดยรวม		
ก่อนทดลอง	8 (28.57)	20 (71.41)
หลังทดลอง	12 (46.43)	16 (57.14)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ สภาวะเท้าโดยรวมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมให้ความรู้ในการดูแลเท้าและการนวดเท้าด้วยตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอาการขาเท้า ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไก่อำ (ต่อ)

สภาวะเท้า	จำนวน (ร้อยละ)	
	ปกติ	ผิดปกติ
ด้านระบบไหลเวียนโลหิต		
ก่อนทดลอง	8 (28.57)	20 (71.41)
หลังทดลอง	12 (42.86)	16 (57.14)
ด้านระบบประสาทส่วนปลาย		
ก่อนทดลอง	9 (32.14)	19 (67.86)
หลังทดลอง	15 (53.57)	13 (46.53)

5. การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลเท้าและการประเมินสภาวะเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบคะแนนประเมินสภาวะเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายหลังได้รับโปรแกรม

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการประเมินสภาวะเท้าโดยรวมเพิ่มขึ้นจากการศึกษาจาก 9.02 (S.D.=1.67) เพิ่มเป็น 12.14 (S.D.=2.03) โดยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลเท้าและการประเมินสภาวะเท้า ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอาการขาเท้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไก่อำ

ตัวแปร	n	\bar{x}	S.D.	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้า					
ก่อนทดลอง	28	11.11	1.83	-6.867	<.0001
หลังทดลอง	28	13.86	.84		
สภาวะเท้า					
ก่อนทดลอง	28	9.02	1.67	6.571	<.0001
หลังทดลอง	28	12.14	2.03		

วิจารณ์ (Discussions)

1. ระดับความรู้เรื่องการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ครึ่งหนึ่งที่อยู่ในระดับมาก ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ปภาดา มัทธนะประดิษฐ์ และคณะ²⁵ ที่ศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวางในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เขตพื้นที่อำเภอภูแก้ว จังหวัดอุดรธานี ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานระดับสูงร้อยละ 80.9 อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากได้รับโปรแกรมให้ความรู้เรื่องการดูแลเท้า ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการขาที่เท้า มีความรู้เพิ่มขึ้นในระดับมากเป็นร้อยละ 82.17 โดยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณศิริ ประจันโน และคณะ²⁶ ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลเท้าตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวานในชุมชนบ้านคลองเหล็กบน อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ซึ่งประกอบด้วย ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลเท้า ในผู้ป่วยเบาหวาน สาธิตการดูแลเท้า ด้วยการสปาเท้าและบริหารเท้า และอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลเท้า ส่งผลให้ค่าคะแนนความรู้การดูแลเท้าสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.236, p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด²⁷ ที่กล่าวไว้ว่า การเรียนรู้จะเป็นไปได้ดีถ้าผู้เรียนได้เรียนรู้จากสิ่งที่จัดให้อย่างเป็นระบบ โดยผู้วิจัยได้ใช้วิธีการให้

ความรู้เป็นพื้นฐานในการจัดการเรียนรู้ตามแผนกิจกรรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบซึ่งครอบคลุมเนื้อหาในเรื่องการดูแลเท้าทั้ง 3 เนื้อหา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า โดยมีเนื้อหาครอบคลุมในด้าน กลไกการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าอาการและอาการแสดงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการนวดเท้าด้วยตนเอง ซึ่งทำในการนวดผู้วิจัยประยุกต์มาจากการนวดเท้าด้วยตนเองโดยใช้เทคนิคการนวดพื้นบ้านไทยที่ประกอบไปด้วย การรีด การบีบ การคลาย และการกด และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีเนื้อหาในด้าน การดูแลและรักษาความสะอาดของผิวหนัง การตรวจเท้า การป้องกันการเกิดแผลที่เท้า การส่งเสริมการไหลเวียนของเลือด และการดูแลรักษาบาดแผล

2. ผลของโปรแกรมฯ ต่อสภาวะเท้า พบว่า คะแนนเฉลี่ยการประเมินสภาวะเท้าของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มตัวอย่างก่อนการศึกษากับหลังการศึกษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการประเมินสภาวะเท้าของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มตัวอย่างก่อนการศึกษาเท่ากับ 9.02 และคะแนนเฉลี่ยการประเมินสภาวะเท้าของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มตัวอย่างหลังการศึกษาเพิ่มขึ้นเป็น 12.14 สอดคล้องกับการศึกษาของอมิตา ปารามภัก, ทวีลักษณ์

วรรณฤทธิ์ และมยลีสําราญญาติ ที่พบว่าอาการเท้าชาในผู้ที่มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมเนื่องจากโรคเบาหวาน ในกลุ่มที่ควบคุมจุดสะท่อนฝ่าเท้าด้วยตนเองหลังนวดในวันที่ 7 และวันที่ 14 น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ควบคุมจุดสะท่อนฝ่าเท้าด้วยตนเอง และน้อยกว่าก่อนนวดจุดสะท่อนฝ่าเท้าด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁸ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับโปรแกรมที่ใช้วัสดุอื่น เพื่อนวดเท้าแทนการนวดด้วยมือ ได้แก่ การนวดเท้าด้วยการเหยียบกะลา²⁹ การเหยียบแผงโซลาร์เซลล์เพื่อลดอาการชาปลายเท้า³⁰ โดยการศึกษาของนิสา บริสุทธิ์ และคณะ²⁹ ได้ศึกษาผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลสะเดาจำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 26 คน ทำการศึกษาในระยะเวลา 1 เดือน กลุ่มที่ 1 เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลเท้า และกลุ่มที่ 2 เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลเท้าที่ผสมผสานการนวดเท้าด้วยการเหยียบกะลา ผลการศึกษา พบว่า ในกลุ่มที่ 2 มีอาการชาที่เท้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่ากลุ่มที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนทักษิณาร์ ไกรราช และคณะ³⁰ ที่ได้ศึกษาผลของการเหยียบแผงโซลาร์เซลล์เพื่อลดอาการชาปลายเท้าของผู้สูงอายุที่มีอาการชาปลายประสาทจากเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกระดับ 1 ร้อยละ 16.7 ระดับ 2 และ 3 ร้อยละ 26.7 และระดับ 4 ร้อยละ 30.0 หลังการทดลอง พบว่า กลุ่ม

ตัวอย่าง ร้อยละ 93.3 อาการชาปลายเท้าหายไป ร้อยละ 6.7 ที่มีอาการชาปลายเท้าระดับ 4 ลดลงอยู่ในระดับ 2 และผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 1-6 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ดังนั้น สรุปได้ว่า การนวดเท้าด้วยมือตามศาสตร์แพทย์แผนไทย หรือการใช้อุปกรณ์อื่นเพื่อกำหนดเท้าสามารถลดอาการชาที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานได้ แต่จะต้องทำต่อเนื่อง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาระยะเวลาที่เห็นผลมีระยะตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป

3. ข้อจำกัดของการศึกษา ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลตัวแปรตามที่เป็นผลจากโปรแกรมเฉพาะในด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และสภาวะเท้าของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ไม่ได้เก็บตัวแปรด้านพฤติกรรมในการดูแลเท้าด้วยตนเอง ที่เป็นผลจากการได้รับความรู้ ทำให้ไม่มีข้ออุปสรรคในการอธิบายเกี่ยวกับผลของโปรแกรมฯ ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ จากการที่มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อยเพียง 28 คน แม้การทดสอบการกระจายของข้อมูลจะเป็นโค้งปกติก็ตาม แต่อาจทำให้มีความน่าเชื่อถือน้อย ดังนั้น จึงควรมีการนำโปรแกรมไปใช้ในระดับอำเภอ โดยทดลองใช้กับคลินิกเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทุกแห่งในอำเภอนั้น ๆ และเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผล ซึ่งจะทำได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือมากขึ้น

ประการสำคัญ เนื่องจากรูปแบบการให้ความรู้ และการติดตามการนัดทำด้วยตนเองครั้งนี้ เป็นการเยี่ยมติดตามที่บ้านทุก 2 สัปดาห์ ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 5 เดือน ซึ่งในทางปฏิบัติในการนำไปประยุกต์ในพื้นที่อื่น ๆ ที่อาจมีข้อจำกัดด้านบุคลากร ภาระงาน อาจทำให้ไม่สามารถติดตามได้ตามข้อกำหนดคนี้ ดังนั้น จึงควรพัฒนาหลักสูตรอบรมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้เป็น ผู้ดูแลรายกรณี (Care Giver: CG) เพื่อให้สามารถดูแลติดตามได้ทั่วถึงและต่อเนื่อง

ข้อยุติ (Conclusions)

จากการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่า การให้ความรู้ในการดูแลเท้าและการนัดทำด้วยตนเองในผู้ป่วยเบาหวานมีความจำเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังต้องการการดูแลทำอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ยืนยันได้ว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มความรู้อในการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาการขา ตลอดจนทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินสภาวะเท้าโดยรวม และรายด้านเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ประโยชน์
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีคลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวาน ควรจัดให้มีการให้

ความรู้เรื่องการดูแลเท้าแก่ผู้ป่วยเบาหวาน ตลอดทั้งส่งเสริมการนัดทำด้วยตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับบริการทุกราย และต้องมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และมีความยั่งยืนต่อไป

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป

- 1) ควรศึกษาเปรียบเทียบผลของนวัตกรรมนัดทำเพื่อลดอาการขา และระยะเวลาที่เหมาะสมในการนำไปใช้ เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลเท้าที่เหมาะสมที่สุด
- 2) ควรศึกษาเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการขาในระดับที่แตกต่างกัน ต่อระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลต่อเนื่อง

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ผลการศึกษาครั้งนี้ ได้ส่งผลงานเผยแพร่ในงานวิชาการสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ ประจำปี 2563 อยู่ในระหว่างรอการพิจารณาตอบรับการนำเสนอ และมีการนำเสนอผลย้อนกลับให้แก่กลุ่มเป้าหมายได้รับทราบ พร้อมส่งต่อให้เป็นแนวทางปฏิบัติในคลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไก่อ่า และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมืองอำนาจเจริญ

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (References)

1. International Diabetes Federation. **Campaign Issues for World Diabetes Day 2018** [online] 2018 [cited 2019 October 10]. Available from: <http://www.thaincd.com/> [in Thai].
2. WHO. **Campaign substance issues Word Diabetes Day 2018** [online] 2018 [cited 2019 October 10]. Available from: <http://www.thai ncd .com/> [in Thai].
3. Rodaree P. **Thai people have diabetes, more than half do not know** Department of Health, Exercise - Adjust eating [online] 2015 [cited 2019 October 2]. Available from: <http://www.isranews.org/> [in Thai].
4. Institute of Public Health Research System. **Thai public health report by physical examination 5th** [online] 2014 [cited 2019 October 13]. Available from: <http://www.thaitgri.org/> [in Thai].
5. Thai National Health Examination Survey V Study Group. **Thai National Health Examination survey, NHES V.** Nonthaburi: National Health Examination Survey Office, Health System Research Institute; 2016.
6. Health data warehouse Ministry of Public Health. **Diabetes prevalence rate per hundred thousand populations** [online] 2019 [cited 2018 October 1]. Available from: <https://www.hdcservice.moph.go.th/hdc/> [in Thai].
7. World Health Organization. **Global report on diabetes** [online] 2016. [cited 2018 October 1]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204871>.
8. Amnat Charoen Provincial Health Office. **Percentage of people with diabetes who control sugar levels** [online] 2019 [cited 2019 September 14]. Available from: <https://www.acr.hdc.moph.go.th>. [in Thai].
9. Damdi T. Prevalence study according to the risk level of diabetic foot ulcers. **Journal of Medical of Sisaket Surin Buri-Ram Hospitals** 2011; 26: 95-103.
10. Puvong Y, Pinitunthorn S. Complication among diabetes patients in a selected community hospital in the northeast. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2017; 2(3): 311-319.
11. Potisute S. **Clinical Complications Research in Type 2 Diabetes Patients** [online] 2011 [cited 2019 October 10]. Available from: <http://opac-healthsci.psu.ac.th/> [in Thai].

12. Paramathkul S. **Diabetic Foot Disorders**. Bangkok: Ruen Kaew Printing; 2008. [in Thai].
13. Del Prato S, Felton AM, Munro N, Nesto R, Zimmet P, Zinman B. Improving glucose management: ten steps to get more patients with type 2 diabetes to glycaemic goal. *Int J Clin Pract* 2005; 59: 1345-55.
14. Kulkantrakorn K. Diabetic neuropathy. *Clinic* 2008; 24(7): 611-618.
15. Eungpinichpong W, Montri N. Basic physiological effects of modified foot massage. *Journal of Medical Technology and Physical Therapy* 1999; 11(3): 98-105.
16. Institute of Thai Traditional Medicine. **Foot Massage Textbook for Health (60 hours)** . Bangkok: The Veterans Organization of the Nation under the Patronage of His Majesty the King; 2010. [in Thai].
17. Sukdanupad Y, Nicharoot L, Piaue N. Effect of Foot Reflexology on Blood Sugar Levels and Numbness in Type 2 Diabetic Patients. *Journal of Medicine, Srisaket, Surin Buri- Ram Hospitals* 2011; 26: 199-213.
18. Paengthong K, Thongsod K. **The study of the effect of 5 foot massage on wound prevention and healing of diabetic foot ulcers in diabetic foot care group**. Ang Thong province. Chaiyo Hospital; 2010. [in Thai].
19. Chuaphan S. The effect of self-efficacy on foot care behavior in type 2 diabetic patients. *Thai Journal Nursing Council* 2010; 25: 77-87.
20. Kai Kham Health Promoting Hospital. **Summary of Public health work for the year 2017**. Amnat Charoen: Kai Kham Health Promotion Hospital; 2017. [in Thai].
21. Ungpinitphong W. **Thai massage for therapeutic purposes**. Bangkok: Suwiriya Sarasan; 2008. [in Thai]
22. Singh N, Armstrong DG, Lipsky BA. Preventing foot ulcers in pateints with diabeties. *JAMA* 2005; 293: 217- 28.
23. Bloom BS. Mastery learning. In J. H. Block (Ed.). **Mastery learning: Theory and practice**. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1971: 47-63.
24. The endocrine society of Thailand. **Foot care in diabetic patients**. Bangkok: Theptarin Hospital; 2545.
25. Mahatthanapradit P, Kanato M, Leyatikul P. Foot-care Knowledge of Diabetic Patients of Kukaew Community Hospital, Kukaew District,

- Udon Thani Province. **Srinagarind Med J** 2018; 33(6): 520-25.
26. Prachanno W, Aramsin R, Gadudom P. Effects of a Self-Foot Care Program for People with Diabetes in Klonglekbun Community Thamai District, Chanthaburi Province. **J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center** 2015; 32(2): 126-34.
27. Pensuwan PS. **Behavioral sciences and health education**. Bangkok: Mahidol University; 1989. [in Thai].
28. Prarom A, Vannarit T, Somrarnyart M. Effect of Self-foot Reflexology on Foot Numbness Among Persons with Diabetic Peripheral Neuropathy. **Nursing Journal** 2017; 4: 68-77.
29. Borisuk N, Khong-in W, Nakana K. Comparison of the results of a foot care education program with a foot care program that combines foot massage by stepping on a coconut shell on foot numbness in type 2 diabetes patients. **Journal of Nursing Chulalongkorn University** 2009; 21: 94-105.
30. Krairat T, Jaisue D, Matayaputorn N, Siripitakchai C, Boranoon K. Effect of stepping on the kaffir lime egg panel to reduce numbness in the toes of the elderly with diabetic numbness in the elderly. **Journal of Nursing and Education** 2013; 6: 64-72.

ความอยู่ดีมีสุขของสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์

นฤมล จันทร์มา*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในโรงเรียนผู้สูงอายุ ประชากรเป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในโรงเรียนผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบูรณ์ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 39 แห่ง ในปี พ.ศ.2562 ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน จำนวน 1,179 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามชนิดตอบเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Multiple logistic Regression

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิงอายุระหว่าง 66-70 ปี มีความอยู่ดีมีสุข ร้อยละ 74.64 รู้สึกสงบและผ่อนคลาย ร้อยละ 38.50 และส่วนใหญ่ชีวิตประจำวันเต็มไปด้วย สิ่งที่น่าสนใจ ร้อยละ 43.26 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุต่อการได้รับบริการของโรงเรียนผู้สูงอายุ [AOR]= 5.09 และการปฏิบัติธรรม [AOR]= 5.03

คำสำคัญ: ความอยู่ดีมีสุข, สมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ, จังหวัดเพชรบูรณ์

*คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

Corresponding author: Narumon Janma, Email: dominiger2524@hotmail.com

Received 17/04/2020

Revised 15/05/2020

Accepted 16/06/2020

THE WELL-BEING OF THE SENIORS AT THE SENIOR SCHOOLS IN PHETCHABUN PROVINCE

*Narumon Janma**

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive research is focused on the well-being of the seniors at the Senior Schools in Phetchabun. The samples of the study were selected randomly from 39 school members of the Senior Schools of the Provincial Administrative Organizations in Phetchabun. Data collected using self-administered Questionnaire Data analysis employed descriptive statistics and multiple logistic regression

The study revealed that the samples are mostly female aged approximately 66-70 years old. They significantly maintained the well-being 74.64 percent while 38.50 percent were calm and peaceful and 43.26 percent had the most interesting daily activities. The factors of the well-being of the seniors relatively effected to the service and the Dhama practice of the schools at [AOR] = 5.09 and [AOR] = 5.03 respectively.

Keyword: Well-being, Elderly school members, Phetchabun province

* Faculty of Science and Technology, Phetchaboon Rajabhat University

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

องค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ว่าจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 3 ต่อปี ซึ่งในปี พ.ศ. 2560 จำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกมีจำนวนประมาณ 963 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั่วโลก โดยในปี พ.ศ. 2573 คาดว่าจะมีจำนวนประชากรสูงอายุมากถึงประมาณ 1.4 พันล้านคน และจะเพิ่มขึ้นถึง 2 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยมีตัวเลขเทียบเท่ากับประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศ ซึ่งถือว่ามีอัตราการเติบโตเป็นอันดับสามในทวีปเอเชียรองมาจากประเทศเกาหลีใต้ และประเทศญี่ปุ่น โดยประเทศไทยนั้น ได้เข้าใกล้สังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 สำนักงานสถิติแห่งชาติได้คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2559 จำนวนผู้สูงอายุในไทยจะมีมากถึง 11.3 ล้านคนจากประชากรทั้งหมด 67.66 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 16.7 ของประชากรทั้งหมด และจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวในปี พ.ศ. 2565 และในปี พ.ศ. 2573 ประเทศไทยจะมีสัดส่วนประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้นอยู่ที่ร้อยละ 26.9 ของประชากรไทย¹ เมื่อผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น และมีอายุยืนยาวขึ้นทำให้กลายเป็นสังคมที่มีภาระโรคมากขึ้นเนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพมากกว่าวัยอื่น โดยมีโรคเรื้อรังร้อยละ 72-80 มีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไปร้อยละ 70 ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร

ด้วยตนเองได้ ร้อยละ 3.8 และต้องพึ่งพิงบริการด้านสุขภาพของภาครัฐมากขึ้น²

โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นกระบวนการจัดการศึกษารูปแบบหนึ่งที่ต้องการให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตเกิดจากแนวคิดที่ตระหนักถึงความสำคัญของกลุ่มผู้สูงอายุโดยการสร้างพื้นที่ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่นและภาคเครือข่ายของโรงเรียนผู้สูงอายุสอดคล้องแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 (พ.ศ. 2552) และพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ขอบเสนอเชิงนโยบายในเวทีการประชุมผู้สูงอายุระดับชาติปี พ.ศ. 2553 และ 2556 และแผนระดับชาติหลายฉบับที่ให้ความสำคัญกับการศึกษาเรียนรู้ตลอดชีวิต กิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุจะเป็นเรื่องที่สนใจและมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต เพื่อช่วยเพิ่มพูนความรู้ ทักษะชีวิตที่จำเป็น โดยวิทยากรจิตอาสาหรือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องขณะเดียวกันก็เป็นพื้นที่ที่ผู้สูงอายุจะได้แสดงความสามารถ ศักยภาพโดยการถ่ายทอดภูมิความรู้ ประสบการณ์นี้ เพื่อสืบสานภูมิปัญญาให้คงคุณค่าคู่กับชุมชนโรงเรียนผู้สูงอายุหลายแห่ง ตั้งขึ้นโดยใช้อาคารเรียนเก่าของโรงเรียนที่เลิกกิจการหรือในชมรมผู้สูงอายุภายในวัดบางแห่งใช้บ้านของผู้สูงอายุที่ก่อตั้งมีอุดมการณ์ มีรูปแบบ

ชัดเจนขึ้น มีกิจกรรมที่หลากหลายตามความต้องการของผู้สูงอายุ หรืออาจเป็นการขยายกิจกรรมจากที่มีการดำเนินการอยู่แล้ว เช่น ศูนย์บริการทางสังคม แบบมีส่วนร่วม (ศาลาสร้างสุข) ศูนย์สามวัย ธนาคารความดี โรงเรียนผู้สูงอายุมีรูปแบบและกิจกรรมที่หลากหลาย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่ ความต้องการของผู้สูงอายุการจัดกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุจะกำหนดตารางกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ไว้ชัดเจน มีระยะเวลาเปิด - ปิด การเรียนตลอดทั้งปี มีหลักสูตรจากการกำหนดของกลุ่มผู้สูงอายุเอง³ ทั้งนี้เพื่อบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ การได้รับบริการที่ดีขึ้นเท่าเทียมกันและป้องกันความเสี่ยงทางการเงินจากค่ารักษาพยาบาล⁴ การสร้างเสริมสุขภาพต้องเกิดจากการดำเนินการร่วมกันไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคส่วนที่ดูแลสุขภาพภาคสังคมและเศรษฐกิจ ภาคเอกชน องค์กรอาสาสมัคร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคอุตสาหกรรมและสื่อมวลชน ประชาชนทุกเพศทุกวัยมีบทบาทต่อสุขภาพในฐานะบุคคล สมาชิกครอบครัว และสมาชิกชุมชน กลุ่มวิชาชีพ กลุ่มทางสังคม และบุคลากรทางสุขภาพเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของท้องถิ่น และสามารถนำไปปรับใช้ได้ยาวนานาประเทศและทุกภูมิภาคทั่วโลกที่มีระบบทางสังคมวัฒนธรรมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน⁵ ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ได้ดีถึง 98.5% ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด มีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี 58.2% มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับไม่ตี 71.9 % และมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (AOR 5.35) และการออกกำลังกาย (AOR 5.64) มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁶ หากผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ จะทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดีลดอัตราป่วย ลดอัตราการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ⁷

ประเทศไทยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้ามาทำกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องยั่งยืน เพื่อการดำเนินงานอย่างมีความสุข ซึ่งในประเทศไทย การศึกษารูปแบบโครงการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุพบจำนวนไม่มากนัก โดยเฉพาะการศึกษาโครงการตามชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุต่อสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการรับรู้และการมีส่วนร่วมในชุมชนเอง การศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ 2562 ผลของการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากท้องถิ่นต่อสุขภาพะของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดเพชรบูรณ์ โดยมีเป้าหมายเพื่อได้รูปแบบการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุ และรูปแบบของโครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งนี้ต้องศึกษาแนวโน้มกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในอนาคต ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อ

สุขภาพผู้สูงอายุ อัตราการเจ็บป่วยและพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ความอยู่ดีมีสุขทั้งด้านบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม การศึกษา เศรษฐกิจ รวมทั้งปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้ตัวบุคคลพัฒนาศักยภาพตนเองให้สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข⁹

ความอยู่ดีมีสุขเป็นแนวคิดที่เกิดจากความพึงพอใจต่อการดำรงชีวิตรวมทั้งด้านบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และการเมือง รวมทั้งปัจจัยพื้นฐานของบุคคลที่สามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองใช้ชีวิตแบบพอเพียง⁹ WHO กล่าวว่า ความอยู่ดีมีสุข (Well-being) หมายถึง การมีสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ มีความรู้ มีงานทำอย่างทั่วถึงมีรายได้พอเพียงต่อการดำรงชีวิต มีครอบครัวที่อบอุ่นมั่นคง อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีและอยู่ภายใต้ระบบบริหารจัดการที่ดีของภาครัฐ เช่นเดียวกับการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจากการส่งเสริมบทบาทของงานป้องกัน ดำเนินการระดมเพื่อการมีส่วนร่วมของหน่วยงานท้องถิ่น ปรับปรุงการส่งมอบการดูแลผู้สูงอายุหรือในสถานที่ดูแลเพื่อมีสุขภาพที่ดีในปีต่อ ๆ ไป^{10,11} จึงกล่าวโดยสรุปว่า ความอยู่ดีมีสุข คือ การพิจารณาถึงคุณภาพในการดำรงชีวิต ความอยู่ดีมีสุขเป็นประเด็นในการทำให้บุคคลเกิดมุมมองของความคิดในเชิงบวก สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อมิติด้านสุขภาพ มิติด้านสังคม

มิติด้านเศรษฐกิจและมิติด้านสิ่งแวดล้อมให้เกิดความสมดุล จากข้อมูลเบื้องต้นมีผลต่อการจัดสรรงบประมาณเพื่อส่งเสริมการจัดกิจกรรมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุทั้งในภาครัฐและภาคเอกชนอย่างต่อเนื่องในรูปแบบต่าง ๆ ของการดำเนินงานของแต่ละท้องถิ่นคิดเป็นร้อยละ 78.4 โดยส่วนใหญ่จะมี รพ.สต. และกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เป็นที่เลี้ยงและเป็นกิจกรรมที่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานประจำของ รพ.สต. และการดำเนินการส่วนใหญ่อยู่ภายในกรอบนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข¹²

จากการทบทวนวรรณกรรมพบความสำคัญของปัญหา ชุมชนสร้างโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 ถึงปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2061 จากความต่อเนื่องของโครงการกิจกรรมที่มีตั้งแต่เริ่มก่อตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุถึงปัจจุบัน เมื่อสิ้นสุดทุกโครงการกิจกรรมจะมีเพียงรายงานผลการดำเนินโครงการนั้น ๆ เป็นรูปเล่มพร้อมภาพถ่ายหลักฐานจากการรายงานท้องถิ่นที่ดำเนินแล้วเสร็จและหลักฐานจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเองก็ยังไม่พบข้อมูลเชิงสถิติว่าด้วยการประเมินผลการดำเนินโครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้โรงเรียนผู้สูงอายุที่ผ่านมานั้น มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุเกิดผลอย่างไรในด้านร่างกาย จิตใจและการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพมีการ

ปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่องหรือไม่อย่างไร มีความอยู่ดีมีสุขอย่างไร

ดังนั้นการศึกษาประสิทธิผลของการดำเนินกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุครั้งนี้ เพื่อมีข้อมูลที่ใช้ในการปรับปรุงหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อความต้องการของชุมชนท้องถิ่นและเกิดความยั่งยืนเพิ่มสมาชิกในโรงเรียนส่งเสริมศักยภาพเพื่อสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และระดับความอยู่ดีมีสุข ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาความอยู่ดีมีสุขผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในโรงเรียนผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความอยู่ดีมีสุข

วิธีการศึกษา (Method)

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (a cross-sectional descriptive study) ในจังหวัดเพชรบูรณ์ ประกอบด้วย 11 อำเภอ ซึ่งประกอบไปด้วย 117 ตำบล โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกตำบลเข้า ดังต่อไปนี้

1. เป็นตำบลที่อยู่ในพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์
2. เป็นตำบลที่มีโรงเรียนผู้สูงอายุ ที่มีการดำเนินโครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในช่วงปี พ.ศ. 2558-2562 เกณฑ์การคัดเลือกตำบลออก ดังต่อไปนี้

1) ตำบลที่ไม่เข้าร่วมการก่อตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ

2) มีการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมาก่อน

ดังนั้นมีตำบลที่ผ่านเกณฑ์ในการคัดเลือกซึ่งประกอบไปด้วย 39 ตำบล เท่ากับ มีโรงเรียนผู้สูงอายุ 39 แห่ง มีจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในโรงเรียนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 6,719 คน

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ ที่เป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดเพชรบูรณ์ มีโรงเรียนผู้สูงอายุ 39 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่ยินดีเข้าร่วมในการศึกษานี้ สุ่มตัวอย่างแบบ Multi-stage random sampling

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การวิจัยนี้ คำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size) โดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วน กรณีทราบประชากร มีสูตรดังนี้

$$n = \left(\frac{NZz_{\alpha/2}^2 p^{(1-p)}}{(N-1)e^2 + z_{\alpha/2}^2 p^{(1-p)}} \right) \times \text{design effect}$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง

N = จำนวนผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ 6,719 คน

$Z\alpha_2$ = ค่าคะแนนปกติมาตรฐานที่ระดับ $\alpha = 0.05 \approx 1.96$

p = ความอยู่ดีมีสุขระดับมาก เท่ากับ 0.79 (ความอยู่ดีมีสุขและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกสมาคม

ข้าราชการบำเหน็จบำนาญและผู้สูงอายุ
จังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 79.80^(*)

e = ค่าความแม่นยำของการ
ประมาณค่า = 0.05

ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 491.29 คน
แต่เนื่องจากงานวิจัยนี้ มีการสุ่มตัวอย่างแบบ
Multi-stage random sampling เพื่อปรับ
อิทธิพลของความคลาดเคลื่อนจากการสุ่ม
จึงพิจารณาคูณด้วย design effect มากกว่า 1¹³
งานวิจัยนี้คูณด้วย 2.4 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่าง
จึงเท่ากับ 491.29*2.4 = 1,179 คน งานวิจัยนี้
เก็บตัวอย่างมาวิเคราะห์ได้ทั้งสิ้น 1,179 คน

เครื่องมือวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง
และขออนุญาตใช้เครื่องมือจากงานวิจัย
ความอยู่ดีมีสุขและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของ
ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกสมาคมข้าราชการ
บำเหน็จบำนาญและผู้สูงอายุจังหวัด
ขอนแก่นเป็นแบบวัดความอยู่ดีมีสุข
(Subjective Wellbeing)¹⁴ ดัชนีชี้วัดความ
อยู่ดีมีสุขขององค์การอนามัยโลก [WHO
(Five) Well-Being Index, 1998 version]¹⁵

ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data)
โดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูล
สุขภาพ ได้แก่ เพศ สถานะในครอบครัว การ
อยู่อาศัย ศาสนา การศึกษา ลักษณะการ
ทำงาน อาการโรคเฉียบพลันใน 3 เดือนที่ผ่าน
มา การรักษาโรคประจำตัว และข้อมูลสุขภาพ
จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 จำนวน 5 ข้อ เครื่องมือที่ใช้ใน
การวิจัย คือ แบบสอบถามวัดความอยู่ดีมีสุข
(Subjective Wellbeing) คือ ดัชนีชี้วัดความ
อยู่ดีมีสุขขององค์การอนามัยโลก [WHO
(Five) Well-Being Index, 1998 version] ซึ่ง
ถูกนำมาแปลเป็นภาษาไทยครั้งแรกด้วย
เทคนิควิธีการแปลย้อนกลับ (Back
Translation Technique) นำไปทดสอบหา
ความเที่ยงตรงโดยปรึกษาความเที่ยงตรง
ด้านเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และหาความ
เชื่อมั่น (Reliability) และนำแบบสอบถามไป
หาค่าความเชื่อมั่นกับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ
จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 ราย พบว่า มีค่า
Cronbach's alpha Coefficient ของ ทุก
ตัวแปรมีค่ามากกว่า = 0.88 ลักษณะคำถาม
เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating
Scale) มีคำตอบ 6 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1, 0)
มีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

- ตลอดเวลา (All of the time) เท่ากับ 5
 - ส่วนใหญ่ (Most of the time) เท่ากับ 4
 - บ่อย ๆ (More than half of the time)
เท่ากับ 3
 - บางครั้ง (Less than half of the time)
เท่ากับ 2
 - นาน ๆ ครั้ง (Some of the time)
เท่ากับ 1
 - ไม่เคย (At no time) เท่ากับ 0
- การแปลผล คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ
25 คะแนน ถ้ารวมคะแนนที่ได้ทั้งหมดเป็น 0
คะแนน หมายถึง บุคคลมีระดับความอยู่ดีมี
สุขน้อยที่สุด และถ้าคะแนนรวมทั้งหมด

เท่ากับ 25 คะแนน หมายถึงบุคคลมีระดับความอยู่ดีมีสุขมากที่สุด ในการศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับความอยู่ดีมีสุขเป็น 2 ระดับ คือ บุคคลที่มีคะแนนรวมมากกว่า 12 คะแนน หมายถึง “มีระดับความอยู่ดีมีสุขมาก” และบุคคลที่มีคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน หมายถึง “มีระดับความอยู่ดีมีสุขน้อย”¹⁶

การรวบรวมข้อมูล

1) เข้าศึกษา และเก็บข้อมูลไปยังโรงเรียนผู้สูงอายุตามกลุ่มเป้าหมายตัวแทนทุกแห่งทั้ง 39 แห่ง

2) ขอเชิญประชุมกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุ/ผู้ประสานงานโรงเรียน/ผู้เขียนโครงการกิจกรรมผู้สูงอายุ เข้าร่วมรับการชี้แจงโครงการ เพื่อได้เก็บข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือตอบแบบสอบถาม สำหรับกรรมการโรงเรียนฯ และนำแบบสอบถามส่งมอบแก่กรรมการโรงเรียนฯ เพื่อให้กรรมการแจกแบบสอบถามต่อสมาชิก ภายในระยะเวลา 3 วัน

3) ติดตามการเก็บแบบสอบถามด้วยตนเองภายหลังส่งมอบเครื่องมือวิจัย 30 วัน ได้แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูล ตามแบบสอบถาม บันทึกข้อมูลระดับความอยู่ดีมีสุข คำนวณ 1,179 ชุด สมบูรณ์ทุกประการ คิดเป็นร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมแต่ละชุดจะถูกตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วน

สมบูรณ์นำเข้าไปในคอมพิวเตอร์ 2 ครั้งที่เป็นอิสระต่อกันแบบ (data double entry) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และช่วงความเชื่อมั่น 95 % และ Multiple logistic regression

จริยธรรม

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในเครือข่ายภูมิภาคมหาวิทยาลัยนเรศวร โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) รหัสโครงการ COA No.003/2019 ลงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562

ผลการศึกษา (Results)

ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 1,179 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 68.89 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 71.92 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 70.14 มีรายได้ต่อเดือน 1,000 - 5,000 บาท ร้อยละ 78.20 ข้อมูลด้านครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่บุคคลผู้ดูแลด้านการใช้ชีวิตประจำวันและดูแลค่ารักษาพยาบาล คือ คู่สมรส ร้อยละ 49.48 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ (N= 1,179 คน)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	359	30.45
หญิง	820	69.56
อายุ		
60-65	348	29.52
66-70	722	61.23
≥70	109	9.25
เฉลี่ย = 68.89 ปี , ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 8.13 ปี, ต่ำสุด = 60 ปี และสูงสุด = 87 ปี		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	139	11.79
ประถมศึกษา	848	71.92
มัธยมศึกษาตอนต้น	38	3.23
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	154	13.06
มีรายได้ต่อเดือน		
1,000 - 5,000 บาท	922	78.20
5,001 - 10,000 บาท	200	16.96
100,001 - 20,000 บาท	57	4.84
ผู้ดูแลด้านการใช้ชีวิตประจำ/ค่ารักษาพยาบาล		
ไม่มี	118	10.00
คู่สมรส	525	49.48
บุตร	411	38.74
หลาน	50	4.71
อื่น ๆ เช่น ญาติ,เพื่อนบ้าน	75	7.07

ความอยุติมีสุขกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความอยุติมีสุขระดับมาก (บุคคลที่มีคะแนนรวมมากกว่า 12 คะแนนขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 74.64 [95% CI: 73.55 - 82.20] เมื่อแยกพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีระดับความ

อยุติมีสุขตลอดเวลาและส่วนใหญ่มีความรู้สึกสดชื่น แจ่มใส อารมณ์ดี และผ่อนคลาย มีความรู้สึกคึกคัก และมีพลังวังชา และพบว่า มีผู้สูงอายุร้อยละ 43.26 มีชีวิตประจำวันเต็มไปด้วย สิ่งที่น่าสนใจ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละระดับความอยุติมีสุขต่อภาวะสุขภาพ จำแนกรายข้อ (N= 1,179)

มิติของความอยุติมีสุข	ระดับความอยุติมีสุข					
	ตลอดเวลา ร้อยละ	ส่วนใหญ่ ร้อยละ	บ่อย ๆ ร้อยละ	บางครั้ง ร้อยละ	นาน ๆ ครั้ง ร้อยละ	ไม่เคย ร้อยละ
1) รู้สึกสดชื่น แจ่มใส และอารมณ์ดี	280 (23.75)	437 (37.07)	172 (14.59)	240 (20.35)	50 (4.24)	-
2) รู้สึกสงบและผ่อนคลาย	245 (20.78)	454 (38.50)	245 (20.78)	175 (14.86)	60 (5.08)	-
3) รู้สึกคึกคักและมีพลัง วังชา	147 (12.47)	381 (32.31)	159 (13.49)	369 (31.30)	108 (9.16)	15 (1.27)
4) ตื่นขึ้นมาพร้อม ความรู้สึกสดชื่นและสงบ	197 (16.71)	472 (40.04)	247 (20.95)	216 (18.32)	47 (3.98)	-
5) ชีวิตประจำวันเต็มไปด้วย สิ่งที่น่าสนใจ	190 (16.12)	510 (43.26)	205 (17.39)	160 (13.57)	80 (6.78)	34 (2.88)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความอยุติมีสุข

ความสัมพันธ์ระหว่างความอยุติมีสุขของสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับจากการคัดเลือกตัวแปรที่คาดว่า จะมีความสัมพันธ์กับความอยุติมีสุข โดยวิเคราะห์แบบตัวแปรเชิงซ้อน ปัจจัยที่

เกี่ยวข้องกับความอยุติมีสุขและมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ตัวแปรด้านคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ ระดับการศึกษา ความพอเพียงรายได้ สถานภาพสมรส บุคคลผู้ดูแลการใช้ชีวิตประจำวันและการรักษาพยาบาล ได้รับบริการจากกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ

ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ ความรู้สึกมั่นคง ในทรัพย์สิน การเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียน ผู้สูงอายุ การปฏิบัติกรรมทางศาสนา สิทธิ การรักษา การได้รับความช่วยเหลือของเพื่อน บ้านและด้านปัจจัยภายใน ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และยอมรับการเปลี่ยนแปลง ความสามารถของร่างกาย

เมื่อนำมาศึกษาโดยวิเคราะห์แบบตัวแปรเชิงซ้อน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอยู่ดีมีสุขและมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับบริการจากกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุมีระดับความอยู่ดีมีสุขมาก 89.70% [AOR=

5.09, (95%CI: 1.82, 14.32)] มีความสัมพันธ์กับความอยู่ดีมีสุขระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า การได้เข้าร่วมการปฏิบัติกรรมทางศาสนามีระดับความอยู่ดีมีสุขมาก 86.2% [AOR= 5.03, (95%CI: 1.50, 17.15)] และมีการใช้การรักษาแบบแพทย์ทางเลือก เช่น สมุนไพร การนวด กับผู้สูงอายุที่โรงเรียน 80.1% [AOR= 3.67, (95%CI: 0.69, 19.41)] มีความสัมพันธ์กับความอยู่ดีมีสุขระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอยู่ดีมีสุข (มาก/น้อย)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ ความอยู่ดีมีสุข	ความอยู่ดี มีสุข		COR	95% CI	AOR	95% CI	P-value
	N	(%)					
ระดับการศึกษา	848	71.93	0.76	1.22-3.79	0.63	0.10-3.64	0.606
ความพอเพียงของรายได้ ต่อรายจ่าย	525	44.53	1.00	0.38-2.85	0.87	0.26-2.70	0.786
บุคคลผู้ดูแลการใช้ ชีวิตประจำวันและการ รักษาพยาบาล	525	44.53	2.80	0.76-11.24	2.67	0.64-11.09	0.175
ได้รับบริการจากกิจกรรม โรงเรียนผู้สูงอายุ	1,003	85.07	5.80	1.94-14.47	5.09	1.82-14.32	0.001*
มีรถไปรับผู้สูงอายุไปตรวจ สุขภาพประจำปีที่หน่วย บริการสุขภาพ	826	70.06	2.85	1.09-7.71	2.72	0.97-7.56	0.054
เข้าร่วมอบรมเรื่องอาหาร/ การออกกำลังกายที่ เหมาะสมในผู้สูงอายุ	730	61.91	1.22	0.21-12.39	1.09	0.09-12.24	0.940

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอยู่ดีมีสุข (มาก/น้อย) (ต่อ)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ ความอยู่ดีมีสุข	ความอยู่ดี มีสุข		COR	95% CI	AOR	95% CI	P-value
	N	(%)					
การเข้าร่วมกิจกรรมของทาง โรงเรียนผู้สูงอายุ	800	67.85	2.38	0.74-8.21	2.25	0.62-8.06	0.211
ร่วมกิจกรรมจิตอาสาใน ชุมชน	707	59.97	1.49	0.48-5.31	1.36	0.36-5.16	0.643
เข้าร่วมการปฏิบัติธรรม ทางศาสนา	944	80.07	5.16	1.62-17.30	5.03	1.50-17.15	0.008*
มีการใช้การรักษาแบบแพทย์ ทางเลือก เช่น สมุนไพร การนวด กับผู้สูงอายุที่ โรงเรียน	885	75.06	3.80	0.81-19.56	3.67	0.69-19.41	0.126
สิทธิในการรักษาพยาบาล	925	78.46	1.01	0.23-7.63	0.88	0.10-7.48	0.910
มีการจัดกิจกรรมเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตามกลุ่ม โรคต่าง ๆ	531	45.04	1.57	0.43-6.76	1.44	0.31-6.61	0.637
สถานะสุขภาพ (ดี/ควรได้รับการดูแล)	795	67.43	2.01	0.54-8.55	1.88	0.42-8.40	0.403
การช่วยเหลือของเพื่อนบ้าน	378	32.06	0.94	0.35-2.95	0.81	0.23-2.80	0.751
ความรู้สึกมั่นคงของทรัพย์สิน	531	45.04	1.53	0.55-4.72	1.40	0.43-4.57	0.574
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	700	59.37	2.78	1.08-7.40	2.65	0.96-7.25	0.057
ยอมรับการเปลี่ยนแปลง ความสามารถร่างกาย	649	55.05	2.16	0.66-7.80	2.03	0.54-7.65	0.291

* Significant at p-value < 0.05

วิจารณ์ (Discussions)

ความอยู่ดีมีสุขมีความสัมพันธ์กับการเป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อมีการควบคุมตัวแปรการได้รับบริการจากกิจกรรมโรงเรียน

ผู้สูงอายุ และเข้าร่วมการปฏิบัติธรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์กับความอยู่ดีมีสุขระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ วิจารณ์ผลดังนี้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอยู่ดีมีสุขและมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับบริการจากกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุมีระดับความอยู่ดีมีสุขมาก 89.70% [AOR= 5.09, (95%CI: 1.82, 14.32)] (P-value = 0.001) มีความสัมพันธ์กับความอยู่ดีมีสุขระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าการได้เข้าร่วมการปฏิบัติธรรมทางศาสนามีระดับความอยู่ดีมีสุขมาก 86.2% [AOR= 5.03, (95%CI: 1.50, 17.15)] (P-value = 0.008) อภิปรายได้ว่าผู้สูงอายุต้องทำกิจกรรมเชิงบวกสามารถปรับอารมณ์มีผลต่อความรู้สึก พัฒนาความสัมพันธ์กับผู้อื่น ทำให้มีจุดมุ่งหมายในชีวิตมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น มีความพึงพอใจในชีวิต โดยเฉพาะกิจกรรมวาดภาพและกิจกรรมทางศาสนา¹⁷

นอกจากนั้นผู้สูงอายุต้องการได้รับบริการทางการแพทย์ตรวจสุขภาพฟรี การได้รับความช่วยเหลือทางการเงินและการจัดกิจกรรมสันทนาการ มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตและฐานะทางเศรษฐกิจเพียงพอต่อการดูแลตนเอง¹⁸ สอดคล้องกับการศึกษาของ Merriam, Kee (2014) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนสำหรับสมาชิกพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความกระตือรือร้นเข้าร่วมกิจกรรม จากวิทยากรผู้สูงอายุเดียวกันที่มีสุขภาพดีและผ่านประสบการณ์ชีวิตมีความเชี่ยวชาญ สามารถส่งเสริมการใช้ชีวิตมีความสัมพันธ์ระหว่างกันได้รับการบริการที่เหมาะสม และความเป็นอยู่ที่ดีของสมาชิก

ชุมชนงานวิจัยนี้เชื่อว่ากิจกรรมการเรียนรู้อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการของผู้สูงอายุสามารถส่งเสริมการใช้ชีวิตและการมีส่วนร่วมให้เข้าถึงโอกาสได้รับการแก้ไข ปัญหา¹⁹ และการศึกษา Anaby, et al. (2011) ทำการศึกษาการมีส่วนร่วมและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง พบว่าการมีส่วนร่วมที่เป็นเอกลักษณ์ เช่น ระดับกิจกรรมประจำ ความคล่องตัวและบทบาททางสังคม ได้รับการตรวจสอบว่ามีส่วนเกี่ยวข้องที่สำคัญต่อความสำเร็จของการมีส่วนร่วม ความเป็นอยู่ที่ดี ความพึงพอใจของชีวิตจากการวัดระดับความเป็นอยู่ที่ดี ประเมินจาก 1) ความสำเร็จของกิจกรรมประจำวันและบทบาททางสังคม 2) ระดับความพึงพอใจกับการมีส่วนร่วม เพื่อประเมินระดับการสนับสนุนทางสังคมและระดับผลกระทบเงื่อนไขภาวะสุขภาพที่สมดุลของผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง และพบว่า 31% ความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุจากความพึงพอใจกับการมีส่วนร่วมมากกว่าความสำเร็จของกิจกรรม²⁰

สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย Petchprapa (2019) ศึกษาภาวะสุขภาพและรูปแบบสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมืองและชนบทในจังหวัดนครราชสีมา ประเทศไทย ใช้แบบการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุจำนวน 350 คน จากการสุ่มเลือกเขตเทศบาล 14 แห่ง ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา การรับรู้สถานะสุขภาพ รูปแบบสุขภาพ กิจกรรมทางจิตสังคมและปัญหาสิ่งแวดล้อม พบว่า

ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุเฉลี่ย 70.86 ปี อาศัยอยู่ในบ้านของตนเอง หนึ่งในสามของผู้สูงอายุยังคงมีรายได้ 3,030 บาท (95 USD) ต่อเดือน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรคและหรือปัญหาความเสื่อมของร่างกายที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของพวกเขา 46% เช่น ความดันโลหิตสูง ปวดข้อและปวดศีรษะ จัดอันดับสถานะสุขภาพในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการด้านสุขภาพกับแพทย์เมื่อจำเป็น 90.4% เพียง 35.6% ไปตรวจสุขภาพประจำปี ทางด้านกิจกรรมพบว่า ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ 83.4% มีการออกกำลังกายเป็นประจำ เช่น การเดิน การวิ่งหรือการออกกำลังกายอื่น ๆ ผลการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับความอยู่ดีมีสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²¹

ข้อยุติ (Conclusions)

ความอยู่ดีมีสุขมีความสัมพันธ์กับการเป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากควบคุมตัวแปรอื่น การได้รับบริการจากกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ และเข้าร่วมการปฏิบัติธรรมทางศาสนาโดยการพูดคุยแบบตัวต่อตัวในชุมชน

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

วิทยาการโรงเรียนผู้สูงอายุและบุคลากร

สาธารณสุขควรจัดกิจกรรมหรือช่องทาง การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาความอยู่ดีมีสุขในระดับมาก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษา intervention เพื่อทดสอบรูปแบบที่มีผลต่อการส่งเสริมระดับความอยู่ดีมีสุขผู้สูงอายุต่อไป

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเป็นการส่งเสริมสุขภาพตามบริบทของนโยบายสุขภาพท้องถิ่นอย่างเจาะจงเฉพาะของผู้สูงอายุ มีความสำคัญ มีเป้าหมายเพื่อสร้างความเข้มแข็งของสุขภาพโดยการปรับปรุงความเป็นอยู่ของชีวิต ขึ้นอยู่กับความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาและการดูแลรักษาสุขภาพที่ดี ลดผลกระทบต่อสภาพความเป็นอยู่ด้านสุขภาพ เน้นหลักในการปรับปรุงส่วนบุคคลและความสามารถด้านสุขภาพทางสังคม ด้วยความยั่งยืนของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุต้องได้รับความร่วมมืออย่างต่อเนื่อง จริงจังกจากทุกภาคส่วนในชุมชนเน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วม มีระบบประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ ประเมินความอยู่ดีมีสุขและภาวะสุขภาพทุกด้าน ทั้งกายจิตสังคมและสิ่งแวดล้อมพร้อมให้คำปรึกษาช่วยเหลืออย่างทันท่วงที

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมงานวิจัย

และมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ ใน
การสนับสนุนทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Promphak C. **Aging society in Thailand** [online] 2013 [cited 2020 Feb 18]. Available from: http://library.senate.go.th/document/Ext6078/6078440_0002.PDF [in Thai].
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). **Situation of the Thai elderly 2016**. Bangkok: TQP; 2016.
3. Ministry of Social Development and Human Security. **Situation of the Thai Elderly 2009**. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute; 2009. [in Thai].
4. Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Patcharanarumol W, Thammatacharee J, Jongudomsuk P, Sirilak S. Achieving universal health coverage goals in Thailand: the vital role of strategic purchasing. **Health Policy and Planning** 2015; 30: 1152-1161.
5. World Health Organization. **Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences**. Translated by Sinsakchon Aunprom-me. Nonthaburi: Tanapress; 2013.
6. Wongchareon R, Prasomruk P. Health literacy, health promotion behaviours, health outcomes among older adults in amnatcharoen province. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2019; 7(2): 181-196. [in Thai].
7. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Health promotion international** 2000; 15: 259-67.
8. Sirikul D. **Thai Elderly Health Survey 2013**. Bangkok: Bureau of Health Promotion, Department of Health; 2013. [in Thai].
9. Anaby D, Miller WC, Jarus T, Eng JJ, Noreau L. Participation and Well-Being Among Older Adults Living with Chronic Conditions. **Soc Indic Res** 2011; 100(1): 171-83.
10. WHO. **World health statistics 2015**. Luxembourg: Printed in Luxembourg Original cover by WHO Graphics; 2015.

11. Merriam S, Kee Y. Promoting Community Wellbeing: The Case for Lifelong Learning for Older Adults. **Adult Educ Q** 2014; 64:128–44.
12. Janma N. Management of Local Health Assurance Fund in 2th, 2017. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2018; 6(4): 518-524. [in Thai].
13. Salganik MJ. Variance estimation, design effects, and sample size calculations for respondent-driven sampling. **J Urban Health Bull NY Acad Med** 2006; 83(Suppl 1): 98–112.
14. Chasoongnoen T. **Well-being and related factors among Khon Kaen Pensioners and Elderly Association members.** Khon Kaen Province: Department of Community Medicine Faculty of Medicine Khon Kaen University; 2011.
15. Ware J. **WHO (Five) Well-Being Index (1998 version).** Copenhagen: Psychiatric Research Unit WHO Collaborating in Mental Health; 1995.
16. Liwowsky I, Kramer D, Mergl R, Bramesfeld A, Allgaier AK, Poppel E, et al. Screening for depression in the older long- term unemployed. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol** 2009; 44: 622-7.
17. Lindert J, Bain PA, Kubzansky LD, Stein C. Well-being measurement and the WHO health policy Health 2010: systematic review of measurement scales. **Eur J Public Health** 2015; 25(4): 731–40.
18. Huang L-H, Lin Y-C. The Health Status and Needs of Community Elderly Living Alone. **J Nurs Res** 2002; 10(3): 227–236.
19. Merriam S, Kee Y. Promoting Community Wellbeing: The Case for Lifelong Learning for Older Adults. **Adult Educ Q** 2014; 64: 128–44.
20. Anaby D, Miller WC, Jarus T, Eng JJ, Noreau L. Participation and Well-Being Among Older Adults Living with Chronic Conditions. **Soc Indic Res** 2011; 100(1): 171–83.
21. Petchprapai N. Health Status and Health Patterns in Urban - rural Dwelling Elderly in Nakhon Ratchasima Province, Thailand. **Elder Health J** 2019; 5(2): 108–16.

อาการผิดปกติในผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดแบบค่าย ประเทศไทย

นพพล คำภูมิ*, ณัฐกฤตา ทุมวงศ์**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายพฤติกรรมและอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการใช้เมทแอมเฟตามีน โดยใช้ข้อมูลการสำรวจประเทศไทย ในปี 2561 สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ ได้จำนวน 1,649 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้จำนวน, ร้อยละ, ไคสแควร์, สหสัมพันธ์พี, อัตราส่วนออก, ระดับนัยสำคัญ < 0.05

กลุ่มตัวอย่าง 1,649 คน มีอาการผิดปกติ 1,169 คน (70.90%) ในกลุ่มที่ใช้เมทแอมเฟตามีนมากกว่าหนึ่ง 1 ครั้ง/วัน มีโอกาสเกิดปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมากกว่ากลุ่มที่ใช้ครั้งเดียว/วัน (COR 1.315, 95% CI 1.064-1.625) หุนหันพลันแล่นเพิ่มขึ้นมากกว่า (COR 1.305, 95% CI 1.055-1.614) มีอาการหงุดหงิดมากกว่า (COR 1.232, 95% CI 1.031-1.584) อาการผิดปกติด้านร่างกาย พบว่าในผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนมากกว่า 1 ครั้ง/วัน มีโอกาสเกิดอาการหัวใจเต้นเร็วมากกว่าผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน ครั้งเดียว/วัน (COR 1.365, 95% CI 1.095-1.700) ความตึงตัวของกล้ามเนื้อมากกว่า (COR 1.328, 95% CI 1.083-1.628) และเหงื่อออกเพิ่มขึ้น มากกว่า (COR 1.374, 95% CI 1.106-1.707), กลุ่มอาการผิดปกติทางจิต ในผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนมากกว่า 5 เม็ดต่อสัปดาห์ มีโอกาสเกิดอาการกระสับกระส่าย (COR 4.156, 95% CI 1.203-14.328), อาการหลงผิด (COR 4.078, 95% CI 1.181-14.081) มากกว่าผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนน้อยกว่า 5 เม็ด/สัปดาห์ และมีโอกาสเกิดอาการประสาทหลอนมากกว่า (COR 3.663, 95% CI 1.064-12.612)

คำสำคัญ: เมทแอมเฟตามีน, อาการผิดปกติ, ค่ายบำบัดยาเสพติด

*โรงพยาบาลหนองสูงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

**โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

Corresponding author: Noppon Kamphumee. Email: Mean_kum@hotmail.com

Received 21/04/2020

Revised 22/05/2020

Accepted 19/06/2020

ABNORMAL SYMPTOMS AMONG METHAMPHETAMINE USERS IN DRUG CAMP THAILAND

Noppon Kamphumee, Natkritta Thumwong***

The aims of study were explained about abnormal symptoms among methamphetamine users. Data in 2018 of Thai national survey was stratified sampling used the 1,649 populations. The data analyzed with frequency, percentile, Chi-square, Phi correlation, Odds Ratio with 95% confident interval, and P-value < 0.05.

Total 1,649 of methamphetamine users, frequency more than one time/day had more interactive in social situations (COR 1.315, 95% CI 1.064-1.625), inhibited (COR 1.305, 95% CI 1.055-1.614), the irritability (COR 1.232, 95% CI 1.031-1.584). In physical symptoms, frequency more than one time/day had more interactive in heartbeat (COR 1.365, 95% CI 1.095-1.700), increased muscle tension (COR 1.328, 95% CI 1.083-1.628), and attack of sweating (COR 1.374, 95% CI 1.106-1.707). In psychological symptoms among used methamphetamine more than 5 tablet per week associated the statistic significant in the variables of intoxication like agitation (COR 4.156, 95% CI 1.203-14.328), typically paranoid delusion (COR 4.078, 95% CI 1.181-14.081), and psychotic event with hallucinations (COR 3.663, 95% CI 1.064-12.612)

Keyword: Methamphetamine, Abnormal symptoms, drug camp

*Nong Kung Si hospital, Kalasin province

**Thakuntho hospital, Kalasin province

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

สำนักงานว่าด้วยยาเสพติด และอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ คาดประมาณจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2017 ประมาณ 271 ล้านคน หรือประมาณ ร้อยละ 5.5 ของประชากรอายุระหว่าง 16-64 ปี¹ โดเป็นผู้ใช้แอมเฟตามีนและอนุพันธ์ กว่า 29 ล้านคนทั่วโลก² ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบมีผู้ใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีนมากที่สุดในรูปแบบเม็ด โดยประเทศไทยมีผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนชนิดเม็ด ประมาณ 2.29 ล้านคน³ ซึ่งส่งผลให้ทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนต่างให้ความสำคัญต่อการจัดการปัญหาการใช้ยาบ้าของประชากรในประเทศ

เมทแอมเฟตามีน เป็นสารเคมีที่มีฤทธิ์ในการกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง เมื่อใช้ในระดับต่ำ-ปานกลาง (5-30 มิลลิกรัม) ทำให้เกิดอาการผิดปกติทางร่างกาย เช่น หัวใจเต้นเร็วขึ้น, อารมณ์ดีขึ้น, หัวใจเต้นเร็วขึ้น, ลดความอยากอาหาร⁴ ทั้งนี้ผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนมักเสพติดจากฤทธิ์ของยา ที่ส่งผลให้อารมณ์ดีขึ้น, ความเมื่อยล้าลดลงและรู้สึกสุขสบายเมื่อใช้ในระยะเวลาสั้นๆ⁵ แต่ผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนมักใช้ต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน จึงทำให้เกิดอาการผิดปกติทั้งทางร่างกาย และส่งผลกระทบต่อจิตใจ⁶ เช่น อาการก้าวร้าว รุนแรง อาการประสาทหลอน หูแว่ว หวาดกลัว^{7,8} เป็นต้น

เมทแอมเฟตามีนที่ใช้ในประเทศไทยส่วนมากเป็นชนิดเม็ด เรียก “ยาบ้า” มีเส้นผ่านศูนย์กลาง ประมาณ 2.5 -3 มิลลิเมตร น้ำหนักประมาณ 80 – 100 มิลลิกรัม ในหนึ่งเม็ดประกอบด้วยเมทแอมเฟตามีน บริสุทธิ์ประมาณ ร้อยละ 15-25 คาเฟอีน ประมาณ ร้อยละ 60-80⁹ ทั้งนี้ยังพบ สารเคมีอื่น ๆ เช่น พาราเซตามอล, คลอเฟนิลามีน และทีโอฟิลลีน เป็นต้น¹⁰ ซึ่งโดยส่วนใหญ่ในประเทศไทยมักใช้วิธีการสูบ⁹

ในประเทศไทยมีระบบบำบัดยาเสพติด 3 ระบบ คือ ระบบสมัครใจ, บังคับบำบัด และระบบต้องโทษ¹¹ โดยในระบบสมัครใจบำบัดมี 2 รูปแบบ คือ การบำบัดแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล¹² โดยในกระบวนการบำบัดแบบค่ายบำบัดผู้ใช้ยาเสพติดต้องผ่านการประเมินด้วยเครื่องมือคัดกรองในระดับคะแนนไม่เกิน 26 คะแนน ซึ่งไม่อยู่ในกลุ่มผู้ติดยาและไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่น จึงจะสามารถเข้ารับ การบำบัดได้¹³ ในขณะที่เดียวกันผู้ที่เข้ารับการบำบัดต่างมีอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นทางร่างกาย จิตใจ เป็นครั้งคราว โดยไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา¹⁴

การศึกษาถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดแบบค่าย จึงเป็นสิ่งจำเป็นและเป็นข้อเสนอแนะในกระบวนการคัดกรองเพื่อเข้า

รับการบำบัดที่เหมาะสม เพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่ออธิบายพฤติกรรมการใช้ และอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน

วิธีการศึกษา (Method)

คณะผู้วิจัยได้ขอใช้ข้อมูลในการสำรวจในปี พ.ศ. 2561 กับเครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งผู้อำนวยการเครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้อนุญาตให้ใช้ข้อมูลดังกล่าวได้ จำนวน 25 ตัวแปร โดยไม่มีข้อมูลระบุอัตลักษณ์บุคคล จากทั้งหมด 32 จังหวัด สุ่มแบบชั้นภูมิ โดยแบ่งประเทศไทยตามภูมิศาสตร์ออกเป็น 6 ภูมิภาค เลือกตัวแทนข้อมูลจากภูมิภาคละ 1 จังหวัด สุ่มอย่างง่ายเลือกจังหวัดเพื่อเป็นตัวแทนภูมิภาค ได้ตัวแทนภาคเหนือ คือ จังหวัดลำพูน, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดร้อยเอ็ด, ภาคตะวันออก จังหวัดสระแก้ว, ภาคตะวันตก จังหวัดเพชรบุรี, ภาคกลาง จังหวัดนครนายก และภาคใต้ จังหวัดพังงา โดยคัดเลือกเฉพาะ ผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนชนิดเม็ด ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งสิ้น 1,649 คน

คณะผู้วิจัยได้ทำการคัดลอกข้อมูล และจัดการข้อมูล ดังนี้ คือ 1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน

6 ตัวแปร ได้แก่ เพศ, อายุ, การศึกษา, สถานภาพสมรส, อาชีพและศาสนา
2) พฤติกรรมการใช้ยาเสพติด จำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ ระยะเวลาการใช้, การใช้ยาครั้งสุดท้าย, ปริมาณการใช้/สัปดาห์, ความถี่ในการใช้ในหนึ่งวัน และการใช้ยาร่วมกับยาเสพติดชนิดอื่น และ 3) อาการผิดปกติที่พบจากการใช้เมทแอมเฟตามีน จำนวน 3 ด้าน คือ ผลกระทบโดยตรง จำนวน 6 ตัวแปร, ผลกระทบด้านจิตใจ จำนวน 4 ตัวแปร และผลกระทบด้านร่างกาย จำนวน 4 ตัวแปร

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ จำนวน ร้อยละ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุ โดยใช้สถิติ ไคสแควร์ (χ^2) และสหสัมพันธ์ Phi (Phi correlation: Φ) อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งการใช้ในหนึ่งวัน, ปริมาณการใช้ต่ออาการผิดปกติ โดยใช้ Odds Ratio with 95% confident interval, P-value < 0.05

ผลการศึกษา (Results)

จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 1,649 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 99.60 โดยเป็นวัยรุ่น อายุไม่เกิน 24 ปี และวัยผู้ใหญ่ อายุ 25 ปีขึ้นไป ใกล้เคียงกัน มีสถานภาพสมรส โสด ร้อยละ 54.40 การศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา ร้อยละ 64.90 เป็นผู้ที่อยู่ในอาชีพที่มีรายได้ ร้อยละ 79.80 และนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.10 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปแยกตามกลุ่มอายุ

ตัวแปร	n(%)		
	ทั้งหมด	≤ 24 ปี	25 ปีขึ้นไป
เพศ			
ชาย	1643(99.60%)	812 (99.90%)	831(99.40%)
หญิง	6(0.40%)	1(0.10%)	5(0.60%)
สถานภาพสมรส			
โสด	897(54.40%)	565(69.50%)	332(39.70%)
คู่	752(45.60%)	248(30.50%)	504(60.30%)
การศึกษา			
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	597(35.10%)	275(33.80%)	304(36.40%)
สูงกว่าประถมศึกษา	1070(64.90%)	538(66.20%)	532(63.60%)
อาชีพ			
ไม่มีรายได้	333(20.20%)	239(29.40%)	94(11.20%)
มีรายได้	1316(79.80%)	574(70.60%)	742(88.80%)
ศาสนา			
พุทธ	1585(96.10%)	790(97.20%)	795(95.10%)
ศาสนาอื่น ๆ	64 (3.90%)	23(2.80%)	41(4.90%)

พฤติกรรมการใช้เมทแอมเฟตามีนส่วนใหญ่มีระยะเวลาการใช้มากกว่า 1 ปี ร้อยละ 72.10 โดยใช้ยาครั้งสุดท้ายในหนึ่งสัปดาห์ก่อนเข้ารับการรักษา ร้อยละ 71.50 โดยในหนึ่งวันใช้ครั้งเดียว ร้อยละ 59.70 มีปริมาณการใช้ต่อสัปดาห์มากกว่า 5 เม็ด ร้อยละ 52.40 และไม่ใช้ร่วมกับยาเสพติดที่ผิดกฎหมายชนิดอื่น ร้อยละ 95.50 โดยระยะเวลาการใช้, การใช้ยาครั้งสุดท้าย และ

ความถี่ในการใช้มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.001 ระยะเวลาในการใช้ สหสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางเดียวกัน การใช้ยาครั้งสุดท้ายและความถี่ในการใช้ สหสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางตรงข้ามกัน ปริมาณการใช้ต่อสัปดาห์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.01 สหสัมพันธ์มีทิศทางตรงข้ามกัน และการใช้ร่วมกับยาเสพติดชนิดอื่นมี

ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
P- value < 0.05 สหสัมพันธ์เป็นไปในทิศทาง

ตรงข้ามกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการใช้เมทแอมเฟตามีนและกลุ่มอายุ

ตัวแปร	n(%)			Φ	P
	ทั้งหมด	ไม่เกิน 24 ปี	25 ปีขึ้นไป		
ระยะเวลาในการใช้					
≤ 1 ปี	460(27.90%)	330(40.60%)	130(15.60%)	0.279	<0.001***
> 1 ปี	1189(72.10%)	483(59.40%)	706(84.40%)		
การैयाครั้งสุดท้าย					
1 สัปดาห์	1165(71.50%)	537(67.10%)	628(75.80%)	-0.069	<0.001***
> 1 สัปดาห์	464(28.50%)	263(32.90%)	201(24.20%)		
ความถี่ในการใช้ ใน 1 วัน					
ครั้งเดียว	984(59.70%)	438(53.90%)	546(65.30%)	-0.117	<0.001***
มากกว่า 1 ครั้ง	665(40.30%)	375(46.10%)	290(34.70%)		
ปริมาณการใช้*/สัปดาห์					
< 5 เม็ด	785(47.60%)	356(43.80%)	429(51.30%)	-0.075	0.002**
> 5 เม็ด	864(52.40%)	457(56.20%)	407(48.70%)		
การใช้ร่วมกับยาเสพติดชนิดอื่น					
ไม่ใช่	1555 (95.50%)	759(94.20%)	796(96.70%)	-0.061	0.013*
ใช่	74(4.50%)	47(5.80%)	27(3.30%)		

อาการผิดปกติในผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน

อาการผิดปกติที่พบในผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน จากการสัมภาษณ์ประวัติ พบว่ามีอาการผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง ร้อยละ 70.90 โดย กลุ่มอาการที่เกิดจากผลกระทบ

โดยตรง (Direct behavioral effects) พบว่ามีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 66.90 ความยับยั้งชั่งใจลดลง ร้อยละ 66.00 กระตุ้นอารมณ์ทางเพศ ร้อยละ 3.50 หงุดหงิด ร้อยละ 68.80 ก้าวร้าว ร้อยละ 4.40 และหุนหันพลันแล่น ร้อยละ 67.40 เมื่อเปรียบเทียบกับระหว่าง

กลุ่มที่ใช้ยาเพียง 1 ครั้ง/วัน และใช้มากกว่า 1 ครั้งต่อวัน พบว่า ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม, อาการหงุดหงิด และความหุนหันพลันแล่น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.05$ สหสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยเมื่อวิเคราะห์อย่างหยาบ (Crude Odd Ratio: COR) ระหว่างการใช้เมทแอมเฟตามีนเพียงหนึ่งครั้งในหนึ่งวัน กับใช้มากกว่าหนึ่งครั้ง พบว่า ในผู้ใช้ยาบ้ามากกว่าหนึ่งครั้ง จะมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมากกว่า คนที่ใช้ครั้งเดียวในหนึ่งวัน (COR 1.315, 95% CI 1.064-1.625), ผู้ที่ใช้เมทแอมเฟตามีนมากกว่าหนึ่งครั้งต่อวัน มีอาการหงุดหงิดมากกว่าผู้ที่ใช้ครั้งเดียว (COR 1.278, 95% CI 1.031-1.584) และ ผู้ที่ใช้เมทแอมเฟตามีนมากกว่าหนึ่ง ครั้งต่อวัน มีความหุนหันพลันแล่นมากกว่าผู้ที่ใช้ครั้งเดียว (COR 1.305, 95% CI 1.055-1.614)

อาการผิดปกติด้านร่างกาย (Physical symptoms) พบว่า มีหัวใจเต้นเร็วขึ้น ขณะใช้ยา ร้อยละ 70.60 ความตึงตัวกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ร้อยละ 61.10 เหงื่อออกเพิ่มขึ้น ร้อยละ 69.30

และร้อนวูบวาบ ร้อยละ 68.50 เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง กลุ่มที่ใช้ยาเพียงหนึ่งครั้ง/วัน และใช้มากกว่าหนึ่ง ครั้งต่อวัน พบว่า อาการหัวใจเต้นเร็วขึ้น, ความตึงตัวกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น, เหงื่อออกเพิ่มขึ้น และอาการร้อนวูบวาบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.01$ สหสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เมื่อวิเคราะห์อย่างหยาบ (COR) ระหว่างการใช้เมทแอมเฟตามีนเพียงหนึ่งครั้งในหนึ่งวัน กับใช้มากกว่าหนึ่งครั้ง พบว่าผู้ที่ใช้เมทแอมเฟตามีนมากกว่าหนึ่งครั้งต่อวัน มีอาการหัวใจเต้นเร็วขึ้น (COR 1.365, 95% CI 1.095-1.700), ความตึงตัวกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น (COR 1.328, 95% CI 1.083-1.628) และเหงื่อออกเพิ่มขึ้น (COR 1.374 95% CI 1.106-1.707) มากกว่าผู้ที่ใช้เมทแอมเฟตามีนหนึ่งครั้งต่อวัน และในผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนมากกว่าหนึ่งครั้งต่อวัน มีอาการร้อนวูบวาบมากกว่าผู้ที่ใช้ครั้งเดียวในหนึ่งวัน (COR 1.405, 95% CI 1.133-1.743) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งการใช้ยาในหนึ่งวันกับ อาการผิดปกติ

อาการผิดปกติ	จำนวนครั้งการใช้ในหนึ่งวัน n(%)			Φ	COR (95% CI)	P
	ทั้งหมด (n = 1649)	ใช้ 1 ครั้ง	> 1 ครั้ง			
อาการผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง	1169 (70.90%)	542 (46.40%)	627 (53.60%)	0.039	1.186 (0.959-1.467)	0.116
ผลกระทบโดยตรง						
ปฏิสัมพันธ์ในสังคมเพิ่มขึ้น	1104 (66.90%)	635 (57.50%)	469 (42.50%)	0.063	1.315 (1.064-1.625)	0.011*
ความยับยั้งชั่งใจลดลง	1089 (66.00%)	632 (58.00%)	457 (42.00%)	0.047	1.224 (0.992-1.509)	0.059
กระตุ้นความต้องการทางเพศ	58 (3.50%)	33 (3.40%)	25 (3.80%)	0.011	1.126 (0.663-1.911)	0.661
หงุดหงิด	1134 (68.80%)	656 (57.80%)	478 (42.20%)	0.055	1.278 (1.031-1.584)	0.025*
ก้าวร้าว	73 (4.40%)	40 (4.10%)	33 (5.00%)	0.021	1.232 (0.769-1.975)	0.385
ความหุนหันพลันแล่น	1111 (67.40%)	640 (65.00%)	471 (70.80%)	0.061	1.305 (1.055-1.614)	0.014*
อาการผิดปกติทางร่างกาย						
หัวใจเต้นเร็วขึ้น	1165 (70.60%)	670 (57.50%)	495 (42.50%)	0.068	1.365 (1.095-1.700)	0.006**
ความตึงตัวกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น	1008 (61.10%)	575 (58.40%)	433 (65.10%)	0.067	1.328 (1.083-1.628)	0.006**
เหงื่อออกเพิ่มขึ้น	1142 (69.30%)	655 (57.40%)	487 (42.60%)	0.071	1.374 (1.106-1.707)	0.004**
ร้อนวูบวาบ	1129 (68.50%)	645 (57.10%)	484 (42.90%)	0.076	1.405 (1.133-1.743)	0.002**

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งการใช้ยาในหนึ่งวันกับ อาการผิปกติ (ต่อ)

อาการผิปกติ	จำนวนครั้งการใช้ในหนึ่งวัน n(%)			Φ	COR (95% CI)	P
	ทั้งหมด (n = 1649)	ใช้ 1 ครั้ง	> 1 ครั้ง			
อาการผิปกติทางจิตใจ						
กระสับกระส่าย	57 (3.50%)	31 (54.40%)	26 (45.60%)	-0.026	0.755 (0.444-1.283)	0.297
ประสาทหลอน	64 (3.90%)	34 (4.30%)	30 (3.50%)	-0.022	0.75 (0.482-1.311)	0.367
หลงผิด	58 (3.50%)	32(55.20 %)	26 (44.80%)	-0.029	0.730 (0.431-1.236)	0.240
หวาดกลัว	52 (3.20%)	30 (57.70%)	22 (42.30%)	-0.036	0.658 (0.376-1.150)	0.139

อาการผิปกติด้านจิตใจ ในผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน พบว่า มีอาการกระสับกระส่าย ร้อยละ 3.50 ประสาทหลอน ร้อยละ 3.90 หลงผิด ร้อยละ 3.50 และหวาดกลัว ร้อยละ 3.20 โดยอาการกระสับกระส่าย, ประสาทหลอน และหลงผิดเมื่อเทียบระหว่างปริมาณการใช้ที่ น้อยกว่า 5 เม็ด/สัปดาห์ และมากกว่า 5 เม็ด/สัปดาห์ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.05 สหสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เมื่อวิเคราะห์อย่างหยาบ ระหว่างการใช้เมทแอมเฟตามีนไม่เกิน 5 เม็ด/สัปดาห์ และมากกว่า 5 เม็ด/สัปดาห์ พบว่า ในผู้ใช้

เมทแอมเฟตามีนมากกว่า 5 เม็ด/สัปดาห์ มีอาการกระสับกระส่ายมากกว่า ผู้ที่ใช้เมทแอมเฟตามีนน้อยกว่า 5 เม็ด ประมาณ 4 เท่า ผู้ที่ใช้เมทแอมเฟตามีนมากกว่า 5 เม็ด/สัปดาห์ มีอาการประสาทหลอนมากกว่าผู้ที่ใช้ น้อยกว่า 5 เม็ด/สัปดาห์ ประมาณ 3 เท่า และผู้ที่ใช้เมทแอมเฟตามีนมากกว่า 5 เม็ด/สัปดาห์ มีอาการหลงผิดมากกว่าผู้ที่ใช้ น้อยกว่า 5 เม็ด/สัปดาห์ ประมาณ 3 เท่า ทั้งนี้ยังพบว่า ผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนมากกว่า 5 เม็ด/สัปดาห์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการกระตุ้นทางเพศที่ผิดปกติมากกว่าผู้ที่ใช้ น้อยกว่า 5 เม็ด/สัปดาห์ 4 เท่า รายละเอียด ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่าง ปริมาณการใช้เมทแอมเฟตามีนต่อสัปดาห์กับ อาการผิดปกติ

อาการผิดปกติ	ปริมาณการใช้ต่อสัปดาห์ n(%)			φ	COR (95% CI)	P
	ทั้งหมด (n= 1649)	ไม่เกิน 5 เม็ด	มากกว่า 5 เม็ด			
ผลกระทบอย่างใดอย่าง หนึ่ง	1169 (70.90%)	1149 (98.30%)	20 (1.70%)	0.033	2.071 (0.704-6.092)	0.186
ผลกระทบโดยตรง						
ปฏิเสธพันธึนในสังคม เพิ่มขึ้น	1104 (66.90%)	1084 (98.20%)	20 (1.80%)	0.042	2.495 (0.849-7.337)	0.097
ความยับยั้งชั่งใจ ลดลง	1089 (66.00%)	1070 (98.30%)	19 (1.70%)	0.034	1.971 (0.732-5.307)	0.179
กระตุ้นความต้องการ ทางเพศ	58 (3.50%)	55 (94.80%)	3 (5.20%)	0.059	4.078 (1.181-14.081)	0.026*
หงุดหงิด	1134 (68.80%)	1114 (98.20%)	20 (1.80%)	0.038	2.294 (0.780-6.744)	0.131
ก้าวร้าว	73 (4.40%)	71 (97.30%)	2 (2.70%)	0.023	1.990 (0.459-8.627)	0.358
ความหุนหันพลันแล่น	1111 (67.40%)	1094 (98.50%)	17 (1.50%)	0.009	1.179 (0.486-2.860)	0.719
อาการผิดปกติทางร่างกาย						
หัวใจเต้นเร็วขึ้น	1165 (70.60%)	1145 (98.30%)	20 (1.70%)	0.034	2.096 (0.713-6.165)	0.179
ความตึงตัวกล้ามเนื้อ เพิ่มขึ้น	1008 (61.10%)	993 (98.50%)	15 (1.50%)	0.003	1.061 (0.461-2.438)	0.890
เหงื่อออกเพิ่มขึ้น	1142 (69.30%)	1122 (98.20%)	20 (1.80%)	0.037	2.241 (0.762-6.592)	0.142

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่าง ปริมาณการใช้เมทแอมเฟตามีนต่อสัปดาห์กับ อาการผิดปกติ (ต่อ)

อาการผิดปกติ	ปริมาณการใช้ต่อสัปดาห์ n(%)			Φ	COR (95% CI)	P
	ทั้งหมด (n= 1649)	ไม่เกิน 5 เม็ด (98.20%)	มากกว่า 5 เม็ด (1.80%)			
ร้อนวูบวาบ	1129 (68.50%)	1109 (98.20%)	20 (1.80%)	0.039	2.326 (0.791-6.841)	0.125
อาการผิดปกติทางจิต						
กระสับกระส่าย	57 (3.50%)	54 (94.70%)	3 (5.30%)	0.060	4.156 (1.203-14.328)	0.024*
ประสาทหลอน	64 (3.90%)	61 (3.80%)	3 (4.70%)	54.000	3.663 (1.064-12.612)	0.040*
หลงผิด	58 (3.50%)	55 (94.80%)	3 (5.20%)	0.059	4.078 (1.181 - 14.081)	0.026*
หวาดกลัว	52 (3.20%)	50 (3.10%)	2 (8.30%)	0.036	2.864 (0.655-12.513)	0.144

วิจารณ์ (Discussions)

ผู้ที่ใช้เมทแอมเฟตามีน ในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สอดคล้องกับ สถานการณ์การใ้ยาเสพติดในระดับโลก¹ โดยส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน และมีรายได้ มี ระยะเวลาการใช้มากกว่า 1 ปี ในหนึ่งวันใช้ ครั้งเดียว โดยใช้มากกว่า 5 เม็ด/ สัปดาห์ ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาในผู้เข้ารับการรักษา แบบค่ายที่พบว่า ในการใช้ยาบ้า มักใช้ครั้ง ละ 1-2 เม็ด/ ครั้ง¹⁵ และมักไม่ใช้ร่วมกับยา เสพติดชนิดอื่น

เมทแอมเฟตามีนที่ใช้โดยวิธีการสูบ สามารถออกฤทธิ์ได้นาน 8-17 ชั่วโมง โดย ระยะเวลาในการออกฤทธิ์สูงสุดภายหลังการ สูบที่ประมาณ 30 มิลลิกรัม คือ 16-20 นาที¹⁶ ยาบ้าที่ใช้ในประเทศไทย มีปริมาณเมทแอม เฟตามีนบริสุทธิ์ ประมาณ 20-25%^{9,10} ดังนั้น ในการการใช้มากกว่า 1 ครั้งในหนึ่งวัน การ ออกฤทธิ์ของยาจะเพิ่มขึ้นส่งผลให้ เกิดผล กระทบโดยตรงที่สัมพันธ์กับการใช้มากกว่า 1 ครั้งในหนึ่งวัน ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์ที่เพิ่ม มากขึ้น หงุดหงิดและมีความหุนหันพลันแล่น มากกว่า อีกทั้งเกิดความผิดปกติทางร่างกาย

ทั้งหัวใจเต้นเร็วขึ้น ความตึงตัวกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น เหงื่อออกเพิ่มขึ้น และมีอาการร้อนวูบวาบตามร่างกาย

การวิจัยนี้ พบว่า ผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนมีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการทางจิต 3-4 เท่า ในผู้ใช้มากกว่า 5 เม็ด/สัปดาห์ หรือปริมาณ 125 มิลลิกรัม/สัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าอาการทางจิตที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับปริมาณและความถี่ที่ใช้เมทแอมเฟตามีน^{17,18}

ข้อยุติ (Conclusions)

ผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดในค่ายบำบัดยาเสพติด ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้เมทแอมเฟตามีนมากกว่า 1 ปี ใช้ยาครั้งสุดท้ายไม่เกิน 1 สัปดาห์ มากกว่า ร้อยละ 70 ทั้งนี้มีความถี่ในการใช้ คือ ใช้เพียงครั้งเดียวในหนึ่งวัน ประมาณร้อยละ 60 มากกว่า ร้อยละ 95 ใช้เมทแอมเฟตามีนเพียงชนิดเดียวโดยไม่ใช้ร่วมกับยาเสพติดให้โทษชนิดอื่น ทั้งนี้ ประมาณร้อยละ 52 ใช้เมทแอมเฟตามีนมากกว่า 5 เม็ด/สัปดาห์

ผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดในค่ายบำบัด กว่าร้อยละ 70 มีอาการผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นจากการใช้เมทแอมเฟตามีน โดยอาการผิดปกติที่เกิดจากความผิดปกติโดยตรง และอาการผิดปกติทางร่างกายสัมพันธ์กับจำนวนครั้งในการใช้ในวัน โดยพบว่า เสี่ยงต่อการเกิดอาการผิดปกติ เพิ่มขึ้น มากกว่า ร้อยละ 10 ในผู้ใช้

มากกว่าหนึ่งครั้ง/วัน และอาการทางจิตใจและความผิดปกติของความต้องการทางเพศสัมพันธ์กับปริมาณการใช้/สัปดาห์ โดยพบว่าเป็นผู้ใช้มากกว่า 5 เม็ด/สัปดาห์มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการผิดปกติทางจิต 3-4 เท่า ของผู้ใช้ในปริมาณน้อยกว่า 5 เม็ด/สัปดาห์

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

การใช้เมทแอมเฟตามีนในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ในกลุ่มผู้ใช้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วย เป็นอีกกลุ่ม ที่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ ในกระบวนการบำบัดแบบค่ายบำบัดควรมีการคัดกรองความรุนแรงจากอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นประกอบการพิจารณาในการบำบัด อีกทั้งในกระบวนการบำบัดควรมีวิธีการจัดการ สังเกต แก้ไข อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเพื่อความปลอดภัยของผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน ทั้งนี้การวิจัยนี้มีข้อจำกัดในเรื่องฐานข้อมูลซึ่งระบุ อาการผิดปกติที่ยังไม่ครอบคลุมในหลายกลุ่มอาการ เช่น กลุ่มความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น, อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น, อาการวิตกกังวล และการขยายของม่านตา เป็นต้น ซึ่งสามารถออกแบบเพื่อศึกษาเพิ่มเติมในการศึกษาครั้งต่อไป

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน มักยังไม่ถูกวินิจฉัยที่ชัดเจน แต่

การตระหนักถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจช่วยนำสู่การคัดกรองผู้ใช้น้ำเข้าสู่กระบวนการบำบัดที่เหมาะสม เป็นข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาการคัดกรองของระบบการบำบัดแบบสมัครใจในประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง (References)

1. United Nation Office on drug and Crime: UNODC. **Word drug report 2019** [online] 2019 [cited 2020 May 11]. Available from: <https://wdr.unodc.org/wdr2019/index.html>.
2. UNODC. **ANALYSIS OF DRUG MARKETS Opiates, cocaine, cannabis, synthetic drugs** [online] 2018 [cited 2020 May 11]. Available from: https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_3_DRUG_MARKETS.pdf.
3. UNODC. **The Challenge of Synthetic Drugs in East and South-East Asia :Trends and Patterns of Amphetamine - type Stimulants and New Psychoactive Substances. Global SMART Programme** [online] 2017 [cited 2020 May 11]. Available from: https://www.unodc.org/documents/scientific/Trends_and_Patterns_of_ATS_and_NPS_2017.pdf
4. UNODC. **Synthetic drug East and Southeast Asia** [online] 2019 [cited 2020 May 11]. Available from: https://www.unodc.org/documents/scientific/Synthetic_drug_East_and_Southeast_Asia_2019.pdf

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ เครือข่ายวิชาการและข้อมูลสารเสพติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

- www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/Publications/2019/2019_The_Challenge_of_Synthetic_Drugs_in_East_and_SEA.pdf
5. Courtney KE, Ray LA. Methamphetamine: An update on epidemiology, pharmacology, clinical phenomenology, and treatment literature. **Drug and alcohol dependence** 2014; 143: 11-21.
6. Barrett EL, Mills KL, Teesson M, Ewer P, Mental health correlates of anger and violence among individuals entering substance use treatment. **Mental health and substance use** 2015; 168(1-2): 185-190.
7. Zweben JE, Cohen JB, Christian D, Galloway GP, Salinardi M, Parent D, et al. Psychiatric symptoms in methamphetamine users. **The American journal of addiction** 2004; 13: 181-190.
8. Callaghan R, Cunningham J, Allebeck P, Arenovich T, Sajeev G, Remington G, et al. Methamphetamine use and

- schizophrenia: A population-based cohort study in California. **American journal Psychiatry** 2012; 169(4): 389-396.
9. Kanato M, Leyatikul P, Choomwattana C, Sarasiri R. **ASEAN drug monitoring report 2017**. Bangkok: Office of the Narcotics Control Board; 2018.
 10. Mathaput V, Nungsai P, Teerarutpan V, Man gl i n A. An Analysis of Composition in Methamphetamine tablets for the fiscal year 2007-2013. **Journal of Public Health** 2016; 25 (3): 219-527.
 11. Veerachai V. **Concept of drug users rehabilitations** [online] 2016 [cited 2020 May 11]. Available from: www.Irct.go.th/th/wp-content. [In Thai].
 12. Office of Public Health Administration Ministry of Public Health. **Handbook of Drug Rehabilitation Patient Operations**. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2017. [In Thai].
 13. Ministry of Public Health. **Standards of Behavior Change Centers for Drug Abuse Groups**. Samut Sakhon: Born to be Publishing Company Limited; 2560. [In Thai]
 14. Thumwong N, Kanato M. **Methamphetamine use behavior, abnormal symptoms, and domestic violence among drug user in Thailand** [online] 2019 [cited 2020 May 11]. Available from: https://journals.lww.com/addictiondisorders/Abstract/publishahead/Methamphetamine_Use_Behavior,_Abnormal_Symptoms,.99726.aspx.
 15. Yangyuen S, Thitisutthi S. The evaluation of behavior modification camp on drug users, Mahasarakham Province. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2015; 3(4): 605-662. [In Thai].
 16. Cruickshank CC, Dyer KR. A review of clinical pharmacology of methamphetamine. **Addiction** 2009; 104: 1085-1099.
 17. Zweben JE, Cohen JB, Christian D, Galloway GP, Salinardi M, parent D. et. al. Psychiratic symptoms in methamphetamine users. **American journal addiction** 2004; 13: 181-190.
 18. Sekine Y, Minabe Y, Ouchi Y, Takei N, Iyo M, Nakamura K, et al. Association of dopamine transporter loss in the orbitofrontal and dorsolateral prefrontal cortices with methamphetamine-related psychiatric symptoms. **American journal psychiatry** 2003; 160: 1699-1701.

ผลการส่งเสริมพัฒนาพลังต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาตำบลบ้านกู่ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

กัทธ ดานา*, เมตตา คุณวงศ์*, ธวัชรัตน์ สอนบุญชู*, สิทธิสันต์ พุทธิบาล*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการส่งเสริมพัฒนาพลังในผู้สูงอายุ ตำบลบ้านกู่ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยผู้สูงอายุ 126 คน และผู้เกี่ยวข้อง 14 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามชนิดตนเอง, สนทนากลุ่ม, สัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี คือ การดูแลตนเองทั่วไป, ตามระยะพัฒนาการและเมื่อมีภาวะเป็ยงเบน ค่าเฉลี่ย 1.55, 1.49, 1.49 ตามลำดับ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, พัฒนาการ, คุณภาพชีวิต

*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรัง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

Corresponding author: Kamthorn Dana. E-mail: dkamthorn@gmail.com

Received 01/04/2020

Revised 04/05/2020

Accepted 02/06/2020

**THE EFFECT OF PROMOTING ACTIVE AGING ON SELF-CARE BEHAVIOR
AND QUALITY OF LIFE: A CASE STUDY OF BAN KU, YANG SI SURAT
DISTRICT, MAHASARAKHAM PROVINCE**

Kamthorn Dana, Mata Kunwong*, Thawanrat Sonboonchu*, Sittisun Phutthaban**

ABSTRACT

This action research was aimed to evaluate a promotion of active ageing among elderly person in Ban Ku at Yang Si Surat District, Mahasarakham Province. The target group consisted of 126 elderly peoples and 14 associated persons. The data were collected using self-administered questionnaire, focus group discussion, and in-depth interview. The data were analyzed by descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient.

The study results showed that the elderly had good self-care behaviors which were general self-care, self-care according to developmental stages and self-care when there was deviation, with mean values of 1.55, 1.49, and 1.49, respectively. The overall quality of life was at a moderate level and self-care behaviors were significantly correlated with quality of life.

Keywords: Elderly, Active Ageing, Quality of Life

*Noon Rang Tambon Health Promoting Hospital

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

โครงสร้างประชากรที่ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทั่วโลกส่งผลต่อปัญหาสุขภาพ ความพิการ และการเจ็บป่วยหลายอย่างตามมา ทำให้ความจำเป็นในการดูแลสุขภาพและมีความจำเป็นในการดูแลสุขภาพและมีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น¹⁻³ ปี 2560 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 11 ล้านคน (ร้อยละ 17 ของประชากรทั้งหมด 65.5 ล้านคน) และ 4 ปีข้างหน้าไทยจะเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ และอีก 20 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุมากถึง 20 ล้านคน โดยเฉพาะกลุ่ม 80 ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นจาก 1.5 ล้านคนสูงถึง 3.5 ล้านคน⁴

องค์การอนามัยโลกเสนอแนวคิด Active Ageing สำหรับการพัฒนาและหาแนวทางแก้ไขปัญหาโดยส่งเสริมผู้สูงวัยมีศักยภาพ 3 อย่าง คือ การมีสุขภาพดี (Health) มีส่วนร่วม (Participation) และมีความมั่นคง (Security)⁵ เพื่อความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถพึ่งตนเองตามศักยภาพและใช้ความสามารถช่วยเหลือครอบครัว ชุมชนและสังคมได้ ประเทศไทยได้นำแนวคิดการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีศักยภาพหรือพัฒนาพลังเพื่อรองรับการเป็นสังคมสูงวัยพยายามพัฒนาให้ครอบคลุมกายใจ สังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม ตลอดจนค่านิยมและปัญญา การที่ผู้สูงวัยมีชีวิตที่ยืนยาวสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและใจ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมด้านสังคมและเศรษฐกิจ ดูแลตนเอง

และพึงพอใจในตนเอง ถือเป็นสิ่งสำคัญและเป็นเป้าหมายที่ควรส่งเสริมซึ่งความมุ่งหมายสุดท้าย คือ ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ (Self-care)⁶ ตามสมรรถนะและความสามารถของแต่ละคน

ตำบลบ้านกู่ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรคล้ายกับภาพรวมประเทศ⁷ พบผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ปี 2559, 2560 และ 2561 มี 13.2% , 14.2% และ 14.9% ตามลำดับ พบประเด็นปัญหาสุขภาพ คือ โรคเบาหวาน 11.78% ความดันโลหิตสูง 16.41% ปัญหาช่องปาก 25.21% วิตกกังวล ซึมเศร้า 4.52% และข้อเข่าเสื่อม 21.54% โดยการเปลี่ยนแปลงนี้มีส่วนสัมพันธ์เชื่อมโยงกันและส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย การดำเนินชีวิตและความมั่นคงของผู้สูงอายุ

จากการสังเคราะห์แนวคิดการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีศักยภาพ⁸⁻¹⁰ พบว่า ตัวผู้สูงอายุเองหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลควรมีการปรับตัวและเตรียมพร้อมรับกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นให้เป็นพลังที่สำคัญ และพื้นที่ตำบลบ้านกู่เริ่มก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2546 และแต่งตั้งคณะกรรมการมาจนถึงปัจจุบัน กิจกรรมส่วนใหญ่เน้นด้านสวัสดิการมีเงินช่วยเหลือมาปนกิจแก่สมาชิกเท่านั้น และต่อมาในปี พ.ศ. 2559 พื้นที่เริ่มดำเนินกิจกรรมกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้รับงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่ง

เน้นแต่การดูแลเฉพาะกลุ่ม แต่กลุ่มที่ยังดูแลตัวเองได้ ซึ่งบางคนป่วยโรคเรื้อรังและมีความเสี่ยงด้านสุขภาพต่าง ๆ ยังไม่มีการดำเนินการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการส่งเสริมศักยภาพที่เป็นรูปธรรมและขาดการเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผลการประเมินดังกล่าวจึงนำมาสู่การส่งเสริมพัฒนาพลังในผู้สูงอายุขึ้น โดยผลการศึกษาคั้งนี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพสร้างประโยชน์และถ่ายทอดองค์ความรู้ต่อครอบครัวชุมชนและสังคมได้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาผลการส่งเสริมพัฒนาพลังในผู้สูงอายุตำบลบ้านกุ่ม อำเภอยางสีสุราช จังหวัด มหาสารคาม

วิธีการศึกษา (Method)

วิธีการวิจัย

ระยะที่ 1 เดือน เมษายน 2559 – พฤษภาคม 2559

1.1 ศึกษาข้อมูลในพื้นที่

1.1.1 ศึกษาบริบทของชุมชนและบริบทของผู้สูงอายุในพื้นที่

1.1.2 ทบทวนแนวคิดการส่งเสริมศักยภาพในผู้สูงอายุ ตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ซึ่งมุ่งสร้างผู้สูงอายุให้มีชีวิตยืนยาว มีสุขภาพทางกายและจิต พึ่งตนเอง พอใจในชีวิต มีคุณภาพชีวิตที่ดีและทำประโยชน์ต่อผู้อื่นและสังคม

1.1.3 ประชุมระดมสมองร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อคืนข้อมูลและวางแผนหาแนวทางในการส่งเสริมศักยภาพในผู้สูงอายุ ทำให้เกิดแผนการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุของพื้นที่

1.2 ร่างแผนและกำหนดกิจกรรมการส่งเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุ เดือน มิถุนายน - กันยายน 2559 โดย ประชาสัมพันธ์ให้ทุกหมู่บ้านรับทราบเกี่ยวกับกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ จัดทุกวันพฤหัสบดีที่ 4 ของทุกเดือน และเชิญชวนให้ผู้สูงอายุที่สนใจได้สมัครเข้าร่วมกิจกรรม สถานที่เป็นศาลาวัดชัยมงคล บ้านกุ่ม ม.1 และมอบหมายให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต.บ้านโนนรัง เป็นวิทยากรสอนและพาทำกิจกรรมประเด็นการดูแลสุขภาพ อาหาร การออกกำลังกาย

1.3 ติดตามสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดในโรงเรียนผู้สูงอายุ เดือน ตุลาคม – พฤศจิกายน 2559

1.4 ประเมิน เดือน ธันวาคม 2559 พบว่า 1) ด้านผู้สูงอายุ ยังไม่ทราบข้อมูลอย่างทั่วถึง ส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมเฉพาะผู้ที่อยู่ใกล้สถานที่จัดกิจกรรม และรู้สึกเสียเวลากับการเข้าร่วมกิจกรรมทั้งวัน 2) ด้านสถานที่ เมื่อทางวัดมีกิจกรรมทางศาสนาหรือกิจกรรมอื่น ๆ ก็ไม่สามารถจัดกิจกรรมได้ และสภาพศาลาที่เล็กแออัด และอากาศไม่ถ่ายเท 3) วิทยากรของโรงเรียนที่มีเฉพาะกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่ง

ไม่หลากหลายและไม่ครอบคลุมประเด็นอื่น ๆ ตามวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 นำข้อมูลที่สะท้อนผลจากระยะที่ 1 ประชุมและชี้แจงกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ และกองทุนสุขภาพตำบลและดำเนินการต่อเดือน มกราคม – กันยายน 2560 เกิดการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

2.1 ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนช่วยเหลือฟื้นฟูผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส ให้ใช้อาคารเป็นสถานที่ทำการและจัดกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ และเปลี่ยนชื่อเป็น โรงเรียนผู้สูงอายุสุขสมวัยตำบลบ้านกู่

2.2 กำหนดวันจัดกิจกรรมโดยเพิ่มเป็น วันพฤหัสบดีที่ 2, 4 ของทุกเดือน และจัดกิจกรรม เวลา 09.00-12.00 น. มีคณะทำงานเพิ่มจากทุกภาคส่วน เช่น พระภิกษุ กศน. ศูนย์สังคมสงเคราะห์จังหวัดมหาสารคาม ร่วมเป็นวิทยากรและเพิ่มเนื้อหาของหลักสูตรในประเด็นการฝึกอาชีพ งานฝีมือ และกิจกรรมทางด้านศาสนา

หลังจากดำเนินกิจกรรมแล้วได้นำข้อมูล ข้อสังเกตและเสนอแนะต่าง ๆ ร่วมวิพากษ์กับผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ คือ ผู้บริหารท้องถิ่น, เจ้าคณะตำบล, ผู้สูงอายุดีเด่น, ผู้เชี่ยวชาญการดูแลสุขภาพชุมชนและผู้เชี่ยวชาญสังคมและการพัฒนาชุมชนพบว่า เนื้อหาหลักสูตรยังไม่ครอบคลุม

ประเด็นการสร้างศักยภาพในผู้สูงอายุ จึงดำเนินการพัฒนาต่อ

ระยะที่ 3 วางแผนปรับปรุงให้มีความเป็นไปได้เหมาะสมกับพื้นที่ เดือนตุลาคม 2561- กันยายน 2562 ระยะนี้ผู้วิจัยได้นำกิจกรรมของหลักสูตร ไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายการส่งเสริมความสามารถของผู้สูงอายุจากศูนย์อนามัยที่ 7 จังหวัดขอนแก่น จากนั้นจึงปรับปรุงหลักสูตรการดำเนินกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุโดยเพิ่มกิจกรรมที่มีความครอบคลุมทุกมิติในตัวผู้สูงอายุมากขึ้น และใช้ชื่อหลักสูตร ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้มคร่ำ กินข้าวแชบ นอนหลักแกลบ และสรุปเป็นแนวทางการส่งเสริมพัฒนาของผู้สูงอายุในบริบทพื้นที่ตำบลบ้านกู่ หลังจากนั้นติดตามประเมินผล

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ¹¹ ดำเนินการ เดือนเมษายน 2559 – กันยายน 2562

ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา

กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มที่ร่วมพัฒนา ได้แก่ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 14 คน (นายก อบต, ผู้นำชุมชน 9 คน, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4 คน), 2) กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 126 คน เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ สมัครใจเข้าร่วมโครงการ สื่อสารได้ดีและสามารถร่วมทำ

กิจกรรมได้ตลอดการวิจัยและเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ที่เจ็บป่วยหรือเป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรงหรือย้ายที่อยู่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางการสนทนากลุ่ม มีประเด็นคำถาม ดังนี้

1.1 สัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้สูงอายุ ประเด็นการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง การยอมรับการเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพ การแสวงหาความรู้ในการดูแลตนเองและการยอมรับความเปลี่ยนแปลงของชีวิต

1.2 สนทนากลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (นายก อบต. ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ประเด็น ผู้ดูแลในครอบครัว รายได้ ที่อยู่อาศัย การเข้าร่วมกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์และจิตอาสา สวัสดิการที่ได้รับ บริการจากภาครัฐและความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

2. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง สร้างจากแนวคิดการดูแลตนเอง^{12,13} มี 7 องค์ประกอบ 17 ข้อคำถาม คือ การทำกิจวัตรประจำวัน 5 ข้อ, ความสามารถในการจัดการตัวเอง 3 ข้อ, ความอยู่ดีมีสุข 2 ข้อ, การตัดสินใจด้วยตนเอง 2 ข้อ, ความมุ่งมั่น

ตั้งใจ 3 ข้อ, การอยู่อย่างโดดเดี่ยว 1 ข้อและการแต่งกาย 1 ข้อ ให้คะแนน 1-5 คือ ไม่เห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนสูงสุดคือการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองมากที่สุด ถ้าได้ 69 คะแนนขึ้นไป หมายถึงความสามารถในการดูแลตนเองสูง หากค่าความเที่ยงตรงโดยผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเนื้อหาภาษาและความครอบคลุม 3 คน นำไปทดสอบกับผู้สูงอายุพื้นที่ใกล้เคียง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับอัลฟา .89

3. แบบวัดคุณภาพชีวิต ประยุกต์ใช้จากองค์การอนามัยโลก WHOQOL-BREIF-THAI ซึ่งเป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานได้รับการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงมาแล้ว มี 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ข้อคำถามมีความหมายทางบวก 23 ข้อ และความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2,9 และ 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนนโดย กลุ่มคำถามทางบวก ตอบไม่เลยให้ 1 คะแนน จนถึงมากที่สุดให้ 5 คะแนน และกลุ่มคำถามทางลบ ตอบไม่เลยให้ 5 คะแนน จนถึงมากที่สุดให้ 1 คะแนน แปลผลคะแนนตั้งแต่ 26-130 เทียบกับเกณฑ์ ดังนี้

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตดี
สุขภาพกาย	7-16	17-26	27-35
จิตใจ	6-14	15-22	23-30
ความสัมพันธ์กับสังคม	3-7	8-11	12-15
สิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
คุณภาพชีวิตภาพรวม	26-60	61-95	96-130

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลยางสีสุราช เลขที่ 3/2559 ลงวันที่ 20 มีนาคม 2559 และได้ปฏิบัติตามโดยเคร่งครัด

ผลการศึกษา (Results)

พื้นที่ตำบลบ้านคูมีผู้สูงอายุทั้งหมด 621 คน โดยผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 94 คน (ร้อยละ 15.14) ได้รับการดูแลโดยในพื้นที่มีกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและมีจิตอาสาออกให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง และผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ 527 คน (ร้อยละ 84.86) ยังไม่มีแนวทาง/กิจกรรมการส่งเสริมศักยภาพที่ชัดเจน กิจกรรมในพื้นที่ไม่ต่อเนื่องและไม่ครอบคลุม หลังจากร่วมวิเคราะห์วางแผนหาแนวทางและกำหนดกิจกรรม

ส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเกิด 5 กิจกรรมหลักของพื้นที่ คือ

1) การสร้างศรัทธาในตัวผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุได้ถ่ายทอดองค์ความรู้ภูมิปัญญาให้กับนักเรียน 3 แห่ง ในพื้นที่ และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก กิจกรรมดังกล่าวทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและเกิดการยอมรับในตัวผู้สูงอายุ

2) การสร้างพื้นที่ทางสังคมให้ผู้สูงอายุได้แสดงความสามารถและคำนึงถึงความต่างและความต้องการของผู้สูงอายุ การรวมกลุ่มเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมวันสำคัญต่าง ๆ ในพื้นที่ เช่น งานกีฬา ประเพณีบุญสงกรานต์ ประเพณีบุญบั้งไฟ งานวันเด็กและประเพณีบุญสงกรานต์

3) ส่งเสริมให้เรียนรู้โดยการมีส่วนร่วมลดช่องว่างระหว่างวัย เช่น กิจกรรมการเรียนรู้ฝึกอาชีพต่าง ๆ เข้าร่วมแลกเปลี่ยนการสร้างเสริมสุขภาพ ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย กับเครือข่ายของเขตสุขภาพที่ 7 และการศึกษาดูงานเพิ่มโอกาสการเรียนรู้ให้กับผู้สูงอายุ

4) มีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยต่อชีวิต และทรัพย์สิน การปรับปรุงที่นอน ห้องน้ำที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและมอบหมายให้จิตอาสาหรือเพื่อนบ้านคอยสอดส่องดูแล สิ่งเหล่านี้ช่วยสร้างความรู้สึกปลอดภัยให้ผู้สูงอายุ

5) มีสถานที่ทำกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากกระบวนการวิจัยได้เกิดการ

จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุสุขสมวัยขึ้น มีกิจกรรม ทุกเดือน ๆ ละ 2 ครั้ง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุหลังดำเนินกิจกรรม ส่งเสริมศักยภาพในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุรายด้านและภาพรวม

พฤติกรรมดูแลตนเอง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
-การดูแลตนเองโดยทั่วไป	1.55	0.25
-การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ	1.49	0.30
-การดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบน	1.49	0.28
การดูแลตนเองโดยภาพรวม	1.52	0.24

จากตาราง 1 แสดงว่าผู้สูงอายุมี พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับ ดี (\bar{X} = 1.52, S = 0.24) และพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน ทั้งในด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไปอยู่ในระดับดี (\bar{X} = 1.55, S = 0.25) ด้านการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการอยู่ในระดับดี (\bar{X} = 1.49, S = 0.30) และด้านการ

ดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนอยู่ในระดับดี (\bar{X} = 1.49, S = 0.28)

ส่วนผลการศึกษาคุนภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หลังดำเนินกิจกรรมตามหลักการ ส่งเสริมศักยภาพในผู้สูงอายุของพื้นที่ พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตปานกลาง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
-สุขภาพทางกาย	26.42	2.54
-สุขภาพทางจิตใจ	22.96	1.66
-สัมพันธภาพกับสังคม	25.30	1.27
-ด้านสิ่งแวดล้อม	28.51	2.59
คุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม	25.79	2.02

จากตาราง 2 พบว่าผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 26.42, S = 2.54$) ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 23.96, S = 1.66$) ด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 11.30, S = 1.27$) ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 28.51, S = 2.59$) และคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 89.19, S = 5.86$)

และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแล้ว พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิจารณ์ (Discussions)

ผลการศึกษาครั้งนี้ค้นพบว่ากิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพและความสามารถในตัวเองและส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตัวเองกับคุณภาพชีวิต

ควรประกอบด้วย 1) การสร้างศรัทธาในพลังของผู้สูงอายุ เนื่องจากการส่งเสริมศักยภาพควรสร้างความมั่นใจให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าได้รับการยอมรับอย่างแท้จริง ดังที่ สุชาติ ทวีสิทธิ์ และสวรัช บุญยมานนท์¹⁴ พบว่าเมื่อครอบครัวตระหนักและให้ความสำคัญจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขคุณภาพชีวิตดี และมีสุขภาพจิตที่ดีด้วยและสามารถดูแลตัวเองทำกิจกรรมต่าง ๆ จนชุมชนให้การยอมรับ 2) การสร้างพื้นที่ทางสังคมให้ผู้สูงอายุแสดงความสามารถที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น วัชรภัสร์ แซ่บัว และคณะ¹⁵ ได้เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แสดงความสามารถและมีกิจกรรมผ่านชมรมผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขรู้สึกมีคุณค่าและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และปวีณา ลิ้มปิทีปการ และคณะ¹⁶ ได้ประเมินความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยที่ชุมชนต้องสร้างระบบทางสังคมให้เกิดการรวมกลุ่มทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้และทำกิจกรรมร่วมกับชุมชนเพิ่มขึ้น 3) ส่งเสริมให้

ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ตลอดช่วงระหว่างวัยโดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับอำเภอ จังหวัด และระดับเขตสุขภาพ ซึ่งจุฑารัตน์ แสงทอง¹⁷ พบว่าวัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องเตรียมความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงนโยบายต่าง ๆ ควรสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตที่ร่วมมือกับวัยอื่นในชุมชน และระวี สัจจโสภณ¹⁸ ที่เชื่อว่าเมื่อผู้สูงวัยได้ศึกษาเรียนรู้ตลอดชีวิตจะเป็นหนทางของการพัฒนาศักยภาพของตัวเอง และช่วยสานสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัวและชุมชน จะส่งผลให้ผู้สูงอายู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ไม่เป็นภาระให้คนอื่นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย 4) การมีส่วนร่วมกิจกรรมที่หลากหลายในชุมชน เช่น งานกีฬา งานบุญ ประเพณีต่าง ๆ ช่วยพัฒนาจิตใจให้มีความสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ ประเสริฐ ประสมรักษ์ และคณะ¹⁹ ที่ว่ากิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำแล้วสร้างความสุขให้ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องมักมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยและการศึกษาของ สุวรรณ เตชะธีระปริดา²⁰ พบว่า การจัดกิจกรรมนันทนาการต่าง ๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจและต้องการเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าวเพิ่มขึ้น 5) สิ่งแวดล้อมรอบตัวที่มั่นคงปลอดภัยถือเป็นเรื่องสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนิรันดร เพชรรัตน์ และคณะ²¹ ที่พบว่าการที่ชุมชนมีความพร้อมที่จะรองรับสังคมผู้สูงวัยนั้น สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมช่วยกระตุ้นให้

ผู้สูงอายุวัยเกิดความกระชุ่มกระชวยและดำรงชีวิตอย่างมีความสุขได้

ข้อยุติ (Conclusions)

ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับการดูแลตนเองนั้น ขึ้นอยู่กับวิธีการและแนวทางการส่งเสริมพัฒนาพลังหรือการส่งเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประเด็น สภาพะ สุขภาพ ความถนัดของผู้สูงอายุ รวมถึงวิถีของชุมชนที่ต่างกันย่อมมีวิธีการส่งเสริมศักยภาพและความร่วมมือที่หลากหลาย ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นตามธรรมชาติและ ความเหมาะสมในแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพ ควรให้ผู้สูงอายู้สึกถึงคุณค่าในตัวเอง ได้ แสดงความสามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ ศึกษาเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง มีที่อยู่อาศัยที่มั่นคงปลอดภัยและมีสถานที่ให้ผู้สูงอายุได้ ทำกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

2. ควรหาวิธีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมกับความสามารถในการดำเนินชีวิตของแต่ละคนและหาวิธีการเปลี่ยนแปลงปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนได้ เช่น สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

จากการพัฒนาศักยภาพในผู้สูงอายุ ตำบลบ้านกู่ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคามครั้งนี้ ได้รู้ถึงแนวทางและกิจกรรมที่จะผลักดันให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตัวเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดีป้องกันภาวะทุพพลภาพที่อาจนำไปสู่การ

พึ่งพิง ซึ่งเป็นภาวะที่ไม่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในอนาคตได้

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ ผู้สูงอายุ ที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการวิจัย

เอกสารอ้างอิง (References)

1. United Nations. **World Population Ageing 2015**. Vienna: United Nations publication; 2015.
2. Help Age International. **Global agewatch index 2015 insight report**. UK: Help Age International publication; 2015.
3. World Health Organization (WHO) . **WHO global disability action plan 2014–2015**. Geneva: World Health Organization publication; 2015.
4. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. **Situation of the Thai elderly 2017** . Bangkok: Duentula Printing House; 2017. [in Thai].
5. World Health Organization. **Active ageing: a policy framework**. Geneva: World Health Organization publication; 2002.
6. Yodphet S. **Elderly Welfare: Concepts and Practices in Social Work**. Bangkok: Mister Copy (Thailand) ; 2006. [in Thai].
7. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. **Population Projection of the year 2005 – 2025**. Nakhon Pathom: Edison Press Products Company Limited; 2006. [in Thai].
8. Briggs AM, Valentijn PP, Thiyagarajan JA, Araujo de Carvalho I. Elements of integrated care approaches for older people: a review of reviews. **BMJ Open** 2018; 8(4): e021194.
9. Shakib S, Dundon BK, Maddison J, Thomas J, Stanners M, Caughey GE, et al. Effect of a Multidisciplinary Outpatient Model of Care on Health Outcomes in Older Patients with Multimorbidity: A Retrospective Case

- Control Study. **PLoS One** 2016; 11(8): e0161382.
10. Threapleton DE, Chung RY, Wong SYS, Wong E, Chau P, Woo J, et al. Integrated Care for Older Populations and Its Implementation Facilitators and Barriers: A Rapid Scoping Review. **Int J Qual Health Care** 2017; 29(3): 327-334.
11. Zuber-Skerritt O, Fletcher M, Kearney J. **Professional Learning in Higher Education and Communities**. Palgrave Macmillan UK; 2015.
12. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. **Nursing: concepts of practice**. St. Louis, MO: Mosby; 1995.
13. Süderhamn O, Ek AC, Pörn I. The Self-care Ability Scale for the Elderly. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy** 1996; 3(2): 69-78.
14. Taweelin S, Boonyamanon S. **Value of the elderly from the eyes of Thai society**. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2010.
15. Chaebua W, Klamchana T, Siriwong P. The Construction of Social Space for the Senior Citizen Club of Mettapracharak Raikhing: Research to Create Grounded Theory. **Veridian E-Journal, Silpakorn University** 2017; 10(1): 1774-1786. [in Thai].
16. Limpiteeprakan P, Tippila J, Thani P, Sukhumal P. Assessing The Readiness Of The Community For Preparation Of Aging Society: A Case Study In Urban Community. **Community Health Development Quarterly, Khon Kean University** 2019; 7(4): 579-589. [in Thai].
17. Sangthong J. Aging Society (Complete Aged): The elderly condition of good quality. **Semi-academic journal** 2017; 38(1): 6-28. [in Thai].
18. Sajjasophon R. Educational Concepts for Developing Active Aging in the Elderly. **Kasetsart Journal: Social Sciences** 2013; 34(4): 471-490. [in Thai].
19. Prasomruk P, Wongchareon R, Prapatpong P. Related Between Activity Daily Living, Happiness with Quality Of Life among Elderly Dependents In Amnat Charoen Province. **Community Health Development Quarterly, Khon Kean University** 2019; 7(3): 363-380. [in Thai].
20. Techateerapreeda S. Theistrict Management of the Elderly Recreation In Sikiew Municipla District, Sikiew

District, Nakhon Ratchasima Province.
**Journal of Business Administration the
Association of Private Higher Education
Institution of Thailand** 2014; 3(2): 89-
100. [in Thai].

21. Petcharat S, Boonthan R, Jintarat S,
Boonma M. Creating a Physical Environment
That Supports and Facilitates the
Needs of Older People. **SWU Engineering
Journal** 2014; 9(2): 70-83. [in Thai].

การประเมินผลโครงการกระเป๋ายาสมุนไพรในครัวเรือน อำเภอดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ปรีชา เนตรพุกกณะ*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานโครงการกระเป๋ายาสมุนไพรในครัวเรือน ในพื้นที่อำเภอดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มบุคคลที่เข้าร่วมสนทนากลุ่มและให้ข้อมูลสำคัญของโครงการ ได้แก่ แกนนำชุมชน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และคณะทำงาน (ซึ่งเลือกแบบเจาะจง) จำนวน 47 คน และ 2) กลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามจำนวน 355 คน ใช้การสุ่มอย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติไคสแควร์

ผลการวิจัย พบว่า มีครัวเรือนเข้าร่วม จำนวน 3,099 ครัวเรือน ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ การดูแลสุขภาพเบื้องต้นด้วยยาสมุนไพร ผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่พึงพอใจในโครงการ ซึ่งข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนครัวเรือน จำนวน 355 คน พบว่า มีพฤติกรรมการใช้ยาแคปซูลขมิ้นชัน ร้อยละ 35.21 ส่วนใหญ่มีระดับความรู้เรื่องสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 65.4 ($\bar{X} = 15.81$, $SD. = 2.14$) มีความพึงพอใจต่อโครงการกระเป๋ายาสมุนไพรประจำครัวเรือนในภาพรวมปานกลาง ร้อยละ 55.8 พบความสัมพันธ์ระหว่างการเจ็บป่วยในระหว่าง 3 เดือนที่ผ่านมา และอาการเจ็บป่วยกับการใช้ยาสมุนไพรในครัวเรือนของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

คำสำคัญ: กระเป๋ายา, สมุนไพร, ครัวเรือน, แพทย์แผนไทย, อาสาสมัครสาธารณสุข

*สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี

Corresponding author: Preecha Netepukkana, Email: mr.cha2619@hotmail.com

Received 02/04/2020

Revised 05/05/2020

Accepted 04/06/2020

PROJECT EVALUATION: HERBAL FIRST AID KIT IN DONSAK DISTRICT, SURATTHANI PROVINCE

*Preecha Netepukkana**

ABSTRACT

The purpose of this research was to evaluate the performance of the herbal first aid kit Project in the household, Don Sak District, Surat Thani province. There are 2 sample groups which are 1) groups of people who participated in the group discussion and provided important information of the project, such as community leaders, village volunteers, and working groups as the selected group (purposive sampling), consisting of 47 people and 2) as 355 households participating in the herbal medicine bag training program. Data analysis as follows: qualitative data analyzed by using content analysis and quantitative data analyzed using statistics such as percentages, arithmetic means, standard deviation and chi-square test.

The results showed that participated with 3,099 households. Data from the sample representing 355 households found that using turmeric capsules at 35.21 percent, most of them had a good level of knowledge about health at 65.4 percentage ($\bar{X} = 15.81$, S.D. = 2.14) and 55.8 percentage are moderate satisfied with overall the herbal first aid kit project. Illness history during the past 3 months were related to self treatment with herbal first aid kit at significant level of .001

Keyword: First Aid Kit, Herbal, household, Thai medicine, public health volunteers

*Donsak district of public health

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลของรัฐ ระบบสวัสดิการข้าราชการ มีการให้บริการการแพทย์แผนไทยรวมกับการฝังเข็ม ร้อยละ 0.21 ของคำรักษาพยาบาลทั้งหมด (พ.ศ. 2553) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการจัดตั้งกองทุนการแพทย์แผนไทยเพื่อสนับสนุนการใช้และเข้าถึงบริการ ทำให้การใช้บริการเพิ่มขึ้น ผู้รับบริการฟื้นฟูสุขภาพมารดาหลังคลอดเพิ่มขึ้นจาก 1,701 คน/6,909 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2553 เป็น 35,817 คน/132,709 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2558 ผู้รับบริการนวด ประคบ อบสมุนไพร จาก 509,050 คน/1,202,613 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2553 เป็น 1,806,672 คน/4,502,238 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2558 การใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติในหน่วยบริการ เพิ่มจาก 1,452,759 คน/2,210,164 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 3,620,960 คน/6,095,586 ครั้ง¹

การพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในประเทศไทย ได้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 ภาครัฐมีนโยบายส่งเสริมการใช้สมุนไพรและการแพทย์แผนไทย มีการส่งเสริมการพึ่งตนเองด้านสมุนไพรของชุมชนและใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน ทำให้การพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในประเทศไทย มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง² ภายใต้ความร่วมมือของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ร่วมกับกรมพัฒนา

การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรประจำบ้าน สำหรับประชาชนในชุมชนเขตเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบท ในพื้นที่ 4 จังหวัดนำร่อง ได้แก่ จังหวัดเชียงราย จังหวัดสุพรรณบุรี จังหวัด ศรีสะเกษ และจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อมุ่งพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรประจำบ้าน ให้เกิดการพึ่งตนเองด้านสุขภาพในระดับจังหวัด โดยประชาชนสามารถเข้าถึงยาสมุนไพรที่มีคุณภาพ ลดการใช้บริการสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประเทศ ซึ่งกระบวนการดำเนินงานของโครงการดังกล่าว เน้นการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน จังหวัดถ่ายทอดนโยบายและดำเนินการในระดับอำเภอ ให้สนับสนุนให้ครัวเรือนเกิดการใช้ยาสมุนไพรเบื้องต้น^{3,4} และในปี พ.ศ. 2551 จังหวัดสุราษฎร์ธานี กำหนดแนวทางมุ่งเน้นการส่งเสริม พัฒนาการปลูก แปรรูปผลิต และใช้สมุนไพรอย่างครบวงจร เพื่อความยั่งยืนของเศรษฐกิจชุมชน ชื่อ “โครงการกระเป๋ายา” ในปี พ.ศ. 2552 และปี พ.ศ. 2555 ขยายพื้นที่ครอบคลุมทุกอำเภอในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ. 2558 ครอบคลุม 3,004 ครัวเรือน ใน 10 อำเภอ^{4,5}

อำเภอดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี จัดทำโครงการกระเป๋ายาสมุนไพรในครัวเรือน มีกิจกรรมสำคัญ คือ อบรมประชาชนที่เป็น

ตัวแทนครัวเรือน ตั้งแต่ปี 2555-2562 จำนวน 5 รุ่น รวม 3,099 ครัวเรือน เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาสมุนไพร และสนับสนุนการมีและใช้ยาสมุนไพรในครัวเรือน โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนสัก ได้กำหนดเป้าประสงค์หลักในการดำเนินงาน ได้แก่ การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในครัวเรือนซึ่งจะช่วยให้อัตราตายและความเสี่ยงจากการใช้ยาแผนปัจจุบันซึ่งจะส่งผลให้ลดความแออัดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประชาชนในพื้นที่ที่สามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพที่ยั่งยืนต่อไป การดำเนินการโครงการกระเป๋ายาสมุนไพรในครัวเรือนในพื้นที่อำเภอดอนสัก ตั้งแต่ปี 2555 จนถึงปัจจุบันเป็นระยะเวลา 8 ปี จึงควรประเมินโครงการเพื่อนำผลการดำเนินงานเพื่อทราบผลสัมฤทธิ์ของโครงการกระเป๋ายาสมุนไพรในครัวเรือน เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานในการพัฒนาการใช้ยาสมุนไพรในครัวเรือนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

- 1) เพื่อประเมินผลการดำเนินงานโครงการกระเป๋ายาสมุนไพรในครัวเรือน ในพื้นที่อำเภอดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- 2) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของครัวเรือนในโครงการกระเป๋ายาสมุนไพรในครัวเรือน
- 3) เพื่อศึกษาระดับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพเบื้องต้นด้วยยาสมุนไพรของ

ครัวเรือนในโครงการกระเป๋ายาสมุนไพรในครัวเรือน

- 4) เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการกระเป๋ายาสมุนไพรในครัวเรือน

วิธีการศึกษา (Method)

การประเมินผลโครงการกระเป๋ายาสมุนไพรในครัวเรือน อำเภอดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research) ซึ่งใช้การประเมินรูปแบบ CIPP Model^๑ มาประยุกต์ใช้

สถานที่ศึกษาวิจัยและระยะเวลาศึกษาวิจัย

อำเภอดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือน เมษายน – พฤษภาคม 2563

กลุ่มประชากรที่ศึกษา ประกอบด้วย

1. กลุ่มบุคคลที่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม (Focus Group) เป็นกลุ่มที่ถูกเลือกโดยเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 47 คน ประกอบด้วย แกนนำชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข กรรมการชุมชน ในอำเภอดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 32 คน (16 หมู่บ้าน) คณะทำงานที่เกี่ยวข้องในโครงการ ได้แก่ แพทย์แผนไทย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ ในอำเภอดอนสัก จำนวน 15 คน
2. ครัวเรือนที่เข้าร่วมโครงการอบรมการใช้กระเป๋ายาสมุนไพร จำนวน 3,099 หลังคาเรือน ในการกำหนดขนาดตัวอย่างครั้งนี้ใช้สูตร

การประมาณขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการสำรวจ เพื่อประมาณสัดส่วนของ Cochran ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) ด้วยการแยกประชากรออกตามกลุ่มเป้าหมาย 16 หมู่บ้าน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องใช้ในการศึกษา 355 คน

วิธีการรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ รวบรวมโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินรายการใช้เวลา 2 ชั่วโมง และขออนุญาตสมาชิกบันทึกการสนทนา

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ รวบรวมโดยผู้วิจัยส่งแบบสอบถามชนิดตอบเองให้กลุ่มตัวอย่าง และรวบรวมกลับมาในซองปิดผนึกไม่มีเลขที่ ไม่ระบุตัวตน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลการสนทนากลุ่ม (Focus Group) สร้างแนวคำถามจากแนวคิดการติดตามการดำเนินงานโครงการกระเป๋ายาสมุนไพรในครัวเรือน จำนวน 7 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นประกอบด้วย

1) ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานะในครอบครัว อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ต่อเดือนของ

ครอบครัว ระยะทางจากบ้านถึงสถานพยาบาล ที่ใกล้ที่สุด จำนวน 9 ข้อ

2) ข้อมูลเกี่ยวกับการอบรมการใช้ยาสมุนไพรโครงการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในครัวเรือน ประกอบด้วยการอบรมเรื่องการใช้ยาสมุนไพรและการเข้าร่วมโครงการ การเจ็บป่วย การใช้สมุนไพรในกระเป๋ายา และ ความถี่ในการใช้สมุนไพร จำนวน 10 ข้อ

3) ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพเบื้องต้นด้วยยาสมุนไพร จำนวน 20 ข้อ

4) ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการ ด้านความรู้เรื่องโรคที่ได้รับ ด้านชนิดของยาและจำนวนยาในกระเป๋า ด้านคู่มือ/เอกสาร ด้านการได้รับการนิเทศติดตามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ด้านความสะดวกในการเติมยา และด้านวัตถุประสงค์ของโครงการ จำนวน 25 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัย นำแบบสอบถาม ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านเภสัชวิทยา/แพทย์แผนไทย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับประชาชนในอำเภอกาญจนดิษฐ์ จำนวน 30 คน จาก 30 ครัวเรือน หาความเชื่อมั่นในส่วนของความรู้ ด้วยวิธีของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .89

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ โดยใช้ สถิติ ได้แก่ ร้อยละ ค่ามัธยฐานเลขคณิต และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติไคสแควร์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรอง โครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการ วิจัยเกี่ยวกับคนที่เป็นมาตรฐานสากล โดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับ มนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่อนุมติ STPHO2020-002 โดยยึดตามคำ ประกาศเฮลซิงกิ (Helsinki Declaration) และ ผู้วิจัยทำการวิจัยโดยยึดหลักความเคารพใน เกียรติของมนุษย์ หลักผลประโยชน์ และไม่ก่อ อันตราย และหลักแห่งความยุติธรรม

ผลการศึกษา (Results)

ด้านบริบท

อำเภอดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี มี ประชากร 37,772 คน มีอัตราการใช้บริการ ผู้ป่วยนอกทุกสิทธิการรักษา ในปี 2560, 2561 และ 2562 คิดเป็นอัตราครั้งต่อคนต่อปี เท่ากับ 4.08 3.79 และ 4.08 ตามลำดับ ซึ่งมีอัตราที่ สูงกว่าอัตราใช้บริการผู้ป่วยนอกของจังหวัดสุ ราษฎร์ธานี และพบว่าในจำนวนผู้ป่วยนอก ใน ปี 2560, 2561 และ 2562 ป่วยด้วยโรคที่ สามารถรักษาได้ด้วยยาสมุนไพร ร้อยละ 23.25, 25.11 และ 22.51 ตามลำดับ

อำเภอดอนสัก มีการดำเนินโครงการ พัฒนาต้นแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร

เบื้องต้น ภายใต้แนวคิดสุราษฎร์โมเดล ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2555 ให้ประชาชนในพื้นที่ที่สามารถ พึ่งตนเองด้านสุขภาพที่ยั่งยืน มุ่งพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรประจำ บ้าน เพื่อให้เกิดการพึ่งตนเองด้านสุขภาพใน ระดับอำเภอ โดยประชาชนสามารถเข้าถึงยา สมุนไพรที่มีคุณภาพ เป้าหมายของโครงการ ในระยะที่ 1 ปี 2555 เป้าหมายเป็นครัวเรือน นำร่อง ใน 1 หมู่บ้าน จำนวน 100 ครัวเรือน ระยะที่ 2 ปี 2556 9 หมู่บ้าน จำนวน 1,209 ครัวเรือน ระยะที่ 3 ปี 2560 อบรม อสม. ทั้ง อำเภอ จำนวน 637 คน ให้เป็นแกนนำสำคัญ ในการขับเคลื่อนโครงการ ระยะที่ 4 ปี 2561 ดำเนินการ 1 หมู่บ้าน จำนวน 372 ครัวเรือน ระยะที่ 5 ปี 2562 ดำเนินการใน 7 หมู่บ้าน จำนวน 945 ครัวเรือน

ด้านปัจจัยนำเข้า อำเภอดอนสัก คัดเลือกยาสมุนไพรที่ใช้ในกระเป๋ายามีความ เหมาะสม สามารถใช้รักษาโรคเบื้องต้นแทน ยาแผนปัจจุบันได้ ส่วนใหญ่เป็นยาสมุนไพรที่ รักษาอาการป่วยที่พบบ่อยของคนใน ครอบครัวยุคใหม่ เช่น อาการไข้ ไอ เจ็บคอ วิงเวียน ศีรษะ ท้องอืดท้องเฟ้อ ปวดเมื่อย วัสดุอุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ได้แก่ กระเป๋ายา ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม กับการใช้งาน คู่มือการใช้งานมีการปรับให้ เหมาะสมกับบริบทการใช้สมุนไพรของพื้นที่ สื่อที่ใช้ฝึกอบรม มีการพัฒนารูปแบบของสื่อที่ ใช้ถ่ายทอดให้ทันสมัยและสามารถเข้าใจ ได้ง่ายขึ้น แบบฟอร์มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น

แบบติดตามการใช้กระเป๋ายาสมุนไพร ใช้รูปแบบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และระยะหลังได้มีการปรับปรุงให้มีความเหมาะสมกับการใช้งานของเจ้าหน้าที่อำเภอคอนสาร วิทยากร ในระยะที่ 1 2 3 ใช้วิทยากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ระยะที่ 4-5 ใช้วิทยากรแพทย์แผนไทยในพื้นที่ ร่วมกับอาสาสมัครที่ผ่านการอบรมในระยะที่ 3

ด้านกระบวนการ มีการประชาสัมพันธ์โครงการผ่านที่ประชุมหมู่บ้าน เสียงตามสาย หอกระจายข่าว ที่ประชุมชมรมผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการจัดอบรมการใช้กระเป๋ายาสมุนไพรในครัวเรือนแก่หัวหน้าหรือตัวแทนครัวเรือนของหมู่บ้านที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย อบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกี่ยวกับการใช้กระเป๋ายาสมุนไพร เพื่อให้ความรู้และสามารถนำความรู้ไปแนะนำประชาชนได้โดยแบ่งเป็น 5 ระยะ ระยะที่ 1 ปี 2555 จัดอบรมประชาชน จำนวน 100 คน ระยะที่ 2 ปี 2556 จัดอบรมประชาชน จำนวน 1,045 คน ระยะที่ 3 ปี 2560 อบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 637 คน ระยะที่ 4 ปี 2561 จัดอบรมประชาชน จำนวน 772 คน และระยะที่ 5 ปี 2562 จัดอบรมประชาชน จำนวน 945 คน การเติมยาในครัวเรือน ในครั้งแรกจะเป็นการแจกยาให้ใช้ในครั้งต่อไป จะใช้งบประมาณจากโครงการแต่ละปี เมื่อมีการเติมยาครัวเรือนจะต้องมีการจ่ายเงิน รายการละ 20 บาท และมีการคืนยา

ก่อนหมดอายุ 3 เดือน เพื่อให้นำไปหมนเวียนไปใช้พื้นที่อื่น เพื่อลดการสูญเสียยา และมีข้อกำหนดครัวเรือนใดไม่เปิดใช้ยาภายใน 6 เดือน ให้นำยากลับส่งคืนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การบริหารซื้อยาสมุนไพร จัดตั้งคลังยา ระดับอำเภอ ดำเนินการโดยโรงพยาบาลคอนสาร ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ แต่ละหมู่บ้านจัดตั้งกองทุนยาสมุนไพร เพื่อใช้เงินที่ได้จากการเติมยาไปบริหารจัดการในการซื้อยาสมุนไพรในครั้งต่อไป การติดตามการใช้ยา ดำเนินการในรูปแบบของการมีส่วนร่วม มีการติดตามรายงานการใช้ยาทุกเดือน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในหมู่บ้าน นำร่องจะทำการติดตามการใช้ยาทุกเดือน และรวบรวมรายงานส่งหน่วยบริการต้นสังกัด

ด้านผลผลิต ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพเบื้องต้นด้วยยาสมุนไพรของประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจ การดูแลสุขภาพเบื้องต้นด้วยยาสมุนไพร แต่ตัวแทนครัวเรือนที่รับกระเป๋ายาสมุนไพร ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ในการใช้ยา ในกระเป๋ายา และไม่ให้ความสนใจใช้ยาสมุนไพร ยังคงมาใช้บริการยาแผนปัจจุบันมากกว่าการใช้ยาสมุนไพร จากกระเป๋ายาทำให้ยาหมดอายุ ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการกระเป๋ายาสมุนไพรในครัวเรือน ผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่พึงพอใจในโครงการ แต่ให้ความคิดเห็นว่าโครงการขาดการติดตามและกระตุ้นให้เกิดการใช้ยาสมุนไพรอย่างต่อเนื่อง ต้องการ

ปรับปรุงรายการยาให้ตรงกับความต้องการของผู้ใช้ยาให้มากขึ้น

ระดับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพเบื้องต้นด้วยยาสมุนไพรของประชาชน

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (N = 355 คน) มากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 59.4 ส่วนมากอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็น ร้อยละ 45.6 เกินครึ่งหนึ่งมีสถานะเป็นสมาชิกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 57.2 ครึ่งหนึ่งมีอาชีพเกษตรกร คิดเป็น ร้อยละ 50.1 เกือบทั้งหมดมีสถานภาพสมรส คิดเป็น ร้อยละ 95.5 ครึ่งหนึ่งจบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็น ร้อยละ 53.8 ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 4-5 คน คิดเป็น ร้อยละ 68.7 ครึ่งหนึ่งมีรายได้อยู่ระหว่าง 25,001-30,000 บาท คิดเป็น ร้อยละ 52.7 ระยะทางจากบ้านถึงสถานพยาบาลที่ใกล้ที่สุด 6-10 กม. คิดเป็น ร้อยละ 53.2 กลุ่มตัวอย่างได้รับการอบรมเรื่องการใช้อยาสสมุนไพรตามโครงการ ร้อยละ 82.5 ได้รับการอบรมในระยะที่ 2 ปี พ.ศ. 2556 ร้อยละ 33.5 มีการเจ็บป่วยในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 39.7 ด้วยอาการไข้หวัด ร้อยละ 67.9 ใช้ทั้งยาแผนปัจจุบันและยาแผนไทยหรือยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการเบื้องต้น ร้อยละ 89.9 ใช้อยาสสมุนไพรจากกระเป๋ายาเมื่อมีอาการเจ็บป่วยแล้วหายป่วย ร้อยละ 54.4 ได้รับการเยี่ยม

พูดคุย แนะนำการใช้อยาสสมุนไพรและการรักษาโรคเบื้องต้นจากเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 20.8

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เรื่องสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 65.4 ($\bar{X} = 15.81$, SD. = 2.14) โดยความรู้ที่ตอบถูกสูงสุด คือ ยาหม่องพญายอใช้บรรเทาอาการอักเสบ ปวด ช้ำ บวมจากแมลงกัดต่อย ตอบถูกร้อยละ 98.6 ยาฟ้าทะลายโจรมีสรรพคุณแก้ไข้ แก้ร้อนในกระหายน้ำ รักษาอาการเจ็บคอ ตอบถูกร้อยละ 96.6 ยาขมิ้นชันช่วยขับลม แก้ท้องอืดท้องเฟ้อ จุกเสียด แน่นท้อง มีขนาดรับประทาน ครั้งละ 2 แคปซูล วันละ 3-4 ครั้ง หลังอาหาร เข้า เที่ยง เย็น ตอบถูกร้อยละ 94.6 ข้อคำถามที่ตอบผิดมากที่สุด คือ เมื่อมีอาการปวดหัวสามารถดูแลตนเองโดยการพักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วน รับประทานยาแก้ปวดได้ในเบื้องต้น เช่น ยาพาราเซตามอล ตอบผิด ร้อยละ 96.6 ยาเถาวัลย์เปรียงช่วยบรรเทาอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย รับประทานครั้งละ 1-2 แคปซูล วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร ตอบผิดร้อยละ 41.7 และแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวกให้ล้างทำความสะอาดแผลด้วยน้ำสะอาดที่อุณหภูมิปกติ หรือเปิดน้ำให้ไหลผ่านหรือแช่ อวัยวะส่วนที่เป็นแผลลงในน้ำสะอาด ประมาณ 15-20 นาที ตอบผิดร้อยละ 37.2

ตารางที่ 1 ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพเบื้องต้นด้วยยาสมุนไพรของประชาชน

ข้อ	ข้อความถาม	ตอบถูก	
		จำนวน	ร้อยละ
1	อาการหวัด คือ คัดจมูก มีน้ำมูก จาม อาจมีไข้ ไอ เจ็บคอ ร่วมด้วย	331	93.2
2	ไข้หวัดสามารถหายเองได้ด้วยการปฏิบัติตนอย่างเหมาะสม คือ พักผ่อนและดื่มน้ำมากขึ้น จิบน้ำอุ่น ทำให้ร่างกายอบอุ่น	307	86.5
3	สาเหตุของอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ ส่วนมากเกิดจากการทำงานในท่าซ้ำ ๆ การทำงานที่ไม่เหมาะสม การออกแรงแบกหามของที่มีน้ำหนักเกินไป	328	92.4
4	อาการท้องอืด ท้องเฟ้อเกิดจากการมีแก๊สในกระเพาะอาหาร ไม่สบายท้อง รู้สึกแน่นจนทำให้เรอหรือผายลมบ่อย	320	90.1
5	อาการท้องเสีย จะมีการถ่ายอุจจาระเหลว ถ่ายเป็นน้ำมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป หรือถ่ายเป็นมูกเลือด 1 ครั้ง หรือมากกว่านั้นภายใน 24 ชั่วโมง	303	85.4
6	อาการไข้ คือ การที่อุณหภูมิของร่างกายสูงเกินปกติ ซึ่งร่างกายคนปกติจะมีอุณหภูมิประมาณ 37 องศาเซลเซียส	297	83.7
7	เมื่อมีอาการปวดหัวสามารถดูแลตนเองโดยการพักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วน รับประทานยาแก้ปวดได้ในเบื้องต้น เช่น ยาพาราเซตามอล	12	3.4
8	แผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ให้ล้างทำความสะอาดแผลด้วยน้ำสะอาดที่อุณหภูมิปกติ หรือเปิดน้ำให้ไหลผ่านหรือแช่อวัยวะส่วนที่เป็นแผลลงในน้ำสะอาดประมาณ 15-20 นาที	223	62.8
9	การปฐมพยาบาลเบื้องต้นสำหรับผู้ที่มีอาการเป็นลม คือ จัดท่านอนยกศีรษะสูงกว่าเท้า	284	80.0

ตารางที่ 1 ความรู้เรื่องอาการดูแลสุขภาพเบื้องต้นด้วยยาสมุนไพรของประชาชน (ต่อ)

ข้อ	ข้อความคำถาม	ตอบถูก	
		จำนวน	ร้อยละ
10	ยาฟ้าทะลายโจรมีสรรพคุณแก้ไข้ แก้ร้อนในกระหายน้ำ รักษาอาการเจ็บคอ	343	96.6
11	ยาขมิ้นชันช่วยขับลม แก้ท้องอืดท้องเฟ้อ จุกเสียด แน่นท้อง มีขนาดรับประทาน ครั้งละ 2 แคปซูล วันละ 3-4 ครั้ง หลังอาหาร เข้า เทียน เย็น	336	94.6
12	เมื่อมีอาการท้องผูกถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ควรรับประทานยามะขามแขก	325	91.5
13	ยาเถาวัลย์เปรียงช่วยบรรเทาอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย รับประทานครั้งละ 1-2 แคปซูล วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร	207	58.3
14	ยาแก้ไอผสมมะขามป้อมมีสรรพคุณแก้ไข้ ขับเสมหะ รับประทาน 1-2 ช้อนโต๊ะ วันละ 3-4 ครั้ง หลังอาหารและก่อนนอน หรือเวลามีอาการ	336	94.6
15	หากท่านหรือสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคเลือดจางควรเลือกรับประทานยาเพชรสังฆาต	298	83.9
16	ยารางจืดมีสรรพคุณถอนพิษไข้ ถอนพิษเบื่อเมาและมีข้อควรระวังในผู้ป่วยเบาหวานเพราะอาจเกิดน้ำตาลในเลือดต่ำได้	219	61.7
17	เมื่อมีอาการไข้ควรเลือกรับประทานยาห้าราก และไม่แนะนำให้ใช้ในผู้ที่สงสัยว่าเป็นไข้เลือดออก เนื่องจากบดบังอาการไข้เลือดออก	168	47.3
18	หากมีอาการวิงเวียนคลื่นเหียน อาเจียน(ลมจุกแน่นในอก) ควรรับประทานยาหอมนวโกศ	284	80.0
19	ยาหม่องพญาอ้อใช้บรรเทาอาการอักเสบ ปวด ช้ำ บวม จากแมลงกัดต่อย	350	98.6
20	ยาครีมบัวบกเป็นยาใช้ภายนอกสำหรับใช้สมานแผล	325	91.5

ตารางที่ 2 ระดับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพเบื้องต้นด้วยยาสมุนไพรของประชาชนกับตัวแปร
คุณลักษณะทางประชากร

คุณลักษณะทางประชากร	ดี		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	รวม
1.เพศ						
1.1 ชาย	107	74.31	37	25.69	0	144
1.2 หญิง	125	37.99	79	24.01	125	329
2. อายุ						
2.1 30-40 ปี	0	0.00	27	100.00	0	27
2.2 41-50 ปี	108	100.00	0	0.00	0	108
2.3 51-60 ปี	89	54.94	66	40.74	7	162
2.4 61-70 ปี	35	71.43	14	28.57	0	49
2.5 71 ปีขึ้นไป	0	0.00	9	100.00	0	9
3.สถานะในครอบครัว						
3.1 หัวหน้าครอบครัว	99	65.13	53	34.87	0	152
3.2 สมาชิก	133	65.52	63	31.03	7	203
4. อาชีพ						
4.1 เกษตรกรรม	88	49.44	83	46.63	7	178
4.2 ประมง	2	50.00	2	50.00	0	4
4.3 รับจ้าง	109	85.83	18	14.17	0	127
4.4 ค้าขาย	0	0.00	0	0.00	18	18
4.5 อื่นๆ	15	53.57	13	46.43	0	28
5.สถานภาพ						
5.1 โสด	0	0.00	11	100.00	0	11
5.2 สมรส	232	68.44	100	29.50	7	339
5.3 หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	0	0.00	5	100.00	0	5
6.ระดับการศึกษา						
6.1 ก่อนประถม	63	95.45	3	4.55	0	66
6.2 ประถม	121	63.35	63	32.98	7	191
6.3 มัธยมต้น	48	85.71	8	14.29	0	56

ตารางที่ 2 ระดับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพเบื้องต้นด้วยยาสมุนไพรของประชาชนกับตัวแปร
คุณลักษณะทางประชากร (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	ดี		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	รวม
6.4 มัธยมปลาย	0	0.00	17	100.00	0	17
6.5 อนุปริญญา	0	0.00	25	100.00	0	25
7. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน						
7.1 1-3 คน	59	62.11	36	37.89	0	95
7.2 4-5 คน	173	70.90	64	26.23	7	244
7.3 6-8 คน	0	0.00	15	100.00	0	15
7.4 8 คนขึ้นไป	0	0.00	1	100.00	0	1
8. รายได้ต่อเดือน						
8.1 5,000 – 20,000 บาท	0	0.00	14	100.00	0	14
8.2 20,001 – 25,000บาท	107	95.54	5	4.46	0	112
8.3 25,001 – 30,000บาท	117	62.57	63	33.69	7	187
8.4 30,001 – 35,000บาท	8	36.36	14	63.64	0	22
8.5 35,001 – 40,000บาท	0	0.00	20	100.00	0	20
9.ระยะทางจากบ้านถึง สถานพยาบาลที่ใกล้ที่สุด						
9.1 1-5 กม.	12	24.49	37	75.51	0	49
9.2 6-10 กม.	119	62.96	63	33.33	7	189
9.3 11-15 กม.	101	95.28	5	4.72	0	106
9.4 16-20 กม.	0	0.00	11	100.00	0	11
10.การอบรมเรื่องการใช้ยาสมุนไพร ตามโครงการ						
10.1 ได้รับการอบรม	218	74.40	68	23.21	7	293
10.2 ไม่ได้รับการอบรม	14	22.58	48	77.42	0	62
11. ระยะของโครงการกระเป๋ายา สมุนไพรที่ครัวเรือนเข้าร่วม						
11.1 ระยะที่ 1 ปี พ.ศ. 2551	0	0.00	11	100.00	0	11

ตารางที่ 2 ระดับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพเบื้องต้นด้วยยาสมุนไพรของประชาชนกับตัวแปร
คุณลักษณะทางประชากร (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	ดี		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	รวม
11.2 ระยะที่ 2 ปี พ.ศ. 2556	49	41.18	63	52.94	7	119
11.3 ระยะที่ 3 ปี พ.ศ. 2560	69	93.24	5	6.76	0	74
11.4 ระยะที่ 4 ปี พ.ศ. 2561	6	12.24	37	75.51	6	49
11.5 ระยะที่ 5 ปี พ.ศ. 2562	108	100.00	0	0.00	0	108

ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการ
กระเป๋ายาสมุนไพรในครัวเรือน พบว่า
กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อโครงการ
กระเป๋ายาสมุนไพรประจำครัวเรือนใน
ภาพรวมปานกลาง ร้อยละ 55.8 และพึงพอใจ
มากในด้านวัตถุประสงค์ของโครงการ ได้แก่
การมีความรู้เรื่องโรคและการมียาพร้อมใช้ทำ
ให้พึ่งตนเองได้ ร้อยละ 40.3 และการดูแลสุขภาพ
เบื้องต้นช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายให้
ครอบครัว ร้อยละ 34.4 และไม่พึงพอใจใน
ประเด็นการได้รับการนิเทศติดตามจาก
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในประเด็นมีเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขมาเยี่ยมและให้ความรู้เรื่องโรค

ร้อยละ 55.2 และมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมา
เยี่ยมและให้ความรู้เรื่องยาและดยาในกระเป๋
ยาเพิ่มเติม ร้อยละ 52.7 เมื่อพิจารณาคะแนน
เฉลี่ยความพึงพอใจรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง
พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ ใน
ภาพรวมคะแนนเฉลี่ย 2.02 อยู่ในระดับ
ปานกลาง และมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ
มากที่สุดในด้านวัตถุประสงค์ของโครงการ มี
คะแนนเฉลี่ย 2.37 อยู่ในระดับปานกลาง และ
พึงพอใจน้อยที่สุดในด้านการได้รับการนิเทศ
ติดตามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คะแนน
เฉลี่ย 1.59

ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการกระเป๋ายาสมุนไพรในครัวเรือน

ความพึงพอใจ	คะแนนเฉลี่ย (\bar{X})	การแปลผล
ด้านความรู้เรื่องโรคที่ได้รับ	2.14	ปานกลาง
ด้านชนิดของยาและจำนวนยาในกระเป๋า	2.17	ปานกลาง
ด้านคู่มือ/เอกสาร	2.19	ปานกลาง
ด้านการได้รับการนิเทศติดตามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	1.55	ปานกลาง
ด้านความสะดวกในการเติมยา	1.59	ปานกลาง
ด้านวัตถุประสงค์ของโครงการ	2.37	ปานกลาง
ภาพรวม	2.02	ปานกลาง

ยาแผนไทยที่เลือกใช้ คือ ขมิ้นชัน ร้อยละ 30.5 ยาแก้ไอมะขามป้อม ร้อยละ 21.3 และ ยาหอมนวโกศ ร้อยละ 16.62 พบความสัมพันธ์ระหว่างการเจ็บป่วยในระหว่าง 3 เดือนที่ผ่านมา

มา และอาการเจ็บป่วยกับการใช้ยาสมุนไพรในครัวเรือนของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตารางที่ 4 ยาแผนไทยหรือยาสมุนไพรที่เลือกใช้เมื่อเจ็บป่วย

รายการ	จำนวน (N = 355 คน)	ร้อยละ
ยาแคปซูลขมิ้นชัน	125	35.21
ยาน้ำแก้ไอมะขามป้อม	82	23.10
ยาหม่องพยายอ	55	15.49
ยาหอมนวโกศ	59	16.62
ยาแคปซูลฟ้าทะลายโจร	20	5.63
ยาแคปซูลเพชรสังฆาต	18	5.07
ยาแคปซูลเถาวัลย์เปรียง	16	4.51
ยาผลธาตุบรวจบ	8	2.25
ครีมบัวบก	8	2.25
ชาขงรางจืด	7	1.97
ยาฆ่าเชื้อเปลือกมังคุด	7	1.97
ยาแก้ไข้ 5 ราก	5	1.41
ยาผงชงชุมเห็ดเทศ	4	1.13

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการเจ็บป่วยกับการใช้ยาสมุนไพรในครัวเรือนของประชาชน

การเจ็บป่วย	ใช่	ไม่ใช่	χ^2
การเจ็บป่วยในระหว่าง 3 เดือนที่ผ่านมา			
- มี	141	0	.000**
- ไม่มี	100	114	
อาการเจ็บป่วย			
- ไข้หวัด	241	0	.000**
- ปวดเมื่อย	0	97	
- ท้องเสีย	0	17	
P ≤ .001			

วิจารณ์ (Discussions)

การประเมินผลการดำเนินงานโครงการกระเป๋ายาสมุนไพรในครัวเรือน ในพื้นที่อำเภอดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบความสอดคล้องกับการศึกษาการประเมินผลการทำงานโครงการกระเป๋ายาสมุนไพร จังหวัดสุราษฎร์ธานี⁵ ซึ่งมีความใกล้เคียงกันในแง่ของวัตถุประสงค์การจัดทำโครงการกระเป๋ายาครัวเรือน คือ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประชาชน ปัจจุบันนำเข้า ได้แก่ การจัดอบรมการสนับสนุนอุปกรณ์ สื่อ และคู่มือ

การใช้ยาสมุนไพรของครัวเรือนในอำเภอดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นการให้ทั้งยาแผนปัจจุบันและยาแผนไทยหรือยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการเบื้องต้น ร้อยละ 89.9 และหายป่วยเมื่อใช้ยาสมุนไพรจากกระเป๋ายา ร้อยละ 54.4 เป็นการตัดสินใจในการเลือกใช้ยา

สมุนไพร จากองค์ความรู้ที่ได้รับการฝึกอบรมและการสนับสนุนของการทำงานโครงการกระเป๋ายาสมุนไพรในครัวเรือน ซึ่งมีเหตุผลที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละครัวเรือน โดยที่สมุนไพรที่ประชาชนใช้มากที่สุด คือ ขมิ้นชัน ซึ่งเป็นยาสมุนไพรที่ประชาชนรู้จักสรรพคุณและมีความเชื่อมั่นที่จะใช้ยาแก้ไอ มะขามป้อม เนื่องจากรูปแบบเป็นยาน้ำมีขนาดเล็กพาสะดวก เป็นยาแก้ไอที่ใช้ง่าย⁷ และยาหม่องพญาขอ เป็นยาที่ใช้งานสะดวก สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน ชนิดของสมุนไพรในกระเป๋ายาที่ประชาชนใช้น้อยที่สุด คือ ยาแก้ไอ 5 ราก และยาผงชงชুমเห็ดเทศ เนื่องจากไม่เข้าใจสรรพคุณ และมีความยุ่งยากในการใช้^{5,7} สอดคล้องกับงานวิจัยอื่น ๆ^{8,9} ที่พบว่า การเลือกใช้สมุนไพรของประชาชนในพื้นที่มีเหตุผลจาก ความสะดวกสบายในการใช้ยาสมุนไพร ราคาที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพ

ความพึงพอใจในการใช้สมุนไพรรักษาโรค ประสิทธิภาพในการรักษาโรคด้วยสมุนไพร และ วัฒนธรรมในการใช้สมุนไพร การรับรู้ข้อมูล การแพทย์แผนไทย หรือเป็นกลุ่มที่ให้ความ สนใจและเล็งเห็นประโยชน์ของการรักษา สุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยอยู่แล้ว ประกอบกับเมื่อบุคคลเริ่มมีอาการเจ็บป่วยจะ มีการแสวงหาการรักษาอันเป็นพฤติกรรมที่เริ่ม จากการรวบรวมข้อมูลความเจ็บป่วยและการ รักษา จากนั้นจึงนำมาประเมินและเลือก วิธีการรักษา¹⁰ นอกจากนี้ตามยุทธศาสตร์ การแพทย์ดั้งเดิม ขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2557-2566 ที่อธิบายถึงเหตุผลที่เป็น แรงจูงใจให้ประชาชนใช้การแพทย์ดั้งเดิมและ การแพทย์เสริม¹¹ เกิดจากในปัจจุบันอุปสงค์ ต่อบริการสุขภาพทุกประเภทเพิ่มสูงขึ้น ข้อมูล ข่าวสารต่าง ๆ ทำให้ประชาชนตื่นตัวกับรับรู้ ทางเลือกต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพมีมากขึ้น และผู้บริโภคหันมาใช้ผลิตภัณฑ์และเวชปฏิบัติ ทางการแพทย์ดั้งเดิมและการแพทย์เสริม ซึ่ง หมายรวมถึงการแพทย์แผนไทยมากขึ้น ด้วย ความเชื่อที่ว่า อะไรที่เป็นธรรมชาติย่อม หมายถึงความปลอดภัย แต่อย่างไรก็ตาม ปัจจัยสำคัญที่กำหนดว่าจะเลือกใช้การแพทย์ แผนไทยของบุคคล ก็จะแตกต่างกันไปตาม สถานการณ์ วัฒนธรรม ความเชื่อ บริบททาง สังคม และความจำเป็นของบุคคลแต่ละราย^{11,12} ซึ่งกระเป๋ายาสมุนไพรในครัวเรือน เป็นการ ส่งเสริมการแพทย์พื้นบ้านหรือแพทย์แผนไทย อย่างหนึ่ง ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมภูมิปัญญาที่ใช้

ดูแลสุขภาพและรักษาโรคภัยให้เกิดการ ผสมผสานกับวัฒนธรรมในท้องถิ่น

ความรู้เรื่องการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ ในระดับดี ร้อยละ 65.4 ($\bar{X} = 15.81$, $SD. = 2.14$) เนื่องจากได้ผ่านการอบรมการใช้ สมุนไพรตามโครงการกระเป๋ายาในครัวเรือน สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพร รักษาโรค ของประชาชน ในเขต 11 กระทรวง สาธารณสุข¹³ และการศึกษาความรู้และ ทักษะที่มีผลต่อการอบสมุนไพรในวัด เขต อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี¹⁴ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรรักษา โรคอยู่ในระดับมาก และการศึกษาประสิทธิผล ของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ สมุนไพร เพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลนาใต้ อำเภอบ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี¹⁵ ที่แสดงให้เห็นว่ามีความรู้ในการใช้สมุนไพร เพื่อสุขภาพเพิ่มขึ้นภายหลังได้เข้ารับโปรแกรม ส่งเสริมพฤติกรรมในการใช้สมุนไพรเพื่อ สุขภาพ พบความแตกต่างกับการศึกษาอื่น ๆ^{16,17} ที่พบว่ามีโอกาสสมัครสาธารณสุขมีความรู้ใน การใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับปาน กลาง จะเห็นได้ว่าการแพทย์แผนไทย และการ ใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองนั้น ประกอบด้วยองค์ความรู้ ภูมิปัญญาหลายด้าน ทั้งการนวด อบ ประคบ และภูมิปัญญาการใช้ สมุนไพรเพื่อการรักษาโรคก็เป็นองค์ความรู้ที่ ได้รับการสืบทอดมาจนปัจจุบัน ดังนั้นพืช

สมุนไพรไทยมีบทบาทสำคัญอย่างหนึ่งในการรักษาโรคมาแต่ครั้งโบราณ การใช้สมุนไพรจึงมีวิวัฒนาการและพัฒนารองค้ความรู้มาอย่างต่อเนื่อง¹² ซึ่งอาจพบความแตกต่างของความรู้ของประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่

ความพึงพอใจในการดำเนินโครงการกระเป๋ายาในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ในด้านวัตถุประสงค์ของโครงการ เนื่องจากเมื่อเข้ารับการอบรมในโครงการทำให้มีความรู้เรื่องโรค และการมียาพร้อมใช้ทำให้พึ่งตนเองได้ ประหยัดค่าใช้จ่ายให้ครอบครัว รูปแบบของยาสมุนไพรที่ใช้มีความสะดวกใช้ง่าย และราคาเหมาะสม ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่าย⁵ สอดคล้องกับการพัฒนาต้นแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในครัวเรือนในประเทศไทย⁷ ซึ่งพบว่าความพึงพอใจเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร ในครัวเรือนอยู่ในเกณฑ์พอใจมาก จึงเกิดความพึงพอใจในการดำเนินโครงการกระเป๋ายาและมีความประสงค์ที่จะใช้ยาสมุนไพรต่อไป

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Chantraket R, Sonksakda M, Metranon P. Situations of Using Thai Traditional Medicine Service in 2009, 2011, 2013. *Journal of Health Systems Research* 2016; 10(2):103 – 116. [in Thai].

ข้อยุติ (Conclusions)

ผลการประเมินโครงการพบว่า ประชาชนในอำเภอดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี ใช้ยาสมุนไพรในการรักษาเมื่อเจ็บป่วย มีความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพเบื้องต้นด้วยยาสมุนไพร และมีความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการกระเป๋ายาสมุนไพรในครัวเรือน

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ควรมีการจัดทำแนวทางส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในครัวเรือน ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาสุขภาพของประชาชน
2. ควรมีการจัดทำแนวทางบริหารโครงการกระเป๋ายาสมุนไพรในครัวเรือนที่ชัดเจน เช่น การบริหารยา การเติมยา

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

โครงการกระเป๋ายา มีการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในครัวเรือน ดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2555 แต่ยังขาดการประเมินผลโครงการ

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการประเมินผลครั้งนี้

3. Thai Health Project. Development of Traditional Thai Medicine and Natural Healing Methods. In: **Thai Health 2018: Buddhism and Health Promotion**. Nakorn Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2018. p. 64 – 67. [in Thai].
4. Surat Thani Provincial Health Office. **Report of the promotion and development project performance Using basic herbal medicines for the public: community medicine bags to herbs by the fence for self-sufficiency Surat Thani province**. Surat Thani: Surat Thani Provincial Health Office; 2014. [in Thai].
5. Suksawangrote S, Sampradit S, Sarakshetrin A, Chantra R. Project Evaluation: Herbal First Aid Kit in Suratthani. **The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health** 2017; 4(3): 63 – 75. [in Thai].
6. Stufflebeam DL, Madam CF, Kellaghan T. (eds.) **The CIPP model for evaluation in Evaluation model**. Boston: Kluwer Academic; 2000.
7. Jungsomjatpaisal P. Development of a Prototype for Promoting the Use of Herbal Medicine in Households in Thailand. **Journal of Health Science** 2019; 28(6): 1092 - 1103. [in Thai].
8. Petchsiri CA. **Survey of the Use of Traditional Herbal Remedies by the Ethnic Chong People of Khaokitchakut District, Chanthaburi Province** [Independent Study in Local Government]. Chanthaburi: Rambhai Barni Rajabhat University; 2017. [in Thai].
9. Suwannapong N, Theppan K, Howteerakul N, Tipayamonkhogul M. Decision Making on the Utilization of Thai Traditional Medicine in General Hospital, Ratchaburi Province. **Journal of Phrapokkiao Nursing College** 2017; 28(2): 80 – 92. [in Thai].
10. Chrisman NJ. The health seeking process: An approach to the natural history of illness. **Culture, Medicine, and Psychiatry** 1977; 1(4): 351-377.
11. World Health Organization. **WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023**. Hong Kong SAR, China; 2013.
12. Srisawat S, Sukchan P, Pradabsang C, Limchareon S. Local Herbal and Wisdom of Application in Thai Traditional Medicine, Bordering Provinces of Southern Thailand. **Princess of Naradhiwas University Journal** 2013; 5(4): 14 – 27. [in Thai].

13. Chaichompoo S, Shuaytong P, Waseeweerasi W, Sonkosum S. Factors Related with People's Behavior Towards Using Medical Herbs for Illness Treatments among People in Region 11, Ministry of Public Health. **Kuakarun Journal of Nursing** 2012; 19(2): 60 – 74. [in Thai].
14. Bunon W, Namwan Y, Soubboot J, Sarika P, Klangrapun S. Knowledge and attitudes toward herbal steam treatment at temple located In Muang district, Ubon Ratchathani province. **Journal of Traditional Thai Medical Research** 2017; 3(2): 17 – 24. [in Thai]
15. Sutthirak S. The effectiveness of promoting programs in using the herbs for health behaviors of elderly Na Tai Sub - District, Ban na Doem District Surat Thani Province. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2015; 3(3)469 – 480. [in Thai].
16. Wichantuk P. Knowledge, Attitude and Behavior of Herbal Medicinal Products Used among Peoples in Nong Bua Sala Village, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. **Journal of Health Science** 2019; 28: 1092-103. [in Thai].
17. Woradet S, Chaimay B, Salaea R, Kongme Y, Factors Associated with Herbal Used Behavior towards Self Care among Village Health Volunteers in Krung La District, Phatthalung Province. **Journal of Health Science** 2015; 24:50-9. [in Thai].

ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2: การทบทวนวรรณกรรม

จรรยาพร ใจสิทธิ์*, นฎกร อิดุพร*, นริศรา ไคร์ศรี*

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยเบาหวานมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ถือเป็นปัญหาสำคัญ ปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาล คือ การสนับสนุนทางสังคม ด้วยเหตุนี้จึงมีงานวิจัยที่หลากหลายเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จากการสืบค้นงานวิจัยปฐมภูมิ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 – 2562 พบรายงานวิจัย 383 เรื่องที่ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด 18 เรื่อง แบ่งเป็นงานวิจัยทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม จำนวน 6 เรื่อง งานวิจัยแบบกึ่งทดลอง จำนวน 11 เรื่อง และการวิจัยแบบผสมผสาน 1 เรื่อง

ผลการทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลให้ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีลดลง ประกอบไปด้วย ผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม รูปแบบการสนับสนุนทางสังคม วิธีการสนับสนุนทางสังคม โดยผู้สนับสนุนทางสังคมเป็นบุคคลในครอบครัว และอาศัยอยู่ร่วมกัน การสนับสนุนทางสังคมต้องนำครอบครัวเข้ามาเรียนรู้เกี่ยวกับภาวะโรคที่เป็นอยู่ และการควบคุมระดับน้ำตาล วิธีการสนับสนุนส่วนใหญ่เป็นการสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคมที่มีประสิทธิภาพจะช่วยสร้างผลลัพธ์ที่ดีในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

คำสำคัญ: การสนับสนุนทางสังคม, เบาหวานชนิดที่ 2

*คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

Corresponding author: Jaruayporn Jaisit. Email: jaruayporn.jaisit@crc.ac.th

Received 16/04/2020

Revised 18/05/2020

Accepted 17/06/2020

EFFECT OF SOCIAL SUPPORTS ON HEMOGLOBIN A1C IN TYPE II DIABETES MELLITUS PERSON: LITERATURE REVIEW

Jaruayporn Jaisit, Natakorn I-Tuporn*, Narisara Kraisree**

The number of patients with diabetes increases rapidly, while uncontrolled type 2 diabetes is a serious problem. One factor affecting glycemic control is social support. Thus, several previous studies were examined the effect of promoting social support in patients with type 2 diabetes. This article attempts to summarize the evidence relevant to the effect of social support on hemoglobin A1C levels in type 2 diabetes mellitus person. The primary research published from 2009 to 2019 were included in the review. There were 383 studies related to social support and 18 studies were met the inclusion criteria including, 6 randomized controlled trials, 12 quasi-experimental studies and 1 mixed methods research.

The result of the literature review found that social support involving, the person who provides support, social support patterns, and social support methods could decrease hemoglobin A1C levels. Social support providers are family members who lived with the patients. Social support requires the patient's family members to train about the disease and glycemic control. Most support are psychological and emotional support. Effective social support leads to improve the outcome of patients with type 2 diabetes.

Keywords: Social support, Type 2 Diabetes mellitus

*Faculty of Nursing, Chiangrai college

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

เบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของการผลิตอินซูลิน หรือเนื้อเยื่อร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินลดลง หรือจากทั้งสองสาเหตุร่วมกัน ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ปัจจุบันโรคเบาหวานมีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF)¹ ประมาณการณั้จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกอีกสองทศวรรษจะมีถึง 642 ล้านคน หรืออัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 1 คนต่อประชากร 10 คน และทวีปเอเชียจะมีผู้ที่เป็นเบาหวานถึงร้อยละ 60 ของประชากรทั้งทวีปในอีกสิบปีข้างหน้า² ประเทศไทยมีผู้ที่เป็นเบาหวานมากเป็นอันดับ 4 รองจาก จีน อินเดีย และญี่ปุ่น³ การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะเบาหวานชนิดที่ 2 ส่งผลให้เกิดความต้องการการบริการทางสุขภาพเพิ่มขึ้น มีการใช้งบประมาณด้านสุขภาพสูงกว่าบุคคลปกติสองถึงสามเท่า¹ เนื่องจากโรคเบาหวานก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อหลอดเลือดและอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ทั้งยังส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการและเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น⁴ การควบคุมโรคเบาหวานเป็นวิธีการลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราตายของ

ผู้ป่วยเบาหวานและผลกระทบอื่น ๆ ที่จะตามมา

เป้าหมายของการควบคุมโรคเบาหวาน คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติอย่างต่อเนื่อง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง มีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีความสุข¹ โดยผู้ที่เป็นเบาหวานจะต้องมีระดับน้ำตาลสะสมที่เกาะเม็ดเลือดแดงหรือฮีโมโกลบินเอวันซี (hemoglobin A1C) น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7⁴ การจะบรรลุเป้าหมายดังกล่าวผู้ป่วยจะต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการมาพบแพทย์ตามนัด และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตลอดชีวิต นำมาซึ่งความทุกข์ทรมาน ความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล การควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานจึงทำได้เพียงระยะเวลาสั้น ๆ และ 'ไม่ต่อเนื่อง'⁵ การควบคุมโรคในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จึงมุ่งเน้นการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตผู้ป่วย^{6,7} จากการศึกษาวิจัยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นหนึ่งในปัจจัยที่ช่วยลดความเครียดและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดีในการควบคุมโรค หลายองค์กรที่ให้การดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานได้เสนอแนวทางรวมทั้งแนวปฏิบัติทางคลินิกในการ

ดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเสนอแนะให้มีการนำครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์เข้ามาเป็นผู้สนับสนุนผู้ที่เป็นเบาหวาน^{8,9} หากผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีประสิทธิภาพจะทำให้พฤติกรรมควบคุมโรคดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง

การสนับสนุนทางสังคมเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นอย่างน้อย 2 ฝ่าย มีรูปแบบเป็นการกระทำหรือพฤติกรรม การสนับสนุนส่งผลดีทั้งทางบวกกับบุคคลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจและสุขภาวะที่ดีของผู้ให้และผู้รับการสนับสนุนทางสังคม¹⁰ ประกอบด้วยการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ความรู้สึก ห่วงใย รักและผูกพันเห็นอกเห็นใจ (emotional support) 2) ด้านการให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของหรือการให้บริการและกระทำเพื่อช่วยเหลือ (instrumental support) 3) ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร รวมถึงการชี้แนะการให้คำปรึกษา (informational support) 4) ด้านการสะท้อนคิด หรือสนับสนุนให้ประเมินตนเอง (appraisal support)¹¹ โดยผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมอาจจะมาจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน หรือบุคลากรทางด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ที่เป็นเบาหวานคงไว้ซึ่งพฤติกรรมควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง¹⁰ ส่งผลให้เกิดสุขภาวะทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ หากผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการสนับสนุน

ทางสังคมที่มีประสิทธิภาพย่อมทำให้สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้เป็นอย่างดี

การทบทวนวรรณกรรม พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดีในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2^{12,13} การสนับสนุนทางสังคมที่มีประสิทธิภาพผู้ให้การสนับสนุนและผู้รับการสนับสนุนต้องรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมนั้น รวมทั้งต้องปรับเข้ากับการดำเนินชีวิต วัฒนธรรมและบริบททางด้านสังคมของผู้ป่วย การส่งเสริมให้เกิดการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นบทบาทหนึ่งของบุคลากรทางด้านสุขภาพที่จะค้นหาหรือดำเนินการเพื่อให้เกิดการสนับสนุนทางสังคมทางผู้ศึกษาจึงสนใจทบทวนองค์ความรู้เพื่อให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถนำมาปรับใช้ในการปฏิบัติจริง เพื่อช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

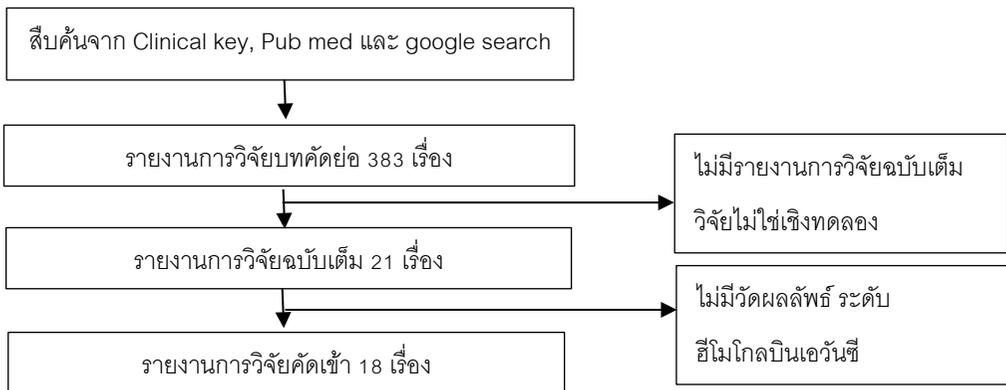
เพื่อทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีการศึกษา (Method)

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมเชิงพรรณนา (Narrative Review) โดยการสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต ในฐานข้อมูล Clinical key, Pub med และ

google search ย้อนหลัง 10 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 - 2562 (ค.ศ. 2009 - 2019) ด้วยคำค้น การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) การสนับสนุนของครอบครัว (family support, family intervention) การสนับสนุนของคู่สมรส (spouse support) เบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus) โดยคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ 1) เป็นรายงานการศึกษาระดับสนับสนุนทางสังคมผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นตัวแปรต้น 2) เป็นรายงานการศึกษาลดระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (Hemoglobin A1C) นำมาประเมินคุณภาพงานวิจัยเพื่อจัดลำดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ตาม

เกณฑ์ของสภาวิจัยสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (The National Health and Medical Research Council [NHMRC])¹⁴ ซึ่งพบรายงานการศึกษาทั้งสิ้น 383 เรื่อง มีทั้งบทความคัดย่อ และรายงานการวิจัยฉบับเต็ม จากนั้นนำมาพิจารณาตามเงื่อนไข รวมทั้งผลลัพธ์ที่ศึกษา มีเรื่องที่ผ่านมาเกณฑ์จำนวน 18 เรื่องที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นรายงานการวิจัยแบบทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial; RCT) แบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) และการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research)



ผลการศึกษา (Results)

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมจำนวน 383 เรื่อง ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 18 เรื่อง เป็นงานวิจัยทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมจำนวน 6 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 33.33 และงานวิจัยกึ่งทดลอง

จำนวน 11 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 61.11 และเป็นการวิจัยแบบผสมผสานจำนวน 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 5.56 จึงได้สรุปผลการทบทวนวรรณกรรมการสนับสนุนทางสังคมในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1. ผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม มีงานวิจัยจำนวน 17 เรื่องที่ผู้สนับสนุนทางสังคมเป็นคนในครอบครัว เป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ที่เป็เบาหวานชนิดที่ 2 หรืออยู่อาศัยร่วมกับผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นสามีภรรยา บุตร โดยมีบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ให้ความรู้ หรือทำให้เกิดการสนับสนุนทางสังคม^{15**} มีเพียง 1 การศึกษาผู้สนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ ญาติ และอาสาสมัครด้านสุขภาพ โดยแสดงบทบาทของการสนับสนุนแตกต่างกันออกไป¹⁶

2. รูปแบบการสนับสนุนทางสังคม เริ่มต้นจากบุคลากรทางสุขภาพส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ หรือพยาบาลชำนาญการ ให้ความรู้กับผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้สามารถจัดการตนเองและควบคุมโรคได้ในขั้นตอนนี้จะนำบุคคลในครอบครัวของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างน้อย 1 คน เข้ามาร่วมในกิจกรรมดังกล่าว^{7,15**,16-22} การให้ความรู้มีทั้งรายกลุ่มและรายเดี่ยว รูปแบบการสอนเป็นแบบบรรยาย มีอุปกรณ์ประกอบการบรรยาย ได้แก่ power point วิดีโอ แผ่นพลิก ตัวแบบโมเดลอาหาร บุคคลในครอบครัวหรือผู้สนับสนุนทางสังคมจะเข้าร่วมกิจกรรม 1-2 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง มีการนำกรอบแนวคิดในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่เป็นสากลมาปรับใช้ให้เหมาะกับ

บริบท เช่น National Standards for Diabetes Self - Management Education และ National Diabetes Education Program (NDEP)²⁰ เป็นต้น นอกจากการสอนในโรงพยาบาลยังมีการติดตามเยี่ยมบ้าน¹⁶⁻¹⁸ และโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย¹⁸⁻²⁰ โดยการเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์จะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้สนับสนุนทางสังคมปรึกษา สอบถาม อุปสรรค ปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมโรค ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมจะมีประสิทธิผลผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ต้องรับรู้ถึงการสนับสนุนนั้น โดยมีการศึกษาที่มีการประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม^{15**,21-23} โดยการใช้แบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

3. วิธีการสนับสนุนของสังคมส่วนใหญ่ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ และอารมณ์⁹⁻²¹ เช่น การเป็นกำลังใจ รับฟัง เมื่อผู้ป่วยมีความเครียด เป็นต้น สนับสนุนการรับประทานยา วางแผนการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัด การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การทดสอบระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง^{7,16,17*,21} โดยรูปแบบการสนับสนุนจะเป็นไปตามความต้องการของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 หรือเป็นสิ่งไม่สามารถปฏิบัติได้

วิจารณ์ (Discussions)

การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ทำให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคม ในผู้ที่ เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จนสามารถควบคุมโรค หรือมีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีที่ลดลง แบ่ง ออกเป็น 3 องค์ประกอบ คือ ผู้ให้การ สนับสนุนทางสังคม รูปแบบการสนับสนุน ทางสังคม วิธีการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

ผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะคู่ สมรสเนื่องจากอยู่ร่วมกันมานาน สามารถ บอกความต้องการของตนเองได้ รวมทั้ง บุคคลที่ให้การสนับสนุนเป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ ร่วมกัน เนื่องจากการควบคุมโรคเบาหวาน จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา รวมทั้งการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ซึ่งต้องมีการปรับเปลี่ยนไปตามบริบททางสังคมและ วัฒนธรรม^{19,20} บุคคลในครอบครัว จึงเป็น บุคคลที่สามารถให้การสนับสนุนได้ดีที่สุด บุคคลในครอบครัวยังสามารถช่วยลด ความเครียด ความวิตกกังวลจาก โรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนสามารถ ช่วยสนับสนุนทั้งด้านอารมณ์ และด้านจิตใจ ช่วยลดภาวะเครียดทำให้ร่างกายไม่มีการ หลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล ซึ่งฮอร์โมนดังกล่าว จะทำงานตรงข้ามกับฮอร์โมนอินซูลิน⁵ ความเครียดที่ลดลงทำให้ระดับน้ำตาลใน เลือดลดลงได้

รูปแบบการสนับสนุนทางสังคม บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้มีบทบาทในการ กำหนดรูปแบบหรือกำหนดผู้ที่ให้การ สนับสนุนทางสังคม โดยการนำครอบครัวของ ผู้ป่วยเข้ามารับรู้เกี่ยวกับภาวะโรคของผู้ป่วย โดยเริ่มตั้งแต่การสอนความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ โรคเบาหวาน การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุม โรคเบาหวาน การรับประทานอาหาร การ รับประทานยา การตรวจน้ำตาลในเลือดด้วย ตนเอง การออกกำลังกายรวมทั้งการให้ข้อมูล เกี่ยวกับพฤติกรรมในการจัดการตนเองเพื่อ ควบคุมโรคเบาหวาน^{15*,21} การรับรู้ว่าคุณคน ในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องมี การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม การใช้ ชีวิตประจำวันจะทำให้เกิดความเห็นอกเห็น ใจและช่วยเหลือรวมทั้งร่วมมือในการควบคุม โรค¹⁹ รูปแบบการสอนจะใช้เวลาในขณะที่ ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดในโรงพยาบาลโดยมี การสอนแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม การ สอนในโรงพยาบาลเน้นการสอนตาม โปรแกรมหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เห็น ผลลัพธ์ที่ดีในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2^{17*,19} การโทรศัพท์ติดตามและการเยี่ยมบ้านจาก บุคลากรทางการแพทย์ และอาสาสมัคร สุขภาพประจำหมู่บ้าน ช่วยกระตุ้นให้มีการ สนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และยังเป็นการเปิด โอกาสให้ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และ ผู้สนับสนุนได้ปรึกษาปัญหา หรืออุปสรรคใน การจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคและการให้ การสนับสนุน ทั้งยังช่วยลดความเครียด

ความวิตกกังวล เพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติ พฤติกรรมเพื่อควบคุมโรค^{16-18,20,24} การเยี่ยม บ้านยังเป็นการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยถึง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การใช้ เครื่องมือเพื่อประเมินการรับรู้การสนับสนุน จะทำให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถวางแผนการให้การดูแลเพื่อให้เกิดการสนับสนุนทางสังคมตามผู้ที่ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ต้องการ^{15**,21-23} ทำให้สามารถปฏิบัติตนเพื่อ ควบคุมโรคได้อย่างต่อเนื่อง

วิธีการสนับสนุนทางสังคม สามารถ สนับสนุนได้ทั้งด้านอารมณ์ความรู้สึก ห่วงใย รักและผูกพันเห็นอกเห็นใจ สิ่งของหรือการ ให้บริการและกระทำเพื่อช่วยเหลือ การให้ ข้อมูลข่าวสาร รวมถึงการชี้แนะการให้ คำปรึกษา การสะท้อนคิดหรือสนับสนุนให้ ประเมินตนเอง การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการ สนับสนุนด้านอารมณ์ ความรู้สึก โดยการให้ กำลังใจ ให้คำปรึกษา รับฟัง อยู่เป็นเพื่อน ผู้ป่วย ทำให้ความเครียดและความวิตกกังวล ของผู้ป่วยลดลงส่งผลทางด้านพยาธิสรีรภาพ โดยตรงในการลดระดับฮีโมโกลบินเอวัน ซี^{16,19,21} รวมทั้งการสนับสนุนด้านอารมณ์และ ความรู้สึกจะช่วยให้ผู้ป่วย สามารถเผชิญกับ สถานการณ์และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจาก โรคเบาหวานได้อย่างเหมาะสม ในการ สนับสนุนด้านอื่น ๆ เช่น การรับประทานยา การตรวจน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกาย การไปแพทย์เมื่อเกิดปัญหา การกระตุ้นเตือน เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้อง เป็นต้น^{7,15**}

วิธีการสนับสนุนจะแตกต่างกันออกไปตาม ความต้องการของผู้ป่วย โดยไม่สามารถระบุ เป็นสิ่งของหรืออุปกรณ์ต่าง ๆ ได้ชัดเจน แต่ ทุกการสนับสนุนส่งผลทำให้ผู้ป่วยสามารถ ปฏิบัติกิจกรรมการควบคุมโรคได้อย่าง เหมาะสม และสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรม ดังกล่าวได้นานขึ้น¹⁶ วิธีการสนับสนุนทาง สังคมจึงขึ้นอยู่กับบริบทของผู้ที่เป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2 และผู้ให้การสนับสนุน อาจไม่ครบ ทุกวิธีแต่สามารถส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อการ ควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ข้อยุติ (Conclusions)

1. ผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม งานวิจัยที่มีจำนวนมากที่สุด คือ บุคคลใน ครอบครัว มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด และอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน และผู้ที่ให้การ สนับสนุนทางสังคมที่ดีที่สุด ได้แก่ คู่สมรส หรือสามี ภรรยาของผู้ป่วย
2. รูปแบบการสนับสนุนทางสังคม บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ให้ความรู้ และ เป็นผู้ค้นหาและนำบุคคลในครอบครัวของ ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนทาง สังคมให้กับผู้ป่วย โดยการนำคนในครอบครัว ผู้ป่วยเข้ามาเรียนรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วย เป็นอยู่ รวมทั้งวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุม โรค โดยการให้ข้อมูลดังกล่าวอาจใช้วิธีการ บรรยาย วิดีโอ ตัวแบบ รวมทั้งการเปิดโอกาส ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการสอบถามหรือ ระบายความรู้สึก การเยี่ยมบ้านและการ

ติดตามทางโทรศัพท์เป็นสิ่งที่ช่วยกระตุ้นและช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรึกษาภายหลังกลับไปควบคุมโรคด้วยตนเองที่บ้าน ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมจะเกิดผลทั้งผู้ที่ให้การสนับสนุนรับรู้ถึงบทบาทของตนเอง และผู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะต้องรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมนั้น

3. วิธีการสนับสนุนทางสังคม งานวิจัยที่มีจำนวนมากที่สุด เป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์และความรู้สึก ซึ่งการสนับสนุนด้านดังกล่าว ช่วยลดความเครียด ซึ่งส่งผลด้านพยาธิสรีรภาพในการลดระดับฮีโมโกลบินเอวันซี

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ควรนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการให้การสนับสนุนทางสังคมกับผู้ที่เป็เบาหวานชนิดที่ 2 โดยแนะนำให้ผู้ป่วยนำบุคคลในครอบครัว หรือผู้ที่อาศัยอยู่ด้วยเข้ามาในกระบวนการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน เพื่อให้ทั้งผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมและผู้รับการสนับสนุนมีความเข้าใจตรงกัน

เอกสารอ้างอิง (References)

Papers of particular interest, published within the annual period of review, have been highlighted as:

- * of special interest
- ** of outstanding interest

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

1. ผู้สนับสนุนส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2
2. รูปแบบการทำให้เกิดการสนับสนุนทางสังคม บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ที่จะนำบุคคลในครอบครัวของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เข้ามาเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม
3. วิธีการสนับสนุนทางสังคม ส่วนใหญ่เป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์ ความรู้สึก ความรักความห่วงใย ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ จะช่วยในการลดความเครียด และสามารถเผชิญและแก้ปัญหาการควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอบพระคุณ คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย ที่ให้การสนับสนุนในการเขียนบทความครั้งนี้

1. International Diabetes Federation. **Type 2 diabetes** [online] 2015 [cited 2020 Jan 22]. Available from: <https://idf.org/aboutdiabetes/type-2-diabetes.html>

2. Abdullah N, Attia J, Oldmeadow C, Scott RJ, Holliday EG. The architecture of risk for type 2 diabetes: understanding asia in the context of global findings. *Int. J. Endocrinol.* 2014; 1–21.
3. Diabetes Association of Thailand under the Patronage of her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirinthorn. *IDF diabetes atlas*. [online] 2017 [cited 2020 June 2] Available from: <https://www.dmthai.org/index.php/knowledge/the-chart/the-chart-1/549-2018-02-08-14-52-46>
4. American Diabetes Association. **Standards of medical care in diabetes 2017** [online] 2017 [cited 2020 Jan 22]. Available from: https://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40.Supplement_1.DC1/D_C_40_S1_final.pdf
5. Ramkissoon S, Pillay BJ, Sibanda W. Social support and coping in adults with type 2 diabetes. *Afr. J. Prim. Health Care Fam. Med.* 2017; 9(1): 1-8.
6. Ahmed Z, Yeasmeen F. Active family participation in diabetes self-care: a commentary. *Diabetes Manag* 2016; 6(5): 104-7.
7. Mayberry LS, Osborn CY. Family support, medication adherence, and glycemic control among adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2012; 35(6): 1239–45.
8. Tricia AM, Dimatteo MR. Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy. *Diabetes Metab Syndr Obes* 2013; 6: 421-6.
9. Rad GS, Bakht LA, Feizi A, Mohebi S. Importance of social support in diabetes care. *J Edu Health Promot* 2013; 1: 1-7.
10. Kardirvelu A, Sadasivan S, Shu Hui Ng. Social support in type 2 diabetes care: a case of too little, too late. *Diabetes Metab Syndr Obes* 2015; 5: 407-17.
11. Parajli J, Saleh F, Thapa N, Ali L. Factor associated with nonadherence to diet and physical activity among Nepalese type 2 diabetes patients; a cross sectional study. *BMC Research Notes* 2014; 7(758): 1-9.
12. Pamungkas RA, Chamroonsawasdi K, Vatanasomboon P. A Systematic Review: Family Support Integrated with Diabetes Self- Management among Uncontrolled Type II Diabetes

- Mellitus Patients. **Behav. Sci.** 2017; 7(62): 1-17
13. Adedigba S, Dankyau M. Role of family support in medication adherence in type 2 diabetes mellitus patients at an outpatient setting in Nigeria: a prospective cohort study. **Int J Med Surg Sci.** 2018; 5(3): 100-105.
14. National Health Medical Research Council (NHMRC). **A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines** [online] 1998 [cited 2020 Jan 22]. Available from: https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0029/143696/nhmrc_clinprgde.pdf
15. Tabasi HK, Madarshahian F, Nikoo MK, Hassanabadi M, Mahmoudirad G. Impact of family support improvement behaviors on anti-diabetic medication adherence and cognitive in type 2 diabetic patients. **J Diabetes Metab Disord** 2014; 13(113): 1-6.
- ** The randomized control trial study was measures the perceived family support.
16. Padwang B, Lorga T. Long term outcomes of the self- management support in patients with diabetes mellitus and hypertension: Ban Hongha, Numjo subdistrict, Maetha district Lampang province **JHSR** 2015; 9(1): 43-51.
17. Garcia-Huidobro D, Bittner M, Brahm P, Puschel K. Family intervention to control type 2 diabetes: a controlled clinical trial. **Family practice** 2011; 28: 4-11.
- * The randomized control trial study, social support intervention are demonstrated clearly.
18. Wichit N, Mnatzaganian G, Courtney M, Schulz P. Randomized controlled trial of a family-oriented self-management program to improve self- efficacy, glycemic control and quality of life among Thai individuals with type 2 diabetes. **Diabetes Res. Clin. Pract.** 2017; 123: 37-48. [in Thai].
19. Hu J, Wallace D, Mccoy T, Amirehsani K. A family-based diabetes intervention for Hispanic adults and their family members. **Diabetes Educ** 2014; 42(3): 299-314.
20. Keogh KM, Smith SM, White P, McGilloway S, Kelly A, GibneyJ, et al. Psychological family intervention for poorly controlled type 2 diabetes. **AJMC** 2011; 17(2): 105-113.

21. Intaboot K, Kalampakorn S, Pichayapinyo P. The effect of a self-management and social support program for new cases with type 2 diabetes. **Public Health Nurs** 2017; 31(2): 11-27. [in Thai].
22. Gomes LC, Coelho AC, Gomides DS, Foss-Freitas MC, Foss MC, Pace AE. Contribution of family social support to the metabolic control of people with diabetes mellitus: a randomized controlled clinical trial. **Appl Nurs Res** 2017; 36: 68-76.
23. Kang C, Chang S, Chen P, Liu P, Liu W, Chang C, et al. Comparison of family partnership intervention care vs. conventional care in adult patients with poorly controlled type 2 diabetes in a community hospital: A randomized controlled trial. **Int J Nurs Stu** 2010; 47: 1363 -73.
24. Charoenchai K. Effect of development for community diabetes care model of village health volunteers “DM excellence care giver” in Ammatchareon province. **Community Health Development Quarterly, Khon Kean University** 2018; 5(1): 134-51. [in Thai].

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

ภทพร บวรทิพย์*, บุษกร ยอดทราย**, อภิชาติ ใจใหม่***

บทคัดย่อ

ปัจจุบันพบปัญหาวัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากขึ้น ส่งผลให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มตัวอย่างเป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552-2562 จำนวน 8 เรื่อง โดยใช้เครื่องมือการศึกษาจากสถาบันโจแอนนาบริกส์ วิเคราะห์ข้อมูลแบบบรรยาย ผลลัพธ์จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร 2) การให้ความรู้โดยใช้วิธีการสอนที่หลากหลาย เช่น การบรรยาย การแสดงบทบาทสมมติ การอภิปรายกลุ่ม การใช้สื่อมัลติมีเดีย การสาธิตย้อนกลับ 3) การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง สามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นได้

คำสำคัญ: พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น, การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

***คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

Corresponding author: Pataporn Bawornthip. Email: umbhorn.nurse@gmail.com

Received 07/04/2020

Revised 08/05/2020

Accepted 10/06/2020

SYSTEMATIC REVIEW OF THE EFFECTIVE OF PROGRAM FOR PREVENTING SEXUAL RISK BEHAVIOR AMONG HIGH SCHOOL STUDENTS

*Pataporn Bawornthip**, *Bootsakorn Yotsai***, *Apichart Chaimai****

ABSTRACT

The problem of adolescents with risky behavior increased, causing physical, mental, social and economic problems. The purpose of this systematic review was to summarize the effects of program for preventing sexual risk behavior among high school students. A total of 8 studies published during 2009-2019 were included in the study. The main source of data collection and analysis were operated by The Joanna Briggs institute (JBI). The results of this systematic review found that 1) Educating about preventing sexual intercourse 2) Educating using a variety of teaching methods, such as lecture, role play, group discussion, using multimedia, and demonstration. and 3) Participation of Stakeholders

Keywords: Sexual risk behavior, High school students, Systematic Review

*Faculty of Nursing, Chiangmai University

**McCormick Faculty of Nursing, Payap University

***Faculty of Nursing, Chiangrai College

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น เป็นปัญหาสำคัญระดับโลก ในประเทศที่กำลังพัฒนาเด็กผู้หญิงอายุ 15-19 ปี คลอดลูกปีละประมาณ 16 ล้านคน โดยอายุน้อยกว่า 16 ปี คลอดลูกปีละประมาณ 2.5 ล้านคน มีการทำแท้งแบบไม่ปลอดภัยจำนวน 3.9 ล้านคน แม่วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี ต้องเสี่ยงกับภาวะครรภ์เป็นพิษ การติดเชื้อของมดลูกหลังคลอด และการติดเชื้อเฉพาะที่มากกว่าหญิงอายุ 20-24 ปี นอกจากนี้ยังพบว่าทวีปแอฟริกาตะวันตก มีอัตราการเกิดของเด็กมากที่สุด คือ 115 คนต่อประชากรหญิงหนึ่งพันคน รองลงมาคือ ลาตินอเมริกาและแคริบเบียน 64 คนต่อประชากรหญิงหนึ่งพันคน ส่วนเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีอัตรา 45 คนต่อประชากรหญิงหนึ่งพันคน¹ ประเทศสหรัฐอเมริกาปี ค.ศ. 2015 เด็กอายุ 15-19 ปี คลอดลูก จำนวน 229,715 คน คิดเป็นอัตรา 22.3 ต่อประชากรพันคน ส่งผลให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพประมาณ 94 ล้านดอลลาร์ต่อปี และจากการสำรวจนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายปี ค.ศ. 2017 พบว่า ร้อยละ 40 เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 10 เคยมีคู่นอนมากกว่า 4 คน ร้อยละ 46 ไม่สวมถุงยางอนามัย ร้อยละ 14 ไม่เคยป้องกันขณะมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 19 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติดก่อนมีเพศสัมพันธ์ ปี ค.ศ. 2016 วัยรุ่นอายุ 13 -

24 ปี ประมาณร้อยละ 21 เป็นผู้ว่ายติดเชื้อ HIV รายใหม่ ร้อยละ 81 เป็นเกย์และผู้ชายที่มีคู่นอน 2 เพศ²

ในประเทศไทย มีการสำรวจพบว่า การมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี ที่ไม่มีคูครองประจำพบว่า กลุ่มอายุ 10-14 ปี เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 0.9 โดยเพศชาย และเพศหญิงเคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 17.9 และ 7.3 ตามลำดับ ก่อนการมีเพศสัมพันธ์จะใช้เครื่องตีมแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดทุกครั้ง ร้อยละ 0.6³ ในปีพ.ศ. 2560 อัตราการคลอดในหญิงอายุ 10-14 ปี จำนวน 2,559 คน คิดเป็นร้อยละ 0.13⁴ จากสถานการณ์ดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เช่น การเสียชีวิตของมารดา การเสียชีวิตของทารก เด็กแรกเกิดน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ มีความเสี่ยงต่อการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย นอกจากนั้นอาจทำให้เสียโอกาสทางการศึกษา การทำงาน ไม่มีรายได้ การขาดความพร้อมในการเลี้ยงดูบุตร ส่งผลให้เด็กจำนวนหนึ่งถูกทอดทิ้ง หรือเติบโตมาอย่างไม่มีคุณภาพ⁵

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ได้แก่ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ในส่วนของปัจจัยภายใน ประกอบด้วย ธรรมชาติของวัย และสมรรถนะด้านการคิดวิเคราะห์ จากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นจะมีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากกว่าช่วงวัยอื่นเนื่องจากพัฒนาการทางสมองและระบบสืบพันธุ์มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

สำหรับปัจจัยภายนอก ประกอบด้วย รูปแบบ การเลี้ยงดู ความสัมพันธ์ในครอบครัว การคบ เพื่อน สื่อ เทคโนโลยีและสภาพแวดล้อมทาง สังคม จากการศึกษาพบว่าลักษณะการเลี้ยง ดูและความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นปัจจัย ทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น การ เข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องเพศได้ง่ายและ รวดเร็ว โดยที่ไม่สามารถควบคุมคุณภาพสื่อ ได้ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ สภาพแวดล้อมทางสังคมที่มีสถานบริการทาง เพศ ร้านเกมส์ มีการใช้และจำหน่ายสารเสพติด ถือเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม เสี่ยงทางเพศได้เช่นเดียวกัน การป้องกัน พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสามารถแก้ไขได้ใน ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน⁶

จากการสืบค้นงานวิจัยเกี่ยวกับ ประสิทธิภาพของป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทาง เพศในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ผู้วิจัย พบว่าม้งานวิจัยปฐมภูมิจำนวนหนึ่ง แต่ไม่ พบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และการวิเคราะห์เมตา (meta - analysis) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะรวบรวมและ สังเคราะห์ความรู้เพื่อหาข้อสรุปเรื่องป้องกัน พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เพื่อนำไปสู่การ พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้อง บังกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักเรียน มัธยมศึกษาตอนต้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิผล

ของโปรแกรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

วิธีการศึกษา (Method)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวน วรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากรายงานการ วิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของ โปรแกรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศใน นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โดยคัดเลือก งานวิจัยที่ตีพิมพ์ ทั้งที่เป็นภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษที่รายงานไว้ระยะเวลาย้อนหลัง 10 ปี คือ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 – 2562 (ค.ศ. 2009 - 2019)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการทบทวนวรรณกรรม อย่างเป็นระบบ คือ งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับ โปรแกรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศใน นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โดยคัดเลือก ตามคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นรายงานการวิจัยที่ศึกษาใน ประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียน มัธยมศึกษาตอนต้น
2. เป็นรายงานการวิจัยที่ศึกษา โปรแกรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเป็น ตัวแปรต้น
3. เป็นรายงานการวิจัยที่ศึกษา พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเป็นตัวแปรตาม
4. เป็นรายงานการวิจัยที่เป็นการศึกษา เปรียบเทียบที่มีการออกแบบโดยมีกลุ่มควบคุม และมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง

หรือการวิจัยกึ่งทดลอง ที่มีความสมบูรณ์ในการวิจัยทุกขั้นตอนและมีการรายงานค่าสถิติที่จำเป็นเพียงพอกับการวิเคราะห์ทางสถิติ

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. แบบคัดกรองงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด (inclusion criteria form) โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นตามเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยปฐมภูมิ ได้แก่ งานวิจัยที่ศึกษาในประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น มีโปรแกรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเป็นตัวแปรต้น มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศตัวแปรตาม เป็นรายงานการวิจัยที่เป็นการวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบโดยมีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลองหรือการวิจัยกึ่งทดลอง ที่มีความสมบูรณ์ในการวิจัยทุกขั้นตอนและมีการรายงานค่าสถิติที่จำเป็นเพียงพอกับการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยเป็นรายงานการวิจัยที่ตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์ ทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ที่รายงานไว้ระยะเวลาอย่างน้อย 10 ปี คือ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 – 2562 (ค.ศ. 2010-2019) ซึ่งเป็นรายงานการวิจัยที่คัดเลือกเข้าสู่การทบทวนวรรณกรรมต้องผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทุกข้อ

2. แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย (critical appraisal form) เป็นเครื่องมือที่ต้องใช้ประเมินคุณภาพงานวิจัยสำหรับการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม และ

งานวิจัยแบบกึ่งทดลอง เกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัยที่นำมาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพการวิจัยสร้างและพัฒนาโดยสถาบันใจแอนนาบริกส์ 2017⁷

3. แบบบันทึกผลการสกัดข้อมูล (data extraction form) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลงานวิจัยที่คัดเลือกมาเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของงานวิจัย ได้แก่ ผู้ทำวิจัย ชื่อวารสาร ปีที่เผยแพร่ วัตถุประสงค์ รูปแบบการวิจัย และจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ตอนที่ 2 เนื้อหาสาระของงานวิจัย ได้แก่ โปรแกรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น การวัดผลลัพธ์ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ผลการศึกษา และข้อเสนอนะของงานวิจัย

การควบคุมคุณภาพการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือ

แบบคัดกรองงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด สำหรับแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย และแบบบันทึกผลการสกัดข้อมูลจากรายงานการวิจัย ซึ่งสร้างและพัฒนาโดยสถาบันใจแอนนาบริกส์ จัดเป็นเครื่องมือมาตรฐานไม่จำเป็นต้องตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การควบคุมคุณภาพของการรวบรวมข้อมูล มีการควบคุมคุณภาพของการรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยแยกกันประเมินโดยใช้แบบแบบคัดกรองงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย และแบบบันทึกผลการสกัดข้อมูลจากรายงานการวิจัย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบกับ กรณีที่ความคิดเห็นแตกต่างกัน ให้พิจารณาหาข้อบกพร่องเพื่อปรับปรุงจนได้ข้อสรุปที่ตรงกัน

ขั้นตอนในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ มีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการสืบค้นรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องตามเกณฑ์ที่กำหนด ตามขั้นตอน ดังนี้

1.1 กำหนดคำสำคัญ ในการสืบค้นทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โปรแกรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ พฤติกรรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ High school students Early adolescence sexual risk behavior prevention Program

1.2 กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล ทั้งจากห้องสมุดและคอมพิวเตอร์

1.3 ผู้วิจัยทำการสืบค้นงานวิจัยด้วยวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

1.3.1 การสืบค้นด้วยคอมพิวเตอร์ (computerized searching) โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และ

บริการสืบค้นออนไลน์ทางอินเทอร์เน็ต ฐานข้อมูลที่สืบค้น ได้แก่ ฐานข้อมูลตามมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์วิจัยประเทศไทย และฐานข้อมูลในต่างประเทศ

1.3.2 การสืบค้นด้วยมือ (hand searching) โดยสำรวจวารสาร บทความคัดย่อต่าง ๆ จากการประชุมสัมมนาที่มีการศึกษาวิจัย และมีการสืบค้นวิทยานิพนธ์ในห้องสมุดโดยดูจากชื่อเรื่อง คำสำคัญ

2. การคัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยแยกกันอ่านรายงานการวิจัยที่สืบค้นได้ จากชื่อเรื่อง บทความคัดย่อ แล้วทำการคัดเลือกลงแบบคัดกรองงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. การประเมินคุณภาพงานวิจัย ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยแยกกันอ่านรายงานการวิจัย เพื่อประเมินคุณภาพงานวิจัย แล้วสรุปลงในแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่พัฒนาโดยสถาบันใจแอนนาบริกส์

4. การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยแยกกันสกัดข้อมูลจากรายงานการวิจัยที่มีคุณภาพและบันทึกลงในแบบบันทึกผลการสกัดข้อมูลพัฒนาโดยสถาบันใจแอนนาบริกส์ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบกับ กรณีที่ความคิดเห็นแตกต่างกัน ให้พิจารณาหาข้อบกพร่องเพื่อปรับปรุงจนได้ข้อสรุปที่ตรงกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสรุปเชิงเนื้อหา

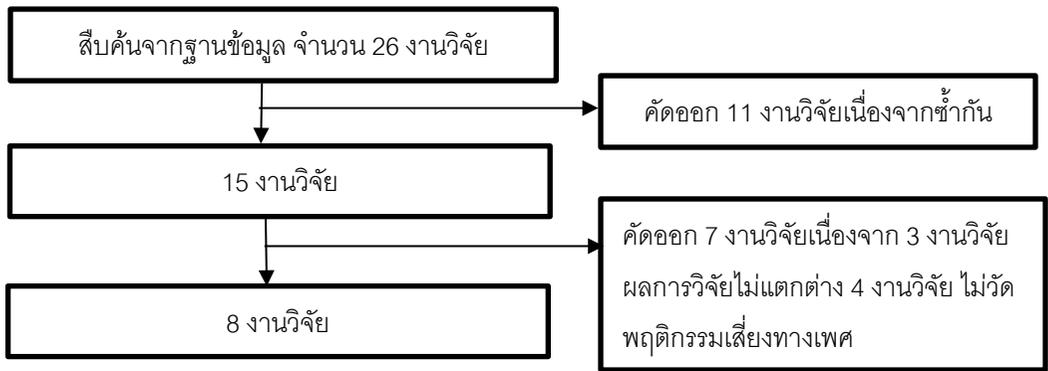
ผลการศึกษา (Results)

งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและประเมินคุณภาพงานวิจัย จำนวน 8 เรื่อง ดังรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของงานวิจัย

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

จำนวน 8 เรื่อง งานวิจัยต่างประเทศ 3 เรื่อง งานวิจัยประเทศไทย 5 เรื่อง ส่วนใหญ่ตีพิมพ์ช่วงปี พ.ศ. 2557 -2562 คิดเป็นร้อยละ 62.50 เป็นงานวิจัยแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม และกลุ่มเปรียบเทียบทั้งหมด จำนวนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวน 60 - 100 ราย ร้อยละ 66.67 ระยะเวลาในการวิจัยส่วนใหญ่ 4 – 12 สัปดาห์ ดังแสดงในรูปภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แผนภาพแสดงขั้นตอนการคัดเลือกงานวิจัย

2. ประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นจำนวน 9 เรื่อง ในต่างประเทศ จะให้ความรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์เมื่อพร้อมหรือหลังแต่งงาน ส่งเสริมการเคารพตนเอง การใช้ถุงยางอนามัย และการใช้ยาคุมกำเนิด โดยใช้สื่อมัลติมีเดีย^{8,9} มีหนึ่งงานวิจัยที่ใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) มีการติดตามในระยะ 3, 6, 9 เดือน^{9,10} และ 26 เดือน⁸

ในประเทศไทยงานวิจัยส่วนใหญ่จะใช้กรอบแนวคิดการให้ข้อมูลข่าวสาร สร้างแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะด้านพฤติกรรม (Information Motivation and behavior skill model: IMB model) แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม แนวคิดทักษะชีวิต ทฤษฎีแรงจูงใจ ในการป้องกันโรค ลักษณะของโปรแกรมจะเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการป้องกัน

การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การจัดการอารมณ์ทางเพศ และการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการปฏิเสธ การสร้างแรงจูงใจ การสร้างทัศนคติที่ดีต่อการสื่อสารพูดคุยเรื่องเพศกับพ่อแม่ การใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง โดยการบรรยาย แสดงบทบาทสมมติ อภิปรายร่วมกัน ให้เห็น

แบบอย่างของผู้ที่สำเร็จและล้มเหลว ดูวิดีโอที่เล่น เกมสัจจับคู่บัตรคำ ร่วมกับการให้คำชมเชยและให้กำลังใจ และให้สะท้อนคิด พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มตัวอย่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญ⁸⁻¹⁵ ดังแสดงในตารางที่ 1, 2 และ 3

ตารางที่ 1 สรุปประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ปี พ.ศ. 2559 – 2560

ผู้วิจัย/ปี	วัตถุประสงค์	การจัดกระทำ	ผลลัพธ์
1. ริษา บุนนาค, ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, ภรณี วัฒนสมบุรณ และอาภาพร เผ่าวัฒนา (2556)	ศึกษา ประสิทธิผลของ โปรแกรมทักษะชีวิตในการ ป้องกัน พฤติกรรมเสี่ยง ที่นำไปสู่การมี เพศสัมพันธ์ของ นักเรียนชั้น มัธยมศึกษา ตอนต้น จังหวัด นครปฐม <u>กรอบแนวคิด</u> ทักษะชีวิตและ การเรียนรู้แบบ มีส่วนร่วม	<u>กลุ่มตัวอย่าง</u> นักเรียนมัธยมศึกษา ตอนต้น <u>กลุ่มควบคุม</u> จำนวน 30 คน ได้รับการ ดูแลตามปกติ <u>กลุ่มทดลอง</u> จำนวน 30 คน ได้รับ โปรแกรม 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 1 และ 8 ประเมินผลก่อน และหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 2- 7 จัดกิจกรรม “รู้ใจ ตนเอง” “เชื่อมั่นในฉันดี” “รู้จัก ตัดสินใจ” “เธอกับฉันเข้าใจกัน” เพื่อให้ตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ เกิด ความภาคภูมิใจในตนเองที่หลีกเลี่ยง การมีเพศสัมพันธ์ ผิดทักษะการ ตัดสินใจ ผิดทักษะการสื่อสารเพื่อ ป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ระดับความน่าเชื่อถือ Level 2.c	กลุ่มทดลองมี พฤติกรรม ป้องกันความ เสี่ยงที่จะ นำไปสู่การมี เพศสัมพันธ์ เพิ่มขึ้นกว่า ก่อนการ ทดลองและ สูงกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญ ทางสถิติ (p<. 05)

ตารางที่ 1 สรุปประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักเรียนมัธยมศึกษา
ตอนต้น ปี พ.ศ. 2559 – 2560 (ต่อ)

ผู้วิจัย/ปี	วัตถุประสงค์	การจัดกระทำ	ผลลัพธ์
2. รัศมีลภัส ใจะสิทธิ, ปัญญรัตน์ ลาววงศ์ วัฒนา และณัฐกมล ชาญสาธิตพร (2560)	ศึกษาผลของ การประยุกต์ รูปแบบการให้ ข้อมูล การสร้าง แรงจูงใจ และ การฝึกทักษะใน การป้องกันการ ตั้งครรภ์ใน นักเรียนหญิงชั้น มัธยมศึกษา ตอนต้น <u>กรอบแนวคิด</u> IMB model	<u>กลุ่มตัวอย่าง</u> นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษา ตอนต้น <u>กลุ่มควบคุม</u> 35 คน ได้รับการดูแลตามปกติ <u>กลุ่มทดลอง</u> 56 คน ได้รับโปรแกรม 3 สัปดาห์ ประกอบด้วย - การให้ข้อมูลข่าวสารการป้องกันการ ตั้งครรภ์ ผลกระทบการตั้งครรภ์ การปฏิบัติ ตนต่อเพศตรงข้าม การจัดการอารมณ์ทาง เพศ และการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง ผ่านการดูวิดีโอ การเล่นเกมส์ - การสร้างแรงจูงใจผ่านการอภิปรายกลุ่ม ให้เห็นแบบอย่างที่ดีและล้มเหลว - การฝึกทักษะป้องกันการตั้งครรภ์ผ่านการ แสดงบทบาทสมมติ การอภิปราย สะท้อน คิด และให้บันทึกพฤติกรรมป้องกันและ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ ระดับความน่าเชื่อถือ Level 2.c	กลุ่มทดลองมี พฤติกรรมการ มีเพศสัมพันธ์ และการ ตั้งครรภ์ ดีกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญ ทางสถิติ (p< 05)

ตารางที่ 2 สรุปประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักเรียนมัธยมศึกษา
ตอนต้น ปี พ.ศ. 2561

ผู้วิจัย/ปี	วัตถุประสงค์	การจัดกระทำ	ผลลัพธ์
3. อ่อนนุช หมวดคุณ, มณีรัตน์ วีระวิวัฒน์, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนิรัตน์ อิมามี (2561)	ศึกษา ประสิทธิผลของโปรแกรมเพศศึกษา และการป้องกัน การตั้งครรรค์ ในวัยเรียน <u>กรอบแนวคิด</u> IMB model	กลุ่มตัวอย่าง นักเรียนชั้น มัธยมศึกษาปีที่ 2 กลุ่มควบคุม 35 คน ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลอง 30 คน ได้รับโปรแกรม 9 สัปดาห์ ประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 1 และ 9 เก็บข้อมูล ก่อนและหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 2-7 ให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา การคุมกำเนิด โดยการบรรยาย การระดมความคิด และการสาธิต คัดเลือกตัวแบบแกนนำชายและหญิง พัฒนาทักษะปฏิเสธ การเจรจาต่อรอง โดยให้ชมวิดีโอ ระดมความคิด และนำเสนอหน้าชั้นเรียน สร้างแรงจูงใจในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรรค์ โดยการเล่นเกม สร้างกรุปไลน์เพื่อให้ข้อมูล ข่าวสาร ประกวดคลิปสวมถุงยางอนามัย ระดับความน่าเชื่อถือ Level 2.c	กลุ่มทดลองมี พฤติกรรม ป้องกันการ ตั้งครรรค์ดีกว่า ก่อนการทดลอง และกลุ่ม เปรียบเทียบ อย่างมี นัยสำคัญทาง สถิติ (p<.05)
4. นพโรจน์ วงศ์พัชรจรัส, เอมอชฌมา วัฒนบุรานนท์ และ สุพัฒน์ วีระเวชเจริญชัย (2561)	ศึกษาผลของ โปรแกรม เพื่อ ลดพฤติกรรม เสี่ยงทางเพศ ของนักเรียน <u>กรอบแนวคิด</u> ก ร ร บ ร ู้ ความสามารถ ของตนเอง และ ท ก ษ ะ ชีวีต	กลุ่มตัวอย่าง นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 กลุ่มควบคุม 35 คน ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลอง 35 คน ได้รับโปรแกรม 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ 1. มา รู้จัก พฤติกรรมทางเพศกัน 2. เสี่ยง...ไม่เสี่ยงเดี๋ยวรู้ 3. รู้คุณค่าของตน พา พันพฤติกรรมเสี่ยง 4. เสี่ยง...ก็เสี่ยงซะ 5. ทักษะดีมีชัยไปกว่าครึ่ง 6. จวมๆผสมผสาน ระดับความน่าเชื่อถือ Level 2.c	กลุ่มทดลองมี คะแนน พฤติกรรมเสี่ยง ทางเพศหลัง การทดลองต่ำ กว่าก่อนทดลอง และกลุ่ม ควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทาง สถิติ (p<.05)

ตารางที่ 2 สรุปประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักเรียนมัธยมศึกษา
ตอนต้น ปี พ.ศ. 2561 (ต่อ)

ผู้วิจัย/ปี	วัตถุประสงค์	การจัดกระทำ	ผลลัพธ์
5. จุติมาศ เม่งช่วย, กนกรัตน์ ชลศิลป์ และอรุณญา รักษาบท (2561)	ศึกษาโปรแกรมการ ป้องกันพฤติกรรม เสี่ยงทางเพศและ การตั้งครรภก่อนวัย อันควร <u>กรอบแนวคิด</u> ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อ ป้องกันโรค	กลุ่มตัวอย่าง นักเรียนชายและหญิงชั้น มัธยมศึกษา ปีที่ 2 จำนวน 76 คน <u>กลุ่มควบคุม</u> 38 คน ได้รับการดูแล ตามปกติ <u>กลุ่มทดลอง</u> 38 คน ได้รับโปรแกรม 4 สัปดาห์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างสร้างการ รับรู้ความรุนแรง โอกาสเสี่ยงต่อการมี พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ สร้างความ คาดหวังในผลของการป้องกันพฤติกรรม เสี่ยงทางเพศ ความคาดหวังใน ความสามารถของตนเอง ระดับความน่าเชื่อถือ Level 2.c	กลุ่มทดลองมี พฤติกรรม ป้องกัน พฤติกรรม เสี่ยงทางเพศ สูงกว่าก่อน ทดลองและ <u>กลุ่มควบคุม</u> อย่างมี นัยสำคัญทาง สถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 3 สรุปประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักเรียนมัธยมศึกษา
ตอนต้น ในต่างประเทศ

ผู้วิจัย/ปี	วัตถุประสงค์	การจัดกระทำ	ผลลัพธ์
1. Sznitman et al. , 2012 ประเทศสหรัฐอเมริกา	เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมตรวจคัด กรองโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์โดยใช้ ชุมชนเป็นฐาน เกี่ยวกับพฤติกรรม เสี่ยงทางเพศ <u>กรอบแนวคิด</u> Community- based	<u>กลุ่มตัวอย่าง</u> วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ทางเพศ จำนวน 636 คน หลังจากคัดกรองโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์แล้ว ได้รับโปรแกรม iMPPACS เป็นระยะเวลา 6 เดือน ประกอบด้วยการให้คำปรึกษาแบบ สนทนากลุ่มย่อย โครงการให้ความรู้ใน ชุมชน ระดับความน่าเชื่อถือ Level 2.c	กลุ่มทดลองมี พฤติกรรม ป้องกันการมี เพศสัมพันธ์ น้อยกว่ากลุ่ม ควบคุม อย่าง มีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .01$)

ตารางที่ 3 สรุปประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในต่างประเทศ (ต่อ)

ผู้วิจัย/ปี	วัตถุประสงค์	การจัดกระทำ	ผลลัพธ์
2. Markham et al. , 2012 ประเทศสหรัฐอเมริกา	เพื่อประเมินประสิทธิภาพของสื่อเชิงทฤษฎี และสื่อมัลติมีเดีย เพื่อชะลอการมีเพศสัมพันธ์ในโรงเรียนมัธยมศึกษา <u>กรอบแนวคิด Theory-based และmulti-media</u>	กลุ่มตัวอย่าง นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1- 3 จำนวน 1,258 คน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มได้รับโปรแกรม RA (risk avoidance) มีเป้าหมายเพื่อชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการมีเพศสัมพันธ์เมื่อพร้อมหรือภายหลังการแต่งงาน และการเป็นบิดามารดา หรือมีบุตรหลังการแต่งงาน 2. กลุ่มได้รับโปรแกรม RR (risk reduction) มีเป้าหมายเกี่ยวกับประโยชน์ของมีเพศสัมพันธ์เมื่อพร้อมหรือภายหลังการแต่งงาน ส่งเสริมการเคารพตนเองและความรับผิดชอบ ให้ความรู้และสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการคุมกำเนิด 3. กลุ่มควบคุม	กลุ่มที่ได้รับ RR ชะลอการมีเพศสัมพันธ์น้อยกว่ากลุ่มควบคุม 0.65 เท่า (95%CI: 0.54-0.77) กลุ่มที่ได้รับ RA ชะลอการมีเพศสัมพันธ์น้อยกว่ากลุ่มควบคุม 0.40 เท่า (95%CI: 0.19-0.86)
3.Rizzo et al., 2018 ประเทศสหรัฐอเมริกา	เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมลดความรุนแรงในการออกเดทและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นหญิง	กลุ่มตัวอย่าง วัยรุ่นหญิง จำนวน 109 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มได้รับโปรแกรม Date SMART ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับสัมพันธภาพ การจัดการด้านอารมณ์ การสื่อสาร การใช้ถุงยางอนามัย	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม Date SMART และ KO ลดลงกว่าก่อนการทดลอง

ตารางที่ 3 สรุปประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในต่างประเทศ (ต่อ)

ผู้วิจัย/ปี	วัตถุประสงค์	การจัดกระทำ	ผลลัพธ์
	<p><u>กรอบแนวคิด</u></p> <p>cognitive</p> <p>behavioral</p> <p>therapy</p>	<p>การสนับสนุนทางสังคม โดยการระดมสมอง และฝึกทักษะ</p> <p>2. กลุ่มได้รับโปรแกรม Knowledge-only กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับสัมพันธภาพ ขั้นตอนการใส่ถุงยางอนามัยโดยศึกษาจากเอกสารประกอบการอบรม</p> <p>ระดับความน่าเชื่อถือ Level 2.c</p>	<p>กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม</p> <p>Date SMART และ KO</p> <p>ลดลงกว่าก่อนการทดลอง</p>

วิจารณ์ (Discussions)

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับโปรแกรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ทั้งต่างประเทศและในประเทศ โดยแบ่งเป็นต่างประเทศ 3 เรื่อง ประเทศไทย 5 เรื่อง พบว่าองค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ สรุปได้ดังนี้

1. รูปแบบการจัดโปรแกรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ พบว่าทุกงานวิจัยจะเน้นการให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ การจัดการอารมณ์ทางเพศ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การป้องกันการตั้งครรภ์ การคุมกำเนิด การใช้ถุงยางอนามัย ผลกระทบการตั้งครรภ์ ประโยชน์/ข้อดีของการมีเพศสัมพันธ์เมื่อพร้อมหรือภายหลังการแต่งงาน พฤติกรรมที่

ควรปฏิบัติต่อเพศตรงข้าม ร่วมกับการฝึกทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ และให้บันทึกปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นใจ ภาคภูมิใจ และให้เกิดความตระหนัก และสร้างแรงจูงใจในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ⁸⁻¹⁵

2. รูปแบบวิธีการสอน ควรจะมีหลากหลายวิธี เช่น การบรรยาย ประกอบการใช้ สื่อมัลติมีเดีย วิดีทัศน์ การอภิปรายกลุ่ม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการสะท้อนคิด การเล่นเกม การสาธิตย้อนกลับ การตั้งกลุ่มให้คำปรึกษาทางไลน์ การสอนกระตุ้นให้เกิดกระบวนการคิดแก้ปัญหาหน้า ทักษะการปฏิเสธเพื่อรักษาไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี⁸⁻¹⁵

3. การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องของทีมงานวิจัยเพียงส่วนน้อยที่ให้ผู้มีส่วนได้ส่วน

เสียเข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนการดำเนินงาน⁹ การสนับสนุนทางสังคม¹⁰ การเสริมแรงทางบวก สร้างแรงจูงใจ ให้คำชมเชย และของรางวัล^{12,13}

ข้อยุติ (Conclusions)

การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นต้องมีการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา ผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ การคุมกำเนิด การพัฒนาทักษะปฏิเสธ และตัดสินใจจากสถานการณ์ที่ถูกชักชวนให้มีเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมเสี่ยงทางอ้อม การสื่อสารเพื่อป้องกันการใช้เพศสัมพันธ์ การปฏิบัติตนต่อเพศตรงข้าม การจัดการอารมณ์ทางเพศ และการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง นอกจากนี้ควรมีการกระตุ้นให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น ครอบครัว และครูเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

โปรแกรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ควรเน้นการ

เอกสารอ้างอิง (References)

Papers of particular interest, published within the annual period of review, have been highlighted as:

* of special interest

** of outstanding interest

มีส่วนร่วมของครู ผู้ปกครอง และเจ้าหน้าที่ส่วนท้องถิ่น ตั้งแต่ขั้นตอนการพัฒนาจนถึงขั้นตอนการประเมินผล เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มนักเรียน และส่งเสริมให้พฤติกรรมมีความยั่งยืน

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

โปรแกรมป้องกันป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ให้ได้ผลลัพธ์ที่ดี ประกอบด้วย

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ผลกระทบของการมีเพศสัมพันธ์
2. รูปแบบวิธีการสอน ใช้วิธีการสอนที่หลากหลาย เช่น การบรรยาย การแสดงบทบาทสมมติ การอภิปรายกลุ่ม การใช้สื่อมัลติมีเดีย การสาธิตย้อนกลับ
3. การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่สนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้

1. World Health Organization [WHO]. World Health Statistics 2018 [online] 2018 [Cited 2020 April 7]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream>

- /handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1
2. Centers for Disease Control and Prevention. **Sexual Risk Behavior: HIV, STD, & Teen Pregnancy Prevention** [online] 2020 [Cited 2020 April 7]. Available from: <https://www.cdc.gov/healthyyouth/sexualbehaviors/>
 3. Bureau of Reproductive Health. **Fact Sheet Pregnancy situation 2019** [online] 2019 [Cited 2020 April 7]. Available from: http://rh.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=257 [in Thai].
 4. Eakpalakorn W. **The 5th Thai health survey by physical exam 2014**. Nonthaburi: Health systems research institute; 2016. [in Thai].
 5. Bureau of Reproductive Health. **Reproductive health situation in adolescents and youth Year 2018** [online] 2018 [Cited 2020 April 7]. Available from: http://rh.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=86
 6. Aekwarangkoon S. Sexual Risk behavior among youth. **Kuakarun Journal of Nursing** 2014; 20(2), 16-26. [in Thai].
 7. Peters M, Christina G, Hanan K, Patricia M, Cassia S, Deborah. 2017 **Guidance for the Conduct of JBI Scoping Reviews** [online] 2017 [Cited 2020 April 7]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/319713049_2017_Guidance_for_the_Conduct_of_JBI_Scoping_Reviews
 8. Markham CM, Tortolero SR, Peskin MF, Shegog R, Thiel M, Baumler ER et, al. Sexual risk avoidance and sexual risk reduction interventions for middle school youth: a randomized controlled trial. **J Adolesc Health** 2012; 50(3): 279-88.
** This article is a RCT research.
 9. Sznitman SR, Carey MP, Venable PA, DiClemente RJ, Brown LK, Valois RF et, al. The Impact of Community-Based Sexually Transmitted Infection Screening Results on Sexual Risk Behaviors of African American Adolescents. **Journal of Adolescent Health** 2010; 47(1): 12-19.
* This article is a quasi - experimental research and using community participation.
 10. Rizzo CJ, Joppa M, Barker D, Collibee C, Zlotnick C, Brown LK. Project Date SMART: a Dating Violence (DV) and Sexual Risk Prevention Program for Adolescent Girls with Prior DV

- Exposure. **Prev Sci** 2018; 19: 416–426.
- * This article is a quasi - experimental research and clear education program.
11. Jaiyasit R, Lapvongwattana P, Chansatitporn N. Application of the information motivation and behavioral skills model for pregnancy prevention in female secondary students. **Journal of Public Health Nursing** 2018; 32(3): 1-18. [in Thai].
- * This article is a quasi - experimental research and statistic is clearly.
12. Moudkoon O, Therawiwat M, Kaeodumkoeng K, Imamee N. Effectiveness of sexuality education and pregnancy prevention program for secondary school students in Suphanburi province. **Journal of Health Education** 2019; 41(2): 181-192. [in Thai].
- * This article is a quasi - experimental research and build motivation via social media.
13. Wongphatchara N, Wattanaburanon A, Theravejchareunchai S. Life skill enhancing program based on self-efficacy concept for reducing risky sexual behaviors of junior high school students. **Journal of Suvarnabhumi Institute of technology** 2019; 5(2) . 224-237. [in Thai].
- * This article is a quasi - experimental research and activity does not clarify details.
14. Bunnag R, Temsirikulchai L, Vatanasomboon P, Powwattana A. Effectiveness of life skills program for preventive sexual risk behaviors of Secondary School Students, Nakhon Pathom Province. **Journal of Public Health Nursing** 2013; 43(1): 80-93. [in Thai].
- * This article is a quasi - experimental research and using participatory learning.
15. Mengchuay J, Chonlasiln K, Rakhab A. Effects of sex risk behaviors and teenage pregnancy protection programme using the application of protection motivation theory among second grade secondary students, Krabi province. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2018; 6(1): 73-92 [in Thai].
- * This article is a quasi - experimental research and clear education program.

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

1. ประเภทของบทความ

ประเภทของบทความที่รับพิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ ประกอบด้วย

1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพ และ/หรือ การพัฒนาระบบสาธารณสุข ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ (พร้อมชื่อสถานที่ปฏิบัติงาน) บทคัดย่อ คำสำคัญ ภูมิหลังและเหตุผล วัตถุประสงค์วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์ข้อยุติ ข้อเสนอแนะ สถานะองค์ความรู้ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของนิพนธ์ต้นฉบับทั้งหมดไม่ควรเกิน 4000 คำ พิมพ์กระดาษขนาด B5 (Cordia New ขนาดตัวอักษร 14)

1.2 บทความปริทัศน์ (Review article) เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสาร หรือหนังสือต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย ชื่อผู้พิมพ์ (พร้อมชื่อสถานที่ปฏิบัติงาน) บทคัดย่อ คำสำคัญ บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล ผลการศึกษาบททวน ข้อยุติ ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง และคำแนะนำสำหรับค้นคว้าเพิ่มเติม โดยจำแนกเอกสารอ้างอิงออกเป็น 3 ประเภท คือ ไม่ระบุ, *น่าสนใจ (*of special interest), และ **น่าสนใจเป็นพิเศษ (**of outstanding interest) พร้อมทั้งระบุเหตุผลในการจำแนกประเภทของเอกสารอ้างอิงในวงเล็บท้ายเอกสารอ้างอิงนั้น ๆ ความยาวของบทความปริทัศน์ทั้งหมดไม่ควรเกิน 4000 คำ กระดาษขนาด B5 (Cordia New ขนาดตัวอักษร 14)

2. การเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ

2.1 ชื่อเรื่อง (Title) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย

2.1.1 ชื่อเรื่อง ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 18 ตัวเข้ม สำหรับภาษาอังกฤษใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ทั้งหมด โดยชื่อเรื่องต้องกะทัดรัดและสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่ควรเกิน 100 ตัวอักษร พร้อมช่องไฟ หรือไม่ควรเกิน 20 คำ ชื่อเรื่องต้องไม่ใส่วลีที่ไม่จำเป็น เช่น “การศึกษา...” หรือ “การสังเกต...” เป็นต้น

2.1.2 ชื่อผู้พิมพ์ ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 14 โดยใช้ชื่อเต็ม ไม่ระบุตำแหน่งหน้าที่ ไม่ใช่คำย่อ และระบุชื่อผู้พิมพ์ไม่เกิน 7 คน

2.1.3 ชื่อหน่วยงาน หรือสถาบันที่ผู้พิมพ์ปฏิบัติงาน อยู่ในขณะนั้น ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 12

2.1.4 Corresponding author ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 12 ตัวเอน

2.1.5 ชื่อแหล่งทุนสนับสนุนการศึกษา ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 12

2.2 บทคัดย่อ (Abstract) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ควรเกิน 300 คำ

เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ ภูมิหลังและเหตุผล วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษาและข้อสรุป ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเอง โดยไม่ต้องหาความหมายต่อ สำหรับภาษาอังกฤษต้องเป็นประโยคอดีต ไม่ควรมีคำย่อ

2.3 คำสำคัญ (Keywords) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ควรเกิน 5 คำ

ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ เป็นหัวเรื่องสำหรับทำดัชนีคำสำคัญ (keywords index) ของปีวารสาร (volume) และดัชนีเรื่องสำหรับ Index Medic US โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S. National Library of Medicine เป็นแนวทาง

2.4 ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

เป็นส่วนของบทความบอกเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรมมากมายที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านรู้ปัญหา ลักษณะ และขนาด ที่นำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผล เพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษาอาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้

2.5 วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective) ใช้การบรรยาย หรือระบุเป็นข้อ

2.6 วิธีการศึกษา (Method) เขียนที่แจ่มแยกเป็น 2 หัวข้อใหญ่ คือ

2.6.1 วัสดุที่ใช้ในการศึกษา ให้บอกรายละเอียดของสิ่งแทรกแซง (intervention) เช่น หลักสูตร โปรแกรม ตัวแบบ รูปแบบการรักษา ชนิดและขนาดของยาที่ใช้ เป็นต้น รวมถึงตั้งแต่กระบวนการได้มา/พัฒนา การดำเนินการ/หัตถการ (manoeuvre) หรือการจัดกระทำต่อกลุ่มเป้าหมาย (manipulation) เช่น ผู้ป่วย คนปกติ สัตว์ พิษ เป็นต้น ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไปให้ระบุเป็นเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นสิ่งใหม่ ให้อธิบายกระบวนการพัฒนา และคุณลักษณะของสิ่งแทรกแซง โดยละเอียดให้ผู้อ่านเข้าใจและสามารถนำไปใช้ต่อได้ รวมทั้งการยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งมีชีวิต ตลอดจนอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการศึกษา

2.6.2 วิธีการศึกษา ประกอบด้วย

แบบการศึกษา (study design) เช่น randomized double blind, descriptive หรือ quasi-experiment เป็นต้น

ประชากรศึกษา เกณฑ์ในการคัดเลือกรวมถึงจำนวนและลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก เป็นต้น ต้องบอกถึงการยินยอมจากตัวอย่างที่ศึกษา การยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งมีชีวิต

ตัวอย่าง วิธีการได้มาซึ่งขนาดตัวอย่างที่เพียงพอ (sample size) วิธีการสุ่มตัวอย่าง (sampling) เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายชั้นตอน เป็นต้น

การพัฒนาเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น แบบสอบถาม แบบบันทึก เป็นต้น รวมทั้งมาตรฐานของเครื่องมือ ความถูกต้อง (validity) ความน่าเชื่อถือ (reliability)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ/ปริมาณ ให้ชัดเจนและกระชับ

วิธีการจัดการข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

2.7 ผลการศึกษา (Results)

นำเสนอคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ข้อค้นพบตามวัตถุประสงค์ ลำดับหัวข้ออย่างชัดเจน เข้าใจง่าย ควรบรรยายเนื้อเรื่องเป็นร้อยแก้ว ใช้ตารางหรือแผนภูมิ ภาพ กร่งงข้อมูลประกอบ โดยอธิบายสรุปเชื่อมโยงในเนื้อเรื่อง

2.8 วิจารณ์ (Discussions)

การวิพากษ์/วิจารณ์ผลการศึกษา แปลความหมายของข้อค้นพบ วิเคราะห์และสรุป เปรียบเทียบกับงานวิชาการอื่น (ทฤษฎี งานวิจัย) ที่น่าเชื่อถือ อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นหรือข้อมูลที่ตีตนมีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นหรือแตกต่างเป็นพิเศษก็ได้ รวมทั้งการวิพากษ์ระเบียบวิธีการศึกษา และข้อจำกัดในการศึกษาด้วย

2.9 ข้อยุติ (Conclusions)

สรุปข้อค้นพบตามวัตถุประสงค์การวิจัยโดยย่อ

2.10 ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ความยาวไม่เกิน 200 คำ โดยให้ระบุข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ประโยชน์/ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคต ทั้งนี้ข้อเสนอแนะต้องมีรากฐานมาจากข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาวิจัย

2.11 สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ความยาวไม่เกิน 100 คำ โดยให้ระบุองค์ความรู้ที่มีอยู่แล้วก่อนทำการศึกษาวิจัย และองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นภายหลังจากทำการศึกษาวิจัย

2.12 เอกสารอ้างอิง (References)

ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

3. การเตรียมตาราง ภาพ แผนภูมิ และกล่องข้อความ

ใช้อักษร Cordia New ขนาดอักษร 14 ในบทความหนึ่งๆ ควรมีตารางหรือภาพหรือแผนภูมิหรือกล่องข้อความ หรือผสมกัน ไม่เกิน 5 ตาราง/แผนภูมิ/ภาพ/กล่องข้อความ

3.1 ตาราง (Tables)

ตารางเน้นการจัดระเบียบของคำพูด ตัวเลข และเครื่องหมายต่าง ๆ บรรจุลงในคอลัมน์เพื่อแสดงข้อมูล และความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตาราง มีดังนี้

ตารางละครึ่งหน้ากระดาษ และไม่ควรถือตารางเป็นภาพถ่าย

ชื่อคอลัมน์ เป็นตัวแทนอธิบายข้อมูลในคอลัมน์ ควรจะสั้น หรือย่อ ๆ และอธิบายให้ละเอียดในเชิงอรรถ (footnote) ได้ตาราง

เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ไม่ควรใช้เลขกำกับเพราะอาจสับสนกับเลขของเอกสารอ้างอิง ให้ใช้เครื่องหมายแทน

3.2 ภาพ และแผนภูมิ (Figures and Charts)

ภาพ และแผนภูมิ จะช่วยสื่อความหมายให้ชัดเจนขึ้น โดยเน้นจุดสำคัญ

ต้องคมชัด และเป็นภาพขาว-ดำ เท่านั้น

ควรเป็น file ภาพต้นฉบับจากกล้องที่มีขนาดไม่ต่ำกว่า 600 x 800 pixels

3.3 กล่องข้อความ (Box)

กล่องข้อความ ใช้กับคำพูด (quote) ในงานวิจัยเชิงคุณภาพ จะช่วยสื่อความหมายให้ชัดเจนขึ้น โดยเน้นจุดสำคัญ มีแนวทางดังนี้

คำพูดต้องเป็นคำพูดสำคัญ ภาษาถิ่น ที่สื่อความหมายเฉพาะชัดเจนกลุ่มเล็ก ความยาวแต่ละคำพูดไม่ควรเกิน 20 คำ ใช้ตัวเอนอยู่ใน “ ” และต้องมีแหล่งที่มาของคำพูดในวงเล็บท้ายเครื่องหมาย “ ”

แต่ละกล่องข้อความ สามารถมีหลายคำพูดได้ แต่ต้องอยู่ในประเด็นเดียวกันหรือต่อเนื่องกัน ไม่เกิน 10 คำพูด

4. การเขียนเอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิงให้จัดทำเป็นภาษาอังกฤษ ควรมีอย่างน้อย 15 รายการ และสามารถตรวจสอบได้ทาง internet โดยการอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขยกกำลังหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับการอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ไม่ใช่คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อต้นและชื่อวารสาร หลีกเลี่ยงการใช้ข้อมูลจากหนังสือพิมพ์ โพลล์มาใช้อ้างอิง การอ้างอิงจาก internet ให้อ้างอิงเฉพาะ website ของทางราชการและองค์กรที่น่าเชื่อถือเท่านั้น โดยเน้นข้อมูลสถิติที่เป็นทางการ แนวนโยบาย และข้อมูลสำคัญมาก

ที่วารสารในการอ้างอิง ย่อตามรูปแบบของ U.S. National Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.gov/tsd/serials/liji.html>

เอกสารอ้างอิงในวารสาร ต้องเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ประเภท white paper และ gray paper เท่านั้น ประกอบด้วย

- 4.1 บทความในวารสารวิชาการ
- 4.2 หนังสือ/ตำรา
- 4.3 รายงาน/เอกสารเผยแพร่ของทางราชการ
- 4.4 รายงานการวิจัยที่เผยแพร่ต่อสาธารณะ
- 4.5 วิทยานิพนธ์
- 4.6 สารระทาง internet จาก website ที่น่าเชื่อถือ

ทุกรายการต้องสามารถระบุที่มา วันเวลา

วารสารไม่รับตีพิมพ์บทความที่อ้างอิง โพลล์, หนังสือพิมพ์, ความคิดเห็น ฯลฯ

5. การส่งต้นฉบับ

ให้ประสานงานกับฝ่ายจัดการ โดยปฏิบัติตามคำแนะนำ ของฝ่ายจัดการโดยเคร่งครัด

5.1 การตรวจสอบสถานะบทความ

สอบถามที่กองบรรณาธิการ โทรศัพท์ 043-363588 โทรสาร 043-202488

E-mail: chdkku2560@gmail.com

เมื่อฝ่ายจัดการได้รับต้นฉบับแล้ว จะตรวจสอบคุณลักษณะและความสมบูรณ์ครบถ้วนของบทความ จากนั้นจึงส่งให้บรรณาธิการได้พิจารณาดำเนินการตามขั้นตอน และจะแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้พิมพ์ทราบว่าต้องแก้ไขก่อนพิจารณาตีพิมพ์ หรือตีพิมพ์โดยไม่ต้องแก้ไข หรือไม่รับพิจารณาตีพิมพ์

บทความที่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้พิมพ์ 1 เล่ม

5.2 สถานะบทความ

การตรวจสอบสถานะบทความ สามารถตรวจสอบได้ที่ฝ่ายจัดการ โดยสถานะบทความมีดังนี้

5.2.1 ฝ่ายจัดการได้รับบทความต้นฉบับ และอยู่ระหว่างกระบวนการ SUBMISSION (ตรวจสอบคุณลักษณะ ความครบถ้วน/ถูกต้อง)

5.2.2 บทความต้นฉบับอยู่ระหว่างกระบวนการ REVIEW (การพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ)

5.2.3 บทความต้นฉบับที่ได้รับการแก้ไข อยู่ระหว่างกระบวนการ COPYEDITING (จัดเตรียมต้นฉบับ)

5.2.4 บทความต้นฉบับได้รับการตอบรับเพื่อตีพิมพ์ และอยู่ระหว่างกระบวนการ PUBLICATION ตีพิมพ์ในวารสารปีที่... ฉบับที่...

เมื่อบทความได้รับการตอบรับเพื่อตีพิมพ์ ผู้นิพนธ์สามารถขอรับหนังสือรับรองสถานการณืตีพิมพ์จากฝ่ายจัดการ

5.3 การปรับแก้ต้นฉบับ

โดยทั่วไป ผู้ประเมินจะตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วน ด้านวิชาการ แล้วส่งให้ ผู้นิพนธ์ปรับแก้ สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้นิพนธ์ ทางวารสารสงวนสิทธิในการตีพิมพ์ เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบของบรรณาธิการตามรูปแบบและสาระที่เหมาะสมกับวารสารเท่านั้น

5.4 การตรวจทานต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (proof reading)

ผู้นิพนธ์ต้องตรวจพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้าย เพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้อง ครบถ้วน ของเนื้อหา

ทั้งนี้ ในหน้าแรกของบทความจะระบุวันที่ Received, Revised, Accepted ด้านล่าง

หมายเหตุ หากผู้นิพนธ์ไม่ดำเนินการตามรูปแบบที่ระบุไว้ ฝ่ายจัดการขอสงวนสิทธิในการ ไม่รับพิจารณาการตีพิมพ์