



วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH AND INNOVATION

ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม- เมษายน 2568 VOL.5 NO.1 JANUARY - APRIL 2025



TEL. 035-454049 ต่อ 5107



FAX.035-454050



EMAIL : J-PHIN@PHCSUPHAN.AC.TH



[HTTPS://HE01.TCI-THAIJO.ORG/INDEX.PHP/J-PHIN/SUBMISSIONS](https://he01.tci-thaijo.org/index.php/j-phin/submissions)



สำนักงานกองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
77 หมู่ 4 ตำบลทับตี่เหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี 72000



วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม
Journal of Public Health and Innovation: J-PHIN

ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2568

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่และส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับผลงานทางวิชาการด้านวิทยาศาสตร์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษา สิ่งแวดล้อม นวัตกรรมสุขภาพและความรู้ จากศาสตร์อื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์แก่ นักศึกษา อาจารย์ นักวิชาการ นักสาธารณสุข ทั้งในประเทศและ ต่างประเทศ
2. เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานวิจัยและเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษา สิ่งแวดล้อม นวัตกรรมสุขภาพ
3. เพื่อสร้างเครือข่ายการเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ และองค์ความรู้ระหว่าง วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรีกับหน่วยงานภายนอกในส่วนภาครัฐและเอกชน ทั้งในประเทศและต่างประเทศ

สำนักงาน

สำนักงานกองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
77 หมู่ 4 ตำบลทับตีเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี 72000
โทรศัพท์ 035-454049 ต่อ 5107 โทรสาร 035-454050
e-mail : j-phin@phcsuphan.ac.th
website: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/J-PHIN/submissions>

พิมพ์ที่

ร้านสุพรรณก๊อปปี้ 5/28-29 ตำบลรั้วใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี
โทรศัพท์ 035-961579 โทรสาร 035-961579 e-mail : suphancopy.11@gmail.com

ISSN : 2773-899X (Online)

ISSN : 2773-9112 (Print)



วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม
Journal of Public Health and Innovation: J-PHIN
ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2568

ที่ปรึกษา

อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
ทันตแพทยศาสตร์ ศรีไทย

บรรณาธิการ

ดร.สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.กิตติพร เนาวีสุวรรณ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

กองจัดการ

ดร.นพดล ทองอร่าม
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.สถิกร พงศ์พานิช
ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสมน พฤตมิถุน
รองศาสตราจารย์ ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์
รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง
รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ สุดหนองบัว
รองศาสตราจารย์ ดร.สมัทนา กลางคาร
รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมธ
รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ ลักษณ์จักรกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพ.ณัฐวดี แก้วสุทธา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราศิริ
อาจารย์ ดร.พิทยา ศรีเมือง
อาจารย์ ดร.อรรมพ สนธิไชย
อาจารย์ ดร.ภคิน ไชยช่วย
อาจารย์ ดร.สฤทธ์ ผาอาจ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยทักษิณ
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดอุบลราชธานี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดอุบลราชธานี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้
ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม
ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

เจ้าของ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรมเป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความ เพื่อลงตีพิมพ์อย่างน้อยจำนวน 2 ท่านต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏ ในวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรมที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

บทบรรณาธิการวารสาร

วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม ฉบับนี้เป็นฉบับประจำปีครั้งที่ 5 ฉบับที่ 1 ปีพุทธศักราช 2568 เล่มนี้เป็นเล่มแรกของปีที่ทางวารสารส่งเข้าประเมินคุณภาพของวารสาร โดยวารสารมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานวิจัยและเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้และส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับผลงานทางวิชาการด้านวิทยาศาสตร์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ การพยาบาล การสาธารณสุข สิ่งแวดล้อม นวัตกรรม สุขภาพ และการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ สร้างเครือข่ายการเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ และองค์ความรู้ระหว่างวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรีกับหน่วยงานภายนอกในส่วนภาครัฐและเอกชน เราก็จะพัฒนาเข้าสู่คุณภาพมาตรฐานของวารสารในขั้นต่อไปและหวังว่าบทความในวารสารนี้จะเป็นประโยชน์แก่นักศึกษา อาจารย์ นักวิชาการ นักสาธารณสุข ทั้งในประเทศและต่างประเทศ สามารถเรียนรู้ด้วยตนเองได้ทางเว็บไซต์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี วารสารมีกำหนดการเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

เนื้อหาในวารสารฉบับนี้ มีบทความวิชาการ 1 เรื่อง และบทความวิจัย 9 เรื่อง บทความทุกเรื่องสามารถ Download ได้ในรูปแบบ pdf. File ขณะเดียวกันหากมีความสนใจในการเขียนบทความทั้งด้านวิชาการ งานวิจัยหรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขชุมชนและสุขภาพตลอดจนข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาปรับปรุงวารสารให้เหมาะสม ท่านผู้อ่านสามารถแจ้งมายังกองบรรณาธิการได้ จักขอบคุณยิ่ง

วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม ขอขอบคุณสถาบันพระบรมราชชนก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนบทความทุกท่านที่มีส่วนร่วมสนับสนุนในการทำให้เสร็จสมบูรณ์อย่างมีคุณภาพ วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม จะเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาทักษะทางวิชาการ และวิชาชีพของบุคลากรสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ตลอดจนสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง อันจะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ และสาขาที่เกี่ยวข้องต่อไป

สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์
บรรณาธิการ

สารบัญ

บรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ

บทบรรณาธิการวารสาร

บทความวิจัย (Original Article):

- E275147** ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในวัยรุ่น และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ
Oral Health Literacy in Adolescents and Related Factors: A Systematic Review
- E274784** ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นอำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี
The Effects of a Health Literacy Enhancement Program on Sexual Risk Behaviors Among Lower Secondary School Students in Huaikrachao District, Kanchanaburi Province
- E 272746** ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดลำปาง
Health Literacy and Dengue Preventive Behaviors Among Village Health Volunteers in Lampang Province
- E271405** ความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตในการทำงานกับภาวะหมดไฟในการทำงานของคนวัยทำงานในนิคมอุตสาหกรรมแห่งหนึ่ง ตำบลบางกระเจ้า จังหวัดสมุทรสาคร
The Relationship of Quality of Working Life and Burnout of Workers in an Industrial Estate in Bang Krachao Subdistrict, Samut Sakhon Province
- E276114** การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตำบลนากระตาม จังหวัดชุมพร
The Development of Self Health Care Model among Hypertension Patients at Nakratham Sub District, Chumphon Province
- E274386** การประเมินประสิทธิภาพของหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาขาวิชาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2564) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
Evaluation of course effectiveness of the Diploma of Science Program in Emergency Medical Operation (Revised curriculum 2021) Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani Province

สารบัญ (ต่อ)

- E276441** การศึกษาปัญหา อุปสรรค และความต้องการการใช้สมุนไพรเพื่อการดูแลผิวหนังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสระแก้ว
A study on the problem, Obstacles and needs of using herbs for skin care in type 2 diabetes patients
- E274416** การพัฒนาแนวทางการเกษตรสมุนไพรวิธีใหม่ตามแนวคิด บีซีจี โมเดล: กรณีศึกษาชุมชนเตาปูน อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี
Development of New Normal Herbal Agriculture Guidelines Based on the BCG Model: A Case Study of Tao Poon Community, Photharam District, Ratchaburi Province
- E277064** การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ฟันเทียมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา
Factor Related to Using Denture Behaviors and Quality of Life of Elderly, Bannangsata District, Yala Province
- E277466** การศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุจากการออกกำลังกายด้วยการปั่นจักรยานประดิษฐ์ผลิตกระแสไฟฟ้าแบบอยู่กับที่
The Study of the Health Effects of Exercise on the Elderly by Using a Stationary Bicycle to Generate Electricity



คำแนะนำการส่งบทความ

คำแนะนำการเตรียมและส่งบทความ

กองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม (Journal of Public Health and Innovation: J-PHIN) ขอเชิญอาจารย์ นักวิชาการ และผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการและวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาในวารสารอื่นและเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร เพื่อความสะดวกในการส่งบทความวิชาการและวิจัย มีข้อเสนอ ดังนี้

ข้อกำหนดและชนิดของเรื่องจะตีพิมพ์

1. เป็นผลงานวิชาการ ประเภทบทความ ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. ผลงานวิชาการและงานวิจัยจะได้รับการพิจารณากลับกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควรไม่น้อยกว่า 2 คน
4. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ (ยกเว้นการตีพิมพ์ในสามปีแรก ปี พ.ศ. 2564-2566 ฟรี)
 - อาจารย์และเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ตีพิมพ์เรื่องละ 2,000 บาท
 - อาจารย์พี่เลี้ยงแหล่งฝึกงานนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ตีพิมพ์ เรื่องละ 2,500 บาท
 - บุคคลอื่น ๆ หรือไม่ได้เป็นอาจารย์และเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ตีพิมพ์ เรื่องละ 3,000 บาท

การเตรียมต้นฉบับ

วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม ได้กำหนดรูปแบบการเขียนบทความที่จะลงในวารสาร ดังนี้

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 16 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน-ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง) และรายการ อ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ รวมรายการอ้างอิงไม่เกิน 15 หน้า

2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลางขนาดอักษร 18

3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 15 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุ ตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรง กับชื่อผู้นิพนธ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์และ e-mail ในส่วนล่างสุด

4. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ต่อบทคัดย่อ

5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)

6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16

7. การใช้ตัวเลขคำย่อและวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning

8. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

8.1 บทความวิจัย (ภาษาไทย)

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐาน (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- การเก็บรวบรวมข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- References

8.2 บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ)

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Objectives
- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework
- Methods
- Population and Sample
- Research Instrument
- Validity and Reliability of the Research Instrument
- Data Collection
- Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent
- Results
- อภิปรายผล (Discussion)
- การนำผลการวิจัยไปใช้ (Implication of the Results)
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (Recommendation for Further Study)
- References

9. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (Abstract)
- บทนำ (Introduction)
- เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต่อการนำเสนอตามลำดับ
- สรุป (Conclusion)
- ข้อเสนอแนะ (Suggestion)
- รายการอ้างอิง (References)

10. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 7th Edition

Copyright Notice

1. บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรมที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

2. บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ถือเป็นลิขสิทธิ์ของ วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม

Privacy Statement

The names and email addresses entered in this journal site will be used exclusively for the stated purposes of this journal and will not be made available for any other purpose or to any other party.

การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับสมบูรณ์เพื่อการพิจารณาลงตีพิมพ์เผยแพร่ใน “วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม” โดยส่งไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ต้นฉบับในรูปแบบ word และ pdf ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ไปที่ e-mail address: j-phin@phcsuphan.ac.th โดยใช้ชื่อเรื่องหรือ Subject ว่า ส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ของ....(ชื่อเจ้าของบทความชื่อแรก).....

สถานที่ติดต่อสอบถาม

กองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

77 หมู่ 4 ตำบลทับตีเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี 72000

(โทรศัพท์ 035-454049 ต่อ 5107 โทรสาร 035-454050

e-mail address: j-phin@phcsuphan.ac.th

V

สมัครส่งบทความลงตีพิมพ์ ในวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม
(การกรอกใบสมัครโปรดใช้วิธีการพิมพ์)

เรียน บรรณาธิการวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม

ข้าพเจ้า นาย นาง นางสาว อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ชื่อ - นามสกุล.....

ตำแหน่งทางวิชาการ

ศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์

นักวิชาการสาธารณสุข อื่นๆ (โปรดระบุ).....

สถานที่ทำงาน

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail

มีความประสงค์ขอส่งผลงานบทความเรื่อง :

ชื่อบทความ

กองบรรณาธิการสามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่ สถานที่ระบุข้างต้น ที่อยู่ดังต่อไปนี้

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail

กรณีที่ไม่สามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ กองบรรณาธิการสามารถติดต่อบุคคลดังต่อไปนี้

ชื่อ - นามสกุล.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าของบทความ

ส่งใบสมัครและบทความได้ที่

กองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

77 หมู่ 4 ตำบลทับตี่เหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี 72000

โทรศัพท์ 035-454049 ต่อ 5107 โทรสาร 035-454050

e-mail address: j-phin@phcsuphan.ac.th

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในวัยรุ่น และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง:
การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

Oral Health Literacy in Adolescents and Related Factors: A Systematic Review

อนุพงษ์ สอดสี^{1*}, กิตติพงษ์ สอนล้อม², พรรณี บัญชรหัตถกิจ³

Anuphong Sodsee¹, Kittipong Sornlom², Pannee Banchonhattakit³

¹วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Sirindhorn College of Public Health Suphanburi,

Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²Faculty of Public Health, Khon Kaen University

³คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

³Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage Pathumthani Province

(Received: November 10, 2024, Revised: : April 1, 2025, Accepted: April 20, 2025)

บทคัดย่อ

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเป็นแนวคิดที่นำมาใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก จึงมีความจำเป็นต้องทำความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง โดยวัตถุประสงค์ของบทความวิจัยนี้คือ ศึกษาความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในนักเรียนและวัยรุ่น ด้วยวิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดยการสืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูล PubMed, Semantic Scholar, Google Scholar, Thai Digital Collection และ Thai Journal Online ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่พ.ศ. 2563 – 2567 พบบทความที่สอดคล้องและเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 12 เรื่อง และประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยใช้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยของเฮลเลอร์และคณะ (2008)

ผลการศึกษาพบว่า มีงานวิจัยที่ผ่านการคัดเลือก จำนวน 11 เรื่อง พบว่าความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในนักเรียนและวัยรุ่น ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่มีผลสอดคล้องกันในงานวิจัย 2 เรื่อง ขึ้นไป ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา เชื้อชาติ สถานภาพผู้ปกครอง อายุผู้ปกครอง จำนวนสมาชิกในครอบครัว การศึกษาผู้ปกครอง ความสามัคคีในครอบครัว การปรับตัวในครอบครัว ระดับชั้นทางสังคม และพบงานวิจัยจำนวน 4 เรื่อง ที่ยืนยันว่าความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ดังนั้นการพัฒนาคำแนะนำความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในนักเรียนและวัยรุ่น ควรให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านบุคคลและครอบครัว

คำสำคัญ: ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก, ปัจจัย, วัยรุ่น

*ผู้ให้การติดต่อ: (Corresponding Author: Anuphong Sodsee , E-mail: tonanuphong@gmail.com)

Abstract

Oral health literacy is a concept utilized in promoting oral health, and it is essential to understand the relationships between related factors. The objective of this research article was to study oral health literacy and its associated factors in students and adolescents. This was conducted through a systematic literature review, with research studies sourced from PubMed, Semantic Scholar, Google Scholar, the Thai Digital Collection, and Thai Journal Online between 2020 and 2024. Twelve articles met the inclusion criteria, and their quality was assessed using the research quality assessment tool by Heller et al. (2007).

The results revealed that 11 selected studies indicated that oral health literacy among students and adolescents was mostly at a moderate level. Factors found to be consistently related to oral health literacy in two or more studies included gender, education level, ethnicity, parental status, parental age, family size, parental education, family cohesion, family adaptation, and social class. Additionally, four studies confirmed that oral health literacy is associated with oral health care behaviors. Therefore, developing oral health literacy in students and adolescents should emphasize personal and family factors.

Keywords: Oral Health Literacy, Factors, Adolescents

บทนำ

สุขภาพช่องปากที่ดีเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนางานด้านทันตสาธารณสุข จากการดำเนินการที่ผ่านมาพบว่าโรคในช่องปากยังคงเป็นปัญหาในทุกช่วงวัยของประชาชนไทย จากรายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 พ.ศ. 2565 – 2566 พบว่าในทุกกลุ่มวัยมีสถานการณ์โรคในช่องปากลดลง เมื่อเทียบกับการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 ยกเว้นกลุ่มเด็กวัยรุ่น อายุ 15 ปี ที่ยังพบปัญหาสุขภาพช่องปากค่อนข้างคงที่ มีความชุกของโรคฟันผุ ร้อยละ 61.2 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 2.1 ซึ่งต่อคน สภาวะเหงือกอักเสบเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 69.9 เป็นร้อยละ 79.5 (สำนักทันตสาธารณสุข, 2567)

ฟันและอวัยวะในช่องปากมีบทบาทต่อการมีสุขภาพดี หากอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งผิดปกติหรือสูญเสียหน้าที่จะทำให้เกิดโรคในช่องปาก เกิดความทุกข์ทรมาน ท้ายที่สุดอาจนำไปสู่การสูญเสียฟันและอวัยวะที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ช่องปากยังเป็นสิ่งที่มีบทบาทหน้าที่สำคัญนอกเหนือจากการบดเคี้ยวอาหาร ซึ่งได้แก่ การพูด การเข้าสังคมและบุคลิกภาพ (Jurgensen & Pertersen, 2009) วัยรุ่นตอนต้นคือ ช่วงอายุ 12 - 15 ปี เป็นช่วงชีวิตที่พัฒนาทั้งด้านร่างกาย อารมณ์สังคม และสติปัญญาอย่างสูง จนกล่าวได้ว่าเป็นช่วงชีวิตที่พัฒนาศักยภาพอย่างเต็มที่ และเป็นวัยที่เริ่มมีสัมพันธ์กับทั้งเพื่อนเพศเดียวกันและเพื่อนต่างเพศ ดังนั้นเรื่องความงาม ความสมบูรณ์ของสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ สุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมด้านสุขภาพช่องปาก อาจก่อให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของวัยรุ่น การเกิดปัญหาโรคในช่องปากในวัยรุ่นโดยเฉพาะวัยรุ่นตอนต้น สามารถก่อให้เกิดปัญหาตามมาหลายประการทั้งปัญหาสุขภาพร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา รวมถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะยาว เพราะปัญหาสุขภาพช่องปากจะส่งผลในการใช้ชีวิตในช่วงวัยที่สูงขึ้น นอกจากนี้การรักษาโรคในช่องปากมีค่าใช้จ่ายที่สูงอาจส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในครัวเรือน

ปัญหาสุขภาพช่องปากมีปัจจัยหลายด้านและมีการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพช่องปาก Horowitz & Kleinman (2008) เสนอว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ ช่องปากคือทักษะใหม่ที่ต้องพัฒนาซึ่งจะช่วยในกระบวนการรับข้อมูลข่าวสาร การประเมินแนวคิดการประยุกต์ใช้ในการป้องกันโรคในช่องปาก และการวางแผนการรักษาอย่างเหมาะสม ในปี ค.ศ. 2010-2015 American Dental Association (2010) กำหนดแผนกลยุทธ์ในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านช่องปากขึ้น และเสนอกรอบแนวคิดที่ระบุว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพช่องปาก โดยเสนอกรอบแนวคิดที่ระบุว่าปัจจัยด้านวัฒนธรรมและสังคม ระบบการศึกษา ระบบสุขภาพ มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพช่องปาก

การศึกษาวิจัยด้านทันตสาธารณสุขในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา มีการนำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก มาใช้เป็นกรอบในการอธิบายพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพช่องปาก และอธิบายผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ช่องปากอย่างแพร่หลาย รวมถึงนำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ทั้งนี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีปัจจัยหลายด้านที่มีความเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น ที่มีความเกี่ยวข้องในด้านตัวบุคคล และปัจจัยด้านการเรียนรู้ที่เป็นสื่อออนไลน์ เทคโนโลยีใหม่ๆ สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้การวิจัยในต่างประเทศ และในประเทศไทยมีการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนักเรียนและวัยรุ่นในบริบทที่แตกต่างกัน ดังนั้นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจะช่วยรวบรวมผลงานวิจัยและสรุปข้อค้นพบเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในนักเรียนและวัยรุ่น ที่สามารถนำองค์ความรู้ไปใช้พัฒนางานด้านทันตสาธารณสุขได้อย่างครอบคลุมทุกมิติ และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในนักเรียนและวัยรุ่น ด้วยวิธีการสังเคราะห์งานวิจัยโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และสังเคราะห์ผลการวิจัยที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในนักเรียนและวัยรุ่น โดยใช้หลัก 5WH questions (Oxburgh et al., 2010) ในการสืบค้นงานวิจัย ดังนี้ 1) ผู้ที่มีผลกระทบ (WHO) คือ นักเรียนและวัยรุ่น 2) ปัจจัยใดบ้างที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหา (WHAT) คือ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ช่องปาก 3) พื้นที่ดำเนินการ (WHERE) ไม่ได้กำหนด 4) ระยะเวลาที่ดำเนินการ (WHEN) ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ พ.ศ. 2563 – 2567 และ 5) ผลกระทบจากปัญหาและความสำคัญในการศึกษา (WHY) คือ พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก

ผู้วิจัยสืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูล PubMed, Semantic Scholar, Google Scholar, Thai Digital Collection และ Thai Journal Online โดยมีคำสืบค้น และผลการสืบค้น รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แหล่งสืบค้นและคำสืบค้นงานวิจัย

ลำดับที่	แหล่งสืบค้น	คำสืบค้น	วิจัยที่พบ (เรื่อง)
1	ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย Thailis	ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก	6
2	Google scholar	"ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก"	50
3	Thai Journals Online	ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก	44
4	Semantic scholar	"adolescents", "Oral health literacy", "oral health behaviors"	233
5	PubMed	adolescents, oral health literacy	91

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ มีประชากรคืองานวิจัยที่เกี่ยวกับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในนักเรียนและวัยรุ่น โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัย ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าโครงการ (Inclusion criteria)

1. งานวิจัยเชิงสำรวจ เชิงวิเคราะห์ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และศึกษาความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่สัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆ
2. กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนอายุ 11 ปีขึ้นไป นักเรียนมัธยมศึกษา และวัยรุ่น
3. มีบทความวิจัยฉบับสมบูรณ์ เป็นไฟล์PDF
4. บทความวิจัยเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ

เกณฑ์การคัดออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. วิจัยที่มีการแทรกแซงกิจกรรมพัฒนาความรู้หรือความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก
2. งานวิจัยที่ซ้ำซ้อน
3. งานวิจัยที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การประเมินที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ฉบับ ได้แก่ 1) แบบบันทึกการรวบรวมข้อมูลงานวิจัย สำหรับบันทึกข้อมูลวิจัยที่ได้จากการสืบค้น มีหัวข้อสำหรับบันทึกรายละเอียดงานวิจัย จำนวน 9 หัวข้อ 2) แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยของเฮลเลอร์และคณะ (2007) สำหรับประเมินคุณภาพของรายงานการวิจัย ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ และ 3) แบบบันทึกการสังเคราะห์ข้อมูลงานวิจัย สำหรับบันทึกผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่ผ่านการประเมิน มีหัวข้อสำหรับบันทึกรายละเอียดงานวิจัย จำนวน 7 หัวข้อ

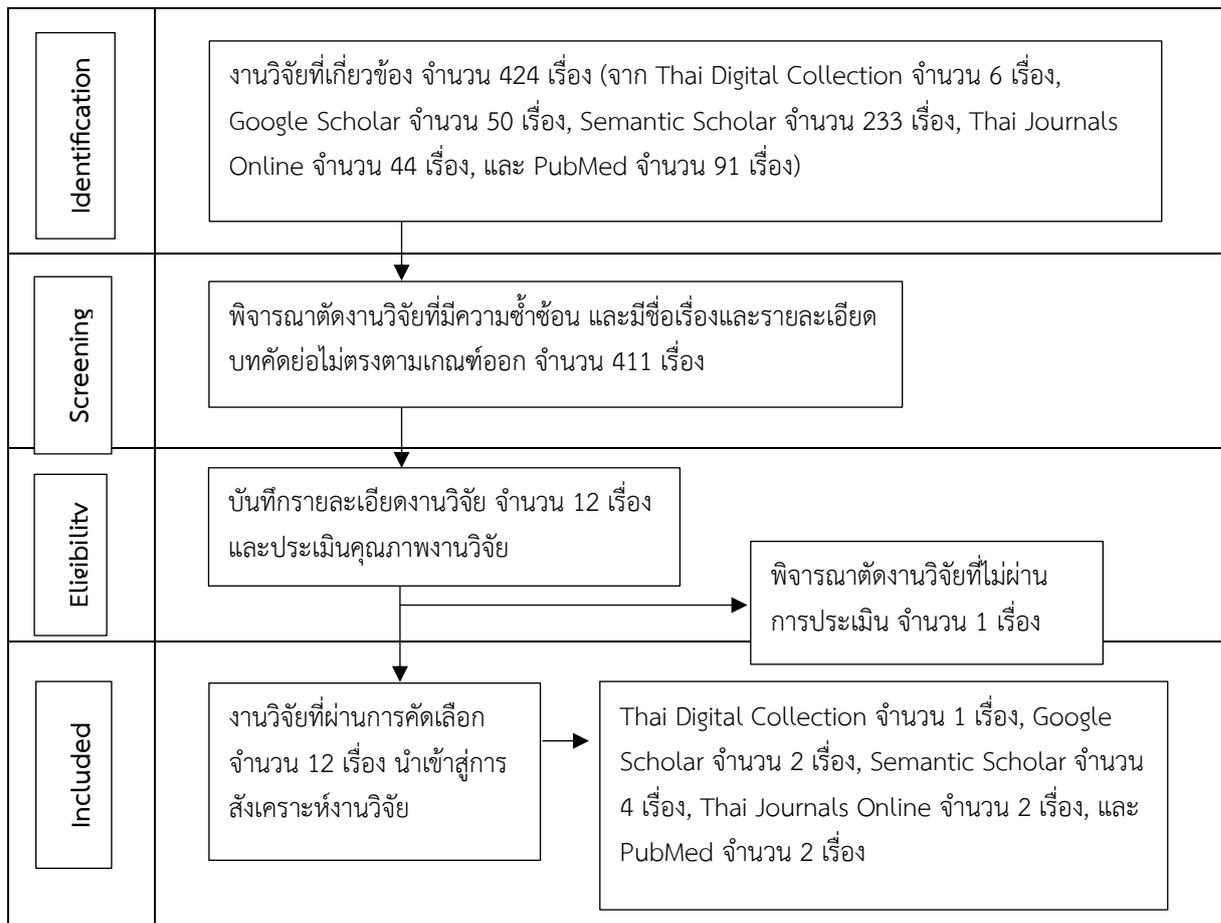
การประเมินคุณภาพงานวิจัย

สำหรับการคัดเลือกงานวิจัย ผู้วิจัยพิจารณาคุณภาพงานวิจัยเพื่อประเมินความน่าเชื่อถือของงานวิจัย โดยใช้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยของเฮลเลอร์และคณะ (2007) ประกอบด้วยแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงคำถามการวิจัย มีข้อคำถาม จำนวน 1 ข้อ แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงกระบวนการวิจัย มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงการแปลผล มีข้อคำถามจำนวน 2 ข้อและแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงการนำไปใช้ประโยชน์มีข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามจะประเมินและให้คะแนน “มีและเหมาะสม” (2 คะแนน) “มีแต่ไม่เหมาะสม” (1 คะแนน) “ไม่พบในงานวิจัย” (0 คะแนน) งานวิจัยที่มี

คุณภาพจะต้องมีคะแนนจะต้องอยู่ในระดับดี (มีคะแนนประเมินรวมระหว่าง 15 – 20 คะแนน) งานวิจัยที่มีคะแนนไม่ถึงเกณฑ์ให้ทำการคัดงานวิจัยฉบับนั้นออก

ขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ มีดังนี้ 1) สืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลได้งานวิจัยทั้งหมด จำนวน 424 เรื่อง 2) พิจารณาชื่อเรื่องและบทคัดย่อ คัดงานวิจัยที่มีความซ้ำซ้อน และงานวิจัยที่มีคุณสมบัติไม่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดออก จำนวน 411 เรื่อง 3) มีงานวิจัยที่ผ่านการพิจารณาคุณสมบัติ จำนวน 12 เรื่อง บันทึกลงในแบบบันทึกการรวบรวมข้อมูลงานวิจัย 4) ประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยใช้แบบประเมินคุณภาพ และ 5) นำงานวิจัยที่ผ่านการประเมินคุณภาพ มาสังเคราะห์และบันทึกในแบบบันทึกการสังเคราะห์ข้อมูลงานวิจัย เพื่อใช้สำหรับนำเสนอผลงานวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ผลการศึกษา

ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบงานวิจัยที่มีคุณภาพเป็นไปตามเกณฑ์ จำนวน 11 เรื่อง มีรายละเอียดงานวิจัยดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ประเมินจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ลำดับ	ผู้แต่ง	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	วิธีการศึกษา	กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่	สรุปผลการศึกษา	ข้อเสนอแนะ
1	Lopes et al., (2021).	โครงสร้างครอบครัว ปัจจัยทางสังคมและประชากรศาสตร์ และประเภทของบริการทันตกรรมที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในวัยรุ่นตอนต้น	เพื่อประเมินความเชื่อมโยงระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับ ปัจจัยทางสังคมและประชากร ลักษณะครอบครัว และการใช้บริการทันตกรรมในนักเรียนอายุ 12 ปี	การวิจัยเชิงสำรวจ แบบภาคตัดขวาง	นักเรียนอายุ 12 ปี จำนวน 769 คน ในประเทศบราซิล	เพศ โครงสร้างครอบครัว การศึกษาของมารดา อายุ ผู้ปกครอง และประเภทของบริการทันตกรรม มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในวัยรุ่นตอนต้น	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ควรพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพช่องปากในวัยรุ่นตอนต้น เพื่อให้มีผลลัพธ์ทางสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น
2	Neves et al., (2021)	ปัจจัยเชิงบริบทและส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในวัยรุ่น: แนวทางหลายระดับ	เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ระดับบุคคลและระดับโรงเรียน และความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากในวัยรุ่นตอนต้น	การวิจัยเชิงวิเคราะห์	นักเรียนอายุ 12 ปี จำนวน 769 คน ในประเทศบราซิล	1. มีความรอบรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.1 2. อายุผู้ปกครอง เพศ และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก	ควรมีการพัฒนาวิธีการแทรกแซงที่จัดการกับปัจจัยระดับบุคคลและ ระดับโรงเรียน โดยเน้นที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่สามารถพัฒนากลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลำดับ	ผู้แต่ง	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	วิธีการศึกษา	กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่	สรุปผลการศึกษา	ข้อเสนอแนะ
3	Alzeer et al., (2024)	ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมของวัยรุ่นหญิงในซาอุดีอาระเบีย: การศึกษาภาคตัดขวาง	เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมของวัยรุ่นหญิงในซาอุดีอาระเบีย	การวิจัยเชิงสำรวจ แบบภาคตัดขวาง	นักเรียนหญิงในประเทศซาอุดีอาระเบีย จำนวน 1,889 คน	1. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 47.4 2. นักเรียนที่ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับความถี่ของการแปรงฟันและการเข้ารับการรักษาทางทันตกรรม	ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องพิจารณาในการวางแผนการออกแบบ การแทรกแซง ในการดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
4	Moura et al., (2022)	โรคสมาธิสั้น ปัจจัยครอบครัว และความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก	1. เพื่อศึกษาสภาพแวดล้อมของครอบครัวที่มีต่อความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก 2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของสมาธิสั้นกับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก	การวิจัยเชิงสำรวจ แบบภาคตัดขวาง	วัยรุ่นในประเทศบราซิล จำนวน 448 คน	1. กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพช่องปากเท่ากับ 20.3 (คะแนนเต็ม 30) 2. การศึกษาของมารดา, รายได้ของครอบครัว, ความสามัคคีในครอบครัว, การปรับตัวของครอบครัว และสัญญาณของโรคสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก	ควรมีการตรวจสอบผลกระทบของสมาธิสั้นต่อความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และมีการวิจัยเพิ่มเติมในพื้นที่ที่มีบริบทที่แตกต่างกัน

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลำดับ	ผู้แต่ง	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	วิธีการศึกษา	กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่	สรุปผลการศึกษา	ข้อเสนอแนะ
5	Prata et al., (2021)	บริบทการมีส่วนร่วมของโรงเรียนต่อโรคฟันผุบริเวณฟันหน้า: การวิเคราะห์หลายระดับ	เพื่อตรวจสอบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและบริบทของโรงเรียนมีความเกี่ยวข้องกับโรคฟันผุบริเวณฟันหน้าที่ไม่ได้รับการรักษาของวัยรุ่น	การวิจัยเชิงวิเคราะห์	นักเรียน อายุ 15 – 19 ปี จำนวน 746 คน ในประเทศบราซิล	1. นักเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 55.2 2. เพศ ระดับชั้นทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก 3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก มีอิทธิพลต่อโรคฟันผุบริเวณฟันหน้าที่ไม่ได้รับการรักษา	1. ควรมีการศึกษาอิทธิพลของ OHL ต่อโรคฟันผุบริเวณฟันหน้าที่ไม่ได้รับการรักษา 2. ควรมีการศึกษาปัจจัยบริบทของโรงเรียนที่มีผลต่อแนวทางปฏิบัติด้านสุขภาพช่องปาก
6	Rachmawati et al., (2024)	ปัจจัยทางสังคมและประชากรศาสตร์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และประสบการณ์โรคฟันผุที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตประจำวัน ในวัยรุ่น	เพื่อศึกษาผลกระทบของประสบการณ์โรคฟันผุ OHL และปัจจัยทางสังคมและประชากรศาสตร์ ต่อคุณภาพชีวิตประจำวันในวัยรุ่นอายุ 11-12 ปี	การวิจัยเชิงสำรวจ แบบภาคตัดขวาง	นักเรียนอายุ 11 – 12 ปี จำนวน 346 คน ประเทศอินโดนีเซีย	1. กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ระดับสูง ร้อยละ 55.3 2. การศึกษาของพ่อ ประสบการณ์ฟันผุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตประจำวัน	ควรมีนโยบายในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ช่องปากในวัยรุ่น การเพิ่มสุขศึกษาในหลักสูตรของโรงเรียน และการเพิ่มประสิทธิภาพโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน โดยให้ผู้ปกครองเข้าร่วม

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลำดับ	ผู้แต่ง	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	วิธีการศึกษา	กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่	สรุปผลการศึกษา	ข้อเสนอแนะ
7	วัชรพล วิวรรณ์ เถาว์ พันธ์ และคณะ (2566)	ความรู้ด้าน สุขภาพช่องปาก กับ พฤติกรรมการดูแล สุขภาพช่องปากของ นักเรียนชั้นประถม ศึกษาปีที่ 6 อำเภอ พนมไพร จังหวัด ร้อยเอ็ด	เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้ด้าน สุขภาพช่องปากกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ช่องปาก ของนักเรียนชั้น ประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอ พนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด	การวิจัยเชิง สำรวจ แบบ ภาคตัดขวาง	นักเรียน ประถมศึกษาปีที่ 6 จังหวัด ร้อยเอ็ด จำนวน 175 คน	1. นักเรียนมีความรอบรู้ ด้านสุขภาพช่องปากระดับ รู้จัก ร้อยละ 58.3 2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ช่องปาก มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ช่องปาก	ควรมีการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง เพื่อพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพ ช่องปากในเด็กนักเรียนให้มีพฤติกรรม สุขภาพที่พึงประสงค์หรือลดโรคฟันผุ
8	กิตติยา ศรีมาฤทธิ์ และ นิยม จันทร์นวล (2022)	ความรู้ด้าน สุขภาพช่องปากและ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ พฤติกรรมการ ป้องกัน โรคฟันผุใน นักเรียนชั้น มัธยมศึกษาตอนต้น เขตชนบท จังหวัด อุบลราชธานี	เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ กับพฤติกรรมป้องกัน โรคฟันผุของนักเรียนชั้น มัธยมศึกษาตอนต้น เขตชนบท จังหวัด อุบลราชธานี	การวิจัยเชิง สำรวจ แบบ ภาคตัดขวาง	นักเรียน มัธยมศึกษา ตอนต้น จังหวัด อุบลราชธานี จำนวน 402 คน	1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ช่องปากโดยรวมอยู่ใน ระดับปานกลางร้อยละ 70.90 2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ช่องปากทักษะความรู้ ความเข้าใจข้อมูล การพัก อาศัยกับพ่อแม่ และรับ บริการทันตกรรมที่โรงเรียน มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ป้องกันโรคฟันผุ	ควรมีการศึกษาเชิงเปรียบเทียบความรู้ ด้านสุขภาพช่องปากระหว่างนักเรียนชั้น มัธยมศึกษาตอนต้นเขตเมืองและเขตกึ่ง เมือง เขตกึ่งชนบท เนื่องจากบริบทที่ แตกต่างกันอาจจะเป็นปัจจัยกำหนดระดับ ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากให้ แตกต่างกันได้

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลำดับ	ผู้แต่ง	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	วิธีการศึกษา	กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่	สรุปผลการศึกษา	ข้อเสนอแนะ
9	จรัสศรี ศรีนฤพัฒน์ และคณะ (2567)	การสำรวจความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชน ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนของประเทศไทยปี 2566	เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจฯ และศูนย์ฝึกฯ	การวิจัยเชิงสำรวจ แบบภาคตัดขวาง	เด็กและเยาวชนในสถานพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชน ศูนย์ฝึกและอบรม เด็กและเยาวชนของประเทศ ไทย จำนวน 400 คน	1. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก เท่ากับ 20.4 (คะแนนเต็ม 26 คะแนน) 2. ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากทางกาย	ควรพัฒนากลไกการตรวจคัดกรองเฝ้าระวังโรคใน ช่องปาก การเข้าถึงบริการทางทันตกรรมตามระดับความเสี่ยงและความเร่งด่วน เพื่อให้ได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างทั่วถึง เท่าเทียม และเสมอภาค
10	ณัฐสิทธิ์ รัตนกระจำศรี (2563)	ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางด้านทันตสุขภาพต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 และมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในโรงเรียนขยายโอกาส อำเภอยะยา จังหวัดพะเยา	1. เพื่อศึกษาความฉลาดทางด้านทันตสุขภาพและพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพ ในเด็กนักเรียน 2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียน	การวิจัยเชิงสำรวจ แบบภาคตัดขวาง	นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 113 คน และนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 86 คน ในจังหวัดพะเยา	1. ความฉลาดทางด้านทันตสุขภาพมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง 2. ฉลาดทางด้านทันตสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทันตสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ	ควรศึกษาเชิงคุณภาพ และศึกษาเชิงปริมาณในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 และมัธยมศึกษาปีที่ 3 เพื่อนำผลที่ได้ไปประยุกต์ใช้ใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพของนักเรียน

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลำดับ	ผู้แต่ง	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	วิธีการศึกษา	กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่	สรุปผลการศึกษา	ข้อเสนอแนะ
11	รอซีกิน สาเร๊ะ และคณะ (2564)	ความรู้ด้านทันตสุขภาพกับการดูแลสุขภาพช่องปากของวัยรุ่นตอนต้นในจังหวัดยะลา	เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านทันตสุขภาพ กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของวัยรุ่นตอนต้นในจังหวัดยะลา	การวิจัยเชิงสำรวจ แบบภาคตัดขวาง	นักเรียนที่มีอายุระหว่าง 12 – 15 ปี จำนวน 140 คน จังหวัดยะลา	1. นักเรียนมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านทันตสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ 2. ความรู้ด้านทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	ควรศึกษารูปแบบการส่งเสริมความรู้ในกลุ่มวัยรุ่น หรือปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อให้ได้รูปแบบและวิธีการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า งานวิจัย 9 เรื่อง ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) การศึกษา ณ จุดเวลา ภาคตัดขวาง (Cross –Sectional Studies) และงานวิจัย 2 เรื่อง ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical Research) โดยสามารถสรุปผลการสังเคราะห์ได้ดังนี้

1. ผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก

มีงานวิจัยรายงานระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 10 เรื่องจากทั้งหมด 11 เรื่อง โดยรายงานความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเป็นค่าเฉลี่ย จำนวน 4 เรื่อง ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง และรายงานเป็นค่าความถี่ ร้อยละ จำแนกตามระดับ จำนวน 6 เรื่อง แบ่งออกเป็นระดับสูง จำนวน 2 เรื่อง ระดับปานกลาง จำนวน 3 เรื่อง และระดับไม่เพียงพอ จำนวน 1 เรื่อง

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก

มีงานวิจัยที่เสนอผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 4 เรื่อง โดยศึกษาตัวแปรที่พบความสัมพันธ์ไม่ซ้ำกับงานวิจัยอื่น จำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ ประเภทสถานบริการ ประเภทโรงเรียน ระดับโรงเรียน การทำหน้าที่ครอบครัว และภาวะสมานธิสัน พบตัวแปรที่ตรงกันตั้งแต่ 2 เรื่องขึ้นไป จำนวน 8 ตัวแปร ได้แก่ เพศ เชื้อชาติ สถานภาพสมรสผู้ปกครอง อายุผู้ปกครอง จำนวนสมาชิกในครอบครัว การศึกษาผู้ปกครอง ความสามัคคีในครอบครัว ระดับชั้นทางสังคม รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก

ตัวแปร	ผู้วิจัย			
	Lopes et al., (2021)	Neves et al., (2021)	Moura et al., (2022)	Prata et al., (2021)
เพศ	✓	✓	X	✓
เชื้อชาติ	X	X	-	-
การศึกษาผู้ปกครอง	✓	✓	✓	-
ระดับชั้นทางสังคม	✓	✓	✓	✓
ความสามัคคีในครอบครัว	✓	✓	✓	-
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	✓	X	X	-
สถานภาพสมรสผู้ปกครอง	✓	✓	-	-
อายุผู้ปกครอง	✓	✓	-	-
ประเภทสถานบริการ	✓	-	-	-
ระดับโรงเรียน	-	✓	-	-
ประเภทโรงเรียน	-	✓	-	-
การทำหน้าที่ครอบครัว	-	✓	-	-
ภาวะสมานธิสัน	-	-	✓	-

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับตัวแปรอื่นๆ

มีงานวิจัยที่เสนอผลการศึกษาคำตอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่สัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆ จำนวน 9 เรื่อง จำแนกออกเป็น 5 ตัวแปร ได้แก่ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 4 เรื่อง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตประจำวัน 2 เรื่อง และมีความสัมพันธ์กับความรู้สุขภาพทั่วไป พฤติกรรมป้องกันฟันผุ โรคฟันผุ ตัวแปรละ 1 เรื่อง

4. ข้อค้นพบของช่องว่างทางความรู้ หรือข้อเสนอแนะของงานวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ สามารถสรุปข้อค้นพบของช่องว่างทางความรู้ หรือข้อเสนอแนะของงานวิจัย เป็นประเด็นสำคัญได้ดังนี้

4.1 การวัดความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ยังมีความแตกต่างกันของแนวคิด แบบวัดองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และยังไม่มีความชัดเจนที่เป็นมาตรฐานกลางที่สามารถใช้ในการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบกันได้

4.2 ควรมีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพช่องปากในนักเรียนและวัยรุ่น โดยการพัฒนารูปแบบการแทรกแซงที่จัดการกับปัจจัยระดับบุคคล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะปัจจัยด้านผู้ปกครองที่หลายงานวิจัยบ่งชี้ว่ามีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก เช่น การจัดกิจกรรมให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากบุตรหลาน รวมถึงการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากในโรงเรียน และการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่ประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพช่องปากให้กับนักเรียนและวัยรุ่นโดยทันตบุคลากร

4.3 ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น หรือพื้นที่ที่มีบริบทที่แตกต่างกัน

4.4 ควรมีการศึกษาผลกระทบของสมาธิสั้นต่อความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก

4.5 ควรมีการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง เพื่อพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพช่องปากในนักเรียนและวัยรุ่นให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

อภิปรายผล

จากผลงานวิจัยที่พบว่างานวิจัยในประเทศไทยศึกษาคำตอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก โดยกำหนดความรู้ด้านสุขภาพช่องปากเป็นตัวแปรอิสระ และกำหนดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเป็นตัวแปรตาม เหมือนกันจำนวน 4 เรื่อง ส่วนหนึ่งอาจมาจากแผนกลยุทธ์ในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และกรอบแนวคิดที่ระบุว่าความรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพช่องปากของ American Dental Association (2010) ซึ่งผลลัพธ์สุขภาพช่องปากนั้นมีหลายมิติ โดย Hynninen et al., (2023) ได้ระบุว่า การดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตัวเองเป็นส่วนหนึ่งของผลลัพธ์สุขภาพช่องปาก นอกจากนี้ในการกำหนดแผนการดำเนินการด้านทันตสาธารณสุขในประเทศไทย กรมอนามัยได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพช่องปากประเทศไทย พ.ศ. 2566 - 2580 โดยกำหนดให้การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก เป็นกลวิธีในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพช่องปาก อย่างไรก็ตามงานวิจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพช่องปากในนักเรียนและวัยรุ่นในประเทศไทยยังมีจำนวนน้อย และงานวิจัยส่วนใหญ่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กเมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยในประเทศบราซิล ซึ่งงานวิจัยสามารถให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในระดับประเทศได้ และเมื่อพิจารณาผลการสังเคราะห์งานวิจัย มีงานวิจัย 4 เรื่อง ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และมีการวิจัยใน

ต่างประเทศจำนวน 4 เรื่อง ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ด้านการศึกษา ด้านครอบครัวและสังคม รวมถึงประเภทสถานบริการ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ซึ่งข้อค้นพบดังกล่าวมีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของ Manganello (2008) ที่ระบุว่าปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว ระบบการศึกษา ระบบบริการสุขภาพ สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ทั้งนี้ในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบช่วยให้ทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องและช่องว่างทางความรู้ที่ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมกับนักเรียนและวัยรุ่นในประเทศไทย เพื่อสามารถนำไปใช้ในการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพ และจัดบริการทางทันตกรรมให้เกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

References

- กรมอนามัย. (2566). แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพช่องปากประเทศไทย พ.ศ. 2566 - 2580. สืบค้นจาก <https://dental.anamai.moph.go.th>
- กานต์พิชชา วิจารณ์. (2557). ความรอบรู้เรื่องการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในอำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ. ปรินญา นิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. นนทบุรี. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. สืบค้นจาก https://ir.stou.ac.th/bitstream/123456789/12830/1/fulltext_148411.pdf
- กิตติยา ศรีมาฤทธิ์, นิยม จันทร์นวล. (2022). ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เขตชนบท จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 5(3), 36-50.
- จรัสศรี ศรีนฤพัฒน์, นพวรรณ โพชนุกูล และปิ่นปิ่นท์ วณิชย์สายทอง (2567). การสำรวจความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็ก และ เยาวชนในสถานพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชนศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนของประเทศไทย ปี 2566. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 47(1), 80-93.
- ณัฐสิทธิ์ รัตนกระจ่างศรี. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางด้านทันตสุขภาพต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 และมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในโรงเรียนขยายโอกาส อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา. ปรินญานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. พะเยา. มหาวิทยาลัยพะเยา. สืบค้นจาก <https://updc.up.ac.th/server/api/core/bitstreams/a9d9fcda-adeb-490c-9e6d-970b80220b39/content>
- รอซีกิน สาเร๊ะ, คันธมาทน์ กาญจนภูมิและ กัลยา ต้นสกุล. (2564). ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ของวัยรุ่นตอนต้นในจังหวัดยะลา. *วารสารสภาสารณสุขชุมชน*, 3(3), 27 - 39.
- วัชรพล วิวรรณณ์ เถาว์พันธ์, รัฐติภรณ์ ลีทองดี, นฤพร ชูเสน, ปุณยรัตน์ ลวดทอง, วิลาสินี ยูวชาติ, อภิญญา พูนสวัสดิ์. (2023). ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 เขตอำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารทันตภิบาล*, 34(1), 35-44.

- สำนักทันตสาธารณสุข. (2567). รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566. สืบค้นจาก <https://dental.anamai.moph.go.th>
- American Dental Association. (2010). Health literacy in dentistry strategic action plan 2010-2015. United States:
- Alzeer, M., AUameel, A., Rosing, K., & Øzhayat, E. (2024). The association between oral health literacy and oral health-related behaviours among female adolescents in the Kingdom of Saudi Arabia: A cross-sectional study. *The Saudi Dental Journal*, 36, 1035 – 1042.
- de Moura, M. D. F. L., Firmino, R. T., Neves, E. T. B., de Brito Costa, E. M. M., Paiva, S. M., Ferreira, F. M., & Granville-Garcia, A. F. (2022). Attention-deficit Disorder, Family Factors, and Oral Health Literacy. *international dental journal*, 72(4), 565-571.
- Heller, R.F., Verma, A., Gemmell, I., Harrison, R., Hart, J., & Edwards, R. (2008). Critical appraisal For public health: a new checklist. *Public Health*. 122, 92-98. doi:10.1016/j.puhe.2007.04.012
- Horowitz AM, Kleinman DV. (2008). Oral Health Literacy: The New Imperative to Better Oral Health. *Dental Clinics of North America*, 52(2), 333-344.
- Hynninen, Y., Voltti, S., Sormunen, M., Nihtilä, A., Siukosaari, P., Koukkula, L., & Leskelä, R. L. (2023). Oral Health Outcome Measures: A Feasibility Evaluation. *international dental journal*, 73(5), 685-691.
- Jurgensen, N., & Petersen, P. E. (2009). Oral health and the impact of socio-behavioural factors in a cross sectional survey of 12-year old school children in Laos. *BMC oral health*, 9, 1-11.
- Lopes, R. T., et al. (2021). Family structure, sociodemographic factors and type of dental service associated with oral health literacy in the early adolescence. *Ciencia & Saude Coletiva*, 26(3), 5241-5250.
- Manganello JA. (2008). Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Educ Res*. 23(5), 840-7.
- Neves, E. T. B., et al. (2021). Contextual and individual factors associated with oral health literacy in adolescents: A multi-level approach. *Brazilian Dental Journal*, 32(2), 1-13.
- Oxburgh, G. E., Myklebust, T., & Grant, T. (2010). The question of question types in police interviews: A review of the literature from a psychological and linguistic perspective. *International Journal of Speech, Language & the Law*, 17(1).
- Prata, I. M. D. L. F., Neves, E. T. B., Lima, L. C. M. D., Dutra, L. D. C., Ferreira, F. M., Paiva, S. M., & Granville-Garcia, A. F. (2021). Contributions of school context to caries on anterior teeth: a multilevel analysis. *Revista de saude publica*, 55, 111.



Rachmawati, Y. L., Pratamawari, D. N. P., Balbeid, M., & Sutanti, V. (2024).

Sociodemographics, oral health literacy, and caries experience related to daily performance among adolescents. *Brazilian Journal of Oral Sciences*, 23, e241338.

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ
ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี

The Effects of a Health Literacy Enhancement Program on Sexual Risk Behaviors
Among Lower Secondary School Students in Huaikrachao District, Kanchanaburi
Province

จักรพันธ์ จันทร์สว่าง

Jakkapan Jansawang

โรงพยาบาลเลาขวัญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

Laokhwan Hospital, Kanchanaburi Public Health Office

(Received: October 24, 2024, Revised: March 7, 2025, Accepted: March 23, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และเพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม โดยใช้แบบแผนการวิจัย 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นทั้งเพศหญิงและเพศชายอายุ 13-15 ปี ที่กำลังศึกษาในสถานศึกษาแห่งหนึ่ง ในสังกัดเขตพื้นที่การศึกษาที่มีมัธยมศึกษาจังหวัดกาญจนบุรี มีจำนวนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 34 คน รวมทั้งหมด 68 คน เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยเก็บข้อมูลก่อน-หลังการใช้โปรแกรม สถิติที่ใช้ คือ สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ paired t-test และ Independent t-test ผลการศึกษา พบว่าภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($t = 5.025, p < .001$ และ $t = -3.707, p = .001$ ตามลำดับ) และคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -3.37, p = .002$ และ $t = 2.53, p = .015$ ตามลำดับ) ข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องข้องในการดูแลนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เช่น ครู ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพทางเพศของวัยรุ่นโดยเน้นด้านการสื่อสารกับเยาวชนเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่ถูกต้องและเหมาะสม และสามารถสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพทางเพศด้วยวิธีการพูด อ่าน เขียน ให้เข้าใจและสามารถโน้มน้าวให้ยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพทางเพศ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ, มัธยมศึกษาตอนต้น

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: Jakkapan Jansawang, E-mail: jakkaphanjansawang@gmail.com)

ABSTRACT

The objectives of this quasi-experimental study were to compare health literacy and sexual risk behaviors before and after receiving a health literacy enhancement program and to compare these factors between the experimental group and the control group. The research utilized a two-group pretest-posttest design. The sample consisted of early adolescents, both male and female, aged 13–15 years, studying at a secondary school in Kanchanaburi province. There were 34 participants in the experimental group and 34 in the control group, totaling 68 individuals. The research instruments included a health literacy enhancement program, a health literacy assessment, and a sexual risk behavior assessment. Data were collected before and after implementing the program. The statistical analyses included descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics (paired t-test and independent t-test). The findings indicated that, after the experiment, the mean scores for health literacy and risky sexual behaviors in the experimental group significantly improved at the .05 level ($t = 5.025$, $p < .001$ for health literacy; $t = -3.707$, $p = .001$ for risky sexual behaviors). Additionally, the post-program mean scores for health literacy and risky sexual behaviors in the experimental group were significantly different from those in the control group at the .05 level ($t = -3.37$, $p = .002$ for health literacy; $t = 2.53$, $p = .015$ for risky sexual behaviors). It is recommended that stakeholders involved in adolescent care, such as teachers, parents, and public health officials, actively promote sexual health literacy among adolescents. Emphasis should be placed on effective communication with young individuals to enhance their understanding of appropriate sexual behaviors. Furthermore, information on sexual health should be conveyed through speaking, reading, and writing in a way that is comprehensible and persuasive, ensuring that adolescents accept and apply the knowledge effectively.

Keywords: Health literacy, sexual risk behaviors, early adolescents

บทนำ

แม้ว่าอัตราการคลอดในวัยรุ่นของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 โดยในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี อัตราการคลอดต่อประชากรหญิง 1,000 คน ลดลงจาก 53.4 ในปี พ.ศ. 2555 เหลือ 35.0 ในปี พ.ศ. 2561 ส่วนในกลุ่มอายุ 10-14 ปี อัตราดังกล่าวลดลงจาก 1.8 ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 1.2 ในปี พ.ศ. 2561 นอกจากนี้ อัตราการคลอดซ้ำในวัยรุ่นก็ลดลงเช่นกัน โดยในกลุ่มอายุ 15-19 ปี ลดจากร้อยละ 12.8 ในปี พ.ศ. 2557 เหลือร้อยละ 9.3 ในปี พ.ศ. 2561 (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2562) อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ในจังหวัดกาญจนบุรีกลับมีแนวโน้มสวนทางโดยอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เพิ่มขึ้นจาก 47.9 ต่อประชากรหญิง 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2559 เป็น 51.4 ในปี พ.ศ. 2561 (เป้าหมาย 40 ต่อพันประชากรหญิง) (สำนักเขตสุขภาพที่ 5, 2562) สำหรับพื้นที่อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี แม้อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี จะลดลงตามเป้าหมาย เท่ากับ 27.6 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน แต่กลับพบว่าอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี สูงกว่าค่าที่กำหนดเกือบเท่าตัว เท่ากับ 2.4 ต่อประชากรหญิง

อายุ 10-14 ปี 1,000 คน นอกจากนี้ ปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำยังคงสูงอยู่ที่ร้อยละ 17.7 ซึ่งเกินเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 10 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี, 2565)

พฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นน่ามองได้ว่าเป็นปัญหาที่เกิดจากการปรับตัวและการเรียนรู้เรื่องเพศจากครอบครัวและประสบการณ์ตรงของเด็ก นอกจากนี้ยังมีการเรียนรู้เพิ่มเติมจากสังคม ไม่ว่าจะเป็นโรงเรียน เพื่อน สิ่งแวดล้อมและสื่อต่าง ๆ เพราะวัยรุ่นในปัจจุบันเติบโตในช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงของสังคมอย่างรวดเร็ว เทคโนโลยีที่ทำให้เข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้อย่างไม่จำกัด โดยเฉพาะการสื่อสารที่กว้างไกล ทำให้วัยรุ่นรับข้อมูลข่าวสารได้หลากหลายและเข้าถึงได้ง่าย เกิดการเลียนแบบพฤติกรรมต่าง ๆ เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนทางเพศ การควบคุมอารมณ์ที่ไม่สมบูรณ์ ขาดความยับยั้งชั่งใจ ขาดการไตร่ตรองที่รอบคอบและมักทำตามอารมณ์ของตนเอง (อาภาพร เฝ้าวัฒนา, 2560). โดยเฉพาะวัยรุ่นหญิงจะมีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและอารมณ์เริ่มมีปฏิสัมพันธ์กับเพศตรงข้าม เช่น การทำตัวให้เป็นที่สนใจของเพศตรงข้าม การเลียนแบบบทบาททางเพศ มีการคบเพื่อนต่างเพศและมีโอกาสเกิดการมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศได้ ผลการศึกษาในนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 พบว่าชอบอยู่ใกล้ชิดกับแฟนหรือเพื่อนสนิทต่างเพศ ร้อยละ 34.7 มีการแต่งกายที่โป๊ และล่อแหลมทางเพศร้อยละ 29.4 และมีการจับมือถือแขน กอด หอมกับเพื่อนต่างเพศถึงร้อยละ 17.0 ทำให้วัยรุ่นหญิงเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้มากขึ้น ดังนั้นจะต้องมีการส่งเสริมให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม เพื่อการป้องกันและลดปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (ชลดา อาณี กรณิธรรัตน์ บุญช่วยนาสิทธิ และประเสริฐศักดิ์ กายนาคา, 2560) จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเมืองพัทยาพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ปฏิบัติเป็นประจำ 3 อันดับแรก ได้แก่การอยู่ตามลำพังกับแฟนสองต่อสอง การมีเพศสัมพันธ์ การนุ่งกระโปรงสั้น และกางเกงรัดรูป คิดเป็นร้อยละ 6.3, 2.5 และ 2.1 ตามลำดับ ตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ได้แก่ การเข้าถึงสื่อกระตุ้นทางเพศ ($\beta=0.474$) (อาภรณ์ วัลลิภากร, 2559). การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมทางเพศที่พึงประสงค์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดจันทบุรีพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมทางเพศที่พึงประสงค์อยู่ในระดับปกติร้อยละ 73.6 เมื่อพิจารณาตามอายุพบว่ากลุ่มอายุ 15 ปี มีพฤติกรรมทางเพศที่พึงประสงค์อยู่ในเกณฑ์น้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 64.2 (อุทัยวรรณ สุกวลีธร ศรีริญา สนั่นเรื่องศักดิ์และนฤมล ธีระรังสิกุล, 2561)

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy: HL) ปรากฏขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1974 และเริ่มแพร่หลายมากขึ้น โดยมีการกำหนดคำนิยามไว้อย่างหลากหลาย ซึ่งสถาบันสุขภาพโลก (National Center for Health Statistics, 2010) ได้ให้คำนิยามไว้ว่า ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะทางการรับรู้ และทักษะทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึงเข้าใจและใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้ดียิ่งขึ้น และแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพมีความชัดเจนมากขึ้น โดย Nutbeam (2008) ให้ความหมายความรู้ด้านสุขภาพไว้ว่าเป็นความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจ และความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมถึงการพัฒนาความรู้ และทำความเข้าใจบริบททางด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเองในประเทศไทย กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2557) กล่าวถึงความรู้ด้านสุขภาพว่า เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพและสามารถปรับตัว เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม มี 6 ประการ ได้แก่ 1. ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) เป็นการนำความรู้ด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้เพื่อแก้ปัญหาและเพิ่มคุณภาพชีวิต 2. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ (Access) เป็นการใช้ความสามารถในการฟัง การดู การอ่าน การเขียนและสืบค้นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่นำเชื่อถือได้ 3. ด้านการสื่อสาร (Communication

Skill) สามารถเผยแพร่การสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเหตุผลและน่าเชื่อถือ 4.การจัดการตนเอง (Self-Management) มีการตั้งเป้าหมาย วางแผน ประเมินตนเอง เพื่อนำไปสู่กระบวนการปฏิบัติ 5.การรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) เป็นความสามารถของบุคคลในการคิด ทำความเข้าใจ วิเคราะห์เนื้อหาหรือสื่อที่นำเสนอได้อย่างเหมาะสม และ 6.ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill) เป็นกระบวนการคิดในการเลือกอย่างมีเหตุผลจากทางเลือกที่มีอยู่ อังคินันท์ อินทรกำแหงและธัญชนก ชุมทอง,2560)

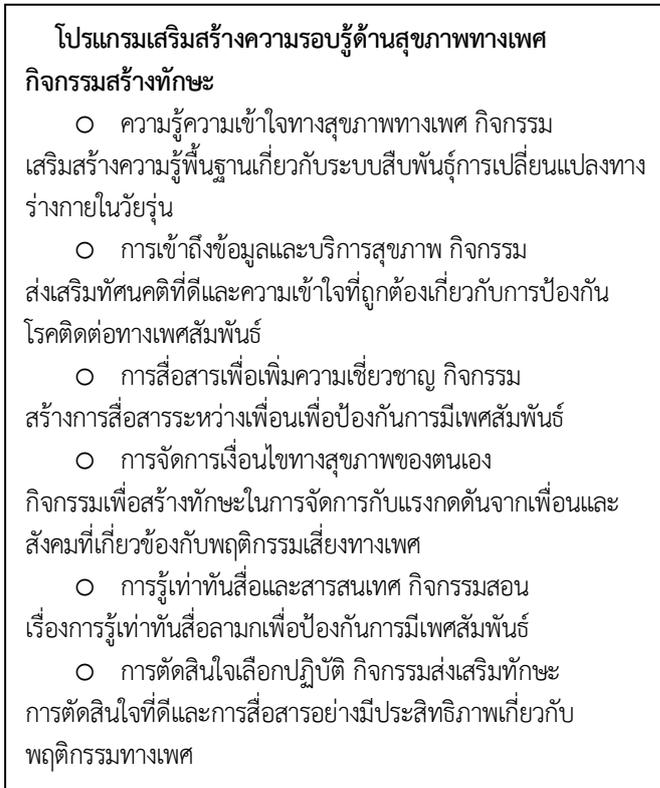
ผู้วิจัยจึงสนใจในการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรีทั้งเพศชายและเพศหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 เพื่อนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลในการดำเนินงานวางแผนให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมและป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น



ตัวแปรตาม



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ชนิดศึกษา 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-posttest Design with Non-equivalent Groups)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ วัยรุ่นตอนต้นทั้งเพศหญิงและเพศชายอายุ 13-15 ปี ในสถานศึกษาแห่งหนึ่ง สังกัดเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาจังหวัดกาญจนบุรี มีจำนวนนักเรียนทั้งหมด 1,542 คน

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นวัยรุ่นตอนต้นทั้งเพศหญิงและเพศชายอายุ 13-15 ปี ในสถานศึกษาแห่งหนึ่ง สังกัดเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาจังหวัดกาญจนบุรี การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) เลือก T-tests, กำหนด Statistical Test เป็น Means: Differences between Two Independent means (two groups) กำหนดค่าอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.652 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 และกำหนดระดับความเชื่อมั่น (Power of analysis) เท่ากับ 0.95 (บุญยง สุขะขันธ์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์, 2565) คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 27 คน และเพื่อป้องกันการสูญหาย

ของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 34 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 68 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นทั้งเพศหญิงและเพศชายอายุ 13-15ปี ไม่เคยตั้งครammerในวัยเรียน และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา และผู้ปกครองอนุญาตให้เข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์คัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (exclusion criteria) คือ ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ครบทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัยที่กำหนดไว้ และมีความผิดปกติในการเรียนรู้โดยการวินิจฉัยของแพทย์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. กิจกรรมการดำเนินการวิจัย มีกิจกรรมตามแผนคือ มีการกำหนดให้เข้ากลุ่ม กลุ่มละ 8-12 คน จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 8 สัปดาห์ กิจกรรมหลักในการดำเนินการแต่ละครั้งมีดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยกล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และชี้แจงระยะเวลาในการเข้าร่วมวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นต์ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และผู้วิจัยนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2 Ice-breaking เพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียน: เกม "ความจริงหรือความเท็จ": ผู้เรียนแต่ละคนกล่าวสองความจริงและหนึ่งความเท็จเกี่ยวกับตัวเอง ผู้เรียนคนอื่นต้องเดาว่าความใดคือความเท็จ การอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ: แบ่งกลุ่มย่อยและให้ผู้เรียนแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้ที่มีอยู่เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ บรรยายเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์ชายและหญิง และเปิดวิดีโอสั้นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในวัยรุ่น

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 3 บรรยายเกี่ยวกับประเภทของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และผลกระทบ: อธิบายประเภทของ STD ที่พบบ่อย เช่น เริม ซิฟิลิส เอดส์ การแสดงวิดีโอเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้อง และการฝึกปฏิบัติการใช้ถุงยางอนามัยในสถานการณ์จำลอง และผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการทำกิจกรรมครั้งนี้

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 4 เวิร์กช็อปเกี่ยวกับการตัดสินใจในสถานการณ์เสี่ยงทางเพศ ให้ผู้เรียนวิเคราะห์สถานการณ์จำลองที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรหรือพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และผู้เรียนฝึกการตัดสินใจที่เหมาะสมและปรับใช้วิธีการป้องกัน มีการฝึกฝนการสื่อสารกับเพื่อนและผู้ใหญ่เกี่ยวกับเรื่องเพศผ่านบทบาทสมมติ มีการจัดกลุ่มย่อยให้ผู้เรียนทำบทบาทสมมติในการสื่อสารกับเพื่อนหรือผู้ใหญ่เกี่ยวกับเรื่องเพศ

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมที่ 5 การอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับทัศนคติและค่านิยมต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และกิจกรรมสร้างสรรค์เชิงศิลปะ เช่น การวาดภาพหรือการทำโปสเตอร์เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมที่ 6 บรรยายเกี่ยวกับแรงกดดันจากเพื่อนและสังคมในการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และอธิบายรูปแบบและผลกระทบของแรงกดดันจากเพื่อนและสังคม และการฝึกฝนวิธีการรับมือและปฏิเสธในสถานการณ์ที่กดดันผ่านบทบาทสมมติ

สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมที่ 7 บรรยายเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและพฤติกรรมทางเพศ และกิจกรรมสนับสนุนสุขภาพจิต เช่น การฝึกหายใจลึกหรือการทำสมาธิ และการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพจิตและการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

สัปดาห์ที่ 8 กิจกรรมที่ 8 ผู้วิจัยประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน บุคคลที่พักอาศัย สถานภาพสมรสของบิดา มารดา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ ประกอบด้วย มีความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ ดัดแปลงจากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับสตรีไทยวัยรุ่น ระดับมัธยมศึกษา เฉพาะตอนที่ 2-7 (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) จำนวน 38 ข้อ จำแนกเป็น 6 ด้าน ดังนี้

- ด้านที่ 1 ความรู้ความเข้าใจ จำนวน 8 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ถ้าตอบถูก จะได้ 1 คะแนน และตอบผิด ให้ 0 คะแนน

- ด้านที่ 2 – 5 ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ทักษะการสื่อสาร จำนวน 6 ข้อ การจัดการตนเอง จำนวน 5 ข้อ และการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 5 ข้อ โดยเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ โดยรายชื่อที่เป็นเชิงบวกมีการให้คะแนนระหว่างปฏิบัติทุกครั้ง เท่ากับ 5 คะแนน ซึ่งคะแนนจะลดลงตามลำดับจนถึงไม่ได้ปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน ส่วนรายชื่อเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้ามกัน

- ด้านที่ 6 ทักษะการตัดสินใจ จำนวน 9 ข้อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีการให้คะแนนระหว่างตัดสินใจถูกต้องมากที่สุด เท่ากับ 4 คะแนน ถึงตัดสินใจไม่ถูกต้อง เท่ากับ 1 คะแนน

แบบสอบถามนี้ คิดคะแนนรวมรายด้านและโดยรวม โดยมีคะแนนเต็ม เท่ากับ 149 คะแนน และมีเกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านและโดยรวม โดยใช้เกณฑ์ร้อยละของคะแนนเต็มในรายด้านและโดยรวม จำแนกออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

น้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ไม่เพียงพอในการปฏิบัติตน

ร้อยละ 60-70 หมายถึง เพียงพอและอาจปฏิบัติตนถูกต้องบ้าง

มากกว่าร้อยละ 70 หมายถึง มากเพียงพอและปฏิบัติตนถูกต้องและยั่งยืน แนะนำและเป็นแบบอย่างให้ผู้อื่นได้

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น การปฏิบัติตัวที่แสดงออกถึงพฤติกรรมทางเพศ ที่ถูกต้องเหมาะสมของวัยรุ่น ภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ การรู้จักวางตัว ไม่แสดงออกทางเพศในเรื่องการสัมผัสเชิงชู้สาว และการมีเพศสัมพันธ์ ไม่ใช้สื่อช่วยอารมณ์ทางเพศ ไม่แต่งกายหรือแสดงออกที่ยั่วยุอารมณ์ทางเพศ ไม่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศ การคบเพื่อนต่างเพศและไม่เกี่ยวข้องกับเพื่อนต่างเพศ การมีคูรักและคูครองก่อนวัยอันควร ดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นของเยาวชนในสังคมไทย สำหรับวัยรุ่นหญิงของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (อังคินันท์ อินทรกำแหง และ ธัญชนก ขุมทอง, 2560) จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีการให้คะแนนระหว่าง ปฏิบัติ 6-7 วัน/สัปดาห์ เท่ากับ 5 คะแนน และลดลงตามลำดับ จนถึงไม่ได้ปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน โดยมีคะแนนรวมระหว่าง 15 – 75 คะแนน และมีเกณฑ์การแปลความหมายพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2560)

น้อยกว่า 36 คะแนน	หมายถึง ระดับต่ำ
ระหว่าง 36 - 55 คะแนน	หมายถึง ระดับปานกลาง
ระหว่าง 56 - 75 คะแนน	หมายถึง ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา(content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา ผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างแบบสอบถาม และผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67-1 วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นเท่ากับ .84 และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ .80 จากนั้นนำไปทดลองใช้กลุ่มนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น เท่ากับ .92 และแบบสอบถามแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เท่ากับ .76 ทักษะการสื่อสาร เท่ากับ .81 ทักษะการตัดสินใจ เท่ากับ .78 การจัดการตนเอง เท่ากับ.82 และการรู้เท่าทันสื่อ เท่ากับ .75 ส่วนด้านความรู้ความเข้าใจวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรของ Kuder- Richardson: KR-20 มีค่าเท่ากับ .85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามขั้นตอน โดยติดต่อประสานงานกับโรงเรียนที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตดำเนินการวิจัย ภายหลังจากได้รับอนุญาตจากโรงเรียนจึงเข้าพบกับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมกลุ่มด้วยความสมัครใจ และได้รับการเซ็นยินยอมจากผู้ปกครองก่อนร่วมเข้าร่วมการใช้ทุกคน แล้วจึงดำเนินการทดลองตามโปรแกรม โดยมีขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

1. กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยเข้าพบกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง เพื่อแนะนำตัวเอง บอกวัตถุประสงค์ในการวิจัยพร้อมทั้งอธิบายให้ทราบเกี่ยวกับแบบสอบถาม ก่อนเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัย แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาทั้งหมด 15 นาที และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงขั้นตอนของกิจกรรมระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรม จำนวนครั้งของการเข้าร่วมโปรแกรม และกล่าวถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นจึงให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการฝึกอบรมตามโปรแกรม

2. กลุ่มควบคุม

หลังจากประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศครั้งแรกผ่านไปตามระยะเวลาของโปรแกรม ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างซ้ำอีกครั้ง โดยไม่ทำกิจกรรมใดๆในกลุ่มควบคุม

เมื่อได้ข้อมูลแล้วผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มควบคุมมาตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จริยธรรมการวิจัย/การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี เอกสารรับรองเลขที่ EC.NO.45/2567 ลงวันที่ 29 ตุลาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมี 68 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 ราย และกลุ่มควบคุม 34 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 52.2 และ 56.5 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีอายุเฉลี่ยที่ 12.71 ปี และกำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ได้แก่ เพศ ($p=.745$), อายุ ($p=1.00$), ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ($p=1.00$), บุคคลที่ปกอาศัย($p=.343$), และสถานภาพสมรสของบิดามารดา ($p=.726$)

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นตอนต้นก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นตอนต้นก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	P - value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ							
กลุ่มทดลอง (n=34)	107.30	10.06	115.00	11.26	5.025	22	< .001*
กลุ่มควบคุม (n=34)	100.26	17.80	100.17	17.82	.810	22	.426
พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ							
กลุ่มทดลอง (n=34)	65.34	8.95	69.00	5.96	-3.707	22	< .001*
กลุ่มควบคุม (n=34)	62.61	11.05	62.43	10.92	1.699	22	.103

* $p<.001$

จากตารางที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นตอนต้นก่อนและหลังในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการทดสอบทางสถิติพบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นตอนต้นในกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นตอนต้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=23)		กลุ่มควบคุม (n=23)		t	df	P - value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	115.00	11.26	100.17	17.82	-3.37	44	.002
พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นตอนต้น	69.00	5.96	62.43	10.92	2.53	44	.015

*p<.05

จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นตอนต้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นตอนต้นกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(P<0.05)

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการศึกษาพบว่า เป็นไปตามสมมติฐาน ดังนี้

วัยรุ่นตอนต้นที่ได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเนื่องจาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน คือทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ภายในกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ในโรงเรียนมีการสอนสุขศึกษาที่หลากหลายพร้อมกับการสอดแทรกเนื้อหาเรื่องเพศไปในวิชาเรียน และมีการจัดกิจกรรมที่พัฒนาข้อมูลการสื่อสาร มีการกำหนดสถานการณ์เพื่อให้นักเรียนได้คิดวิเคราะห์ว่าหากนักเรียนมีข้อมูลเกี่ยวข้องกับการป้องกันทางเพศที่ถูกต้องแล้ว นักเรียนก็จะมีทักษะในการปฏิบัติที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Nutbeam(2008) ที่กล่าวไว้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะทางการรับรู้และทักษะทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึงเข้าใจและใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้ดีอยู่เสมอ และแนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความชัดเจนมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของชลดา อานี,กรัณทรัตน์ บุญช่วยธนสิทธิ์และประเสริฐศักดิ์ กายนาคา(2562)ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพโดยการจัดการเรียนรู้แบบใช้คำถามเพื่อการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดนนทบุรี ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นตอนต้นแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และพักอาศัยอยู่กับบิดามารดา จึงลดการมีพฤติกรรมการพักอาศัยและเที่ยวค้างคืนกับแฟน การพักอาศัยอยู่กับบิดามารดาทำให้นักเรียนอยู่ภายใต้การดูแลของผู้ใหญ่ และสภาพสังคมไทยยังมีค่านิยมที่สอนให้มีการรักษานวลสงวนตัว อีกทั้ง นักเรียนส่วนใหญ่มีผลการเรียนที่ดี ทำให้มีพฤติกรรมทางเพศที่ถูกต้องและเหมาะสม สอดคล้องกับผลการศึกษานวลพรรณ อิศโร และคณะ (2559)และ Chin, et al. (2011) พบว่าพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นอยู่ในระดับเหมาะสม จึงสามารถหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของปริญญช ตั้งนรกุล และคณะ (2562) ที่พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเป็นตัวบ่งบอกถึงสติปัญญา นักเรียนที่มีผลการเรียนดีจะมีความสามารถในการไตร่ตรอง และคิดวิเคราะห์ แยกแยะ และมีความสามารถในการควบคุมตนเอง ประเมิน

สถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ และมีการตัดสินใจที่จะปฏิเสธที่จะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ได้ ก็จะสามารถป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เช่น ครู ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพทางเพศของวัยรุ่นโดยเน้นด้านการสื่อสารกับเยาวชนเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่ถูกต้องและเหมาะสม และสามารถสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพทางเพศด้วยวิธีการพูด อ่าน เขียน ให้เข้าใจและสามารถโน้มน้าวให้ยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพทางเพศ

2. โรงเรียนควรจัดกิจกรรมการส่งเสริมเยาวชนให้มีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น ทำให้มีความสามารถในการเลือกหรือปฏิเสธ ใช้เหตุผลวิเคราะห์ผลดีผลเสียที่ส่งผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยพัฒนารูปแบบ/โปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศในกลุ่มนักเรียนและวัยรุ่น และกลุ่มพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ ในกลุ่มมัธยมศึกษาตอนปลาย

2. ควรศึกษาการพัฒนาความรอบรู้เท่าทันสื่อสุขภาพด้านเพศต่อพฤติกรรมเสี่ยง ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โดยใช้รูปแบบอื่น เช่น ทำบทเรียนonline แอปพลิเคชัน เกมส์ เพื่อให้เข้าถึงวัยรุ่น

Reference:

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2557 ข). *ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับสตรีไทยวัยรุ่น อายุ 15-21 ปี*. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.

ชลดา อาณี กรัณฐรัตน์ บุญช่วยธานี และประเสริฐศักดิ์ กายนาคา. (2560). “ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยการจัดการเรียนรู้แบบใช้คำถามเพื่อการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดนนทบุรี”. *วารสารศึกษาศาสตร์ปริทัศน์*. 32 (2). 137-143.

นวลพรรณ อิศโร ชนัญชิตาตุษฎู ทูลศิริ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ (2559). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมทางเพศที่พึงประสงค์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในจังหวัดจันทบุรี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24 (2) ,72-84.

ปริญานุช ตั้งนรกูล ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ และนฤมล ชีระรังสิกุล. (2562). “ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศกับพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น”. *วารสารแพทยนาวิ*. 46(3), 607-620.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี. (2565). *Health Data Center : HDC กาญจนบุรี*.

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561*.

สำนักเขตสุขภาพที่ 5 จังหวัดราชบุรี. (2562). *สถานการณ์การดำเนินงานวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 5*.

อังศินันท์ อินทรกำแหงและธัญชนก ชุมทอง. (2560). “การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับสตรีไทยวัยรุ่น”. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*. 31(3). 19-38.

- อาภรณ์ วัลลิภากร. (2559). “ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนของนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีสายมิตรหนองบุญมาก อำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา”. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*. 2. 49-62.
- อุทัยวรรณ สกุลาสิทธิ์ ศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์และนฤมล ธีระรังสีกุล. (2561). “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น”. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*. 12 (2) ,253-263.
- อภาพร เผ่าวัฒนา. (2560). *การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น : แนวคิดและการจัดการหลายระดับ*. กรุงเทพฯ : แดเน็กซ์อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น.
- Chin, et al. (2011). The Process-Knowledge Model of Health Literacy: Evidence from a Componential Analysis of Two Commonly Used Measures. *Journal Health Community*, 16(Suppl 3), 222–241.
- National Center for Health Statistics. (2010). *Healthy people 2010 final review*. Washington, DC: National Center for Health Statistics.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2,072-2,078.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดลำปาง

Health Literacy and Dengue Preventive Behaviors Among Village Health Volunteers in
Lampang Province

วิวัฒน์การ คำแพง, กรรณิการ์ อินต๊ะวงศ์, จักรกฤษณ์ วังราชฤทธิ์
Wiwattanakan Kampang, Kannikar Intawong, Jukkrit Wungrath
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่, ประเทศไทย
Faculty of Public Health, Chiang Mai University, Thailand
(Received: July 27, 2024, Revised: January 24, 2025, Accepted: February 13, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคไข้เลือดออกตามทฤษฎี ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดลำปาง ใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ 624 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบออนไลน์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานใช้การทดสอบไคสแควร์ การทดสอบของฟิชเชอร์ และสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับดี ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ความเข้าใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออก การสื่อสารในการป้องกันโรคไข้เลือดออก การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออก การตัดสินใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและ การรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดลำปาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

คำสำคัญ: โรคไข้เลือดออก, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันโรค, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: Wiwattanakan Kampang, E-mail: kinaree.com@gmail.com)

Abstract

A cross-sectional study aimed to study the Levels of Health Literacy, Dengue preventive Behaviors and relationship between health literacy and Dengue preventive behaviors among Village Health Volunteers (VHVs) in Lampang Province. The sample size calculating used Daniel formula for 624 VHVs in Lampang Province selected by Muti-stage sampling. The Data was collected by Online Questionnaire. The Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Fisher exact test and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient. The result shown that Health literacy and Dengue Preventive Behaviors were at the high level. The personal factor as Gender was significantly associated with Dengue preventive Behaviors ($P < 0.05$). Health Literacy divided 6 parts including Access skill, Cognitive skill, Communication skill, Self-management skill, Decision skill and Media literature skill was significantly associated with Dengue preventive Behaviors ($P < 0.05$)

Keywords: Dengue Hemorrhagic Fever (DHF), Health Literacy, Denue Preventive Behaviors, Village Health Volunteers (VHVs)

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเดงกี เป็นโรคติดต่อไวรัสเดงกีที่มีอยู่กลายเป็นแมลงนำโรค โรคนี้ได้กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขในหลายประเทศทั่วโลก เนื่องจากโรคได้แพร่กระจายอย่างกว้างขวางและจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมาก ใน 30 ปีที่ผ่านมา มากกว่า 100 ประเทศที่โรคนีกลายเป็นโรคประจำถิ่น และโรคนี้อย่างคุกคามต่อสุขภาพของประชากรโลกมากกว่าร้อยละ 40 (2,500 ล้านคน) โดยพบมากในประเทศเขตร้อนและเขตอบอุ่น ซึ่งร้อยละ 70 ของผู้ป่วยทั้งหมดมาจากประเทศในภูมิภาคเอเชีย (กรมควบคุมโรค, 2566)

ประเทศไทยมีรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออกมานานกว่า 50 ปี และเริ่มมีการรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2530 มีรายงานผู้ป่วยสูงสุดในประเทศไทยเท่าที่เคยมีรายงาน พบผู้ป่วยมีจำนวน 174,285 ราย เสียชีวิต 1,007 ราย หลังจากนั้นประเทศไทยมีแนวโน้มของการพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น ปัจจุบันโรคไข้เลือดออก มีการระบาดกระจายไปทั่วประเทศ ทุกจังหวัด และอำเภอ การกระจายของโรคมีการเปลี่ยนแปลงตามพื้นที่อยู่ตลอดเวลา (กรมควบคุมโรค, 2566) สถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย 5 ปีย้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2561-2565) พบมีรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง พบอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 87.20, 133.21, 82.49, 11.21, 38.49 ตามลำดับ อีกทั้งในปี พ.ศ. 2566 สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ประเทศไทย วันที่ 1 มกราคม – 28 สิงหาคม พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 79,495 ราย อัตราป่วย 120.10 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 73 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.11 พบไวรัสเดงกีทั้ง 4 สายพันธุ์ โดยพบ DENV-1 มากที่สุด รองลงมา คือ DENV-3 DENV-2 และ DENV-4 ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค, 2566) สถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกในเขตสุขภาพที่ 1 ประกอบด้วย

จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย จังหวัดลำพูน จังหวัดลำปาง จังหวัดแพร่ จังหวัดน่าน จังหวัดพะเยา และจังหวัดแม่ฮ่องสอน ในปี พ.ศ. 2566 ระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 24 สิงหาคม พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสม 14,258 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 243.17 ต่อแสนประชากร ซึ่งอัตราป่วยสูงสุดอันดับ 1 ของประเทศไทย ผู้ป่วยเสียชีวิต 12 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 0.08 (กองระบาดวิทยา, 2566)

จังหวัดลำปาง เป็นจังหวัดที่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 1 สถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกจังหวัดลำปาง 5 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2565 พบอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 17.69, 27.51, 23.98, 4.32, 8.46 ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวพบการรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา และพบอัตราป่วยสูงสุดในปี พ.ศ. 2566 ระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 4 กันยายน พบผู้ป่วยไข้เลือดออกจำนวน 1,168 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 144.75 ต่อแสนประชากร มีอัตราป่วยสูงกว่าช่วงเวลาเดียวกันของปีที่ผ่านมา 3.47 เท่า และสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีรายสัปดาห์และยังคงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น อำเภอที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ อำเภองาว อำเภอวังเหนือ และอำเภอสบปราบ มีอัตราป่วย 474.66, 313.14 และ 244.11 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2566) อีกทั้งยังพบพื้นที่ที่พบผู้ป่วยต่อเนื่องและไม่สามารถควบคุมโรคให้สงบได้ภายใน 28 วัน จำนวน 5 อำเภอ 22 ตำบล ได้แก่ อำเภอเมืองลำปาง อำเภอเกาะคา อำเภองาว อำเภอห้างฉัตร ตามลำดับ ประกอบกับประเทศไทยอยู่ในช่วงฤดูฝน ซึ่งเป็นระยะการระบาดของโรคไข้เลือดออก โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝนตั้งแต่เดือนพฤษภาคมเป็นต้นมา มีฝนตกอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ และบางพื้นที่อาจเกิดน้ำท่วมขัง และผลจากการสำรวจความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย โดยอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดลำปาง รายงานว่า ค่าดัชนีวัดความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย (House Index : HI) สูงกว่าค่ามาตรฐานในเดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2566 จึงเป็นสาเหตุที่ส่งเสริมให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก (กองโรคติดต่ออำเภอโดยแมลง, 2566)

มาตรการหลักในการควบคุมโรคระดับจังหวัดจังหวัดลำปาง คือการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center; EOC) ในอำเภอที่เป็นพื้นที่ระบาดมีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเกินกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลังในช่วง 4 สัปดาห์ล่าสุดและมีการระบาดต่อเนื่องเกินกว่า 28 วัน มาตรการควบคุมโรคจากท้องถิ่นและหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องการควบคุมโรคให้เน้นมาตรการ 3-3-1, 0 3 7 และดำเนินการต่อเนื่อง 28 วัน นอกจากมาตรการควบคุมโรคดังกล่าว จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากองค์กรชุมชนทุกระดับและประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้กลไกของระบบสุขภาพภาคประชาชน ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชน ที่มีอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนงานป้องกันและควบคุมโรค และเป็นไปตามบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุข ดังนั้น อาสาสมัครสาธารณสุข จึงต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ในเรื่องโรคไข้เลือดออกเป็นอย่างดี มีความเข้าใจ ใช้ความรู้ ประเมิน และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศโรคไข้เลือดออก เพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง และคนในชุมชนให้ปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออก คุณลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับความหมายของคำว่า “ความรู้ด้านสุขภาพ” ดังนั้นนอกจากความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงเป็นประเด็นในการพัฒนาศักยภาพในปัจจุบันเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจสู่พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพ (กองสุขภาพศึกษา, 2561)

จากสถานการณ์และข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ในประเด็นพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และประเด็นความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งถือเป็นตัวชี้วัดทางสาธารณสุขที่สำคัญ ที่สะท้อนถึง

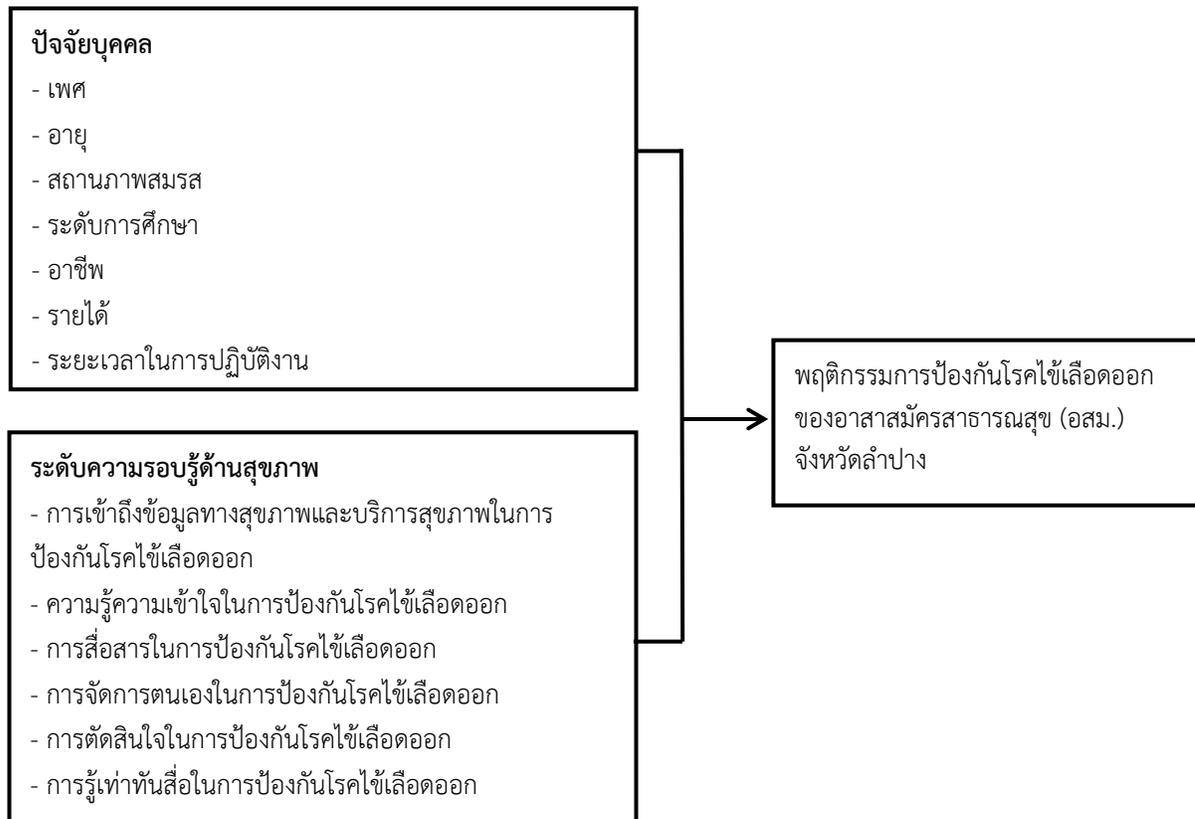
ความสามารถในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุข ที่เป็นกำลังสำคัญในการปฏิบัติงาน ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคให้กับประชาชน โดยเฉพาะโรคไข้เลือดออก ที่เป็นปัญหาในพื้นที่จังหวัดลำปาง ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุข ต้องดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ที่ผลิตชอบ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบงานวิจัยเกี่ยวกับประเด็นความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่ภาคเหนือ ของประเทศไทย ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกในแต่ละพื้นที่ก็จะแตกต่างกันออกไป ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในประเด็นความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดลำปาง เพื่ออธิบายถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่จังหวัดลำปาง โดยได้นำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ กองสุขศึกษา ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา (กองสุขศึกษา, 2561) ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้รับจะสามารถใช้เป็นแนวทางพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข ให้สามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ได้เต็มศักยภาพ และสามารถดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถขยายผลเป็นข้อมูลในการวางแผนงานการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่อื่นๆ ต่อไปยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดลำปาง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดลำปาง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดลำปาง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาภายใต้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดลำปาง ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2567 ถึง เดือนมิถุนายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ขึ้นทะเบียน ปีงบประมาณ 2565 จังหวัดลำปาง จำนวน 13 อำเภอ ในเขตพื้นที่จังหวัดลำปาง จำนวน 18,885 คน (ข้อมูลจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง วันที่ 31 สิงหาคม 2565)

กลุ่มตัวอย่าง คือ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของ Deniel (2010) ได้จำนวนตัวอย่างจำนวน 624 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi stage Sampling) ขั้นตอนที่ 1 คัดเลือกอำเภอตามการแบ่งกลุ่ม (Clustered sampling) โดยการหาอันตรายภาคชั้นจากสถิติการระบาดของโรคไข้เลือดออก แบ่งเป็น 4 กลุ่ม

ประกอบด้วย พื้นที่ระบาดสูงมาก สูง กลาง และต่ำ ขั้นตอนที่ 2 คัดเลือกอำเภอในแต่ละกลุ่มด้วยการสุ่มแบบไม่ใส่กลับคืน ได้พื้นที่ระบาดสูงมาก ได้แก่ อำเภองาว พื้นที่ระบาดสูง ได้แก่ อำเภอวังเหนือ พื้นที่ระบาดปานกลาง ได้แก่ อำเภอเมืองลำปาง และที่ระบายน้อย ได้แก่ อำเภอแจ้ห่ม หลังจากนั้นใช้วิธีการสุ่มแบบลูกโซ่ จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจนครบตามจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามออนไลน์ โดยใช้แบบสอบถามของ (อัญชลี จันทรินทรากกร, 2557) เนื่องจากผ่านการตรวจสอบด้านความน่าเชื่อถือ (Reliability) และความถูกต้อง (Validity) ในบริบทการใช้งานอย่างต่อเนื่องมาแล้ว ทำให้มีความมั่นใจในการใช้งาน เครื่องมือนี้จึงยังสามารถตอบโจทย์การวิจัย โดยเครื่องมือวิจัยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการปฏิบัติงาน อสม. มีลักษณะคำถามเป็นทั้งแบบปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

1) ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออก 2) การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก 3) การสื่อสารในการป้องกันโรคไข้เลือดออก 4) การจัดการตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก 5) การตัดสินใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออก 6) การรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ตามหลัก 5 ป 1 ข คือ ปิด เปลี่ยน ปลอ่ย ปรับ ปฏิบัติและขัดล้างไผ่ยุงทุกสัปดาห์ ประกอบด้วย 1) ปิดภาชนะเก็บกักน้ำให้มิดชิด 2) เปลี่ยนน้ำในภาชนะต่างๆ ทุก 7 วัน เพื่อตัดวงจรลูกน้ำ 3) ปลอ่ยปลา กินลูกน้ำในภาชนะใส่น้ำถาวร 4) ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้โปร่ง 5) ปฏิบัติตามทั้ง 4 ป. เป็นประจำจนติดเป็นนิสัย 5) ขัดภาชนะล้างไผ่ยุงลายก่อนเปลี่ยนน้ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

งานวิจัยนี้ ได้ใช้เครื่องมือ จากการทบทวนวรรณกรรม ของ อัญชลี จันทรินทรากกร การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item Objective Congruence : IOC) โดยมีค่าเท่ากับ .66 และการตรวจสอบความเที่ยงหรือความเชื่อมั่นของเนื้อหา (Content Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเนื้อหาในแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจ เท่ากับ .820 ด้านการเข้าถึงข้อมูล เท่ากับ .802 ด้านทักษะการสื่อสาร เท่ากับ .931 ด้านการตัดสินใจ เท่ากับ .827 ด้านการจัดการตนเอง เท่ากับ .890 ด้านการรู้เท่าทันสื่อ เท่ากับ .893 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก .877 โดยมีการทดสอบเครื่องมือกับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 30 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลแบบ Online questionnaire ในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึง มิถุนายน พ.ศ.2567 โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบทดสอบและแบบสอบถามด้วยตนเอง ผ่าน Google Form ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านแอปพลิเคชัน Line จากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อความแต่ละข้อ เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาเป็นการบรรยายข้อมูล โดยวิธีแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะกลุ่มตัวอย่าง
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ใช้ทดสอบค่า Chi- Square test และ Fisher's exact test
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยวิธีการของ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient

จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัย ดำเนินการโดยการนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ และชี้แจงรายละเอียดของการศึกษาผ่าน คณะกรรมการจริยธรรมของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งได้รับอนุญาตตาม หนังสือรับรองหมายเลข ET017/2567 ลงวันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.1) มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี ร้อยละ 72.5 อายุน้อยที่สุด คือ 25 ปี อายุมากที่สุด คือ 77 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 53.78 ปี มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ในระดับประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 47.8 อาชีพหลักส่วนใหญ่เกษตรกร ร้อยละ 47.1 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.8 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน(บาท)ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 61.1 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดลำปาง 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 33.7
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96.5 เมื่อจำแนกรายพบว่า ด้านด้านความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 79.5 ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.3 ด้านการสื่อสารในการป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 89.2 ด้านการการตัดสินใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 97 ด้านการจัดการตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 95.2 และด้านการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.5 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงจำนวน และร้อยละ ระดับความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของกลุ่มตัวอย่าง (n=624)

ความรู้ด้านสุขภาพ	ระดับจำนวน (ร้อยละ)			Mean	S.D.
	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ		
1. ความรู้ ความเข้าใจ ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	496 (79.5)	118 (18.9)	10 (1.6)	6.13	1.02
2. การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	582 (93.3)	40 (6.4)	2 (0.3)	31.77	3.74
3. การสื่อสารในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	557 (89.2)	64 (10.3)	3 (0.5)	31.13	4.23
4. การตัดสินใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	605 (97.0)	18 (2.8)	1 (0.2)	32.79	2.95
5. การจัดการตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	594 (95.2)	28 (4.5)	2 (0.3)	32.58	3.47
6. การรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	584 (93.5)	39 (6.3)	1 (0.2)	32.46	3.71
ความรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคไข้เลือดออก	602 (96.5)	22 (3.5)	0(0)	166.87	15.23

3. ระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 97.80 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 1.9 ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางแสดงจำนวน และร้อยละ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของกลุ่มตัวอย่าง (n=624)

ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	610 (97.8)	12 (1.9)	2 (0.3)

(Mean=33.38, SD=2.93, Min=14, Max=35)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วน อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และ ระยะเวลาในการเป็นอสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

5. ผลจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .565, P\text{-value} < .05$) เมื่อพิจารณาความรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายด้านที่พบความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ($r = .202, P\text{-value} < .05$) ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ($r = .462, P\text{-value} < .05$) ด้านทักษะการสื่อสารในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ($r = .304, P\text{-value} < .05$) ด้านการตัดสินใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ($r = .612, P\text{-value} < .05$) ด้านการจัดการตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ($r =$

.685, P-value < .05) และด้านการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ($r = .457$, P-value < .05) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n=624)

ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	การป้องกันโรคไข้เลือดออก		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ความสัมพันธ์
1. ความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	0.202**	<.001	มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ
2. การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	0.462**	<.001	มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง
3. การสื่อสารในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	0.304**	<.001	มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง
4. การตัดสินใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	0.612**	<.001	มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง
5. การจัดการตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	0.685**	<.001	มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง
6. การรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	0.457**	<.001	มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง
ความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน	0.565**	<.001	มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ ผลการวิจัย พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง ผลการจำแนกรายด้านพบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านการตัดสินใจ ด้านการจัดการตนเอง และด้านการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า จังหวัดลำปางมีรูปแบบและแนวทางการดำเนินงานด้านการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลาหลายปี โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นแกนนำในด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ ได้รับความรู้และข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับในยุคปัจจุบัน อสม. สามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพ จากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือได้มากพอ ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสื่อออนไลน์ต่างๆ จึงทำให้อาสาสมัครสาธารณสุข สามารถเข้าถึงข้อมูล และเลือกวิธีป้องกันให้กับตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ ส่งผลทำให้อาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับไข้เลือดออกค่อนข้างสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ (จิตติยา ใจคำ, 2564) ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน มีความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.อยู่ในระดับมาก

การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่ามีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่ เน้นการสำรวจและการกำจัดลูกน้ำยุงลาย และการจัดการสิ่งแฉะลื้อม โดยอาสาสมัครสาธารณสุข ปฏิบัติครอบคลุมตามมาตรการ 5 ป. 1 ซึ่งเป็นแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (กรมควบคุมโรค, 2562) ทั้งนี้เป็นผลจากอาสาสมัครสาธารณสุข มีบทบาทในการ

ดำเนินกิจกรรมสาธารณสุข โดยทำงานร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2546) ส่งผลทำให้ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของอสม.อยู่ในระดับดี แต่อาจจะยังมีพฤติกรรมที่ยังไม่ครอบคลุมในด้านการป้องกันตนเองจากการโดนยุงกัด สอดคล้องกับงานวิจัยของ (วีระ กองสนั่น และ ออมรศักดิ์ โพธิ์อำ, 2563) พบว่าพฤติกรรมกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุข เขตตำบลหนองใหญ่ อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ มีคะแนนการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า

เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87 มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโดยรวมดีกว่าเพศชาย ร้อยละ 13 อาจเนื่องมาจากเพศหญิงมีความละเอียด มีความตระหนักต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดี และเอาใจใส่ดูแลสุขภาพ รวมถึงอาจจะมีความกลัวต่อการเป็นโรคมามากกว่าเพศชาย จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคที่ดีกว่า (สุภาภรณ์ วงษ์, 2564)

การศึกษาด้านความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก กล่าวคือ อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้น จะทำให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเอง มีความรู้ ความเข้าใจและเข้าถึงข้อมูล ได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรุนแรงของโรค และสาเหตุของการเกิดโรค สามารถประเมินสถานการณ์เบื้องต้น สามารถบอกต่อและดูแลประชาชนทั้งในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด (Nutbeam, 2009) ที่กล่าวว่าความรู้ด้านสุขภาพจะมีผลทางตรงให้บุคคลมีพฤติกรรมด้านสุขภาพเปลี่ยนแปลง เนื่องจากจะมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ มีทักษะการสื่อสาร การตัดสินใจ จัดการตนเอง และสามารถรู้เท่าทันสื่อได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ (วีระ กองสนั่น และอมรศักดิ์ โพธิ์อำ, 2563; ปรีชา พุกจีน และคณะ, 2566) ที่พบ ว่าความรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยจำแนกเป็นรายด้านของความรู้ด้านสุขภาพ จะสามารถจำแนกได้ดังนี้

ด้านความรู้ ความเข้าใจ ผลการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกที่ระดับต่ำ กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก กล่าวคือ อาสาสมัครสาธารณสุข มีความเข้าใจในเรื่องของวงจรชีวิตของยุงลาย จึงเกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เช่น การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่เป็นพาหะนำโรค สามารถอธิบายได้ว่า ความรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล แสดงให้เห็นว่าหากอาสาสมัครสาธารณสุข มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ดีก็จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้วยเช่นกัน (Green, L.W., 1980) สอดคล้องกับการศึกษาของ (พรพรรณ สมินทร์ปัญญา, 2563) ที่พบว่า ความรู้ และทัศนคติ ของประชาชนบ้านคันตะเคียน ตำบลมิตรภาพ อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรีมีความสัมพันธ์กันทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกที่ระดับปานกลาง กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก อธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุข มีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จากหลายแหล่ง ทั้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงสื่อต่างๆ ด้านสุขภาพ ทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย ส่งผลให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางป้องกันโรคไข้เลือดออกได้

สอดคล้องกับ การศึกษาของ (เบญจมาภรณ์ ภูโยพรพาณิชย์ และนิรันตา ไชยพาน, 2554) พบว่า การที่ประชาชนรับทราบ และเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องการป้องกันและควบคุมโรค จะส่งผลให้มีการป้องกันตนเองได้ดี

ด้านทักษะการสื่อสารสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกที่ระดับปานกลาง กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก อธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุข สามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก รวมถึงสามารถชักชวนเพื่อนบ้านให้ดำเนินการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายได้ ทั้งนี้ สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการติดต่อ สื่อสาร และเป็นตัวกลางเชื่อมประสานระหว่างประชาชนในชุมชนกับหน่วยงานของรัฐ ถ่ายทอดความรู้ให้แก่ประชาชน จนทำให้ประชาชนเข้าใจ และปฏิบัติได้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2556)

ด้านทักษะการตัดสินใจ ผลการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกที่ระดับปานกลาง กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก กล่าวได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุข มีการวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหา กำหนดทางเลือก และวิธีที่เหมาะสมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกให้กับตนเองและสมาชิกในครอบครัว โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ได้รับมากกว่าผลเสีย กำหนดแนวทางในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดของ (วรพจน์ อนุเอกจิตร, 2557) ที่ได้กล่าวว่า การตัดสินใจเป็นกระบวนการแก้ไขปัญหา กำหนดแนวทางการปฏิบัติ ซึ่งตั้งอยู่บนฐานของข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ เป็นความสามารถในการกำหนดวิธีการปฏิบัติ การใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียเพื่อเลือกวิธีที่เหมาะสม ทำให้สามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติได้ตามแนวทางจนนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี

ด้านทักษะการจัดการตนเอง ผลการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกที่ระดับปานกลาง กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก อธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุข สามารถนำความรู้ที่ได้จากการอบรมมาปรับใช้ในชีวิตประจำวันและปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ มีกระบวนการดูแลสุขภาพแวดล้อมและเป็นแบบอย่างที่ดีให้ประชาชนในชุมชน และมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่, 2554)

ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ผลการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกที่ระดับปานกลาง กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก อธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุข มีการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาบนสื่อจากแหล่งที่เชื่อถือได้ ก่อนนำมาปฏิบัติและแนะนำต่อเพื่อนบ้าน อธิบายได้ว่าในปัจจุบันนี้ สื่อออนไลน์มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์เป็นอย่างมาก เพราะฉะนั้นการรู้เท่าทันสื่อ เช่นการตรวจสอบ ความถูกต้องของข้อมูล จะนำมาซึ่งการทำให้ประชาชนมีความปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออก สามารถใช้ประโยชน์จากสื่อเพื่อนำไปปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของ (อัญชลี จันทรินทรการ, 2557) ที่พบว่า การรู้เท่าทันสื่อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

การนำผลการวิจัยไปใช้ ควรเขียนจากข้อค้นพบในงานวิจัย

1. จากผลการวิจัย พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุข แต่มีบางประเด็นที่จะต้องเพิ่มศักยภาพ ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกที่ระดับต่ำ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ดังนั้น ควรมีการจัดอบรมและให้ความรู้เรื่องไข้เลือดออกเป็นประจำ เช่น โครงการพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และการนำความรู้ที่ได้ปรับใช้กับการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน

2. จากผลการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขยังมีพฤติกรรมที่ยังไม่ครอบคลุมในเรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออก ดังนั้น ควรจะให้ความรู้และสร้างความตระหนักในการป้องกันส่วนบุคคล เพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างครอบคลุม และเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ ทางด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในกลุ่มแกนนำอื่น ๆ ในชุมชนที่เป็นภาคีเครือข่ายงานป้องกันและควบคุมโรค เช่น ในกลุ่มแกนนำสุขภาพ ผู้นำชุมชน รวมถึงเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น เนื่องจากเป็นแกนนำในชุมชนที่มีส่วนร่วมและมีบทบาทในการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน

References

- กรมควบคุมโรค. (2562). รายงานการพยากรณ์โรค “ไข้เลือดออก”. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
- กรมควบคุมโรค. (2566). *ไข้เลือดออก (Dengue fever)* [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี กรมควบคุมโรค. [เข้าถึงเมื่อ 16 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=44
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556). *แนวทางการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ.2ส. และลดเสี่ยง*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กองระบาดวิทยา. (2567). *ข้อมูลจากรายงานการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา (506) กองระบาดวิทยา ปี พ.ศ. 2567* [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 กุมภาพันธ์ 2566] เข้าถึงได้จาก <https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/dfa7d4e2-b7f5-48ed-b40a-54f1cd4cbdfb/page/cFWgC?s=uJijraAskGk>
- กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *รายงานประเมินความเสี่ยงการระบาดของโรคติดต่อฯ โดยแมลง ปี พ.ศ. 2566* [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 กุมภาพันธ์ 2566] สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/13982202303100_75357.pdf
- กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง. (2566). *รายงานประเมินความเสี่ยงการระบาดของโรคติดต่อฯ โดยแมลง ปี พ.ศ. 2566*. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2546). *แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงาน สุขภาพภาคประชาชน พิมพ์ครั้งที่ 3*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2546.
- กองสุขศึกษา. (2561). *การเสริมสร้างและประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชน (อายุ 7-14 ปี) กลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง ปี 2561*.
- กองสุขศึกษา. (2561). *รายงานผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ พ.ศ. 2561*. กรุงเทพฯ.

- จิตติยา ใจคำ. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง*. 8(2), 1-24. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johss/article/view/247806/170566>
- เบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์ และ นิรินดา ไชยพาน. (2556). การวิเคราะห์ยุทธศาสตร์การสื่อสารสาธารณะกรมควบคุมโรคตามกรอบการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ. *วารสารกรมควบคุมโรค*, 39(2), 168 – 176. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/DCJ/article/view/154458>
- ปรีชา พุกจิ้น, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ และ พุฒิพงศ์ มากมาย. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปัตตานี. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ท*, 4(1) , 81–91.
- พรพรรณ สมิทร์ปัญญา อำไพวรรณ ทุมแสน และสุภัจฉรี มะกรครรภ. (2563). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรค ไข้เลือดออกของประชาชน บ้านคันตะเคียน ตำบลมิตรภาพ อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 18(35), 37-51.
- วรพจน์ อนุเอกจิตร. (2557). การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลของพนักงานกับความคิดเห็นของพนักงานที่มีต่อการนำระบบการวัดผลการปฏิบัติงานดูคุณภาพ และผลการดำเนินงานด้านการเงิน ของบริษัทซอฟต์แวร์ในกรุงเทพมหานคร . มหาวิทยาลัยนานาชาติแสตมฟอร์ด/กรุงเทพฯ. https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_Doi=10.14458/STIU.the.2014.31
- วีระ กองสนั่น และอมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตตำบลหนองใหญ่ อำเภوبرาสาท จังหวัดสุรินทร์. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน*, 3(1), 35–44. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jhscph/article/view/242031>
- สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่. (2554). *คู่มือแนวทางการดำเนินงานอำเภอเข้มแข็งต้นแบบโรคไข้เลือดออก* [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม 2567] สืบค้นจาก http://www.dpc10.ddc.moph.go.th/data/download.php?file=725_7.pdf
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. (2566). ข้อมูลทั่วไปจังหวัดลำปาง. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม 2567] สืบค้นจาก <https://www2.lampang.go.th/general-info/>
- สุภาภรณ์ วงธิ. (2564). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย* [ปริญญาานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
- อัญชลี จันทรินทรการ. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร. *มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์: กรุงเทพฯ*. DOI : 10.14457/KU.the.2014.42



- Daniel W.W. (2010). *Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9th ed)*. New York: John Wiley & Sons.
- Green, L.W. (1991). *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*. California : Mayfield.
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *J Public Health*. 54: 303-305. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-0050-x>

ความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตในการทำงานกับภาวะหมดไฟในการทำงานของคนวัยทำงาน
ในนิคมอุตสาหกรรมแห่งหนึ่ง ตำบลบางกระเจ้า จังหวัดสมุทรสาคร

The Relationship of Quality of Working Life and Burnout of Workers in an
Industrial Estate in Bang Krachao Subdistrict, Samut Sakhon Province

กฤตพิพัฒน์ พงศ์เสวี, นลพรรณ แซ่เฮ้อ*, ศศิณา จิตรอักษร

Kritpipat Pongsavee, Nonlaphan Saeher*, Sasina Jitaksorn

คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี, ประเทศไทย

Faculty of Public Health, Bangkok Thonburi University, Thailand

(Received: October 24, 2024, Revised: March 7, 2025, Accepted: March 23, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานและภาวะหมดไฟ เปรียบเทียบภาวะหมดไฟในการทำงานตามปัจจัยส่วนบุคคล และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในการทำงานกับภาวะหมดไฟในการทำงานของคนวัยทำงานในนิคมอุตสาหกรรมแห่งหนึ่ง ตำบลบางกระเจ้า จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 359 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และทดสอบสมมติฐานโดยใช้การทดสอบแบบที การทดสอบแบบเอฟ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.8 อายุเฉลี่ย 38.4 ปี รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 14,001–20,000 บาท ร้อยละ 57.1 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 39.3 และจบการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 42.7 ระดับของคุณภาพชีวิตในการทำงานและภาวะหมดไฟในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.62, 2.04$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พบว่า อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และสถานภาพการสมรส ที่แตกต่างกันมีภาวะหมดไฟในการทำงานแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และคุณภาพชีวิตในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะหมดไฟในการทำงานในระดับต่ำมาก ($r = -.164$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้นกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานควรตรวจสอบค่าตอบแทนและภาระงานของลูกจ้าง และพิจารณาเกณฑ์รวมถึงการขึ้นตำแหน่งและการกำกับดูแลมาตรฐานความปลอดภัยของสภาพแวดล้อมในการทำงาน มีการตรวจสุขภาพประจำปีให้แก่พนักงานเพื่อสร้างแรงจูงใจในการทำงาน จะช่วยลดภาวะการหมดไฟในการทำงานได้

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตในการทำงาน, ภาวะหมดไฟในการทำงาน, วัยทำงาน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding Author: Nonlaphan Saeher, E-mail: nonlaphansae@gmail.com)

Abstract

This study aims to evaluate the quality of working life and burn out. Compared burn out based on individual factors, association between quality of life and burn out among working age in an industrial. Bang Krachao sub-district, Samut Sakhon province. 359 sampling group were collected by questionnaire to measure the level of quality of working life and burn out. Data was analyzed by descriptive using percentages, averages and test hypothesis using t-test, F-Test and the Pearson's product moment correlation at the statistical significance level .05. The result showed that most sample were female (64.8%), Average age 38.4 years, monthly income was between 14,001-20,000 baht per month (57.1%), married (39.3%), education a bachelor's degree (42.7%), the level of quality of working life and burn out were moderate (M = 3.63, 2.04). The findings were found that age, monthly income, and married status have different levels of burn out was statistically significant level 0.01 and quality of working life has a negative correlation with burnout ($r = -.164$) with statistically significant level 0.01. Therefore, government agencies should provide assistant with fairness of wage and get promoted so that working age enough well-being and supervise the safety standards of the working environment. Employees should have yearly health examinations to encourage them to work, which will lessen burnout.

Keywords: Quality of working life, Burnout, Workers

บทนำ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) ตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ช่วงอายุ 15 – 59 ปี ในปี 2559 จำนวน 15,278 คน พบว่า วัยทำงานมีความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 49 โดยเฉพาะประเด็นการสื่อสารสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง พบว่าอยู่ในระดับดีมากเพียงร้อยละ 5.50 ส่วนพฤติกรรมตามหลัก 3อ. 2ส. ของวัยทำงานพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดีถึงร้อยละ 56.70 โดยอยู่ในระดับดีมากหรือถูกต้องเพียงร้อยละ 5.20 จากข้อมูลนี้ ชี้ให้เห็นว่าประชาชนวัยแรงงานส่วนใหญ่ยังมีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเรื้อรังอย่างมาก (สำนักข่าวออนไลน์ Hfocus, 2560)

สมุทรสาครเป็นจังหวัดที่มีความสำคัญกับเศรษฐกิจในภาคอุตสาหกรรม สะดวกต่อการขนส่งทั้งทางบกและทางน้ำไปยังพื้นที่ใกล้เคียง ส่งผลให้สมุทรสาครเป็นแหล่งที่ตั้งของโรงงานอุตสาหกรรมจำนวนมาก หน่วยงานรัฐจึงมีการจัดตั้งนิคมอุตสาหกรรมขึ้นมาเพื่อเป็นการจัดพื้นที่สำหรับโรงงานอุตสาหกรรมให้เข้ารวมกันอย่างมีระบบและเป็นระเบียบ แต่ทว่านิคมอุตสาหกรรมนั้นได้ก่อปัญหาทางสิ่งแวดล้อม การเกิดมลพิษต่างๆ ทั้งทางอากาศ ทางเสียง และทางน้ำ ที่ล้วนส่งผลเสียต่อสุขภาพ จากสถานการณ์โรคโควิด-19 ที่ระบาดอย่างรุนแรงเมื่อปลายปี พ.ศ. 2563 โรงงานอุตสาหกรรมประสบปัญหาขาดทุน คนวัยทำงานขาดรายได้ เมื่อผ่านพ้นสถานการณ์นั้นมาได้เศรษฐกิจเริ่มกลับมาขับเคลื่อน คนวัยทำงานจำเป็นที่จะทำงาน

ล่วงเวลาเพื่อให้ได้รายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตและทดแทนรายได้ที่เสียไป ปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในการทำงาน รวมถึงสุขภาพกายและจิต

คุณภาพชีวิตในการทำงานมีความสำคัญเป็นอันมาก เพราะมนุษย์เป็นทรัพยากรหลักในการทำงาน ความรู้สึกของบุคคลที่พึงพอใจต่องานที่ตนเองปฏิบัติ มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับการตอบสนองต่อความปรารถนาจากการทำงาน ซึ่งส่งผลให้สามารถปฏิบัติงานให้เกิดความสำเร็จตามความต้องการได้ (เชิดชาย นิมบุรุษ, 2563)

ภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burn out) เกิดจากแรงกดดันและความเครียดจากการปฏิบัติงานที่สั่งสมมาเป็นเวลานาน การไม่ประสบความสำเร็จตามคาดหวังจะก่อให้เกิดความอ่อนล้า ท้อถอยในการทำงาน แรงจูงใจในการทำงานลดลง (Freudenberger, 1980) สัญญาณเตือนของร่างกายพบว่ามีอาการเหนื่อยล้า ไม่สดชื่น นอนหลับยาก น้ำหนักเพิ่มหรือลดอย่างมาก มักแยกตัวออกจากสังคม หวาดระแวง สงสัยผู้อื่น มีความรู้สึกหดหู่ เศร้า มักจะสงสัยความสามารถของตนเองและหลีกเลี่ยงปัญหา (ศรีสกุล ฉะชัย และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2562) จากการศึกษาของ Joao Leitao, Dina Pereira, และ Angela Goncalves (2021) พบว่าปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน เช่น ประสิทธิภาพต่ำ การโดนดูถูก และความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตและการมีส่วนร่วมให้เกิดผลผลิต ภาวะหมดไฟในการทำงานและองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต สามารถร่วมกันทำนายการมีส่วนร่วมให้เกิดผลผลิตได้ ($R^2 = 0.168$) รวมถึงการศึกษาของ วัลลภ วิชาญเจริญสุข (2557) ศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้แทนยาบริษัทข้ามชาติ พบว่าปัจจัยการทำงานที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน คือ ความรู้สึกต่อปริมาณยอดขายที่ทางบริษัทตั้งไว้ เบียดเบียน และสวัสดิการที่ได้รับ ความรู้สึกไม่สบายใจเวลาที่ติดต่อขายยา การสนับสนุนจากองค์กร ความเพียงพอของการมีเวลาส่วนตัว ความเพียงพอของการมีเวลานอนหลับ ความเพียงพอของการมีเวลาให้ครอบครัว ความพึงพอใจในอาชีพ และการคิดลาออก

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตในการทำงานและภาวะหมดไฟในการทำงาน เปรียบเทียบภาวะหมดไฟในการทำงานตามปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในการทำงานกับภาวะหมดไฟในการทำงาน ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการนำไปเป็นแนวทางเพื่อช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานและส่งเสริมคุณภาพชีวิตในการทำงานของคนวัยทำงานในนิคมอุตสาหกรรม

วัตถุประสงค์

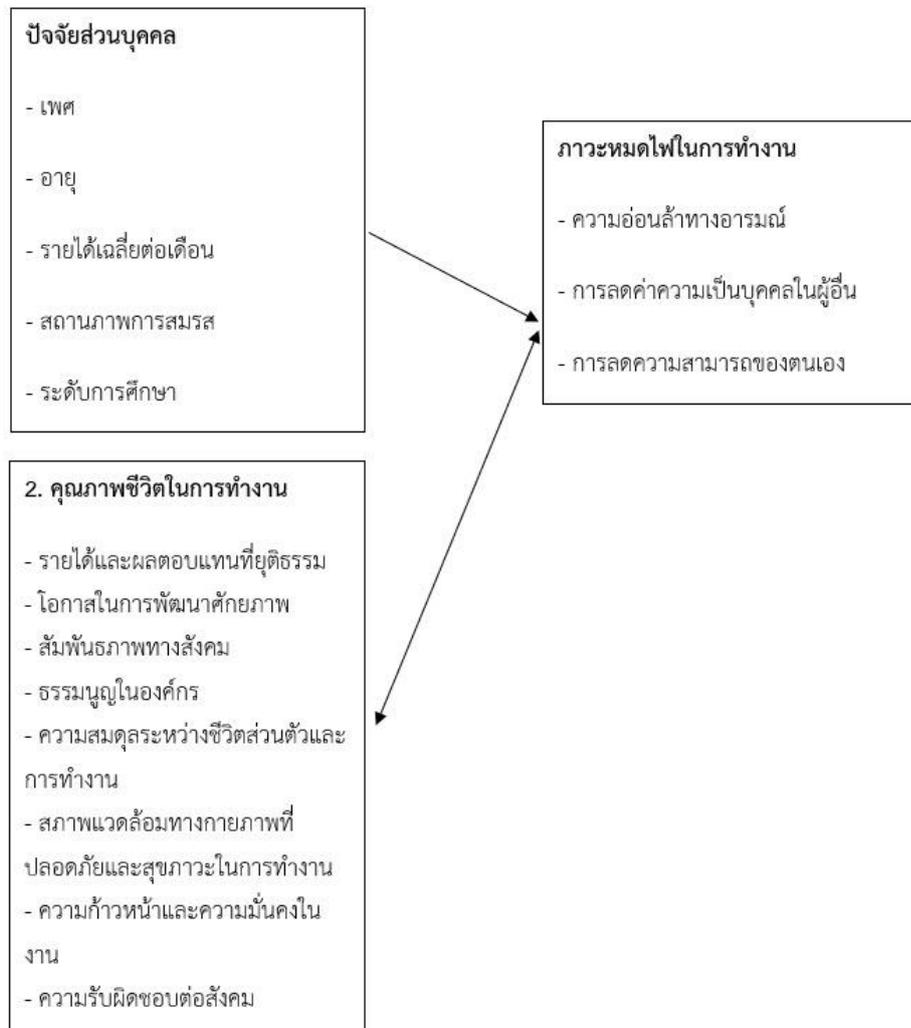
1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตในการทำงาน และภาวะหมดไฟในการทำงานของคนวัยทำงานในนิคมอุตสาหกรรมแห่งหนึ่ง ตำบลบางกระเจ้า จังหวัดสมุทรสาคร
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะหมดไฟในการทำงาน ตามปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกันของคนวัยทำงานในนิคมอุตสาหกรรมแห่งหนึ่ง ตำบลบางกระเจ้า จังหวัดสมุทรสาคร
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในการทำงานกับภาวะหมดไฟในการทำงานของคนวัยทำงานในนิคมอุตสาหกรรมแห่งหนึ่ง ตำบลบางกระเจ้า จังหวัดสมุทรสาคร

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน มีภาวะหมดไฟในการทำงานแตกต่างกัน
2. คุณภาพชีวิตในการทำงานมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างกรอบแนวคิดการวิจัยจากการประยุกต์ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตในการทำงานของ Walton (1973) โดยการประเมินคุณภาพชีวิตในการทำงานแบ่งได้ออกเป็น 8 ด้าน คือ (1) ความเป็นธรรมของค่าจ้างและค่าตอบแทน (2) ความปลอดภัยของสภาพแวดล้อมและสุขภาวะในการปฏิบัติงาน (3) การพัฒนาศักยภาพพนักงาน (4) ความก้าวหน้าและความมั่นคงของหน้าที่การงาน (5) ปฏิสัมพันธ์และการทำงานร่วมกับผู้อื่น (6) สิทธิส่วนบุคคลในสถานที่ทำงาน (7) ความสมดุลระหว่างการทำงานกับชีวิตส่วนตัว และ (8) ลักษณะของงานที่สร้างประโยชน์ต่อสังคม และผู้วิจัยศึกษาตัวแปรตามโดยใช้แนวคิดภาวะหมดไฟที่เสนอโดย Maslach และ Jackson (1981) สามารถประเมินได้ 3 มิติ คือ (1) ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (2) ด้านการเมินเฉยต่องาน (3) ด้านความสามารถในการทำงาน ตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Explanatory research)

ประชากร ในการวิจัย คือ บุคคลที่มีอายุระหว่าง 15 – 59 ปี ที่ทำงานอยู่ในนิคมอุตสาหกรรมแห่งหนึ่ง ตำบลบางกระเจ้า จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 3,446 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 13 สิงหาคม 2563) (กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของยามาเน่ (Yamane, 1973) ที่ระดับความคาดเคลื่อน 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 359 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ (1) เป็นผู้ที่ประกอบอาชีพอยู่ในนิคมอุตสาหกรรมแห่งหนึ่ง ตำบลบางกระเจ้า จังหวัดสมุทรสาคร (2) สามารถอ่าน-พูดภาษาไทยได้ (3) มีสัญชาติไทย (4) เป็นผู้ที่สติ สามารถสื่อสารโต้ตอบได้ และเกณฑ์การคัดเลือกออกคือ ผู้ที่ไม่สะดวกต่อการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยใช้แบบสอบถาม โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 3 ส่วน คือ

(1) ข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพการสมรส และระดับการศึกษา

(2) ข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในการทำงาน ผู้วิจัยได้สร้างแบบประเมินขึ้นโดยใช้แนวคิดและทฤษฎีของ Walton (1973) มีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 30 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานตามเกณฑ์ของ Best (1977) ออกเป็น 3 ระดับคือ คุณภาพชีวิตในการทำงานอยู่ในระดับต่ำ (1.00 - 2.33) คุณภาพชีวิตในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง (2.34 - 3.67) และคุณภาพชีวิตในการทำงานอยู่ในระดับสูง (3.68 - 5.00)

(3) ข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยประยุกต์ใช้จากแบบวัดภาวะหมดไฟในการทำงาน Maslach Burnout Inventory- General Survey (MBI-GS) สร้างโดย Maslach และ Jackson (1981) แปลเป็นภาษาไทยโดย ชัยยุทธ กลีบบัว (2552) มีจำนวนคำถามทั้งสิ้น 16 แบบประมาณค่า 7 ระดับ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-6 คะแนน ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานตามเกณฑ์ของ Best (1977) ออกเป็น 3 ระดับคือ ภาวะหมดไฟอยู่ในระดับต่ำ (0.00 – 2.00) ภาวะหมดไฟอยู่ในระดับปานกลาง (2.01 – 4.00) และภาวะหมดไฟอยู่ในระดับสูง (4.01 – 6.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) โดยการเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญทางด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เฉลี่ยรวมเท่ากับ .91 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับคนวัยทำงานที่ทำงานอยู่ในนิคมอุตสาหกรรมแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 30 ชุด ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในการทำงานเท่ากับ .878 แบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงานเท่ากับ .839 และความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งหมดเท่ากับ .859

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลวันที่ 15 สิงหาคม – 29 กันยายน พ.ศ. 2566 โดยลงพื้นที่เก็บข้อมูลด้วยตนเอง และสุ่มตัวอย่างโดยบังเอิญ (Accidental sampling) ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบสอบถามออนไลน์ (Google form) ในการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติถึงปัจจัยส่วนบุคคลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ และร้อยละ วิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตในการทำงาน และภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยใช้ค่าคะแนนเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะหมดไฟในการทำงานโดยใช้สถิติ t-test และ F-test วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในการทำงานกับภาวะหมดไฟโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยอธิบายถึงความสำคัญของปัญหาการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล และติดต่อการขอความความร่วมมือและการยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล ซึ่งผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ที่จะเข้าร่วมหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลโดยไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิในการตัดสินใจได้ว่าข้อมูลใดที่ผู้ให้ข้อมูลยินดีหรือไม่ยินดีที่จะเปิดเผย และผู้วิจัยจะไม่ซักถามถึงประเด็นส่วนบุคคลใดๆ ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกับประเด็นเนื้อหาที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา ข้อมูลที่ได้รับนั้นจะถูกเก็บเป็นความลับโดยมีการเข้ารหัสเครื่องคอมพิวเตอร์ และข้อมูลจะถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัยในทันที

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 64.8 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 35.2 มีอายุเฉลี่ย 38.4 ปี มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 14,001–20,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.1 รองลงมาคือกลุ่มที่มีรายได้ระหว่าง 8,000-14,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 32.1 และกลุ่มที่มีรายได้ 20,001 บาทขึ้นไป มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 10.8 ตามลำดับ สถานภาพการสมรสของคนวัยทำงานที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีสถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.3 รองลงมาคือกลุ่มที่มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 37.4 และกลุ่มที่มีสถานภาพหม้าย หย่าร้างและแยกกันอยู่ มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.3 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคล (n = 361)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	127	35.2
หญิง	234	64.8
อายุ		
17 - 32 ปี	197	54.6
33 - 48 ปี	134	37.1
49 ปีขึ้นไป	30	8.3
อายุเฉลี่ย = 38.4 ปี		

ตารางที่ 1 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคล (n = 361) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
8,000 - 14,000 บาท	116	32.1
14,001 - 20,000 บาท	206	57.1
20,001 บาทขึ้นไป	39	10.8
สถานภาพการสมรส		
โสด	135	37.4
สมรส	142	39.3
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	84	23.3
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า	76	21.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย	131	36.3
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	154	42.7

กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.62$) และมีภาวะหมดไฟโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.04$) เช่นกัน

ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยการทดสอบที และการทดสอบเอฟ พบว่า คนวัยทำงานที่มีเพศ และระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีภาวะหมดไฟในการทำงานโดยรวมไม่แตกต่างกัน แต่พบว่าอายุ รายได้เฉลี่ย และสถานภาพการสมรส ที่แตกต่างกัน มีภาวะหมดไฟในการทำงานแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะหมดไฟในการทำงาน

ปัจจัยส่วนบุคคล	ผลการทดสอบสมมติฐาน
เพศ	($t = -1.721, p\text{-value} = .086$)
อายุ	($F = 5.627, p\text{-value} = .004$)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	($F = 11.803, p\text{-value} = .000$)
สถานภาพการสมรส	($F = 4.808, p\text{-value} = .009$)
ระดับการศึกษา	($F = .453, p\text{-value} = .636$)

การหาความสัมพันธ์ของตัวแปร พบว่าคุณภาพชีวิตในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะหมดไฟในการทำงาน ($r = -.164$) ซึ่งมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 กล่าวคือ หากคุณภาพชีวิตในการทำงานสูง จะส่งผลให้มีภาวะหมดไฟในการทำงานต่ำ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางแสดงความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตในการทำงานกับภาวะหมดไฟในการทำงาน

คุณภาพชีวิตในการทำงาน	ภาวะหมดไฟในการทำงาน	
	r	p-value
	-0.164	.002**

อภิปรายผล

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตในการทำงานของคนวัยทำงานในนิคมอุตสาหกรรมแห่งหนึ่ง ตำบลบางกระเจ้า จังหวัดสมุทรสาคร พบว่าระดับของคุณภาพชีวิตในการทำงานโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.62$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าคุณภาพชีวิตในการทำงานของคนวัยทำงาน ตำบลบางกระเจ้า จังหวัดสมุทรสาคร ส่วนมากมีรายได้ที่ไม่ได้สูงมากแต่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน สถานที่ทำงานมีความปลอดภัยและเอื้อต่อการทำงาน องค์กรมีการจัดอบรมเพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถของพนักงานอยู่เรื่อยๆ และเมื่อพบปัญหาในการทำงานที่ก่อให้เกิดความเครียดหัวหน้างานและเพื่อนร่วมงานมักเข้ามาให้ความช่วยเหลือ ส่งผลให้สามารถจัดการกับความเครียดและปรับตัวเข้ากับงานได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เอกลักษณ์ ชุมภูชัย (2561) ศึกษาเรื่องการศึกษาคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรกรณีศึกษาพนักงานที่ทำงานอยู่ภายใต้การดูแลของบริษัท สกิลพาวเวอร์ เซอร์วิส (ประเทศไทย) จำกัด (แมนพาวเวอร์ สาขาลำพูน) จำนวน 202 คน พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกัน

ระดับของภาวะหมดไฟในการทำงานโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.04$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าภาวะหมดไฟในการทำงานของคนวัยทำงาน ตำบลบางกระเจ้า จังหวัดสมุทรสาคร ส่วนมากมีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี ซึ่งจะพบกับลักษณะของงานความกดดันและความคาดหวังสูง จึงรู้สึกเหนื่อยจากการทำงาน แต่ยังสามารถปรับตัวและแก้ไขปัญหาของตนเอง ส่งผลให้สามารถทำงานต่อไปได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เพ็ญพิชชา เกตุชัยโกศล (2564) ศึกษาเรื่องภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout) ของพนักงานบริษัทเอกชนในกลุ่ม Generation Y (ผู้ที่เกิดในปี พ.ศ. 2520 – 2542) จำนวน 30 คน พบว่า ภาพรวมของพนักงานบริษัทเอกชนในกลุ่ม Generation Y มีภาวะหมดไฟในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับงานวิจัยของ โสภาวรรณ พรหมโยธิน (2565) ศึกษาเรื่องการศึกษภาวะหมดไฟในการทำงาน (Job Burnout) ของพนักงาน Generation Y ในกลุ่มสถาบันการเงินเฉพาะกิจในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่าภาวะหมดไฟในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.85$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยโดยรวมสูงสุด ($M = 3.49$) อันดับสอง คือ ด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคลโดยรวม ($M = 3.05$) และอันดับสุดท้าย คือ การลดค่าความเป็นบุคคลโดยรวม ($M = 2.73$)

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พบว่ากลุ่มคนวัยทำงานที่มีอายุแตกต่างกันมีภาวะหมดไฟในการทำงานโดยรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะอายุที่ต่างกันอาจสะท้อนให้เห็นถึงการมีทัศนคติ และประสบการณ์ในการทำงานที่ต่างกัน ซึ่งผู้ที่อายุมากกว่าอาจจะมีประสบการณ์ในการทำงานสูง มีวุฒิภาวะ สามารถปรับตัวเข้ากับงานได้มากกว่า โอกาสที่จะเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานอาจมีน้อยกว่า ส่วนบุคคลที่มีอายุน้อยอาจจะมีความต้องการที่จะประสบความสำเร็จในชีวิต จึงมีความคาดหวังทุ่มเทให้กับการทำงานสูง และเมื่อหลายๆ สิ่งไม่เป็นไปตามที่หวังจึงอาจส่งผลให้เกิดภาวะหมดไฟได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ

โสภารรณ พรหมโยธิน (2565) ศึกษาเรื่องการศึกษากภาวะหมดไฟในการทำงาน (Job Burnout) ของพนักงาน Generation Y ในกลุ่มสถาบันการเงินเฉพาะกิจในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่พบว่าอายุที่แตกต่างกัน มีภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional Exhaustion) แตกต่าง (p = 0.05)

กลุ่มคนวัยทำงานที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกันมีภาวะหมดไฟในการทำงานโดยรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะรายได้เป็นเป้าหมายหลักในการทำงานและเป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินชีวิต หากมีรายได้น้อยจะมีโอกาสสูงที่จะลาออกเพื่อไปหางานที่ได้ค่าตอบแทนที่สูงกว่า หรือหากค่าตอบแทนที่ได้รับไม่สมดุลกับความสามารถที่ใช้ทำงานอาจทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ ไร้คุณค่า จนอาจนำไปสู่ภาวะหมดไฟในการทำงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ โสภารรณ พรหมโยธิน (2565) ศึกษาเรื่องภาวะหมดไฟในการทำงานของพนักงาน Generation Y ในกลุ่มสถาบันการเงินเฉพาะกิจในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนกับข้อมูลระดับความคิดเห็นในปัจจัยภาวะหมดไฟในการทำงาน ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional Exhaustion) ท่านมีความกระตือรือร้นสนใจในการทำงานลดลง (p = .05) ท่านรู้สึกหมดเรี่ยวแรงเมื่อสิ้นสุดเวลาทำงาน (p = .01)

กลุ่มคนวัยทำงานที่มีสถานภาพการสมรสแตกต่างกันมีภาวะหมดไฟในการทำงานโดยรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน อาจเป็นเพราะกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันอาจมีการตั้งเป้าหมายในการทำงานแตกต่างกัน กลุ่มที่สมรสอาจต้องประสบความสำเร็จในเรื่องครอบครัวมากกว่าเรื่องงาน จึงใช้เวลาในการดูแลครอบครัวมากกว่างาน ในขณะที่กลุ่มโสดอาจมุ่งความสำเร็จในหน้าที่การงานมากกว่าครอบครัว จึงเกิดการทุ่มเทแรงกายแรงใจให้กับเรื่องงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ทิพรรัตน์ บำรุงพินิจถาวร และคณะ (2565) พบว่าสถานภาพการสมรสของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนสามารถทำนาย ความอ่อนล้าทางอารมณ์ ($R^2 = .438$, $p > .01$) และความเยื่อใย ($R^2 = 0.416$, $p > .001$)

ความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตในการทำงานกับภาวะหมดไฟในการทำงาน พบว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะหมดไฟในการทำงานของคนวัยทำงานอยู่ในระดับต่ำมาก ($r = -.164$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 อาจเป็นเพราะคุณภาพชีวิตในการทำงานเป็นปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ความคับข้องใจ และความไม่พึงพอใจ ส่งผลให้เกิดเป็นภาวะหมดไฟ เบื่อหน่าย เหนื่อยชา หมดอารมณ์ในการทำงาน หากคุณภาพชีวิตในการทำงานสูง ภาวะหมดไฟในการทำงานจะต่ำ แต่ถ้าคุณภาพชีวิตในการทำงานต่ำ ภาวะหมดไฟในการทำงานจะสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ricardo Prada-Ospina (2019) พบว่า คุณภาพชีวิตในที่ทำงานที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะหมดไฟในการทำงาน ($r = -.242$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ พบว่าคุณภาพชีวิตในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะหมดไฟในการทำงานของคนวัยทำงาน ดังนั้นกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานควรตรวจสอบความสอดคล้องของค่าตอบแทนและภาระงานของลูกจ้าง และพิจารณาเกณฑ์การขึ้นตำแหน่งอย่างชัดเจนเพื่อความยุติธรรม นอกจากนี้การกำกับดูแลมาตรฐานความปลอดภัยของสภาพแวดล้อมในการทำงานสามารถป้องกันอุบัติเหตุและความเจ็บป่วยทางกายของพนักงาน รวมถึงควรมีการจัดการตรวจสุขภาพ

ประจำปีให้แก่พนักงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในการทำงานให้ดียิ่งขึ้นและสร้างแรงจูงใจในการทำงาน ซึ่งจะช่วยลดภาวะการหมดไฟในการทำงานได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการเก็บข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลเกี่ยวกับระดับตำแหน่งงานในองค์กร เช่น ระดับผู้บริหาร ระดับผู้จัดการ ระดับปฏิบัติการ เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของภาวะหมดไฟ

References

- กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *ปรัมาติดประชกร ต่ำลบบงกะเจ้า ปี 2563*. สืบค้นวันที่ 13 สิงหาคม 2566 จาก <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/populationpyramid/tambon?year=2020&tb=110409>.
- ชัยยุทธ กลีบบัว. (2552). *การพัฒนาโมเดลเชิงสาเหตุของความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน : การประยุกต์โมเดลความต้องการทรัพยากรของงาน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรม). กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เชิดชาย นิมบุรุษ. (2563). *ปัจจัยคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของครูในโรงเรียนที่สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 4 จังหวัด*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ทิพรรัตน์ บำรุงพนิชถาวร, วัลลภ ใจดี, เอมอัชฌา วัฒนบุรณนทร์, และนิภา มหารัชพงค์. (2565). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลชุมชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ Covid-19*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา).
- เพ็ญพิชชา เกตุชัยโกศล. (2564). *ภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout) ของพนักงานบริษัทเอกชนในกลุ่ม Generation Y*. (สารนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล).
- วัลลภ วิชาญเจริญสุข. (2557). *ภาวะหมดไฟในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้แทนยาบริษัทยาข้ามชาติ*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม สาขาวิชาการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย].
- ศรีสกุล ฉะยแบลวม และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2562). *ภาวะหมดไฟในการทำงาน*. *Royal Thai Air Force Medical Gazette*. 65(2): 4452.
- สำนักข่าวออนไลน์ Hfocus. (10 กุมภาพันธ์ 2560). *วัยทำงานกว่าครึ่งเสี่ยงโรคเรื้อรังคุกคามในอนาคต เหตุมีพฤติกรรมเสี่ยง*. Hfocus.org. <https://www.hfocus.org/content/2017/02/13410>
- โสภารรณ พรหมโยธิน. (2565). *การศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงาน (Job Burnout) ของพนักงาน Generation Y ในกลุ่มสถาบันการเงินเฉพาะกิจในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล*. (สารนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล).
- เอกลักษณ์ ชุมภูชัย. (2561). *การศึกษาคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กร กรณีศึกษาพนักงานที่ทำงานอยู่ภายใต้การดูแลของบริษัท สกิลพาวเวอร์เซอร์วิส (ประเทศไทย) จำกัด (แมนพาวเวอร์ สาขาลำพูน)*. (การค้นคว้าอิสระบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต) เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- Best, J. W. (1986). *Research in Education*. (3 rd ed). New Jersey: Prentice hall Inc.

- Freudenberger, H. J. (1980). *Burn-out: the high cost of high achievement*. New York: Anchor Press.
- Leitão, J., Pereira, D., & Gonçalves, Â. (2021). Quality of work life and contribution to productivity: Assessing the moderator effects of burnout syndrome. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5) , 2425. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052425>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*, 2(2), 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Prada-Ospina, R. (2019). Social psychological factors and their relation to work-related stress as generating effects of burnout. *Interdisciplinaria*, 36(2), 39-53. <https://doi.org/10.16888/interd.2019.36.2.3>
- Walton, R. E. (1973). Quality of work life: What is it?. *Sloan Management Review*, 15, 11-21.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis*.

การพัฒนาารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลนากระตาม จังหวัดชุมพร

The Development of Self Health Care Model among Hypertension Patients at Nakratham Sub District, Chumphon Province

อดิศร วิศาล*, กฤตย์ตีวัฒน์ ฉัตรทอง

Adisorn Wisal*, Krittiwat Chatthong

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร

Chumphon Provincial Public Health Office

(Received: December 23, 2024, Revised: February 21, 2025, Accepted: April 8, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลนากระตาม จังหวัดชุมพร กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 3 กลุ่ม รวม 146 คน ได้แก่ กลุ่มผู้รับผิดชอบงานและตัวแทนชุมชน 36 คน กลุ่มเครือข่าย อสม. 55 คน และกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 55 คน โดยใช้กระบวนการ PDCA เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามเจตคติและการปฏิบัติตน การวิเคราะห์ SWOT เทคนิค A-I-C และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) การทบทวนข้อมูล นโยบาย และสถานการณ์ปัญหา การวิเคราะห์ SWOT และการใช้เทคนิค A-I-C เพื่อกำหนดกลยุทธ์การสร้างและพัฒนาศักยภาพทีมเครือข่ายในชุมชน 2) การพัฒนาศักยภาพทีมเครือข่ายผ่าน 3 โครงการ ได้แก่ โครงการพัฒนาองค์ความรู้ทีมเครือข่าย โครงการพัฒนาคู่มือการดำเนินงาน และโครงการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย และ 3) การดำเนินการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า หลังการพัฒนา ผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การกำหนดกลยุทธ์และกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ การจัดทำโครงการพัฒนา และการสังเกตและประเมินผลการปฏิบัติ รูปแบบนี้สามารถนำไปปรับใช้ตามบริบทของแต่ละพื้นที่และพัฒนาต่อยอดเพื่อประโยชน์ต่อวงการแพทย์และสาธารณสุขต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การดูแลตนเอง, ความดันโลหิตสูง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding Author: Adisorn Wisal, E-mail: sal48069@gmail.com)

Abstract

This action research aimed to develop a self-care model for hypertensive patients in Na Kratom Subdistrict, Chumphon Province. The sample consisted of 146 participants divided into three groups: 36 health officials and community representatives, 55 village health volunteers, and 55 hypertensive patients. The PDCA cycle was employed, and data were collected using knowledge tests, attitude and practice questionnaires, SWOT analysis, A-I-C technique, and participatory observation. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis. The research was conducted in three phases: 1) reviewing data, policies, and problems, conducting SWOT analysis and using A-I-C technique to establish strategies for

developing community network teams, 2) developing network team capacity through three projects: knowledge development, guideline development, and patient self-care development, and 3) implementing self-care development for hypertensive patients. Results showed that after development, patients' knowledge, attitudes, and self-care practices improved. The developed self-care model comprised four activities: participatory workshops, strategy and capacity development planning, project implementation, and observation and evaluation. This model can be adapted to different contexts and further developed for the benefit of medical and public health sectors.

Keywords: Model Development, Self Health Care, Hypertension

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูง(Hypertension) เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบได้สูงถึง ประมาณร้อยละ 25 - 30 ของประชากรโลกที่เป็นผู้ใหญ่ทั้งหมด องค์การอนามัยโลก รายงานว่าทั่วโลกมีผู้เป็นความดันโลหิตสูงเกือบถึงหนึ่งพันล้านคน ซึ่ง 2 ใน 3 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมถึงประเทศไทย พบ 1 ใน 3 คนและคาดการณ์ว่าปี 2568 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 1.56 พันล้านคน องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รายงานผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 4 ใน 5 รายไม่ได้รับการดูแลรักษาเพียงพอ แต่หากประเทศต่างๆ สามารถยกระดับความครอบคลุมของการรักษา เราจะสามารถหลีกเลี่ยงการเสียชีวิตของประชากรได้ถึงจำนวน 76 ล้านราย ในช่วงปี พ.ศ. 2573-2593 และผู้ใหญ่ 1 ใน 3 คนทั่วโลกมีภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะที่พบได้ทั่วไปแต่อันตรายถึงชีวิตนี้ นำไปสู่โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะหัวใจวาย ภาวะหัวใจล้มเหลว ไตวายและปัญหาด้านสุขภาพอื่นๆ (องค์การอนามัยโลก,2566)

ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 14 ล้านคน และมากกว่า 7 ล้านคนที่ป่วยแต่ยังไม่เข้ารับการรักษา เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงส่วนมากมักไม่แสดงอาการ อาจมีอาการต่างๆ ได้แก่ เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ หน้ามืด เป็นต้น หากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานและไม่ได้รับการรักษา ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้นและเกิดโรคแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจ เป็นต้น และส่งผลให้เกิดความพิการและการสูญเสียชีวิต รวมทั้งกระทบต่อการประกอบอาชีพ รายได้ ค่าใช้จ่ายและสุขภาพ ทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงสามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกี่ยวกับด้านอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การควบคุมน้ำหนัก และตรวจวัดระดับความดันโลหิตสม่ำเสมอ สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการต่างๆ ต้องพบแพทย์เพื่อทำการรักษาและรับคำแนะนำตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอถึงแม้จะไม่มีอาการ ดังนั้นในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะต้องบูรณาการแนวทางการดูแลแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive Care) คือ การรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งต้องมีการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) คือ ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ชุมชน และจิตวิญญาณของผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้มีมาตรการต่างๆ ร่วมกัน เช่น การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป การค้นหากลุ่มเสี่ยงหรือผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ให้ได้รับความรู้ที่ถูกต้องและได้รับคำปรึกษาที่เหมาะสม การค้นหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ให้ได้รับการวินิจฉัย และได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางที่เหมาะสม การพัฒนา

ระบบบริการเป็นเครือข่ายบริการเชื่อมโยงกันทุกระดับ เพื่อให้การดูแลรักษาและจัดการโรคตามแนวทางที่เป็นมาตรฐาน และการให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม กล่าวคือ การมีพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ได้แก่ อ.1 ด้านอาหาร อ.2 ด้านออกกำลังกาย อ.3 ด้านการจัดการอารมณ์ ส.1 การงดสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงจากสถานที่ที่มีควันบุหรี่ และ ส.2 การงดดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต้องมีความรู้และเข้าใจโรคเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ และลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เรียนรู้ที่จะใช้ชีวิตอย่างมีความสุขได้ ทำให้เกิดความสมดุลทั้งในด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์และการใช้ยารักษา ตลอดจนตรวจระดับความดันโลหิตสม่ำเสมอ ดังนั้นการดำเนินงานแก้ไขปัญหของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องเกิดจากการร่วมมือกันหลายส่วน ทั้งในส่วนของผู้ป่วย ญาติ และทีมสหวิชาชีพทางด้านสุขภาพต่าง เช่น แพทย์ พยาบาล นักวิชาการ นักโภชนาการ นักพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น

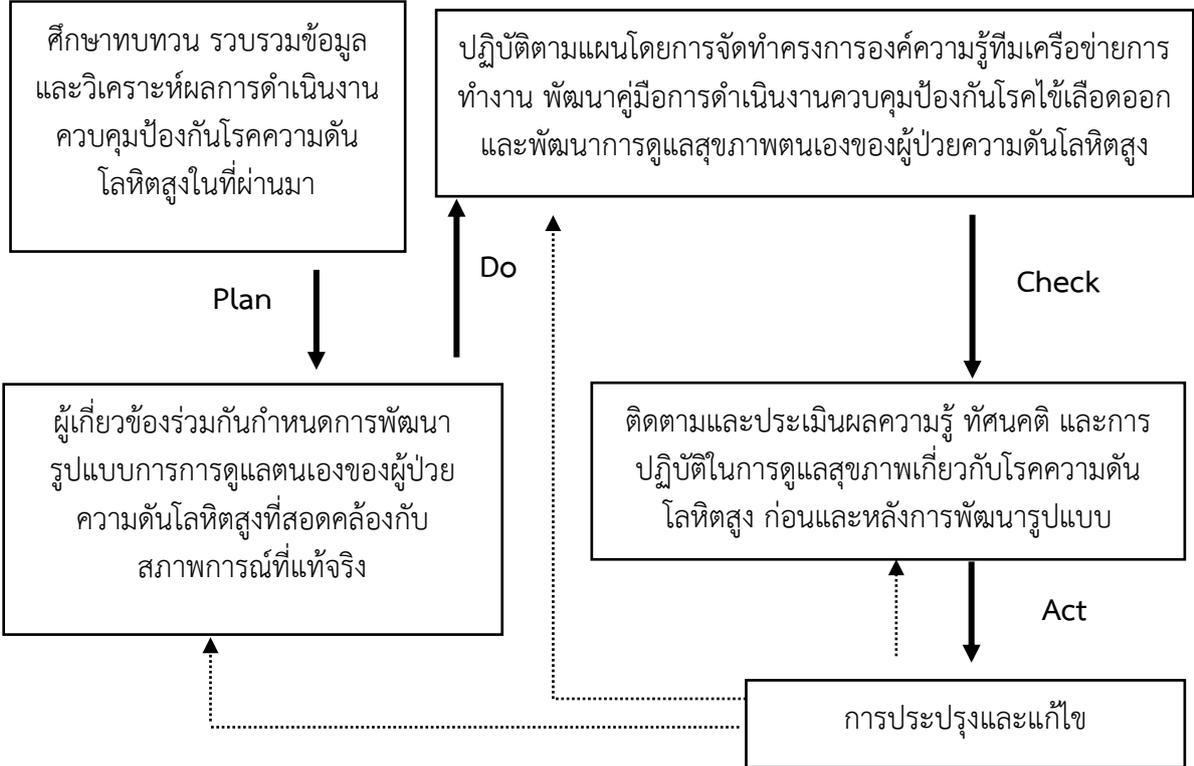
จังหวัดชุมพร สถานการณ์และผลการดำเนินงาน เฝ้าระวังและป้องกันโรคไม่ติดต่อจังหวัดชุมพร พบอัตราความชุกโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ปี 2564 – 2566 เท่ากับ 14,561.8, 15,393.5 และ 15,790.5 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ต่อแสนประชากร เท่ากับ 1,204.62 ,1,081.69 และ 1,214.21 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ตามค่าเป้าหมาย ร้อยละ 57.24 และการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 85.40 สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (เป้าหมาย \geq ร้อยละ 60) นั้น ตั้งแต่ปี 2564 – 2566 ผลการดำเนินงานในระดับประเทศ เท่ากับ ร้อยละ 55.99 53.66 และ 56.31 ตามลำดับ สำหรับในระดับจังหวัดชุมพร เท่ากับ ร้อยละ 58.05 52.95 และ 58.05 ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร, 2567) ซึ่งจากสถานการณ์ นโยบาย และผลการดำเนินงานที่ทบทวนมาสู่การวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จึงเป็นแนวทางหนึ่งการดูแลสุขภาพผู้ป่วยให้มีสุขภาพะ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทำให้ทราบความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกพื้นที่ในการศึกษาในครั้งนี้ คือ เขตพื้นที่ ตำบลนากระตาม อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร โดยคาดหวังว่ารูปแบบที่ได้จากการพัฒนาดังกล่าว สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการกระทำหรือจัดกิจกรรมให้กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีสุขภาพะ คุณภาพชีวิตที่ดี สามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขตลอดไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลนากระตาม จังหวัดชุมพร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) แนวคิดดังกล่าวสามารถกำหนดขอบเขตของเวลาในแต่ละรอบ โดยนำผลการปฏิบัติมาปรับปรุงแก้ไขและดำเนินการปรับปรุงพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดหรือกระบวนการวางแผน ปฏิบัติ ตรวจสอบ ปรับปรุง (PDCA)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 146 คน ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ใน 3 ระยะของการวิจัย ดังต่อไปนี้

กลุ่มที่ 1 ระยะทบทวน วิเคราะห์ ศึกษาข้อมูล นโยบาย ยุทธศาสตร์สาธารณสุขและสถานการณ์ ปัญหาของการดำเนินงานเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดชุมพร ถ่ายทอดตัวชี้วัด ค่ามาตรฐาน แนวทางการดำเนินงานแก่เครือข่ายในพื้นที่ และแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ด้วยเทคนิควิธีการวิเคราะห์สอวท (SWOT Analysis) และการวางแผนกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานในการในแต่ละระยะอย่างเป็นระบบ โดยใช้เทคนิค A-I-C (Appreciation Influence Control)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด 2 คน ระดับอำเภอและโรงพยาบาล 5 คน ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน ตัวแทนผู้นำชุมชน 5 คน และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 11 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 2 คน รวมทั้งสิ้น 36 คน

กลุ่มที่ 2 ระยะการสร้างทีมเครือข่ายและการพัฒนาศักยภาพทีมเครือข่ายสุขภาพในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 11 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 5 คน รวมทั้งสิ้น 55 คน

กลุ่มที่ 3 ระยะดำเนินการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 11 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 5 คน รวม 55 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

- เป็นผู้ที่รับผิดชอบโรคความดันโลหิตสูง และสมัครใจของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร โรงพยาบาลท่าแซะ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแซะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

- มีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมกระบวนการวิจัยในครั้งนี้

เกณฑ์ในการคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

- ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปจำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 23 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกกระบวนการวิเคราะห์สวอท (SWOT)

ส่วนที่ 6 แบบบันทึกการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ด้วยเทคนิค A-I-C

ส่วนที่ 7 แบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการบันทึกภาคสนาม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อประเมินความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence : IOC) พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจน และความเหมาะสมของเนื้อหาและการใช้ภาษา พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการวิจัย โดยได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก จำนวน 30 ตัวอย่าง หาค่าความสอดคล้องภายในของแบบสอบถาม ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .75 และสำหรับแบบวัดความรู้ ทดสอบความยากง่ายของแบบวัด ทุกข้ออยู่ในช่วง 0.2 - 0.8 ทุกข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ได้ใช้วงจร Plan Do Check Act (PDCA) ดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นตอนการวางแผน(Planning) ขั้นตอนนี้มี 2 กิจกรรม เป็นการดำเนินการกับผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด 2 คน ระดับอำเภอและโรงพยาบาล 5 คน ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน ตัวแทนผู้นำชุมชน 5 คน และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 11 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 2 คน รวมทั้งสิ้น 36 คน เพื่อกำหนดกลยุทธ์และกิจกรรมเพื่อนำสู่ขั้นตอนของการปฏิบัติตามแผนและขั้นตอนการดำเนินงาน ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 ทบทวนวางแผนแนวทางการดำเนินงานร่วมกับ สสจ.และ สสอ. โดยการทบทวน วิเคราะห์ ศึกษาข้อมูล นโยบาย ยุทธศาสตร์สาธารณสุขและสถานการณ์ปัญหาของการดำเนินงานเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดชุมพร และแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ด้วยเทคนิควิธีการวิเคราะห์สวอท (SWOT Analysis) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกกระบวนการวิเคราะห์สวอท (SWOT Analysis)

กิจกรรมที่ 2 การถ่ายทอดตัวชี้วัด ค่ามาตรฐาน แนวทางการดำเนินงานแก่เครือข่ายในพื้นที่ โดยวางแผนกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานในการในแต่ละระยะอย่างเป็นระบบ ด้วยเทคนิควิธีการวิเคราะห์สวอท (SWOT Analysis) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกกระบวนการวิเคราะห์สวอท (SWOT Analysis) และเทคนิค A-I-C (Appreciation Influence Control) เป็นขั้นตอนการพัฒนารูปแบบเพื่อให้เกิดแผนงานโครงการ กิจกรรม ตามขั้นตอนแนวทางของเทคนิคเอไอซี ซึ่งขั้นตอนการพัฒนารูปแบบนี้เพื่อให้เกิดแผนงานโครงการ กิจกรรม ตามขั้นตอนแนวทางของเทคนิคเอไอซี 3 ขั้นตอน ประกอบด้วยกิจกรรม 1) การวิเคราะห์สภาพการและกำหนดอนาคต 2) การสร้างแนวทางการพัฒนา 3) การสร้างแนวทางปฏิบัติ ช่วยให้ทีมเครือข่ายวิชาการได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจ ร่วมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน สร้างการยอมรับในพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดชุมพร ที่สอดคล้องกับสภาพการณ์ที่แท้จริง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ด้วยเทคนิค A-I-C

2. ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผนและขั้นตอนการดำเนินงาน(Doing) ขั้นตอนนี้ดำเนินการสร้างทีมเครือข่ายและการพัฒนาศักยภาพทีมเครือข่ายสุขภาพในชุมชน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

2.1 การพัฒนาองค์ความรู้ทีมเครือข่ายการทำงาน ประกอบด้วยตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 11 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 5 คน รวมทั้งสิ้น 55 คน

2.2 การพัฒนาคู่มือการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด 2 คน ระดับอำเภอและโรงพยาบาล 5 คน ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน ตัวแทนผู้นำชุมชน 5 คน และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 11 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 2 คน รวมทั้งสิ้น 36 คน โดยพัฒนาคู่มือการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ปฏิบัติงานรวมทั้งส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงทุกระดับและพื้นที่เป้าหมาย

2.3 การพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จาก 11 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 5 คน รวม 55 คน โดยการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ อ.1 - อาหาร โดยการเลือกรับประทานอาหารไม่หวานจัด มันน้อย เค็มน้อย รับประทานปริมาณเหมาะสม มีผักและผลไม้พอเหมาะ อ.2 - ออกกำลังกาย ประมาณ 50 - 60 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ หรือให้ได้ 150 นาทีต่อสัปดาห์ อ.3 - อารมณ์ที่ไม่ตึงเครียด จัดการความเครียด

อย่างเหมาะสม ทำจิตใจให้สงบ มีสมาธิ ส.1 - งดสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงจากสถานที่ที่มีควันบุหรี่ และ ส.2 - งดดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

โดยในขั้นตอนนี้ใช้ทั้งการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์โดยใช้เทคนิค A-I-C (Appreciation Influence Control) การอบรมพัฒนาเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดการพัฒนารูปแบบดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สอดคล้องกับสภาพการณ์ที่แท้จริง โดยมีการประชุม การติดตามควบคุม กำกับ และประเมินผลลัพธ์เป็นระยะๆ และนำผลการประเมินมาปรับปรุงแก้ไข วิธีการดำเนินงานจนกว่าผลลัพธ์จะเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ด้วยเทคนิค A-I-C ผลที่ได้ทำให้เกิดขั้นตอนโครงการและกิจกรรมในการดำเนินการ

3. ขั้นตอนการติดตามและประเมินผล(Check)

ขั้นตอนการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานที่มึนเครือข่ายและการพัฒนาศักยภาพทีมเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ติดตามความก้าวหน้า การแก้ไขปัญหาอุปสรรค การปรับปรุง และเสาะหาแนวทางสู่ความสำเร็จของการดำเนินงานเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

4. การปรับปรุงและแก้ไข(Act)

การปรับปรุงและแก้ไข โดยการวางแผนให้มีการปรับปรุงแก้ไขในทุกขั้นตอนและกระบวนการในการดำเนินงาน ตามระยะเวลาที่กำหนด ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ด้วยวิธีการพูดคุย สอบถาม การประเมินผล สะท้อนผลการปฏิบัติงานและการจัดกิจกรรมของคณะทำงานทั้งด้านการประชุม การอบรม โดยเกิดขึ้นทันทีหลังจากที่จัดกิจกรรมนั้น ๆ (After Action Review) เพื่อที่จะได้นำไปปรับปรุงแก้ไขในการจัดกิจกรรมครั้งต่อไปในทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อเพื่อวิเคราะห์ลักษณะข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง

ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ได้แก่ การวิเคราะห์สวอท (SWOT Analysis) การประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ด้วยเทคนิค A-I-C (Appreciation Influence Control) เพื่อให้เกิดการพัฒนาพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลนากระตาม จังหวัดชุมพร ที่สอดคล้องกับสภาพการณ์ที่แท้จริง

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลชุมพร เขตอุดมศักดิ์ กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 096/2567 รหัสโครงการวิจัย CPH-EC-091/2567 ประเภทการรับรองการวิจัยประยุกต์ (Expedited review)

ผลการวิจัย

การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลนากระตาม จังหวัดชุมพรใช้หลักการแก้ปัญหาแบบ Plan Do Check Act (PDCA) สามารถอธิบายผลการศึกษาตามลำดับดังนี้

การวางแผน(Planning) โดยการทบทวนวางแผนแนวทางการดำเนินงานร่วมกับ สสจ. และ สสอ. โดยการทบทวน วิเคราะห์ ศึกษาข้อมูล นโยบาย ยุทธศาสตร์สาธารณสุขและสถานการณ์ปัญหาของการ

ดำเนินงานเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดชุมพร และแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และการถ่ายทอดตัวชี้วัด ค่ามาตรฐาน แนวทางการดำเนินงานแก่เครือข่ายในพื้นที่ โดยวางแผนกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานในการในแต่ละระยะอย่างเป็นระบบ โดยผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด 2 คน ระดับอำเภอและโรงพยาบาล 5 คน ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน ตัวแทนผู้นำชุมชน 5 คน และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 11 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 2 คน รวมทั้งสิ้น 36 คน เพื่อกำหนดกลยุทธ์และกิจกรรมเพื่อนำสู่ขั้นตอนของการปฏิบัติตามแผนและขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. การวิเคราะห์ปัจจัยที่ถูกควบคุมด้วยกระบวนการวิเคราะห์สวอท (SWOT Analysis) ทั้งปัจจัยภายใน ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ถึงจุดแข็ง (S : Strength) และจุดอ่อน (W : Weakness) ภายในองค์กร ปัจจัยภายนอกเป็นการวิเคราะห์โอกาสการพัฒนา (O : Opportunity) และปัญหาอุปสรรค (T : Threats) ทำให้เกิดกลยุทธ์ในการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์สวอท จำแนกตามจุดอ่อน จุดแข็ง โอกาสการพัฒนา และปัญหาอุปสรรค

ปัจจัยภายในและภายนอก	ปัจจัยวิเคราะห์สวอท	ผลการวิเคราะห์
ปัจจัยภายใน	จุดแข็ง (S : Strength)	1.มีนโยบายการควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในแผนยุทธศาสตร์ทุกระดับ 2.เป็นส่วนหนึ่งของ Service Plan ของจังหวัดชุมพร 3.มีคณะกรรมการขับเคลื่อนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับจังหวัด
	จุดอ่อน (W : Weakness)	1.ผู้รับผิดชอบงานในระดับพื้นที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย 2.ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานค่อนข้างน้อย 3.บุคลากรในพื้นที่มีจำนวนน้อยและรับผิดชอบงานหลายด้าน
ปัจจัยภายนอก	โอกาสการพัฒนา (O : Opportunity)	1.เป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมายการดำเนินขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 2.มีงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลสนับสนุน
	ปัญหาอุปสรรค (T : Threats)	1.เป็นพื้นที่เกษตรกรรม โดยเฉพาะการเพาะปลูกผลไม้ เช่น ทุเรียน รวมทั้งด้านอาหารทะเล ทำให้ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 2.บุคลากรด้านสุขภาพต่างสังกัด ทำให้ได้รับนโยบายหรือกระบวนการปฏิบัติงานไม่สอดคล้องกัน

ตารางที่ 2 กลยุทธ์และกิจกรรมในการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

กลยุทธ์	โครงการ/กิจกรรม
1. สร้างและพัฒนาศักยภาพทีมเครือข่ายในชุมชน	1. โครงการพัฒนาองค์ความรู้ทีมเครือข่ายการทำงาน 2. โครงการพัฒนาคู่มือการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน 3. โครงการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

2. การนำพลังปัญญาสร้างสรรค์ที่มีอยู่ในบุคคลโดยการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์โดยเทคนิค A-I-C (Appreciation Influence Control) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน รายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 ขั้นตอนการวิเคราะห์สภาพการณ์และการกำหนดอนาคต (Appreciation หรือ A) ผลของการดำเนินกิจกรรมการวิเคราะห์สภาพการณ์และการกำหนดอนาคต (Appreciation หรือ A) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สรุปผลการประชุมเชิงปฏิบัติการในขั้นตอนการวิเคราะห์สภาพการณ์และการกำหนดอนาคต

การวิเคราะห์สภาพการณ์	การกำหนดอนาคต
1. ผู้รับผิดชอบงานในระดับพื้นที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย	1. บุคลากรทุกคนต้องมีส่วนร่วมรับรู้และปฏิบัติหน้าร่วมกัน
2. ภาควิชาเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานค่อนข้างน้อย	2. สร้างเครือข่ายการดำเนินงานในชุมชน
3. บุคลากรในพื้นที่มีจำนวนน้อยและรับผิดชอบงานหลายด้าน	3. จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานที่เข้าใจได้ง่าย
	4. การสร้างเครือข่ายหรือช่องทางการสื่อสารด้วย Application ที่ใช้ง่าย สะดวกและเข้าถึงง่าย
	5. สนับสนุนเครื่องมือที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพให้กับชุมชน
	6. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพในชุมชนให้มีความสามารถดูแลสุขภาพของชุมชนเองได้ในระดับพื้นฐาน

2.2 ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา(Influence หรือ I) โดยผลของการดำเนินกิจกรรมการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence หรือ I) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สรุปผลโครงการที่เกิดจากกระบวนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence หรือ I)

ชื่อโครงการ	กิจกรรม
1.โครงการพัฒนาองค์ความรู้ทีมเครือข่ายสุขภาพ	-การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการในการทำงานที่เกี่ยวข้องโรคความดันโลหิตสูง -การติดตามการพัฒนาจากทีมสุขภาพระดับจังหวัดและอำเภอในพื้นที่
2.โครงการพัฒนาคู่มือการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน	-การจัดทำคู่มือการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน -การทดลองใช้คู่มือและการปรับปรุงคู่มือ
3.โครงการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	-การอบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง -การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน -การสนับสนุนเครื่องวัดความดันในชุมชน -การใช้ Application Line เพื่อการสื่อสารสุขภาพ

2.3 ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ(Control หรือ C) ผลของการดำเนินกิจกรรมการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control หรือ C) ทั้งหมด 3 กิจกรรมโครงการ คือ โครงการพัฒนาองค์ความรู้ทีมเครือข่ายสุขภาพ โครงการพัฒนาคู่มือการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน และโครงการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผนและขั้นตอนการดำเนินงาน(Doing) โดยการพัฒนาองค์ความรู้ทีมเครือข่ายสุขภาพ การพัฒนาคู่มือการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน และการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 โครงการพัฒนาองค์ความรู้ทีมเครือข่ายสุขภาพ ประกอบด้วย

-การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการในการทำงานที่เกี่ยวข้องโรคความดันโลหิตสูงของทีมเครือข่ายสุขภาพในชุมชน จำนวน 2 วัน

-การติดตามการพัฒนาทีมเครือข่ายสุขภาพในชุมชนจากทีมสุขภาพระดับจังหวัดและอำเภอในพื้นที่ ทุก 15 วัน

กิจกรรมที่ 2 โครงการพัฒนาคู่มือการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ประกอบด้วย

-การจัดทำคู่มือการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด ระดับอำเภอและโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัวแทนผู้นำชุมชน และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อเป็นคู่มือการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนของทีมเครือข่ายสุขภาพในชุมชน

-การทดลองใช้คู่มือกับทีมเครือข่ายสุขภาพในชุมชนและการปรับปรุงคู่มือ



กิจกรรมที่ 3 โครงการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการพัฒนาสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข E276114 รวงสาธารณสุข

- การอบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2 ครั้งๆละ 1 วัน
- การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโครงการในชุมชนทุกสัปดาห์
- การสนับสนุนเครื่องวัดความดันในชุมชนโดยเก็บไว้ที่ อสม. โดยทีม สสจ. และ สสอ.
- การใช้ Application Line เพื่อการสื่อสารสุขภาพระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทีมเครือข่ายสุขภาพในชุมชน รพ.สต. ได้ตลอดเวลา

การติดตาม ประเมินผล (Check) และการปรับปรุงและแก้ไข (Act)

การประเมินการปฏิบัติ โดยการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานแบบมีส่วนร่วม โดยการสังเกต สัมภาษณ์ แบบสอบถาม และแบบประเมินผลความรู้ ทักษะ ทักษะ การปฏิบัติ จากนั้นมีการปรับปรุงและแก้ไขในทุกขั้นตอนและกระบวนการในการดำเนินงาน ตามระยะเวลาที่กำหนด ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ และเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ ทักษะ การปฏิบัติ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ ในกิจกรรมการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทักษะ ทักษะ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง เพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 5 ตารางที่ 6 และตารางที่ 7

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

ความรู้	ก่อนการพัฒนารูปแบบ (คะแนนเต็ม 14 คะแนน)	หลังการพัฒนารูปแบบ (คะแนนเต็ม 14 คะแนน)
ค่าเฉลี่ย (Mean)	8.63	12.00
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	1.44	1.29

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทักษะเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

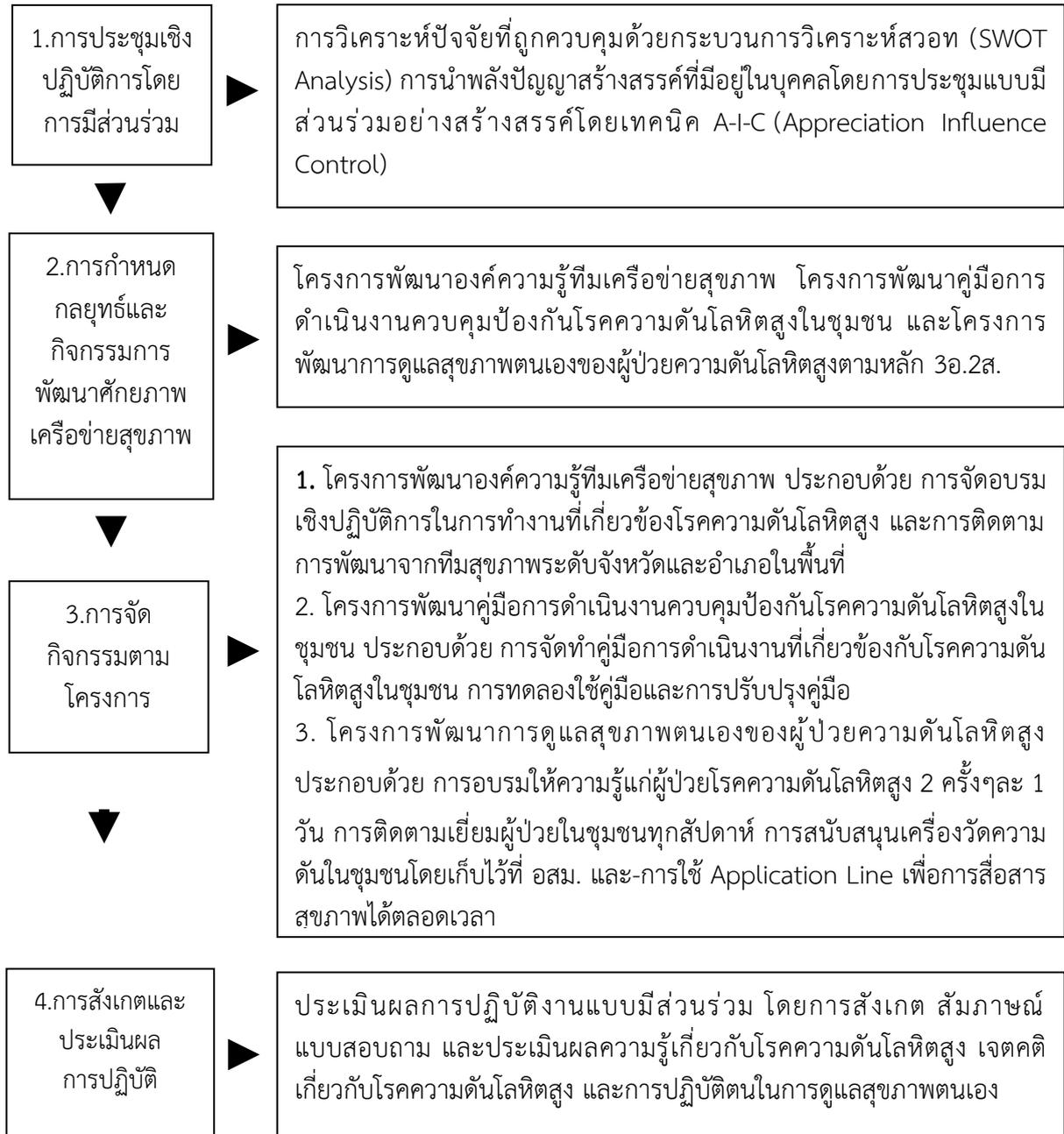
ความรู้	ก่อนการพัฒนารูปแบบ (คะแนนเต็ม 6 คะแนน)	หลังการพัฒนารูปแบบ (คะแนนเต็ม 6 คะแนน)
ค่าเฉลี่ย (Mean)	3.81	5.06
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	.48	.38

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

ความรู้	ก่อนการพัฒนารูปแบบ (คะแนนเต็ม 6 คะแนน)	หลังการพัฒนารูปแบบ (คะแนนเต็ม 6 คะแนน)
ค่าเฉลี่ย (Mean)	4.09	5.12
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	.61	.48

สรุปผลการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลนากระตาม จังหวัดชุมพร

การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลนากระตาม จังหวัดชุมพร สามารถสรุปรูปแบบการพัฒนาได้ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการพัฒนาการจัดทำผลงานวิจัย

อภิปรายผล

การพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบไปด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การประชุมเชิงปฏิบัติการโดยการมีส่วนร่วมโดยการวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ถูกควบคุมและการนำพลังปัญญาสร้างสรรค์ที่มีอยู่ในบุคคล 2) การกำหนดกลยุทธ์และกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพ 3) การจัดทำโครงการพัฒนาองค์ความรู้ทีมเครือข่ายสุขภาพ โครงการพัฒนาคู่มือการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชน และโครงการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และ 4) การสังเกตและการประเมินผลการปฏิบัติ สามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

การประชุมเชิงปฏิบัติการโดยการมีส่วนร่วมโดยการวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ถูกควบคุมและการนำพลังปัญญาสร้างสรรค์ที่มีอยู่ในบุคคล เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยที่ถูกควบคุมด้วยกระบวนการวิเคราะห์สวอท (SWOT Analysis) การนำพลังปัญญาสร้างสรรค์ที่มีอยู่ในบุคคลโดยการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์โดยเทคนิค A-I-C (Appreciation Influence Control) และการกำหนดกลยุทธ์และกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพ การจัดทำโครงการพัฒนาองค์ความรู้ทีมเครือข่ายสุขภาพ เป็นการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการในการทำงานที่เกี่ยวข้องโรคความดันโลหิตสูง และการติดตามการพัฒนาจากทีมสุขภาพระดับจังหวัดและอำเภอในพื้นที่ รวมทั้งการพัฒนาคู่มือการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน กิจกรรมการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2 ครั้งๆละ 1 วัน การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนทุกสัปดาห์ การสนับสนุนเครื่องวัดความดันในชุมชนโดยเก็บไว้ที่ อสม. และการใช้ Line Application เพื่อการสื่อสารสุขภาพได้ตลอดเวลา กิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่สำคัญที่ผู้รับผิดชอบงานทุกระดับ ตั้งแต่ระดับจังหวัดจนถึงระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน ได้มีโอกาสระดมสมอง มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ (ประเวศ วะสี, 2539 อ้างใน สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน, 2556) ทำให้สามารถลดปัจจัยที่ก่อให้เกิดความไม่แข็งแรงหรืออ่อนแอของชุมชน (อุทัย ดุลยเกษม และ อรศรี งามวิทย์พงศ์, 2540 อ้างใน กฤตย์ดิวัฒน์ ฉัตรทอง, 2553) และก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน, 2556) เนื่องจากทุกคนทุกระดับได้มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาอย่างเต็มที่ ประชาชนมีโอกาสในการเสนอกิจกรรมให้ทางราชการและมีการปรึกษาหารือกันอย่างใกล้ชิด ชุมชนมีการยอมรับในการแก้ปัญหาของชุมชนเอง (ศิริเนตร สุขดี, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของสมพงษ์ จันทรโอวาท (2557) ในการใช้เทคนิค A-I-C เป็นเทคนิคทำให้ทุกคนได้ระดมความคิด สามารถเข้าใจในสภาพปัญหาความต้องการ ข้อจำกัดต่างๆ รวมทั้งศักยภาพของผู้เกี่ยวข้อง (อเนก วัดแย้ม, 2564) และชุมชนสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการวางแผน การตัดสินใจ ร่วมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน ส่งผลให้กระบวนการพัฒนาชุมชนจึงเกิดความต่อเนื่องและมีโอกาสแห่งความสำเร็จสูงสุด (สุชาดา ต้นดี, 2567) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมาธูพร พลพงษ์ (2560) และ บุญสัน อนารัตน์. (2567) และในการสังเกตและการประเมินผลการปฏิบัติ ประกอบด้วย ประเมินผลการปฏิบัติงานแบบมีส่วนร่วม โดยการสังเกต สัมภาษณ์ แบบสอบถาม และประเมินผลความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 8.63 เป็น 12.00 คะแนน ค่าเฉลี่ยของเจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นจาก 3.81 เป็น 5.06 และค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง เพิ่มขึ้นจาก 4.09 เป็น 5.12 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุญสัน อนารัตน์ (2567) และวรารัตน์ ทิพย์รัตน์และคณะ (2566) การทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยมีระบบการดูแลติดตาม กระตุ้น ช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (Prochaska, Johnson & Lee, 2009) การให้กำลังใจ การสื่อสาร ติดตามผ่านระบบโทรศัพท์โดย Line

Application ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสม (Burbank, Reibe & Nigg, 2002) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีกำลังใจและมุ่งมั่นในการดูแลสุขภาพตนเองให้ดีขึ้นและยั่งยืนตลอดชีวิตของผู้ป่วย

การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้นเป็นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกองสุขภาพศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ อ.1 - อาหาร โดยการเลือกรับประทานอาหารไม่หวานจัด มันน้อย เค็มน้อย รับประทานปริมาณเหมาะสม มีผักและผลไม้พอเหมาะ อ.2 - ออกกำลังกาย ประมาณ 50 - 60 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ หรือให้ได้ 150 นาทีต่อสัปดาห์ อ.3 - อารมณ์ที่ไม่ตึงเครียด จัดการความเครียดอย่างเหมาะสม ทำจิตให้สงบ มีสมาธิ ส.1 - งดสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงจากสถานที่ที่มีควันบุหรี่ และ ส.2 - งดดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นการอบรมเชิงปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ ความเข้าใจและรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมดูแลสุขภาพของตนเองโดยใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสร้างทัศนคติที่ดีมาประยุกต์ใช้ในกิจกรรม มีการติดตามดูแล สอบถาม ให้คำปรึกษา ตอบข้อสงสัยและช่วยแก้ปัญหาอย่างใกล้ชิด ซึ่งผลของโปรแกรมพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง หลังจากการใช้โปรแกรมเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพที่จะใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ต่าบลดการตามได้ ซึ่งสิ่งที่สำคัญที่ทำให้โปรแกรมประสบผลสำเร็จ นอกจากผู้ป่วยจะมีความรู้ความเข้าใจ มีแรงจูงใจและทัศนคติที่ดีในการดูแลสุขภาพตนเองแล้ว ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองให้ดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้านด้วย ผู้ป่วยที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนซึ่งกันและกันทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมทั้งการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ รวมทั้งการนำกิจกรรมเยี่ยมบ้านโดยทีมเครือข่ายสุขภาพก็สามารถกระตุ้นให้เกิดการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริเนตร สุขดี (2560) ที่ทำการศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปสู่การแก้ปัญหาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น เป็นตัวอย่างที่ดีในชุมชน เป็นการพัฒนาการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน เครือข่ายสุขภาพชุมชนมีความตั้งใจ เต็มใจ สอดคล้องกับการศึกษาของวรารัตน์ ทิพย์รัตน์และคณะ (2566) ซึ่งพบว่ากลุ่มเครือข่ายมีความรับผิดชอบ มีความภาคภูมิใจและมีแรงจูงใจในการทำงานเพื่อชุมชน และเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อก่อให้เกิดชุมชนสุขภาพตลอดไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในดำเนินควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และใช้กระบวนการ PDCA ในการดำเนินงานให้สอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้น การวางแผนอย่างเหมาะสม กระบวนการจัดกิจกรรมที่ตรงกับความต้องการของพื้นที่ตลอดจนมีการติดตามและประเมินผล ถอดบทเรียนที่เกิดขึ้น นำเสนอผลการดำเนินงานแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร่วมกับชุมชน พัฒนาทีมเครือข่ายสุขภาพในชุมชนเพื่อการทำงานควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดอื่นๆ โดยการนำโปรแกรมการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้นเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมและกำหนดให้เป็นกลยุทธ์หนึ่งของแผนยุทธศาสตร์และแผนการให้บริการ (Service Plan) ที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุขของจังหวัดชุมพร

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรดำเนินการถอดบทเรียนและส่งเสริมการวิจัยในการการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research : PAR) เพื่อให้เครือข่ายสุขภาพในชุมชน ประชาชน ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบและแก้ไขปัญหาของชุมชนได้มากขึ้น มีความเป็นเจ้าของชุมชนและเกิดพลังในการดำเนินการแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืนต่อไป

References

- กฤตย์ดิวัฒน์ ฉัตรทอง. (2553). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกชุมชนนาชะอัง จังหวัดชุมพร. *ปริญญาวิทยาศาสตรุษฎีบัณฑิต. วิทยานิพนธ์. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.*
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2561). *โปรแกรมสุศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ.* นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
- บุญสัน อนารัตน์. (2567). *การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้กลไก 3 หมอเครือข่ายบริการปฐมภูมิตำบลบ้านว่าน จังหวัดหนองคาย.* [เอกสารอัดสำเนา].
- มาตุพร พลพงษ์. (2560). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ต.โคกสัก อ.บางแก้ว จ.พัทลุง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 4 (พิเศษ), 243-259.*
- วรารัตน์ ทิพย์รัตน์. (2566). การพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างความ รอบรู้ทางสุขภาพและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จังหวัดตรัง. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 7(1), 237-254.*
- วรารัตน์ ทิพย์รัตน์และคณะ. (2566). ผลของโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขต อ.เมือง จ.ตรัง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 4(2), 94-107.*
- ศิริเนตร สุชาติ. (2560) *การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน.* ปริญญาวิทยาศาสตรุษฎีบัณฑิต. วิทยานิพนธ์. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน. (2556). *ระบบสุขภาพชุมชนโดยชุมชนเพื่อชุมชน.* กรุงเทพฯ : บริษัทปิยอนด์มาเก็ตติ้งจำกัด.
- สมพงษ์จันทร์โอวาท, สุภาพร สุโพธิ์ และนวรรตน์บุญนาน. (2557).การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง:กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพแควตา จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 23(3), 394 – 402.*
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร. (2567). *สรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2567.* [เอกสารอัดสำเนา].
- สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *ข่าวสาธารณสุข.* เอกสารออนไลน์ : http://beid.ddc.moph.go.th/th_2011/news.php?items=1485. สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2567.
- สุชาดา ต้นดี. (2567).*การพัฒนาศักยภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงในการควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนบ้านหม้อ หมู่ที่ 1 ตำบลบ้านหม้อ อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย.* [เอกสารอัดสำเนา].

องค์การอนามัยโลก. (2566). *ครั้งแรกที่องค์การอนามัยโลกนำเสนอรายงานของผลกระทบอันร้ายแรงจากโรคความดันโลหิตสูงและวิธีหยุดยั้งโรคนี้*. เอกสารออนไลน์ : <https://www.who.int/thailand/th/news/detail/19-09-2566-first-who-report-details-devastating-impact-of-hypertension-and-ways-to-stop-it>. สืบค้น เมื่อ 20 ตุลาคม 2567.

อเนก วัดแย้ม. (2564). *เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม*. [เอกสารอัดสำเนา].

Burbank, P. M., Reibe, D., Padula, C. A., & Nigg, C. (2002). Exercise and older adults: Changing behavior with the transtheoretical model. *Orthopedic Nursing, 21*(14), 51-63.

Prochaska, J. O., Johnson, S., & Lee, P. (2009). *The transtheoretical model of behavior change*. *The handbook of health behavior change, 3rded.* (pp. 59-83). New York: Springer Publishing Company.

การประเมินประสิทธิผลของหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง
สาขาวิชาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2564)
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

Evaluation of course effectiveness of the Diploma of Science Program
in Emergency Medical Operation (Revised curriculum 2021)
Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani Province

นุชจรินทร์ แก่นบุปผา¹, ดวงกมล นน่อแก้ว^{1*}, พนาไพร โฉมงาม¹, นัจจรินทร์ ผิวผ่อง¹,
กรกช เพทาย², แก้วใจ มาลีลัย¹, ภคิน ไชยช่วย¹

Nucharin Kaenbubpha¹, Duangkamon Norkaeo^{1*}, Panaprai Chomngam¹, Natjarin Phewpong¹
Korakot payta², Kaewjai Maleelai¹, Pakin Chaichuay¹

¹วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani Province,

Faculty of Public Health and Allied Health Services, Praboromarajchanok Institute

²วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Sirindhorn College of Public Health, Trang Province,

Faculty of Public Health and Allied Health Services, Praboromarajchanok Institute

(Received: October 8, 2024, Revised: February 19, 2025, Accepted: April 20, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานโดยใช้กระบวนการประเมินแบบชิปโป มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2564) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี และศึกษาแนวทางการปรับปรุงหลักสูตร พ.ศ.2569 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 201 คน ได้แก่ นักศึกษา บัณฑิต ผู้ใช้บัณฑิต อาจารย์ รับผิดชอบหลักสูตร อาจารย์ผู้สอน และผู้บริหารวิทยาลัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ประยุกต์มาจากการประเมินแบบชิปโป แบบรวบรวมข้อมูลผลผลิตหลักสูตร และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่าประสิทธิผลของหลักสูตรภาพรวมมีความเหมาะสมมาก ($M = 4.42$, $SD \pm .45$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านผลผลิตและด้านผลลัพธ์หลักสูตรมีความเหมาะสมมากที่สุด ($M = 4.58$, $SD \pm .50$ และ $M = 4.54$, $SD \pm .48$ ตามลำดับ) ด้านปัจจัยเกี่ยวกับหลักสูตรในส่วนของอาจารย์มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.73$, $SD \pm .12$) ในขณะที่ด้านงบประมาณมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($M = 3.42$, $SD \pm .58$) ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเสนอแนวทางการปรับปรุงให้หลักสูตรสรรหาอาจารย์ประจำที่มีความเชี่ยวชาญด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้มีจำนวนเพียงพอ จัดหาอุปกรณ์ที่มีการใช้จริงกับผู้ป่วยฉุกเฉินในการฝึกทักษะวิชาชีพ ปรับโครงสร้างหลักสูตรให้เพิ่มจำนวนหน่วยกิต ของรายวิชาการฝึกสมรรถนะวิชาชีพ และปรับปรุงเนื้อหาวิชาให้ทันสมัย เท่าทันการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม และการปรับแนวปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศ

คำสำคัญ: การประเมินหลักสูตร, ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง, ปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์

*ผู้ให้การติดต่อ: (Corresponding Author: Duangkamon Norkaeo e-mail: Yai_duangkamon@scphub.ac.th)

Abstract

This study was a mixed-methods study using the ZIPPO assessment process. The objectives were to evaluate the efficiency of the Diploma of Science Program in Emergency Medical Operation (Revised Curriculum 2021), Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani Province, and to study the guidelines for improving the curriculum in 2026. Sample group 201 people include students, graduate users, graduates, instructors in charge of the curriculum, instructors and college administrators. Data were collected using a questionnaire adapted from the Zippo assessment, the Curriculum Productivity Data Collection Form, and semi-structured interviews. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The results found that the overall curriculum evaluation was very appropriate ($M=4.42$, $SD\pm.45$). The most appropriate factors were Curriculum Output and Outcomes ($M=4.58$, $SD\pm.50$ and $M =4.54$, $SD\pm.48$, respectively). In terms of Curriculum Input, Instructors had the highest mean ($M=4.73$, $SD\pm.12$) and Budget had the lowest mean ($M=3.42$, $SD\pm.58$). In this regard, the sample group proposed guidelines for improving the curriculum to recruit a sufficient number of permanent instructors with expertise in emergency medicine, provide equipment that is actually used with emergency patients in professional skills training, restructure the curriculum to increase the number of credits for professional competency training courses, and update the course content to be up-to-date and keep up with changes in social situations, the environment, and adjustments to emergency patient assistance practices in both Thailand and other countries.

Keywords: Curriculum evaluation, Diploma of Science Program, Emergency Medical Operation

บทนำ

หลักสูตร (Curriculum) เป็นชุดเอกสารสำคัญต่อการจัดการศึกษาทุกระดับ เพราะหลักสูตรกำหนดวัตถุประสงค์ แนวทางสู่เป้าหมาย และการประเมินผลการเรียนรู้ เพื่อให้ผู้เรียนมีพัฒนาการเป็นลำดับจนได้สำเร็จการศึกษาที่มีคุณภาพตามที่กำหนดไว้ หลักสูตรควรประเมินผลดำเนินงานตามรอบเวลาเพื่อปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมและทันสมัย การประเมินหลักสูตรเป็นกระบวนการพิจารณาหลักสูตรอย่างเป็นระบบครอบคลุมมิติการประเมินอย่างรอบด้าน เพื่อตัดสินคุณค่าของหลักสูตร ประสิทธิภาพผู้เรียน ประสิทธิภาพการนำหลักสูตรไปใช้ การบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดและกรอบมาตรฐานขององค์กรกำกับคุณภาพการศึกษา ประเด็นปัญหาที่ต้องปรับปรุงแก้ไข และการตัดสินใจหาทางเลือกในการปรับปรุงหลักสูตรให้เหมาะสมต่อไป

แนวคิดการประเมินแบบซิปปโอ (CIPPO model) ของแซก (Sax, 1989) ประยุกต์จากการประเมินแบบซิปป (CIPP model) ของสตัฟเฟอและชินฟีลด์ (Stufflebeam & Shinkfield, 1985) เป็นการประเมิน 5 ด้าน ได้แก่ด้านบริบท (Context) ปัจจัยเกี่ยวข้อง (Input) กระบวนการ (Process) ผลผลิต (Product) และผลลัพธ์ (Outcome) มุ่งเน้นให้ได้ข้อมูลสารสนเทศในการตัดสินใจของผู้บริหาร โดยเน้นการแยกบทบาทฝ่ายประเมินกับฝ่ายบริหารออกจากกันอย่างเด่นชัดเพื่อป้องกันอคติจากการประเมิน ในการประเมินหลักสูตรทางการศึกษาแบบซิปปโอสามารถประยุกต์ได้ ดังนี้ 1) ประเมินหลักสูตร (C:Context evaluation)วิเคราะห์ปัญหา

ความจำเป็น ความต้องการทางการศึกษา องค์ประกอบหลักสูตรที่ต้องปรับปรุงให้สอดคล้องกับปัญหาความจำเป็นของสังคม วัตถุประสงค์และผลลัพธ์ที่หลักสูตรคาดหวัง 2) ประเมินปัจจัยเกี่ยวกับหลักสูตร (I: Input evaluation) ประเมินความพร้อมของสถาบันการศึกษาที่เปิดสอนด้านอาจารย์ผู้สอน ผู้เรียน สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ งบประมาณ โครงสร้างหลักสูตร กลยุทธ์การสอน วิธีประเมินผล 3) ประเมินกระบวนการในหลักสูตร (P: Process evaluation) ประเมินการบริหารจัดการหลักสูตร การจัดกิจกรรมเรียนรู้รายวิชา การประเมินผล การเรียนรู้ การจัดกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้และการจัดระบบอาจารย์ที่ปรึกษา 4) ประเมินผลผลิตหลักสูตร (P: Product evaluation) ประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ตลอดหลักสูตร ผลการสอบวัดความรู้รอบยอดและทักษะวิชาชีพ 5) ประเมินผลลัพธ์หลักสูตร (O: Outcome evaluation) เพื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะของบัณฑิตกับ วัตถุประสงค์ของหลักสูตรและกรอบมาตรฐานขององค์กรกำกับคุณภาพการศึกษาตามความคิดเห็นของผู้ใช้ บัณฑิต (Kusmiyati, Hamidah & Kadir, 2023; Purnawirawan, Paramita & Sholihah, 2020; Alatas, Ridwan, & Supriyati 2019)

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการสอนหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี, 2564) เพื่อผลิต เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (AEMT) ให้ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 หลักสูตรมีการปรับปรุงตามรอบระยะเวลาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้หลักสูตรทันสมัย ผู้สำเร็จการศึกษามีความรู้ มีสมรรถนะ มีเจตคติที่ดีตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพที่คณะกรรมการการอาชีวศึกษากำหนดไว้ 4 ด้าน คือ ด้านคุณธรรม จริยธรรมและคุณลักษณะที่พึงประสงค์ ด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านความสามารถประยุกต์ใช้ และความรับผิดชอบ (คณะกรรมการการอาชีวศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ, 2562) ปัจจุบันวิทยาลัยดำเนินการสอนด้วยหลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2564 และ มีกำหนดการปรับปรุงหลักสูตรครั้งต่อไป พ.ศ. 2569

โครงสร้างหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2564) (วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี, 2564) ระยะเวลาศึกษา 2 ปี รวม 83 หน่วยกิต ประกอบด้วย 3 หมวดวิชาหลัก ได้แก่ หมวดวิชาสมรรถนะแกนกลาง 21 หน่วยกิต หมวดวิชาสมรรถนะวิชาชีพ 56 หน่วยกิต และหมวดวิชาเลือก 6 หน่วยกิต หลักสูตรจัดหมวดวิชาปรับพื้นฐานวิชาชีพ 12 หน่วยกิตให้ผู้เรียนที่ไม่มีพื้นฐานวิชาชีพ และจัดให้ผู้เรียนร่วมกิจกรรมเสริมหลักสูตร 2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เพื่อพัฒนาสมรรถนะแกนกลางหรือสมรรถนะวิชาชีพ

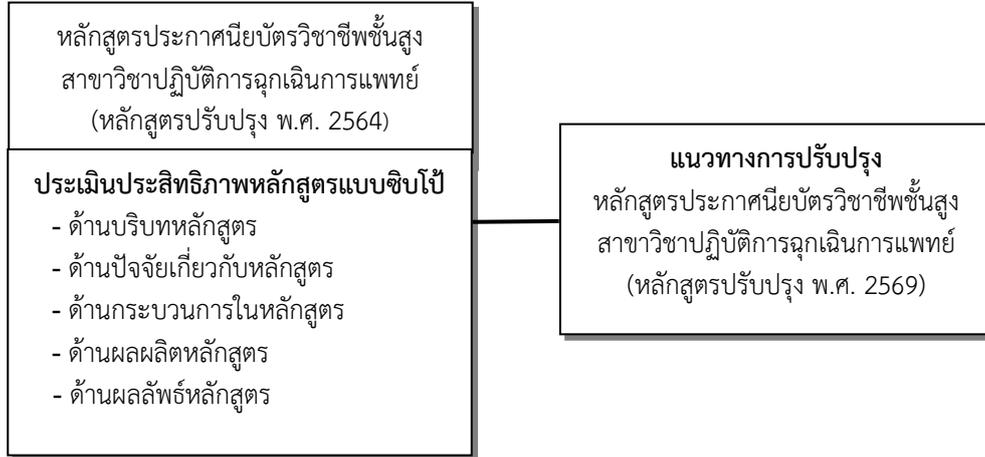
คณะผู้วิจัยเห็นความจำเป็นของการประเมินหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2564) ให้ครอบคลุมมิติการเปลี่ยนแปลงอย่างรอบด้าน เพื่อนำผลประเมินมาใช้ปรับปรุงการบริหารหลักสูตรปัจจุบันและเป็นแนวทางการปรับปรุงหลักสูตร พ.ศ. 2569 ให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพของประชาชน ความจำเป็นทางสังคม สิ่งแวดล้อม ความต้องการของผู้ใช้บัณฑิต การปรับเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพขององค์กรกำกับคุณภาพ และเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้เรียน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินประสิทธิภาพหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2564) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาแนวทางปรับปรุงหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2569) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้การประเมินแบบชิปโป (CIPPO Model) ในการประเมินหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2564) เพื่อให้ได้ข้อมูลสารสนเทศสำหรับปรับปรุงหลักสูตรปัจจุบัน และการปรับปรุงหลักสูตร พ.ศ.2569 โดยกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยผสมผสาน (Mixed method) ตามกรอบการประเมินแบบชิปโป (CIPPO model) เพื่อประเมินประสิทธิภาพของหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2564) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม - เดือนกันยายน พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2564) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 6 กลุ่ม ได้แก่ นักศึกษา บัณฑิต ผู้ใช้บัณฑิต อาจารย์รับผิดชอบหลักสูตร อาจารย์ผู้สอน และผู้บริหารวิทยาลัย

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวนทั้งหมด 201 คน ดังนี้ 1) นักศึกษาชั้นปี 1-2 ปีการศึกษา 2567 จำนวน 71 คน 2) บัณฑิต ปีการศึกษา 2566 จำนวน 38 คน 3) ผู้ใช้บัณฑิต จำนวน 50 คน 4) อาจารย์รับผิดชอบหลักสูตร จำนวน 3 คน 5) อาจารย์ผู้สอน จำนวน 40 คน และ 6) ผู้บริหารวิทยาลัย จำนวน 5 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างงานวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตร ไม่จำกัดอายุ ทั้งเพศหญิงและเพศชาย
2. ยินดีเข้าร่วมการประเมินผลหลักสูตร

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่างงานวิจัย (Exclusion criteria) ดังนี้

1. ไม่สามารถเข้าร่วมการประเมินผลหลักสูตรได้
2. ไม่ยินดีเข้าร่วมการประเมินผลหลักสูตร

เครื่องมือการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินหลักสูตรแบบซิปโป้ ดำเนินการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากกลุ่มตัวอย่างงานวิจัย ดังนี้

1. เครื่องมือรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ จำนวน 2 ข้อ

1.2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2564) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ลักษณะเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์คะแนน 5 หมายถึง เหมาะสมมากที่สุด 4 หมายถึงเหมาะสมมาก 3 หมายถึง เหมาะสมปานกลาง 2 หมายถึง เหมาะสมน้อย 1 หมายถึง เหมาะสมน้อยที่สุด ผู้วิจัยแปลผล ดังนี้ 4.51-5.00 เหมาะสมมากที่สุด 3.51-4.50 เหมาะสมมาก 2.51-3.50 เหมาะสมปานกลาง 1.51-2.50 เหมาะสมน้อย และ 1.00-1.50 เหมาะสมน้อยที่สุด (บุญชม ศรีสะอาด, 2553) แบบสอบถามประเมิน 5 ด้านดังนี้

ด้านที่ 1 บริบทหลักสูตร ได้แก่ 1) ปัญหาความจำเป็น อุปสรรค ข้อจำกัด และ 2) วัตถุประสงค์และผลที่หลักสูตรคาดหวัง จำนวน 10 ข้อ

ด้านที่ 2 ปัจจัยเกี่ยวกับหลักสูตร ได้แก่ 1) อาจารย์ 2) นักศึกษา 3) สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ 4) งบประมาณ 5) โครงสร้างหลักสูตร 6) กลยุทธ์การสอน และ 7) วิธีประเมินผลการเรียนรู้ จำนวน 40 ข้อ

ด้านที่ 3 กระบวนการในหลักสูตร ได้แก่ 1) การบริหารจัดการหลักสูตร 2) เนื้อหา รายวิชาของหลักสูตร 3) การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ 4) การประเมินผลการเรียนรู้ 5) การจัดกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ และ 6) การจัดระบบอาจารย์ที่ปรึกษา จำนวน 30 ข้อ

ด้านที่ 4 ผลผลิตหลักสูตร จำนวน 5 ข้อ

ด้านที่ 5 ผลลัพธ์หลักสูตร ได้แก่ 1) คุณธรรม จริยธรรม คุณลักษณะพึงประสงค์ของบัณฑิต 2) ความรู้ของบัณฑิต 3) ทักษะของบัณฑิต และ 4) ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบของบัณฑิต จำนวน 25 ข้อ

ผู้วิจัยสอบถามความคิดเห็นจากกลุ่มตัวอย่าง 6 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มเป้าหมาย	Context	Input	Process	Product	Outcome
กลุ่มที่ 1 นักศึกษา		✓	✓		
กลุ่มที่ 2 บัณฑิต	✓			✓	
กลุ่มที่ 3 ผู้ใช้บัณฑิต	✓				✓
กลุ่มที่ 4 อาจารย์รับผิดชอบหลักสูตร	✓	✓	✓		
กลุ่มที่ 5 อาจารย์ผู้สอน		✓	✓		
กลุ่มที่ 6 ผู้บริหารวิทยาลัย	✓	✓			

1.3 แบบรวบรวมข้อมูลผลผลิตหลักสูตร ได้แก่ 1) เกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร 2) คะแนนสอบวัดความรู้รวบยอด และ 3) คะแนนสอบทักษะปฏิบัติก่อนสำเร็จการศึกษา

2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interview) เพื่อสัมภาษณ์นักศึกษา อาจารย์ รับผิดชอบหลักสูตร อาจารย์ผู้สอน และผู้บริหารวิทยาลัย

2.2 คำถามปลายเปิดท้ายแบบสอบถามความคิดเห็น เพื่อให้บัณฑิตและผู้ใช้บัณฑิตได้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวทางการปรับปรุงหลักสูตร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างของงานวิจัยเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษา การประเมินผล และการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 5 คน ประเมินความถูกต้องเหมาะสม ความชัดเจนของภาษา และความสอดคล้องของเนื้อหาแบบสอบถามทั้งฉบับ ด้วยค่าดัชนีความเที่ยงตรง (Content Validity Index: CVI) เครื่องมือวิจัยนี้ได้ค่า CVI 0.96 จากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้เครื่องมือวิจัยสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่ปรับแล้วไปทดลองใช้กับนักศึกษา ชั้นปี 1-2 ปีการศึกษา 2567 อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร และอาจารย์ผู้สอน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 47 คน วิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach, 1984) ได้ค่าแอลฟาครอนบาค 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่ตรวจสอบคุณภาพแล้ว ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพตามขั้นตอนที่กำหนด โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยทำแบบสอบถามความคิดเห็นกลุ่มตัวอย่างในรูปแบบ Google Forms จัดส่งทาง Application Line และติดตามข้อมูลส่งกลับภายใน 4 สัปดาห์
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามนัดหมาย และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก
3. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลทุกฉบับ เพื่อนำไปดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยสถิติค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)
2. ประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพหลักสูตรในด้านบริบท ปัจจัยเกี่ยวข้อง กระบวนการผลิต และผลลัพธ์หลักสูตร วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
3. ประเมินแนวทางการปรับปรุงหลักสูตรจากการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและความคิดเห็นเพิ่มเติมของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และนำเสนอเป็นความเรียง
4. ข้อมูลผลผลิตหลักสูตร วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา แจกแจงค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและให้การรับรองอนุมัติการดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ SCPHUB I001-2567 ลงวันที่ 5 กรกฎาคม 2567 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนวิจัย ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และซักถามข้อสงสัยจนเข้าใจก่อนขอความยินยอมลงชื่อร่วมโครงการ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อใดๆ ข้อมูลจะเก็บเป็นความลับไม่เปิดเผยชื่อ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลตอบกลับจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 201 คน สรุปได้ดังนี้ 1) นักศึกษา จำนวน 68 คน อายุเฉลี่ย 19.60 ปี ร้อยละ 67.60 เป็นเพศหญิง 2) บัณฑิต จำนวน 38 คน อายุเฉลี่ย 21.10 ปี ร้อยละ 81.60 เป็นเพศหญิง โดยบัณฑิตได้งานทำในปีแรกหลังสำเร็จการศึกษา จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 50 (ตำแหน่งพนักงานของรัฐ 12 คน จ้างเหมาบริการ 7 คน) 3) ผู้ใช้บัณฑิต จำนวน 49 คน อายุเฉลี่ย 29.60 ปี ร้อยละ 77.60 เป็นเพศหญิง 4) อาจารย์รับผิดชอบหลักสูตร จำนวน 3 คน ทั้งหมดเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 47.30 ปี 5) อาจารย์ผู้สอน จำนวน 38 คน อายุเฉลี่ย 44.20 ปี ร้อยละ 52.60 เป็นเพศชาย และ 6) ผู้บริหาร จำนวน 5 คน อายุเฉลี่ย 51 ปี ร้อยละ 60 เป็นเพศชาย ผลแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างงานวิจัย (N=201)

ข้อมูลทั่วไป	นักศึกษา n (%)	บัณฑิต n (%)	ผู้ใช้บัณฑิต n (%)	อาจารย์รับผิดชอบ หลักสูตร n (%)	อาจารย์ ผู้สอน n (%)	ผู้บริหาร n (%)
1. เพศ						
ชาย	22 (32.40)	7 (18.40)	11 (22.40)	-	20 (52.60)	3 (60.00)
หญิง	46 (67.60)	31 (81.60)	38 (77.60)	3 (100.00)	18 (47.40)	2 (40.00)
รวม	68 (100.00)	38(100.00)	49 (100.00)	3 (100.00)	38 (100.00)	5 (100.00)
2. อายุเฉลี่ย	19.60 ปี	21.10 ปี	29.60 ปี	47.30 ปี	44.20 ปี	51 ปี

2. ผลประเมินประสิทธิภาพหลักสูตร

ผลประเมินประสิทธิภาพหลักสูตรตามกรอบการประเมินชิโป พบว่าประสิทธิภาพหลักสูตรในภาพรวม มีค่าเฉลี่ย 4.42 SD±.45 จัดอยู่ในเกณฑ์ที่มีความเหมาะสมมาก และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบประสิทธิภาพหลักสูตร ดังนี้

2.1 ประเมินบริบทหลักสูตร ความคิดเห็นบัณฑิต ผู้ใช้บัณฑิต อาจารย์รับผิดชอบหลักสูตร และผู้บริหาร มีค่าเฉลี่ย 4.24, SD±.49 อยู่ในเกณฑ์เหมาะสมมาก ซึ่งด้านวัตถุประสงค์และผลที่หลักสูตรคาดหวังมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าด้านปัญหาความจำเป็น อุปสรรค ข้อจำกัด (M=4.25, SD±.53, M=4.22, SD±.58 ตามลำดับ)

2.2 ประเมินปัจจัยเกี่ยวกับหลักสูตร ความคิดเห็นของนักศึกษา อาจารย์รับผิดชอบหลักสูตร อาจารย์ผู้สอน และผู้บริหาร มีค่าเฉลี่ย 4.28, SD±.34 อยู่ในเกณฑ์เหมาะสมมาก โดยส่วนอาจารย์มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (M=4.73, SD±.12) มีความเหมาะสมมากที่สุด และส่วนงบประมาณมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (M=3.42, SD±.58) มีความเหมาะสมปานกลาง

2.3 ประเมินกระบวนการในหลักสูตร ความคิดเห็นนักศึกษา อาจารย์รับผิดชอบหลักสูตร และอาจารย์ผู้สอน มีค่าเฉลี่ย 4.41, SD±.46 อยู่ในเกณฑ์เหมาะสมมาก โดยส่วนการจัดระบบอาจารย์ที่ปรึกษา มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (M=4.48, SD±.51) และส่วนการบริหารจัดการหลักสูตร มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (M=4.25, SD±.66)

2.4 ประเมินผลผลิตหลักสูตร ความคิดเห็นบัณฑิต ได้ค่าเฉลี่ย 4.58, SD±.50 อยู่ในเกณฑ์เหมาะสมมากที่สุด โดยด้านที่บัณฑิตมีการเรียนรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (M=4.71, SD±.52) และด้านที่บัณฑิตมีความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ AEMT มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (M=4.50, SD±.73)

2.5 ประเมินผลลัพธ์หลักสูตร ความคิดเห็นผู้ใช้บัณฑิต ได้ค่าเฉลี่ยรวม 4.54, SD±.48 อยู่ในเกณฑ์เหมาะสมมากที่สุด โดยด้านคุณธรรม จริยธรรม และคุณลักษณะพึงประสงค์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (M=4.66, SD±.44) มีความเหมาะสมมากที่สุด และด้านความรู้ของบัณฑิต มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (X̄=4.39, SD±.62) มีความเหมาะสมมาก ผลแสดงดังตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 ผลประเมินประสิทธิภาพหลักสูตร (N=201)

ประเมินหลักสูตร	หัวข้อประเมิน	M	SD.	แปลผล
บริบทหลักสูตร (Context evaluation)	1. ปัญหาความจำเป็น อุปสรรค ข้อจำกัด	4.22	.58	เหมาะสมมาก
	2. วัตถุประสงค์และผลที่หลักสูตรคาดหวัง	4.25	.53	เหมาะสมมาก
	ค่าเฉลี่ยบริบทหลักสูตร	4.24	.49	เหมาะสมมาก
ปัจจัยเกี่ยวกับหลักสูตร (Input evaluation)	1. อาจารย์	4.73	.12	เหมาะสมมากที่สุด
	2. นักศึกษา	4.07	.11	เหมาะสมมาก
	3. สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้	4.28	.51	เหมาะสมมาก
	4. งบประมาณ	3.42	.58	เหมาะสมปานกลาง
	5. โครงสร้างหลักสูตร	4.39	.51	เหมาะสมมาก
	6. กลยุทธ์การสอน	4.33	.58	เหมาะสมมาก
	7. วิธีประเมินผลการเรียนรู้	4.67	.58	เหมาะสมมากที่สุด
ค่าเฉลี่ยปัจจัยเกี่ยวกับหลักสูตร	4.28	.34	เหมาะสมมาก	
กระบวนการในหลักสูตร (Process evaluation)	1. การบริหารจัดการหลักสูตร	4.25	.66	เหมาะสมมาก
	2. เนื้อหารายวิชาของหลักสูตร	4.39	.51	เหมาะสมมาก
	3. การจัดกิจกรรมการเรียนรู้	4.35	.52	เหมาะสมมาก
	4. การประเมินผลการเรียนรู้	4.39	.52	เหมาะสมมาก
	5. การจัดกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้	4.35	.53	เหมาะสมมาก
	6. การจัดระบบอาจารย์ที่ปรึกษา	4.48	.51	เหมาะสมมาก
ค่าเฉลี่ยกระบวนการในหลักสูตร	4.41	.46	เหมาะสมมาก	
ผลผลิตหลักสูตร (Product evaluation)	1. ความภูมิใจที่มีต่อวิชาชีพ AEMT	4.66	.58	เหมาะสมมากที่สุด
	2. ความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ AEMT	4.50	.73	เหมาะสมมาก
	3. การพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติหน้าที่	4.53	.72	เหมาะสมมากที่สุด
	4. การเรียนรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ	4.71	.52	เหมาะสมมากที่สุด
	5. ภาวะผู้นำและความรับผิดชอบของตน	4.53	.69	เหมาะสมมากที่สุด
ค่าเฉลี่ยผลผลิตหลักสูตร	4.58	.50	เหมาะสมมากที่สุด	
ผลลัพธ์หลักสูตร (Outcome evaluation)	1. คุณธรรมจริยธรรม คุณลักษณะพึงประสงค์	4.66	.44	เหมาะสมมากที่สุด
	2. ความรู้ของบัณฑิต	4.39	.62	เหมาะสมมาก
	3. ทักษะของบัณฑิต	4.48	.57	เหมาะสมมาก
	4. ทักษะความสัมพันธ์และความรับผิดชอบ	4.57	.49	เหมาะสมมากที่สุด
ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์หลักสูตร	4.54	.48	เหมาะสมมากที่สุด	
ค่าเฉลี่ยการประเมินหลักสูตร	4.42	.45	เหมาะสมมาก	

นอกจากนี้ ผลการประเมินผลลัพธ์หลักสูตรเพิ่มเติมอีก 3 ประเด็น ดังนี้

1) เกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร (GPA.) 83 หน่วยกิต บัณฑิตปีการศึกษา 2566 จำนวน 38 คน มีเกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตรสูงสุด 3.59 และต่ำสุด 2.61 โดยนักศึกษาร้อยละ 7.80 มีเกรดเฉลี่ยสะสมมากกว่าหรือเท่ากับ 3.50 นักศึกษาที่มีเกรดเฉลี่ยสะสม 3.49-3.25, 2.99-2.75 และ <2.75 มีจำนวนเท่าๆกัน คิดเป็นร้อยละ 21.10 และนักศึกษาร้อยละ 28.90 มีเกรดเฉลี่ยสะสม 3.24-3.00

2) ผลสอบความรู้รวบยอด (Summative examination) ประเมินความรู้ของบัณฑิตก่อนสำเร็จการศึกษา แบบประเมินเป็นข้อสอบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 100 ข้อ คะแนนเต็ม 100 คะแนน เกณฑ์ตัดสิน

ผ่านต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 65 พบว่าบัณฑิตสอบผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 23.68 คะแนนสูงสุด 71 คะแนน คะแนนต่ำสุด 43 คะแนน บัณฑิตส่วนใหญ่ร้อยละ 42.10 มีคะแนนระหว่าง 55-64 ผลแสดงดังตารางที่ 3

3) ผลสอบทักษะปฏิบัติ (Practical skills examination) ประเมินทักษะวิชาชีพสำคัญ 6 ทักษะ บัณฑิตต้องสอบผ่านทุกทักษะ คะแนนแต่ละทักษะไม่ต่ำกว่าร้อยละ 75 ได้แก่ 1) ทักษะการประเมินสภาพผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน 2) ทักษะการช่วยผู้ที่มีสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจ 3) ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานกับการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้า 4) ทักษะการใช้สายรัดห้ามเลือด 5) ทักษะการใช้อุปกรณ์ยึดตรึงกระดูกเชิงกราน และ 6) ทักษะคัดแยกผู้บาดเจ็บในเหตุสาธารณภัย พบว่าบัณฑิตสอบผ่านทั้ง 6 ทักษะในการสอบครั้งแรก จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 23.70 สอบผ่าน 5 ทักษะ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 55.30 และสอบผ่าน 4 ทักษะ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 21.00 ผลแสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลสอบความรู้รอบยอดและผลสอบทักษะปฏิบัติของบัณฑิต (N=38)

ความรู้รอบยอด	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ทักษะปฏิบัติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คะแนน ≥ 65	9	23.70	สอบผ่าน 6 ทักษะ	9	23.70
คะแนน 55-64	16	42.10	สอบผ่าน 5 ทักษะ	21	55.30
คะแนน 45-54	11	28.90	สอบผ่าน 4 ทักษะ	8	21.00
คะแนน < 45	2	5.30			
รวม	38	100.00	รวม	38	100.00

3. ผลการศึกษาแนวทางการปรับปรุงหลักสูตร

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง รวมทั้งข้อเสนอท้ายแบบสอบถามบัณฑิตและผู้ใช้บัณฑิตต่อหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2564) ในกลุ่มนักศึกษา อาจารย์รับผิดชอบหลักสูตร อาจารย์ผู้สอน และผู้บริหารวิทยาลัย สรุปได้ผล ดังนี้

3.1 บริบทหลักสูตร ควรสำรวจความต้องการจำนวนของเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไทย เพื่อกำหนดตำแหน่งงานให้ตรงตามวุฒิการศึกษาและมีจำนวนตำแหน่งที่เพียงพอ

3.2 ปัจจัยเกี่ยวกับหลักสูตร

1) อาจารย์ประจำของวิทยาลัยที่มีประสบการณ์ตรงด้านการแพทย์ฉุกเฉินมีจำนวนค่อนข้างจำกัด หลักสูตรควรจัดหาอาจารย์ประจำที่มีประสบการณ์ตรงด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้มีจำนวนเพียงพอต่อการจัดการเรียนการสอน

2) สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ วิทยาลัยควรจัดหาอุปกรณ์ชนิดที่มีการใช้งานจริงกับผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อใช้ฝึกทักษะจำเป็นของวิชาชีพ จัดให้มีอุปกรณ์จำนวนเพียงพอ พร้อมใช้งาน และจัดให้มีเจ้าหน้าที่ประจำห้องปฏิบัติการเพื่ออำนวยความสะดวกในการเรียน การบำรุงรักษาอุปกรณ์ให้มีสภาพดี ทนทาน พร้อมใช้งาน

3) โครงสร้างหลักสูตร ควรปรับเพิ่มหน่วยกิตในวิชาฝึกประสบการณ์สมรรถนะวิชาชีพ โดยปรับลดหน่วยกิตการฝึกชุมชนและหน่วยกิตหมวดวิชาปรับพื้นฐานวิชาชีพ และควรพิจารณาความยากง่าย ความสอดคล้องของวิชาในแต่ละภาคการศึกษา โดยเฉพาะรายวิชาในกลุ่มสมรรถนะวิชาชีพชีพเฉพาะ

3.3 กระบวนการในหลักสูตร

1) เนื้อหารายวิชาส่วนใหญ่ทันสมัย ควรปรับเนื้อหาบางส่วนในรายวิชาของกลุ่มสมรรถนะวิชาชีพชีพเฉพาะให้ทันต่อการปรับแนวปฏิบัติการช่วยเหลือและการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ปัจจุบัน

2) การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ช่วงปฐมนิเทศหลักสูตรควรจัดให้นักศึกษาได้ศึกษาดูงานศูนย์รับแจ้งเหตุ-ส่งการ หน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินของโรงพยาบาล และควรจัดกิจกรรมเสวนากับบุคลากรสหวิชาชีพ เพื่อสร้างแรงบันดาลใจในการเรียนและการเป็นเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ช่วงการเรียนทฤษฎีควรจัดตารางหมุนเวียนให้นักศึกษาได้สังเกตการณ์การดูแลรักษาผู้ป่วยในสถานการณ์จริงของโรงพยาบาล และควรเพิ่มการฝึกทักษะปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินลักษณะต่างๆ ในสถานการณ์เสมือนจริงให้มากขึ้น ฝึกทักษะซ้ำๆ บ่อยครั้งขึ้น เพื่อให้เข้าใจขั้นตอนและปฏิบัติได้แม่นยำ

3) การฝึกประสบการณ์สมรรถนะวิชาชีพ นักศึกษารู้สึกกังวล ไม่มั่นใจ และขาดความพร้อมด้านความรู้และทักษะปฏิบัติก่อนออกฝึกงาน หลักสูตรควรจัดช่วงเวลาเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาโดยจัดทบทวนและสอบรวบยอดความรู้ ทบทวนและสอบทักษะปฏิบัติที่จำเป็นก่อนออกฝึกงาน และควรจัดประชุมชี้แจงรายละเอียดการฝึกประสบการณ์ภาคสนามให้กับอาจารย์พี่เลี้ยงทุกคนของแหล่งฝึกทุกแห่งอย่างชัดเจน เพื่อให้นักศึกษาได้รับการฝึกประสบการณ์ในแนวทางเดียวกัน

3.4 ผลผลิตหลักสูตร บัณฑิตมีผลการสอบความรู้รวบยอดก่อนสำเร็จการศึกษาของหลักสูตรผ่านเกณฑ์ที่กำหนดได้ค่อนข้างน้อย หลักสูตรควรปรับปรุงกลยุทธ์การสอนของกลุ่มสมรรถนะวิชาชีพเฉพาะ ให้เหมาะสมกับนักศึกษาที่มีแบบแผนการเรียนรู้ (Learning Style) แตกต่างกัน

3.5 ผลลัพธ์หลักสูตร หลักสูตรควรปรับเนื้อหาวิชาให้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติในปัจจุบัน ควรเน้นย้ำอาการสำคัญรายโรคที่เป็นพื้นฐานความรู้ในการประเมินและช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินที่จุดเกิดเหตุการณ์ใช้อุปกรณ์ชนิดใหม่ๆ ในการช่วยเหลือ และควรเพิ่มเติมความรู้การใช้เทคโนโลยีในการปฏิบัติงาน

อภิปรายผล

หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2564) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี มีผลประเมินประสิทธิภาพหลักสูตรภาพรวมตามกรอบการประเมินซีโป (CIPPO model) ในระดับเหมาะสมมาก โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) บริบทหลักสูตร มีผลการประเมินอยู่ในระดับเหมาะสมมาก พบว่าบัณฑิตทุกคนต้องแสวงหาสถานที่ทำงานด้วยตนเอง บัณฑิตเพียงร้อยละ 50.00 ที่ได้งานทำในปีแรกหลังสำเร็จการศึกษาและบรรจุในตำแหน่งงานที่ไม่สัมพันธ์กับวุฒิการศึกษา (ร้อยละ 31.60 บรรจุตำแหน่งพนักงานของรัฐ และร้อยละ 18.40 บรรจุตำแหน่งจ้างเหมาบริการ) ข้อเสนอแนะปรับปรุง คือ 1) ภาครัฐควรกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินไทย และ 2) สำรวจความต้องการจำนวนเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ กำหนดตำแหน่งงานให้ตรงตามวุฒิการศึกษา และจัดสรรจำนวนตำแหน่งให้เพียงพอ เพื่อสร้างความยั่งยืนให้ระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินไทยให้สอดคล้องกับแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉิน ฉบับที่ 4 พ.ศ.2566-2570 ที่กำหนดวิสัยทัศน์ให้ 'ประเทศไทยมีมาตรฐานระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินระดับสากลที่ประชาชนเชื่อมั่นและผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ ทั้งถึงและเท่าเทียม โดยเป็นสังคมแห่งการรอบรู้ และเครือข่ายมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง' (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2566) และให้สอดคล้องกับนโยบายการถ่ายโอนภารกิจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นที่ให้ได้ตามมาตรฐาน เพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินให้ได้รับการปฏิบัติฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานทั้งถึงและเท่าเทียม (ธีรตนย์ คงสิทธิรัตนตระกูล และ กัมปนาท วงษ์วัฒนะพงษ์, 2565)

2) ปัจจัยเกี่ยวกับหลักสูตรและกระบวนการในหลักสูตร พบว่าผลการประเมินด้านงบประมาณบริหารหลักสูตรอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดในการประเมินประสิทธิภาพหลักสูตรครั้งนี้ ด้านการบริหารจัดการหลักสูตรมีผลการประเมินในระดับเหมาะสมมาก ข้อเสนอแนะปรับปรุง ได้แก่ 1) ควร

จัดหาอุปกรณ์การฝึกทักษะทักษะจำเป็นของวิชาชีพชนิดที่ใช้จริงกับผู้ป่วยฉุกเฉิน อุปกรณ์ควรอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน และมีจำนวนเพียงพอกับจำนวนนักศึกษา และ 2) หลักสูตรควรมีการสรรหาและพัฒนาอาจารย์ประจำให้มีประสบการณ์ตรงด้านการแพทย์ฉุกเฉิน สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาดา วิจักขณาลัญญ์ และคณะ (2564) เสนอแนวทางการพัฒนาหลักสูตร คือ 1) ควรสนับสนุนการอบรมระยะสั้นและการศึกษาดูงาน เพื่อพัฒนาศักยภาพอาจารย์เกี่ยวกับวิชาชีพและกระบวนการคิดขั้นสูง 2) ควรพัฒนาการบริหารจัดการหลักสูตรให้มีคุณภาพและได้มาตรฐานด้านวิชาการและวิชาชีพ 3) ควรพัฒนาห้องปฏิบัติการวิชาชีพของหลักสูตรในรูปแบบห้องปฏิบัติการเสมือนจริง (Simulation lab) และ 4) ประชาสัมพันธ์หลักสูตรรูปแบบต่างๆ ให้หลักสูตรเป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวาง

3) ผลผลิตหลักสูตร และผลลัพธ์หลักสูตร ผลการประเมินพบว่า ด้านคุณธรรมจริยธรรมและคุณลักษณะพึงประสงค์ของบัณฑิตที่มีความเหมาะสมมากที่สุด ส่วนความรู้ของบัณฑิตมีความเหมาะสมน้อยกว่าทักษะปฏิบัติ ทักษะความสัมพันธ์และความรับผิดชอบ สอดคล้องกับผลสอบความรู้ร่วบยอดก่อนสำเร็จการศึกษาที่บัณฑิตสอบผ่านเกณฑ์เพียงร้อยละ 23.50 รวมถึงผลการประเมินความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่เป็นเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (AEMT) มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดในการประเมินผลผลิตหลักสูตร จากผลวิจัยของ พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์ และพรศรี ดิสรเตตวิวัฒน์ (2558) แนะนำให้อาจารย์ของหลักสูตรพิจารณารูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาแต่ละคนเป็นพื้นฐานสำคัญในการออกแบบการจัดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเพิ่มคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา ซึ่งส่งผลต่อความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ AEMT ของบัณฑิต ได้แก่ 1) แบบอิสระ (Independent) นักศึกษาตั้งใจเรียนเนื้อหาที่รู้สึกที่สำคัญและมั่นใจความสามารถในการเรียนรู้ของตนเอง 2) แบบพึ่งพา (Dependent) นักศึกษาพึ่งพาอาจารย์และเพื่อนร่วมชั้นเป็นแหล่งความรู้ และมักไม่มีความคิดริเริ่ม 3) แบบร่วมมือ (collaborative) นักศึกษาเรียนรู้ได้ดีด้วยการแสดงความคิดเห็น การร่วมมือกับอาจารย์และเพื่อนๆ ในกิจกรรมการเรียนการสอน 4) แบบหลีกเลี่ยง (Avoidance) นักศึกษาไม่สนใจเนื้อหาวิชาและไม่ชอบมีกิจกรรมในชั้นเรียน 5) แบบแข่งขัน (Competitive) นักศึกษาชอบเรียนรู้ด้วยการพยายามทำสิ่งต่างๆ ให้ดีกว่าเพื่อนเพื่อให้ได้รับรางวัล และ 6) แบบมีส่วนร่วม (Participant) นักศึกษาต้องการเรียนรู้เนื้อหาวิชาและมีส่วนร่วมในชั้นเรียนให้มากที่สุด กิจกรรมนอกหลักสูตรจะมีส่วนร่วมน้อยมาก จะเห็นได้ว่าการพิจารณารูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาแต่ละคนจึงเป็นรากฐานสำคัญยิ่งในการวางแผนการจัดการเรียนการสอนของหลักสูตรให้มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการประเมินสะท้อนว่า การดำเนินการภาพรวมของหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2564) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานีมีความเหมาะสมมาก และยังสะท้อนแนวทางให้อาจารย์และผู้บริหารของวิทยาลัยได้นำผลการประเมินไปใช้ปรับปรุง ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านโครงสร้างหลักสูตรให้เพิ่มจำนวนหน่วยกิตรายวิชาการฝึกสมรรถนะวิชาชีพ 2) การเพิ่มจำนวนอาจารย์ประจำที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา 3) การปรับกลยุทธ์การสอนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ตามรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาแต่ละคน 4) การจัดหาอุปกรณ์ที่มีการใช้จริงกับผู้ป่วยฉุกเฉินเพื่อฝึกทักษะวิชาชีพ และ 5) การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการบริหารหลักสูตรอย่างเพียงพอ ทั้งนี้เพื่อให้ได้บัณฑิตของหลักสูตรที่มีความรู้เฉพาะสาขา มีทักษะวิชาชีพพร้อมใช้งานและมีคุณธรรมจริยธรรมในบทบาทของเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะการวิจัยเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพของหลักสูตรตามผลการประเมิน ดังนี้

- 1) ศึกษากลยุทธ์การสอนที่เหมาะสมกับรูปแบบการเรียนรู้ (Learning Style) ของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์
- 2) ศึกษารูปแบบการฝึกสมรรถนะวิชาชีพในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Virtual simulation) ของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์
- 3) ศึกษาประสิทธิภาพการเตรียมความพร้อมด้านความรู้ สมรรถนะวิชาชีพ และความมั่นใจในตนเอง ก่อนการเรียนในรายวิชาการฝึกประสบการณ์สมรรถนะวิชาชีพ

References

- คณะกรรมการการอาชีวศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. (2562). *ประกาศคณะกรรมการการอาชีวศึกษา เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานคุณวุฒิอาชีวศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง พ.ศ. 2562*. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136 ตอนพิเศษ 130 ง ลงวันที่ 22 พฤษภาคม 2562 หน้า 19-24.
- ธีรตนย์ คงสิทธิ์ตันตระกุล และกัมปนาท วงษ์วัฒน์พงษ์. (2565). ทิศทางของแผนการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. *วารสารวิทยาลัยร้อยแก่นสาร*, 7(12), 412-424.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2553). *การวิจัยเบื้องต้น*. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์ และพรศรี ดิสรเตตวิวัฒน์. (2558). รูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(1), 70-82.
- วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี. (2564). *หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2564)*.
- วิภาดา วิจักขณาลัญญ์ และคณะ. (2564). การประเมินหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาปฏิบัติการฉุกเฉิน การแพทย์ (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. *วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 27(1), 276-292.
- สถาบันสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2566). *แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉิน ฉบับที่ 4 พ.ศ.2566-2570 (แผนปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน) [ระบบออนไลน์]*. สืบค้นเมื่อ 5 ตุลาคม พ.ศ. 2567 สืบค้นจาก https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2022/EBook/416665_20221031093559.pdf
- Alatas, A., Ridwan, A. & Supriyati, Y. (2019). The Evaluation of an Undergraduate Program using a CIPPO model approach. *International Journal of Current Research*, 11(7), 5296-5303.
- Cronbach, L. J. (1984). *Essentials of psychological testing*. 4thed. New York, NY: Harper & Row.
- Kusmiyati, N., Hamidah & Kadir. (2023). CIPPO model evaluation on the English language training program at the Indonesian Navy Education service. *International Journal of Human Capital Management*, 7(1), 104-114.
- Purnawirawan, O., Paramita P, C. & Sholihah, M. (2020). The Application of CIPPO Evaluation Model in Evaluating the Performance of School for Producing Entrepreneurs Programs in Vocational High School. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, 443, 387-391.



Sax, G. (1989). *Principles of educational and psychological measurement and evaluation*. 3rd ed. Wadsworth.

Stufflebeam, D., & Shinkfield, A. (1985). *Systematic Evaluation*. Kluwer Nijih of Publishing.

การศึกษาปัญหา อุปสรรค และความต้องการการใช้สมุนไพรเพื่อการดูแลผิวหนัง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสระแก้ว

A study on the problem, Obstacles and needs of using herbs for skin care in type 2 diabetes patients

จันทรรัตน์ จาริกสกุลชัย^{1*}, พรรณี บัญชรหัตถกิจ², ทศพร ชูศักดิ์², รัฐพล ศิลปรัศมี²

Juntarat Jaricksakulchai¹, Pannee Banchonhattakit², Thassaporn Chusak², Ratthapol Sillaparusamee²

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (การจัดการระบบสุขภาพ) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

¹ Student Doctor of Public Health Program in Health System Management

² Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under The Royal Patronage, Pathum Thani Province

(Received: January 9, 2025, Revised: March 18, 2025, Accepted: April 20, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัญหา อุปสรรคและความต้องการการใช้สมุนไพรเพื่อการดูแลผิวหนังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และ 2) ศึกษาการใช้สมุนไพรในสาธารณสุขมูลฐานของประชาชนพื้นบ้านและบุคลากรแพทย์แผนไทย กลุ่มตัวอย่างในเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบไปด้วย ผู้ป่วย 8 คน ผู้ดูแล 8 คน บุคลากรการแพทย์แผนไทย 4 คน และประชาชนพื้นบ้าน 4 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า 1) ปัญหาการใช้สมุนไพรเพื่อการดูแลผิวหนัง คือ การขาดความรู้ของโรคที่ส่งผลต่อปัญหาของผิวหนัง และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาผิวหนังอักเสบ แห้ง คัน 2) อุปสรรคการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพปัจจุบัน คือ ผลิตภัณฑ์ที่ใช้ปัจจุบันไม่เหมาะสมกับสภาพปัญหาผิวของผู้ป่วยทั้งด้านประสิทธิภาพและการเพิ่มความแข็งแรงของผิวหนัง 3) ความต้องการการใช้สมุนไพรเพื่อการดูแลผิวหนัง คือ ผู้ป่วยมีความต้องการใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของสมุนไพรไทยแต่จำกัดด้วยรูปแบบและความสะดวกการใช้ และสรรพคุณของสมุนไพร 4) การใช้งานสมุนไพรของประชาชนพื้นบ้านและบุคลากรแพทย์แผนไทย พบว่า สมุนไพรส่วนใหญ่ที่นำมาใช้ดูแลกลุ่มผิวหนังอักเสบ คือ ใบบัวบก ขมิ้นชัน ฟ้าทะลายโจร พญาอ และใบพลู

ผลการศึกษาครั้งนี้ ได้ข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการดูแลผิวหนังผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มที่มีภาวะผิวหนังอักเสบ สามารถพัฒนานวัตกรรมสมุนไพรที่มีฤทธิ์ทางชีวภาพทางด้านผิวหนังให้อยู่ในมาตรฐานผลิตภัณฑ์สุขภาพ

คำสำคัญ: การใช้สมุนไพร, การดูแลผิวหนัง, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding Author: Juntarat Jaricksakulchai, E-mail: juntarat@vru.ac.th)

Abstract

This qualitative research aims to 1) study the problems, obstacles and needs of using herbs for skin care in type 2 diabetes patients and 2) Study the use of herbs that are on the primary health care list of local wisdom scholar and Thai traditional medicine personnel. The sample groups for data collection consisted of 8 patients, 8 caregivers, 4 Thai traditional medicine personnel, and 4 local wisdom scholars. The tool used was an in-depth interview and data were analyzed using content analysis.

The results of the research found that 1) The problems with using herbs in skin care are lack of knowledge about diseases that affect the skin's protective system and most patients have problems with inflamed, dry and itchy skin. 2) An obstacle in using current health products is that current products are not suitable for patients' skin problems in terms of efficiency and strengthening of the skin. 3) The need for using herbs in skin care is that patients desire to use products containing Thai herbal ingredients but are limited by the usage format and convenience of use, including the properties of herbs. 4) The use of herbs by local wisdom scholars and traditional Thai medicine personnel found that most herbs used to treat skin inflammation include *Centella asiatica*, Turmeric, *Andrographis paniculata*, *Clinacanthus nutans*, and Piper betle leaves.

The results of this study provide basic information for developing skin care guidelines of type 2 diabetes patients with dermatitis and can develop herbal innovations that have biological effects on the skin to meet health product standards.

Keyword: Using herbs, Skin health care, Type 2 diabetic patients

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคที่ทางองค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ ซึ่งเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อที่มีอัตราทางระบาดวิทยาสูง ในปี พ.ศ.2565 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกจำนวน 422 ล้านคน โดยมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานทั่วโลก 1.5 ล้านคนต่อปี (World Health Organization, 2021) และทวีปมหาสมุทรแปซิฟิกรวมประเทศไทยมีผู้เป็นเบาหวานทั้งสิ้น 163 ล้านคน และคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้เป็นเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 197 ล้านคน (International Diabetes Federation, 2019) ซึ่งในประเทศไทยปี พ.ศ. 2562 จำนวนผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์มีระดับน้ำตาลในเลือด < 130 มก./ดล. มีจำนวนลดลงจากร้อยละ 28.5 เป็น ร้อยละ 23.5 (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2561) จากข้อมูลดังกล่าว พบว่าผู้ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์มีจำนวนลดลง ซึ่งในผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงกว่าปกติเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงได้ทั่วร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก (สายฝน ม่วงคุ้ม และคณะ, 2563) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆ ของร่างกายหลายระบบทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ได้แก่ หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง ตา ไต และเท้า และที่พบได้บ่อยที่สุด คือ ภาวะแทรกซ้อนที่เท้า (Walsh, 2016) นอกจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงส่งผลกระทบต่อการทำงานระบบต่าง ๆ ของร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อ

เนื้อเยื่อทุกส่วนของร่างกายรวมถึงเซลล์เนื้อเยื่อผิวหนังก่อให้เกิดโรคผิวหนังอักเสบในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน หน้าที่ของผิวหนังที่สำคัญคือเป็นเกราะป้องกันร่างกายจากสิ่งแวดล้อมภายนอก และการรบกวนจากปัจจัยต่าง ๆ ภายนอก ร่างกาย ลักษณะการเปลี่ยนแปลงผิวหนังที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงอย่างต่อเนื่องคือผู้ป่วยจะมีผิวแห้ง จุดด่างดำ อากาการคัน เกิดการอักเสบในระดับเซลล์ผิวหนังหากภาวะระดับน้ำตาลสูงอย่างต่อเนื่องจะส่งผลในระดับรุนแรงขึ้น เช่น แผลหายล่าช้า การเกิดแผลเรื้อรัง เกิดการอักเสบของผิวหนังเรื้อรัง การติดเชื้อของผิวหนัง เนื้อเยื่อของผิวหนังตาย เป็นต้น ซึ่งภาวะแทรกซ้อนทางผิวหนังดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยอาจต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และหากไม่ได้รับการรักษาหรือดูแลอย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่ความรุนแรงถึงการสูญเสียอวัยวะสำคัญ เช่น แขนและขาได้ (เสาวลักษณ์ และคณะ, 2566)

จังหวัดสระแก้วจากการสำรวจผู้ป่วยเบาหวานของจังหวัดสระแก้วในปี พ.ศ. 2564 - 2566 มีจำนวนผู้ป่วย 26,625 ราย 27,950 ราย และ 29,807 ราย ตามลำดับ ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวพบผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้นมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว, 2565) จากสถานการณ์สรุปได้ว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของจังหวัดสระแก้ว ทางหน่วยงานสาธารณสุขมีการเฝ้าติดตามผลการดำเนินงาน และจากการศึกษาปัญหาเชิงลึกโดยการสัมภาษณ์ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระแก้ว ช่วงปี 2565 พบว่าปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว โดยปัญหาแทรกซ้อนทางผิวหนังพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลตามในเลือดได้มีภาวะแทรกซ้อนการอักเสบทางผิวหนัง โดยพบร้อยละ 75 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยอาการผิวหนังอักเสบที่พบมีอาการผิวแห้ง ผิวคัน ผิวแดง และเกิดลักษณะเป็นขุย ซึ่งทำให้โอกาสความรุนแรงของอาการอักเสบเพิ่มขึ้น (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล จังหวัดสระแก้ว, 2566) และจากผลการประเมินภาวะแทรกซ้อนทางผิวหนังด้านการอักเสบ ประจำปี 2563 - 2565 มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น และทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ได้มีการนำความรู้ทางสมุนไพรมาผสมผสานการให้ความรู้ในการดูแลผิวหนังโดยหน่วยงานแพทย์แผนไทย หรือผู้เชี่ยวชาญสมุนไพรพื้นบ้านเกี่ยวกับการใช้สมุนไพร ประจำชุมชน โดยการให้ความรู้ เพื่อเป็นแนวทางแพทย์ทางเลือกเพื่อไปใช้ดูแลตนเอง แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถนำสมุนไพรไปใช้งานได้ เนื่องจากต้องนำสมุนไพรมาแปรรูปเพื่อให้สะดวกในการใช้งาน ความเหมาะสมของประเภทของสมุนไพร หรือแม้แต่ผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อดูแลสุขภาพผิวหนัง (ผมหอม เข็ดโกทา, 2020)

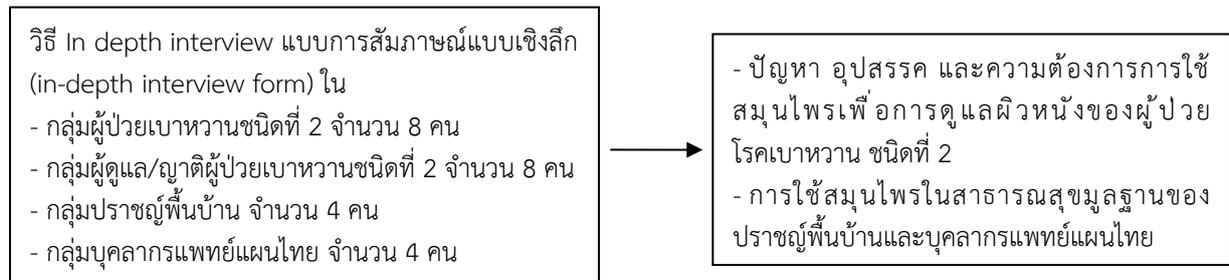
ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการสำรวจปัญหา อุปสรรคและความต้องการการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลผิวหนัง และการศึกษาการใช้สมุนไพรในสาธารณสุขมูลฐานของประชาชนพื้นบ้านและบุคลากรแพทย์แผนไทยที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนที่แท้จริงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อนำข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบในการดูแลสุขภาพทางผิวหนังในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคและความต้องการการใช้สมุนไพรในการดูแลผิวหนังของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว
2. เพื่อศึกษาการใช้สมุนไพรในสาธารณสุขมูลฐานของประชาชนพื้นบ้านและบุคลากรแพทย์แผนไทย อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาปัญหา อุปสรรคและความต้องการการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลผิวหนังของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และการใช้สมุนไพรในสาธารณสุขมูลฐานของประชาชนพื้นบ้านและบุคลากรแพทย์แผนไทย อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว ด้วยวิธี In depth interview แบบการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (in-depth interview form)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคและความต้องการการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลผิวหนังของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และเพื่อศึกษาการใช้สมุนไพรในสาธารณสุขมูลฐานของประชาชนพื้นบ้านและบุคลากรแพทย์แผนไทย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ศึกษาปัญหา อุปสรรคและความต้องการการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลผิวหนังของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสระแก้ว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นผู้ถ่ายทอดปัญหาสุขภาพโดยตรงและญาติโดยเป็นผู้ดูแลที่อาศัยร่วมกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยที่สุดที่สังเกตและสามารถถ่ายทอดปัญหาสุขภาพ โดยแต่ละพื้นที่จะคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล 2 กลุ่ม เพื่อเก็บข้อมูลมีการสนทนากลุ่มของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 8 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน : เกณฑ์การคัดเลือก

1. เพศหญิง หรือชาย อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่พักอาศัยอยู่จังหวัดสระแก้ว
2. ผู้ที่ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะผิวหนังอักเสบ
3. สามารถอ่านและพูดภาษาไทยได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ญาติโดยเป็นผู้ดูแลที่อาศัยร่วมกับผู้ป่วย : เกณฑ์การคัดเลือก

1. เพศหญิง หรือชาย อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่พักอาศัยอยู่จังหวัดสระแก้ว
2. ผู้ที่เป็นญาติโดยเป็นผู้ดูแลที่อาศัยร่วมกับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะผิวหนังอักเสบ
3. สามารถอ่านและพูดภาษาไทยได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะเก็บข้อมูลจนเกิดการอิ่มตัวของข้อมูลที่เกิดจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง (Data saturation in sampling) จึงยุติการสัมภาษณ์เมื่อได้ข้อมูลถึงปัญหา อุปสรรคและความต้องการการ

ใช้สมุนไพรมานวดูแลผิวหนังผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวการเก็บข้อมูลแบบ in-depth interview form เป็นการนั่งสนทนากันระหว่างผู้ให้สัมภาษณ์ ได้แสดงความคิดเห็นต่อประเด็นหรือแนวทางในการสนทนาให้ได้กว้างขวางลึกซึ้งและละเอียดที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งประกอบไปด้วยแนวข้อคำถาม 3 ประเด็น ได้แก่

- 1) ปัญหาสภาพผิวหนังของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 จังหวัดสระแก้ว
- 2) อุปสรรคของรูปแบบผลิตภัณฑ์ที่ใช้อยู่ปัจจุบันในการดูแลผิวหนัง ข้อปรับปรุง/ความต้องการ ลักษณะผลิตภัณฑ์ที่ลดลักษณะไม่พึงประสงค์ในด้านการใช้งาน/ประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์
- 3) ความต้องการเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรมานวดูแลผิวหนังของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 จังหวัดสระแก้ว

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยวิธีการทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และความครอบคลุมของเนื้อหา พบค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ถ้าค่า IOC มีค่าเท่ากับ 0.75

การตรวจสอบข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลเพื่อความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ข้อมูล โดยตรวจสอบทุกประเด็นที่ทำการศึกษาดังด้วยวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ได้แก่

1. การตรวจสอบด้านข้อมูล (Data Triangulation) ตรวจสอบแหล่งที่มา เวลา สถานที่ บุคคล เพื่อพิจารณาว่าข้อมูลที่ได้มานั้นต่างที่มาจากแหล่งที่มา เวลา สถานที่ บุคคล จะเป็นข้อมูลที่เหมือนกันหรือไม่ หากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์นั้นเหมือนกันหรือซ้ำๆ ผู้วิจัยถือว่าเชื่อถือได้และเป็นความจริง จึงจะบันทึกข้อมูลเหล่านั้นไว้ และการตรวจสอบร่างรูปแบบโดยนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับภาวะการแทรกซ้อนทางผิวหนังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะผิวหนังอักเสบ
2. การตรวจสอบด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Methodology Triangulation) ผู้วิจัยตรวจสอบโดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
3. การตรวจสอบด้านผู้วิจัย (Investigation Triangulation) โดยการตรวจสอบข้อมูลจากการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบข้อมูลในทุกกระยะของการศึกษา

ส่วนที่ 2 ศึกษาการใช้สมุนไพรมานวดูแลผิวหนังในสาธารณสุขมูลฐานของประชาชนในพื้นที่บ้านและบุคลากรแพทย์แผนไทย จังหวัดสระแก้ว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ขอบเขตทางด้านประชากร ได้แก่ ประชาชนในพื้นที่บ้านและบุคลากรแพทย์แผนไทย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดเลือกผู้ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่พื้นที่จังหวัดสระแก้ว มีการสุ่มคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ กลุ่มประชาชนในพื้นที่ที่ใช้สมุนไพรมานวดูแลผิวหนังในสาธารณสุขมูลฐานจังหวัดสระแก้ว ที่มีประสบการณ์การรักษาโรคแก่ประชาชนในชุมชนมาไม่น้อยกว่า 10 ปี จำนวน 4 คน และบุคลากรแพทย์แผนไทย ที่ประจำอยู่ในพื้นที่จังหวัดสระแก้วจำนวน 4 คน



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวการเก็บข้อมูลแบบ in-depth interview form เป็นการนั่งสนทนากันระหว่างผู้ให้สัมภาษณ์ได้แสดงความคิดเห็นต่อประเด็น หรือแนวทางในการสนทนาให้ได้กว้างขวางลึกซึ้งและละเอียดที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสะท้อนการใช้สมุนไพรในสาธารณสุขมูลฐานเพื่อการดูแลสุขภาพผิวหนัง และสมุนไพรที่มีสรรพคุณในกลุ่มเฉพาะทางผิวหนังของปราชญ์พื้นบ้านและบุคลากรแพทย์แผนไทย ซึ่งจากการสะท้อนข้อมูล เกี่ยวกับชื่อสมุนไพร ในจังหวัดสระแก้ว ซึ่งสามารถจำแนกตามกลุ่มฤทธิ์ทางชีวภาพ สรรพคุณ และชื่อสมุนไพรส่วนที่นำไปใช้ประโยชน์ที่ใช้รักษาโรคผิวหนัง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการ (in-depth interview form) ในกลุ่มตัวอย่าง และผู้จดบันทึก 1 คน (Note-taker) ใช้เวลาสนทนาประมาณ 30-40 นาที จากนั้นดำเนินการเพื่อสรุปประเด็นที่สำคัญ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้มีการพิทักษ์สิทธิ์โดยการลงนามให้ความร่วมมือและได้รับการปกปิดข้อมูลส่วนตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) จากสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview form) แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อให้เห็นภาพของ ปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างเป็นองค์รวม โดยมีการแยกประเภทและจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (Categories) และโดยผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลต่างๆจากผู้ให้ข้อมูล จากนั้นอ่านข้อมูลดังกล่าวหลายๆครั้งเพื่อให้ทราบถึงภาพรวมของรายละเอียด ทบทวนข้อมูลทั้งหมดอีกครั้งและแยกประโยคหรือคำสำคัญๆออกมา นำประโยคหรือคำสำคัญดังกล่าวมาทำความเข้าใจในความหมายของคำหรือประโยคนั้นๆ จัดหมวดหมู่ของประโยคหรือคำสำคัญเหล่านั้น และสรุปประเด็นที่ได้จากการจัดหมวดหมู่ของคำหรือประโยคที่สำคัญแล้วนำมาเขียนรายละเอียด 2 ส่วนการศึกษา

ส่วนที่ 1 ปัญหา อุปสรรคและความต้องการการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพผิวหนังของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยแบ่งเป็น ปัญหาภาวะผิวหนังอักเสบของผู้ป่วย อุปสรรคในใช้ผลิตภัณฑ์ที่ใช้อยู่ปัจจุบันในการดูแลสุขภาพ ข้อปรับปรุง/ความต้องการลักษณะผลิตภัณฑ์ที่ลดลักษณะไม่พึงประสงค์ในด้านการใช้งาน/ประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์ และความต้องการเกี่ยวกับการใช้สมุนไพร/ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของสมุนไพรในการดูแลสุขภาพผิวหนัง

ส่วนที่ 2 การใช้สมุนไพรในสาธารณสุขมูลฐานของปราชญ์พื้นบ้านและบุคลากรแพทย์แผนไทย ที่ถ่ายทอดองค์ความรู้เกี่ยวกับการใช้ประโยชน์พันธุ์ไม้และสมุนไพรต่าง ๆ ในการรักษาโรคทางผิวหนัง ตำรับยาโบราณที่บรรจุในสาธารณสุขมูลฐานที่นำมาใช้ในการรักษา วิธีการใช้ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของพืช สมุนไพร และกลุ่มอาการทางผิวหนังที่ในสมุนไพรที่มีอยู่ในสาธารณสุขมูลฐาน ที่อยู่ในพื้นที่จังหวัดสระแก้ว

นำข้อมูลที่ถูกรวบรวมพร้อมคำอธิบายรายละเอียดต่างๆให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยตรวจทานเพื่อวิเคราะห์เนื้อหาอีกครั้ง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของทางมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ เลขที่ COA No. 0097/2567 (REC No. 0047/2567) รับรองวันที่ 22 พฤศจิกายน 2567

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาปัญหา อุปสรรคและความต้องการการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลผิวหนังของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสระแก้ว

1.1 ปัญหาภาพผิวหนังของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 จังหวัดสระแก้ว กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนลักษณะการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 จะมีลักษณะการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังโดยเมื่ออากาศแห้ง หรือช่วงฤดูหนาวผู้ป่วยเบาหวานจะมีลักษณะผิวที่แห้งง่ายมาก หากผู้ป่วยเบาหวานสัมผัสกับสิ่งกระตุ้นภายนอก เช่น การทำกิจกรรมนอกบ้าน การโดนแสงแดด การโดนฝุ่น และการทำความสะอาดผิวด้วยแอลกอฮอล์เจล ผู้ป่วยจะเกิดอาการขึ้นผื่นคันซึ่งปกติก่อนป่วยเป็นเบาหวานผู้ป่วยไม่เคยมีอาการดังกล่าว และผู้ป่วยมักเกิดอาการผิวหนังอักเสบตามบริเวณต้นแขน ท้องแขน และหลัง ลำตัว และขาเป็นประจำ อย่างน้อย 2 เดือนครั้ง ซึ่งทุกครั้งผู้ป่วยจะต้องใช้ยาทาบรรเทาอาการ หรือรับประทานยาในกลุ่มยาแก้แพ้อาการดังกล่าวจึงหายไป ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อน ออกมา ดังนี้

“.....ก่อนป่วยเป็นเบาหวานผิวแข็งแรง ไม่เคยแพ้อะไรเลย แต่พอหลังป่วยเป็นเบาหวานประมาณ 1 ปี ตนเองมีลักษณะผิวหนังที่เปลี่ยนไปโดนอะไรผิวก็ขึ้นผื่นง่ายมาก” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“ เมื่อช่วงการระบาดของโรคโควิด -19 ตนเองได้ซื้อแอลกอฮอล์เจลจากร้านขายยาใช้ พบว่าหลังมือมีผิวแห้งและคล้ำขึ้น ซึ่งคนในครอบครัวที่ใช้แอลกอฮอล์เจลร่วมด้วยนั้นไม่พบอาการผิดปกติอย่างตนเอง” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

1.2 อุปสรรคลักษณะรูปแบบผลิตภัณฑ์ที่ใช้อยู่ปัจจุบันในการดูแลผิวหนัง ข้อปรับปรุง/ความต้องการลักษณะผลิตภัณฑ์ที่ลดลักษณะไม่พึงประสงค์ในด้านการใช้งาน/ประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงข้อปรับปรุง/ความต้องการลักษณะผลิตภัณฑ์ที่ลดลักษณะไม่พึงประสงค์ในด้านการใช้งานของผลิตภัณฑ์ดูแลผิวที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ในผู้ป่วยที่ใช้ผลิตภัณฑ์ที่ได้จากการซื้อผลิตภัณฑ์ตามท้องตลาดทั่วไป จะใช้ผลิตภัณฑ์ไม่ใช่ว่าเฉพาะกลุ่มอาการเป็นผลิตภัณฑ์เพิ่มความชุ่มชื้นทั่วไป ผลิตภัณฑ์บางผลิตภัณฑ์มีปริมาณน้ำหอมมากจนทำให้เวลาใช้งานผู้ป่วยเกิดอาการแพ้/ระคายเคือง และหากเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ดูแลผิวที่เหมาะสมเฉพาะลักษณะผิวของผู้ป่วย ผลิตภัณฑ์ส่วนใหญ่เป็นผลิตภัณฑ์ที่เป็นยี่ห้อดัง ที่มีราคาแพงยากต่อการที่จะใช้ผลิตภัณฑ์นั้นๆ อย่างต่อเนื่อง กรณีผู้ป่วยมีอาการผิวหนังอักเสบเรื้อรังและไปพบแพทย์ หากเป็นโรงพยาบาลเอกชน/คลินิกเอกชน จะให้ผลิตภัณฑ์ในกลุ่มที่ดูแลผิวหนังสำหรับผิวแพ้ง่าย ผิวบอบบางหรือกลุ่มสำหรับผิวแห้งมากซึ่งมีค่าใช้จ่ายที่สูง ทำให้ไม่เกิดความต่อเนื่องในการใช้งาน หลังจากเข้าสู่พฤติกรรมปกติก็จะมีอาการความผิดปกติทางผิวหนังดังกล่าวก็จะกลับมาเป็นซ้ำอีก ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“ใช้โลชั่นกับลูกที่บ้าน กลิ่นน้ำหอมแรงใช้แล้วผื่นขึ้นเลยไม่ชอบใช้” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“ทาครีมที่ผิวหลังอาบน้ำเป็นประจำ แต่ผิวก็ยังแห้งอยู่เลยไม่ซื้อมาใช้เพราะเสียตายนเงิน” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

1.3 ความต้องการใช้สมุนไพร/ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของสมุนไพรในการดูแลผิวหนังของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 จังหวัดสระแก้วกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงเหตุผลในการเลือกใช้สมุนไพร/ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของสมุนไพรในการดูแลผิวหนังของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 พบว่า เหตุผลส่วนใหญ่มาจากความเชื่อมั่นในสรรพคุณของสมุนไพรที่มีการบอกว่ามีประสิทธิภาพในการลดอาการผิดปกติของผิวหนังได้ เป็นสมุนไพรไทยที่เคยทราบ

สรรพคุณเป็นอย่างดี ได้ทดลองใช้หรือมีการรับรู้ประสิทธิภาพจากประสบการณ์การใช้งานจากบุคคลที่เห็นผลจากการใช้งาน รวมถึงเป็นสมุนไพรโบราณที่ทราบว่ามีส่วนประกอบของตำรับยาโบราณ ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“ถ้าจะเลือกใช้สมุนไพรจะเลือกผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของสมุนไพรที่รู้สรรพคุณ.....” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“สมุนไพรไทยน่าเชื่อถือเพราะเป็นสิ่งที่ใช้ในการรักษา และบรรเทาอาการจากโรคต่าง ๆ แม้ตั้งแต่สมัยก่อน” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

1.4 ปัญหาสภาพผิวหนังของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 จังหวัดสระแก้ว กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนลักษณะการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยการสังเกตจากตัวผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผิวหนังของผู้ป่วยเกิดการแพ้ง่ายขึ้น มีเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนป่วยเป็นเบาหวาน เช่น เมื่อกลับจากนอกบ้าน ตากแดด โดนฝุ่น และหากทำความสะอาดผิวด้วยสบู่ก้อน อาการผดผกิดจะเกิดขึ้นบ่อยอย่างน้อย 1-2 ครั้ง/เดือน และช่วงที่อากาศเย็นมากๆ และรวมกับพฤติกรรมถูกรบกวนจากสิ่งกระตุ้นภายนอก อาการผดผกิดก็จะเกิดขึ้นบ่อยขึ้น และเมื่อมีอาการจะเกิดเรื้อรัง เมื่อทิ้งไว้นานต้องพาไปหาหมอ หรือซื้อยามาทาหรือกินแล้วแต่อาการ ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อน ออกมา ดังนี้

“ยายชอบบ่นว่าทำไมผิวโดนอะไรก็แพ้ไปหมดเลย เป็นบ่อยมาก” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“ออกไปนอกบ้านที่ไร โดนอะไรมาไม่รู้ผิวแพ้ง่ายตลอด” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

1.5 อุปสรรคลักษณะรูปแบบผลิตภัณฑ์ที่ใช้อยู่ปัจจุบันในการดูแลผิวหนัง ข้อปรับปรุง/ความต้องการลักษณะผลิตภัณฑ์ที่ลดลักษณะไม่พึงประสงค์ในด้านการใช้งาน/ประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์ กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

แนวทางการดูแลป้องกันภาวะข้อแทรกซ้อนทางผิวหนังของผู้ป่วยเบาหวาน ต้องมีการดูแลผิวหนังทั้งความสะอาดและการเพิ่มความแข็งแรงของผิว ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงลักษณะรูปแบบผลิตภัณฑ์ที่ใช้อยู่ปัจจุบันในการดูแลผิวหนัง โดยใช้ผลิตภัณฑ์ในการทำความสะอาดผิวด้วยสบู่ทั่วไป ซึ่งจะเป็นผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดที่สมาชิกภายในครอบครัวใช้อยู่เป็นประจำ และใช้ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวที่มีอยู่ตามท้องตลาด เช่น โลชั่น ครีม ซึ่งวิธีการเลือกจะไม่เฉพาะเจาะจง บางครั้งผู้ป่วยมีอาการแพ้ไปหาหมอและหมอให้ผลิตภัณฑ์ดูแลผิวหนังสำหรับผิวแห้งหรือแพ้ง่ายมาใช้ แต่เมื่อผู้ป่วยใช้หมด ก็ไม่สามารถซื้อมาให้ผู้ป่วยใช้ต่อเนื่องได้เนื่องจากผลิตภัณฑ์มีราคาแพง ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมามีดังนี้

“ปกติซื้อผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดผิวบำรุงผิวที่มีอยู่ตามท้องตลาดทั่วไป” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

“ผู้ป่วยจะใช้สบู่ กับครีมบำรุงผิวที่สมาชิกในครอบครัวใช้” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

1.6 ความต้องการใช้สมุนไพร/ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของสมุนไพรในการดูแลผิวหนังของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 จังหวัดสระแก้วกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงเหตุผลในการเลือกใช้สมุนไพร/ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของสมุนไพรในการดูแลผิวหนังของกลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ที่จะเลือกให้ผู้ป่วยใช้ในการดูแลผิวหนัง มาจากสรรพคุณของสมุนไพร เป็นสมุนไพรไทยที่เคยทราบสรรพคุณเป็นอย่างดี ได้ทดลองใช้หรือมีการรับรู้ประสิทธิภาพจากประสบการณ์การใช้งานจากบุคคลที่เห็นผลจากการใช้งาน รวมถึงเป็นสมุนไพรโบราณที่ทราบว่ามีส่วนประกอบของตำรับยาโบราณ ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังนี้

“จะเลือกใช้สมุนไพรจะเลือกผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของสมุนไพรที่รู้สรรพคุณ และมีความปลอดภัย” ผู้ให้ข้อมูลรายชื่อที่ 1

“เป็นสมุนไพรไทยที่เป็นตำรับยาโบราณ บรรเทาอาการจากโรคผิวหนัง ตั้งแต่สมัยก่อน” ผู้ให้ข้อมูลรายชื่อที่ 2

ส่วนที่ 2 ผลการใช้สมุนไพรในสาธารณสุขมูลฐานของประชาชนพื้นบ้านและบุคลากรแพทย์แผนไทย

2.1 การใช้สมุนไพรในสาธารณสุขมูลฐานเพื่อการดูแลสุขภาพผิวหนังของบุคลากรแพทย์แผนไทย

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพผิวหนังของบุคลากรแพทย์แผนไทย เพื่อให้ทราบฤทธิ์ทางชีวภาพของสมุนไพร วิเคราะห์แนวทางแก้ไขปัญหามิผิวหนังอักเสบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งจากการสะท้อนข้อมูลฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของพืชสมุนไพรสามารถจัดกลุ่มสมุนไพรพื้นฐานของรักษาโรคผิวหนังอักเสบ ดังนี้

กลุ่มยาที่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ พืชสมุนไพรที่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบพบมากในกลุ่มพืชที่มีรสขมเย็น ที่ใช้เพื่อการลดความร้อนจากธาตุไฟกำเริบ และเป็นกลุ่มยาที่ใช้คุมรสยาของตำรับยาไม่ให้ร้อนเกินไป เช่น เถา บอระเพ็ด รากย่านาง ขมิ้นชัน รากรางจืด เป็นต้น

กลุ่มยาที่มีฤทธิ์สมานแผล พบมากในกลุ่มยาที่มีรสฝาด เพื่อใช้ในการสมานแผล ปรับสมดุลธาตุ และน้ำเหลือง ให้กลับสู่ภาวะปกติ ซึ่งสมุนไพรที่พบ ได้แก่ ขมิ้นชัน ขมิ้นอ้อย เถา บอระเพ็ด รากหม่อน และรากรางจืด เป็นต้น

กลุ่มยาที่มีฤทธิ์ลดปวด พบในพืชสมุนไพรที่มีรสยาและสรรพคุณลดความร้อนจากธาตุไฟกำเริบ ลดการคั่งค้างจากธาตุลมและธาตุน้ำ ได้แก่ กลุ่มพืชที่มีรสขมเย็น คือ รากย่านาง กลุ่มพืช ที่มีรสเมาเบื่อ ใช้เพื่อดับพิษของธาตุน้ำที่หย่อน คือ เลือดและน้ำเหลือง จากความร้อนธาตุไฟ เช่น ใบถั่วแปบ และใบพลูช้าง กลุ่มพืชที่มีรสจืด ใช้เพื่อดับพิษจากความร้อน คือ รากหม่อน และรากรางจืด และกลุ่มพืชที่มีรสฝาด เช่น เปลือกต้นมะกอก และเปลือกต้นมะเดื่ออุทุมพร เป็นต้น

กลุ่มยาที่มีฤทธิ์เกี่ยวกับภูมิคุ้มกัน ที่กระทบจากธาตุไฟกำเริบให้กลับสู่ภาวะปกติ เช่น รากก้างปลา เครือ รากจันทน์ ดอกบัวเผื่อน แก่นฝาง เปลือกต้นมะเดื่อ และรากย่านาง มีฤทธิ์ต้านอาการแพ้ (Antiallergic)

กลุ่มยาที่มีฤทธิ์เฉพาะต่อโรคผิวหนังอักเสบ พบในพืช สมุนไพรที่มีสรรพคุณช่วยรักษาโรคผิวหนัง แก้ น้ำเหลืองเสีย สมานแผล และแก้ผื่นคัน ได้แก่ ก้างปลา เครือ ขมิ้นชัน มีฤทธิ์รักษาผิวหนังอักเสบจากการระคายเคือง และต้านอาการผื่นคัน

2.2 สมุนไพรพื้นบ้านที่มีสรรพคุณในกลุ่มเฉพาะทางผิวหนังของประชาชนพื้นบ้าน

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพผิวหนังของประชาชนพื้นบ้านเพื่อให้ทราบฤทธิ์ทางชีวภาพของสมุนไพร วิเคราะห์แนวทางแก้ไขปัญหามิผิวหนังอักเสบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งจากการสะท้อนข้อมูล เกี่ยวกับชื่อสมุนไพร ในจังหวัดสระแก้ว ซึ่งสามารถจำแนกตาม ชื่อ สรรพคุณ และส่วนที่นำไปใช้ประโยชน์ที่ใช้รักษาโรคผิวหนัง โดยประชาชนพื้นบ้านใช้สมุนไพรจากประสบการณ์และความชำนาญในการบำบัดรักษาโรคผิวหนัง ดังนี้

ประชาชนพื้นบ้านใช้ประโยชน์จากพืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่ช่วยรักษาอาการทางผิวหนัง ผู้วิจัยได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลความรู้เรื่องสมุนไพรในท้องถิ่น การใช้สมุนไพรในกลุ่มประชาชนและประชาชนท้องถิ่นหรือผู้ทรงภูมิปัญญาด้านสมุนไพรในท้องถิ่น โดยสามารถสรุปภูมิปัญญาการใช้สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่ช่วยรักษาอาการทางผิวหนัง เช่น

อาการผื่น ลมพิษ ใช้ไบสโต 5-10 ใบ (เลือกใบเพสลาดคือใบสีเขียวเข้มสดเป็นมันไม่อ่อนไม่แก่จนเกินไป)ตำขี้ทาบริเวณที่เป็นแผลที่แพ้แมลงสัตว์กัดต่อยเป็นผื่นคันจะยุบหายได้ผลดีหรือใช้ไบสโต 10-20 ใบนำมาตำให้ละเอียดผสมกับเหล้าหรือน้ำมะนาวแล้วคั้นเอาน้ำดื่มส่วนกากเอามาพอกหรือทาเป็นยาแก้ลมพิษแมลงสัตว์กัดต่อย รักษาเมื่อดผื่นคันตามผิวหนัง หรือน้ำรากฝนกับสุราดื่มแก้พิษงูแมลงสัตว์กัดต่อยถอนพิษแมลงมีพิษต่างๆ

อาการผิวหนังอักเสบ ใช้เหง้าขมิ้นแก่สดฝนกับน้ำสุก หรือผงขมิ้นชันทาบริเวณที่เป็นฝี แผลพุพองหรืออักเสบจากแมลงสัตว์กัดต่อย เหง้าแก่แห้ง บดเป็นผงละเอียด ทาบริเวณที่เป็นมีดผื่นคัน เหง้าแห้งบดเป็นผง นำมาเคี้ยวกับน้ำมันพืช ทำน้ำมันใส่แผลสด เหง้าแก่ 1 หัวแม่่มือ ล้างสะอาดบดละเอียด เติมน้ำมันเล็กน้อย และน้ำมันมะพร้าวพอแฉะๆใช้ทาบริเวณที่เป็นแผลพุพอง ที่หนังศีรษะอาการการติดเชื้อทางผิวหนัง

อาการสมานแผล ฟันพูผิวรักษาแมลงกัดต่อย และรักษาแผล ไบบัวบกขี้ทาแก้แมลงกัดต่อย หรือใช้ส่วนไบสโต พอกที่แผลสด วันละ 2 ครั้ง ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ครีมน้ำมันบัวบกทำความสะอาดแผลด้วยยาฆ่าเชื้อก่อนทาครีมที่มีสารสกัดจากบัวบกสตร้อยละ 7 โดยน้ำหนัก ทาบริเวณที่เป็นแผลวันละ 1 – 3 ครั้ง หรือใช้ฟ้าทลายโจรตำให้ละเอียด พอกบริเวณที่โดนไฟไหม้ ถ้าปวดมากให้ใส่เกร็ดพิมเสนลงไปด้วย หรือใช้ พอกบริเวณแผล หรือตากแห้งบดเป็นผงโรยบริเวณแผล

อาการผิวหนังอักเสบเป็นผื่นคัน ใช้ใบชุมเห็ดเทศ 1 กำมือ ต้มกับน้ำพอท่วม เคี่ยวให้เหลือ 1 ใน 3 นำมาชะล้างฝีที่แตกแล้วหรือแผลพุพอง วันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น ถ้าบริเวณที่เป็นกว้างมากใช้สมุนไพร 10-12 กำมือ ต้มกับน้ำใช้อาบเช้าเย็นจนกว่าจะหาย กลากเกลือใช้ไบสโต 4-5 ใบ ตำรวมกับกระเทียม 4-5 กลีบ แล้วเติมปูนแดงเล็กน้อย ทาบริเวณที่เป็นซึ่งได้ใช้ไม่ใ้ใบบาง ๆ ฆ่าเชื้อแล้วขูดผิวบริเวณที่นั้นให้มีสีแดง(กรณีกลาก) ทาวันละ 3-4 ครั้ง จนกว่าจะหาย และเมื่อหายแล้วให้ทาไปอีก 1 สัปดาห์ หรือจะใช้ไบสโตตำแช่เหล้า เอาส่วนเหล้าทาบริเวณที่เป็นวันละ 2-3 ครั้ง จนกว่าจะหาย พบว่าได้ผลดี แต่ไม่ค่อยได้ผลในกลากที่ขมและเล็บ

พืชสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่ช่วยรักษาอาการทางผิวหนังที่อยู่ภายในจังหวัดสระแก้ว ผู้วิจัยได้รวบรวมความรู้การใช้สมุนไพร และภูมิปัญญาของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญสมุนไพรท้องถิ่น และการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ข้อมูลเรื่องชนิดของสมุนไพรที่มีความถูกต้องของสมุนไพรบาง ซึ่งมีฤทธิ์และสรรพคุณต่าง ๆ เช่น สมุนไพรฟ้าทลายโจร สรรพคุณ รักษาโรคผิวหนัง ฝี การติดเชื้อ

ไบบัวบก สรรพคุณ เป็นยาห้ามเลือด ใส่แผลสด ด้วยการใส่ไบสโตประมาณ 20 ใบนำมาล้างให้สะอาด ตำพอกแผลสดแก้อาการฟกช้ำ ด้วยการใส่ไบบัวบกมาทุบให้แหลกแล้วนำมาประบริเวณที่ฟกช้ำ หรือจะใช้ไบบัวบกประมาณ 40 กรัม

ขมิ้นชัน สรรพคุณ ช่วยลดอาการฟกช้ำบวม ปวดโหนกและแขน บวมช้ำและปวดบวม แก้ปวดข้อ สมานแผลสดและแผลถลอก ผสมยานวดคลายเส้นแก้เคล็ดขัดยอก แก้น้ำกัดเท้า แก้ชันนะตุ แก้กลากเกลื้อน แก้โรคผิวหนังผื่นคัน สมานแผล รักษาฝี แผลพุพอง ลดอาการแพ้ อักเสบจากแมลงสัตว์กัดต่อย ตำใส่แผลห้ามเลือด รักษาผิว บำรุงผิว

เสลดพังพอนตัวเมีย (พญาฮอ) สรรพคุณใช้ถอนพิษ โดยเฉพาะพิษแมลงสัตว์กัดต่อย ตะขาบ แมลงป่อง รักษาอาการอักเสบ งูสวัด ลมพิษ แผลน้ำร้อนลวก ไบนำมาสกัดทำทิงเจอร์และกรีเซอร์ลิน ใช้รักษาแผลผิวหนังชนิดเริ่ม Herpes และรักษาแผลร้อนในในปาก Aphous ดับพิษร้อน แก้แผลน้ำร้อนลวก

ทองพันชั่ง สรรพคุณแก้ผิวหนังอักเสบ ใช้ทั้งต้น รักษาโรคผิวหนัง แก้น้ำเหลืองเสีย ผื่นคัน รักษา มะเร็ง คุณพระธาตุ ขับพยาธิตามผิวหนัง ตามบาดแผล

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้นพบว่า

1. การศึกษาปัญหา อุปสรรคและความต้องการการใช้สมุนไพรเพื่อการดูแลผิวหนังของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสระแก้ว : ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมดมีอาการผิวหนังอักเสบทั้งแบบเฉียบพลัน และแบบเรื้อรัง ปัญหา อุปสรรค และความต้องการการดูแลผิวหนังในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คือ ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่อาศัยร่วมกันได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และหลักการรับรู้สมรรถนะการดูแลดูแลผิวหนังเพื่อลดการอักเสบของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยตนเอง ซึ่งผู้ป่วย ผู้ดูแล/ญาติ ขาดความรู้ทางด้านลักษณะของโรคเบาหวานที่ส่งผลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทางด้านเกราะป้องกันผิวหนัง ไม่รู้ว่าโรคเบาหวานส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงเกราะป้องกันผิวอย่างไร เกราะป้องกันผิวเมื่อสูญเสียการทำงานลงส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงผิวหนังอย่างไร เมื่อเกราะป้องกันผิวสูญเสียแล้วส่งผลกระทบต่ออย่างไรบ้างต่อผิวหนัง ตนเองมีความสามารถในการดูแลภาวะผิวหนังอักเสบได้อย่างไร ญาติหรือผู้ดูแลมีความสามารถดูแลได้อย่างไรบ้าง ความจำเป็นที่ต้องมีแนวทางหรือวิธีการดูแลผิวหนังให้มีความแข็งแรงอย่างต่อเนื่อง การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสม และที่สำคัญคือการฟื้นฟู หรือดูแลผิวหนังอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Fabio Quondamatteo (2014) พบว่า ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรังส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและเซลล์เนื้อเยื่อของผิวหนังผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ส่งผลต่อหน้าที่หลักส่งผลทำให้เกิดภาวะผิวแห้ง เกิดการอักเสบทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งภาวะความผิดปกติของผิวหนังดังกล่าวจะพบก่อนที่ผิวหนังจะเกิดการบาดเจ็บ ที่เป็นความรู้ที่มีการศึกษาในแบบจำลองสัตว์ทดลองโรคเบาหวานต่าง ๆ

ปัญหาด้านลักษณะรูปแบบผลิตภัณฑ์ที่ใช้อยู่ปัจจุบันในการดูแลผิวหนัง ข้อปรับปรุง/ความต้องการลักษณะผลิตภัณฑ์ที่ลดลักษณะไม่พึงประสงค์ในด้านการใช้งาน พบว่า ปัญหาส่วนใหญ่คือผู้ป่วยใช้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่มีประสิทธิภาพที่เหมาะสมกับปัญหาผิวหนังในกลุ่มผู้ป่วย เช่น ใช้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่สามารถเพิ่มความชุ่มชื้นให้แก่ผิวหนัง และใช้ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดผิวที่มีส่วนผสมสารที่ชำระล้างไขมันที่ผิวหนังไม่เหมาะสมกับผิวหนังของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ นพพร ชัยพิชิต (2560) การบริหารทางเภสัชกรรมในโรคผิวหนังอักเสบ พบว่าการขาดการบำรุงผิวหนังเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของเกราะป้องกันผิวส่งผลทำให้มีโอกาสเป็นโรคผิวหนังอักเสบเป็นภาวะความผิดปกติของระบบผิวหนังที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียการทำงานด้านการปกป้องของผิวหนังขึ้นนอกร่วมกับกระบวนการอักเสบที่เกิดบริเวณผิวหนังขึ้นนอกและผิวหนังชั้นใน จากการถูกรบกวนจากปัจจัยภายนอกในร่างกาย

ปัญหาด้านความต้องการใช้สมุนไพร/ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของสมุนไพรในการดูแลผิวหนัง จากผู้ป่วย และผู้ดูแล/ญาติทราบว่าสมุนไพรมีสรรพคุณที่สามารถช่วยส่งเสริมสุขภาพเป็นแพทย์ทางเลือกที่หน่วยงานภาครัฐผลักดันและส่งเสริมให้เป็นทางเลือกในการนำมารักษา ส่งเสริมสุขภาพตนเองจนบรรเทา หรือหายจากโรค แต่แนวทางการใช้สมุนไพรมาเป็นแพทย์ทางเลือกยังมีข้อจำกัดที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงแนวทางการใช้สมุนไพรได้อย่างเหมาะสม มีสมุนไพรใช้ในทุุกฤดูกาล สะดวกต่อการใช้งาน ปลอดภัย และเลือกส่วนที่มีสรรพคุณในการรักษามาใช้งานเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพเป็นต้น สอดคล้องการศึกษาของปีทมา แคนสันเทียะ และทิพาพร กาญจนราช 2563 ศึกษาปัญหาและข้อเสนอแนะในการทดแทนยาแผนปัจจุบันด้วยยาสมุนไพรในโรงพยาบาลของรัฐ: การศึกษานำร่องจากมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ผู้บริโภคส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับสรรพคุณของสมุนไพร ผลิตภัณฑ์สมุนไพรมีรูปลักษณะที่ไม่น่าใช้ ความมั่นใจในส่วนของประสิทธิภาพและความปลอดภัย

2. ศึกษาการใช้สมุนไพรในสาธารณสุขมูลฐานของประชาชนพื้นบ้านและบุคลากรแพทย์แผนไทยสำหรับอาการทางผิวหนัง จังหวัดสระแก้ว : ผลการศึกษา พบว่า มีการใช้พืชสมุนไพรในการดูแลผิวหนังอักเสบ แบ่งเป็นกลุ่มยาที่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ กลุ่มยาที่มีฤทธิ์สมานแผล กลุ่มยาที่มีฤทธิ์ลดปวด กลุ่มยาที่มีฤทธิ์เกี่ยวกับภูมิคุ้มกัน ที่และกลุ่มยาที่มีฤทธิ์เฉพาะต่อโรคผิวหนังอักเสบ และพืชสมุนไพรที่นำมาใช้ลดอาการอักเสบทางผิวหนัง เช่น ใบบัวบกลดการอักเสบ ฟ้ายะลวยโงรมีสรรพคุณลดภาวะการติดเชื้อทางผิวหนัง ขมิ้นชัน ใบยอ ลดภาวะการขึ้นผื่นผิวหนังอักเสบ ลดอาการคัน และลดภาวะการระคายเคืองทางผิวหนัง ที่เป็นตำรับสมุนไพรไทยที่บรรจุอยู่ในสมุนไพรสาธารณสุขมูลฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ญัฐวรรณ วรรณมณี และคณะ (2564) การศึกษาสารพฤกษเคมีเบื้องต้น ปริมาณฟีนอลิกและฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระของสารสกัดสมุนไพรเพื่อพัฒนาเป็นเซรั่มสมุนไพรบำรุงมือ พบว่า ปริมาณฟีนอลิกและฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระของขมิ้นชันพบสารกลุ่มฟลาโวนอยด์และอัลคาลอยด์ปริมาณที่สูงลดภาวะการอักเสบของผิวหนังได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร. (2560) พบว่า สารสกัดจากใบบัวบก มีความปลอดภัยไม่มีความเป็นพิษต่อเซลล์ผิวหนังและมีประสิทธิภาพการลดการอักเสบของเซลล์ผิวหนัง และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรมณี ประจวบจินดา (2563) ศึกษาสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่ช่วยรักษาอาการแพ้ภูมิแพ้ของผิวหนังจากแมลงสัตว์กัดต่อย พบว่า สารสกัดสมุนไพรพญาอ ใบพลู ขมิ้นชัน เป็นสมุนไพรที่มีความปลอดภัยและมีสรรพคุณทางชีวภาพลดการอักเสบของผิวหนังได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์งานวิจัยนี้ได้ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านสถานการณ์ของปัญหา อุปสรรค และความต้องการการใช้สมุนไพรในการดูแลผิวหนังของผู้ป่วยเบาหวาน สามารถนำไปใช้การดูแลเป็นการส่งเสริม ป้องกันโดยการใช้สมุนไพรสาธารณสุขมูลฐาน ลดภาวะแทรกซ้อนทางผิวหนังจากตัวโรคอย่างเหมาะสม ที่จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการใช้สมุนไพรในสาธารณสุขมูลฐานของประชาชนพื้นบ้านและบุคลากรแพทย์แผนไทย สามารถนำไปต่อยอดเป็นแนวทางการนำสมุนไพรที่มีสรรพคุณทางด้านลดการอักเสบ การลดอาการคัน การลดการระคายเคืองและการลดภาวะการติดเชื้อทางผิวหนังมาแปรรูปให้อยู่ในรูปแบบผลิตภัณฑ์ปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ด้านการพัฒนาระบบ/การเฝ้าระวังการดูแลผิวหนังในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน เช่น การติดตามการเปลี่ยนแปลงผิวหนัง ผิวกแห้ง คัน อักเสบ ควบคู่ไปกับการติดตามการดูแลเท้ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการติดตามการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่น จัดทำข้อสังเกตความผิดปกติของผิวหนังก่อนที่จะเกิดบาดแผล โดยกำหนดลักษณะผิวหนังที่เป็นลักษณะเบื้องต้นที่แสดงว่าผิวหนังเริ่มผิดปกติ ลักษณะอาการก่อนผิวหนังอักเสบ การให้ความรู้เรื่องการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดและผลิตภัณฑ์เพิ่มความแข็งแรงของผิวหนังให้เหมาะสมกับกลุ่มโรค เป็นต้น

2. ด้านการวิจัย ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผิวหนังผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะผิวหนังอักเสบ

3. ด้านการต่อยอดงานวิจัยสมุนไพร ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนานวัตกรรม การนำสมุนไพรที่มีฤทธิ์ทางชีวภาพทางด้านผิวหนังมาพัฒนาอยู่ในมาตรฐานผลิตภัณฑ์สุขภาพ

References

- คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร. (2560). บั๊วบก. สืบค้นจาก <https://thaicam.dtam.moph.go.th/wp-content/uploads/2021/-2564.pdf>
- ณัฐวรรณ วรรณมณี, ภัทรตรา สิริวัฒนาารกุล, สุกัญญา มูณี, อนงค์นาถ มณีโชติ, วิทวัส หมาดอี และ กุสุมาลย์ น้อยผา. (2564). การศึกษาสารพฤกษเคมีเบื้องต้น ปริมาณฟีนอลิกและฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระของสารสกัดสมุนไพรเพื่อพัฒนาเป็นเซรัมสมุนไพรบำรุงมือ. *วารสารหมอยาไทยวิชัย*, 7(2), 31-44.
- นพพร ชัยพิชิต. (2560). การบริหารทางเภสัชกรรมในโรคผิวหนังอักเสบ. *เชิงรายวารสาร*, 9(2), 157-169.
- ปัทมา แคนสันเทียะ และทิพาพร กาญจนราช. (2563). ปัญหาและข้อเสนอแนะในการทดแทนยาแผนปัจจุบันด้วยยาสมุนไพรในโรงพยาบาลของรัฐ: การศึกษานำร่องจากมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 13(4), 836-847.
- ผมหอม เชิดโกทา. (2563). สภาพปัญหาการอนุรักษ์พืชสมุนไพรพื้นบ้านของชุมชนตำบลหนองสังข์ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว. *วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 14(3), 106-114.
- วิชัย เอกพลากร, ลัดดา เหมาะสุวรรณ, นิชรา เรื่องดารกานนท์, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า, หทัยชนก พรรคเจริญ. (2561). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). นนทบุรี.
- สามารถ ใจเตี้ย. (2560). ปัจจัยทำนายการใช้วัฒนธรรมสุขภาพเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพของประชาชนลุ่มน้ำลี้ จังหวัดลำพูน. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 22(2), 150-158.
- สายฝน ม่วงคุ้ม, พรพรรณ ศรีโสภา, วัลภา คุณทรงเกียรติ, ปณิชา พลพินิจ, วิภา วิเสโส, ชุตติมา ฉันทมิตร โอภาส และชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 28(2), 74-84.
- เสาวลักษณ์ เจริญสุข, ศิริสุข ศรีเจริญเวช, ภัสรา ลานเหลือ, อภิขญา นิยมจันทร์, ศนิ ไปไม้, กนกพร แผลงฤทธิ์ และศศิกา เพียรราลิก. (2566). ผลกระทบของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงต่อโครงสร้างของผิวหนังชั้นหนังแท้ในหนูที่ถูกเหนี่ยวนำให้เป็นเบาหวาน. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 12(3), 80-91.
- อรมณี ประจวบจินดา, อินทัช ศักดิ์ภักดีเจริญ, ผกากรอง ทองดียิ่ง และสุมาลี ปานทอง. (2563). สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่ช่วยรักษาอาการแพ้อักเสบของผิวหนังจากแมลงสัตว์กัดต่อย. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*, 18(3), 604-615.
- International Diabetes Federation [IDF] Atlas.(2019). *IDF Diabetes atlas* (9th ed.). Retrieved October 5, 2024, from: <http://www.diabetesatlas.org/resources/2024>.
- Quondamatteo F. Skin and diabetes mellitus: what do we know? *Cell Tissue Res*. 2014;355:1–21.
- Walsh JW, Hoffstad OJ, Sullivan MO, Margolis DJ. Association of diabetic foot ulcer and death in a population-based cohort from the United Kingdom. *Diabet Med.*, 33(11), 1493-8.
- World Health Organization. (2021). World Health Statistics report 2021 monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342703>

การพัฒนาแนวทางการเกษตรสมุนไพรวิถีใหม่ตามแนวคิด บีซีจี โมเดล:
กรณีศึกษาชุมชนเตापูน อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

Development of New Normal Herbal Agriculture Guidelines Based on the
BCG Model: A Case Study of Tao Poon Cimmunity, Photharam District, Ratchaburi
Province

กัณฑา นิมทัตสนศิริ*

Kanta Nimthasanasiri

วิทยาลัยมวยไทยศึกษาและการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง

College of Muay Thai Study and Thai Traditional Medicine, Muban Chombueng Rajabhat University

(Received: October 9, 2024, Revised: April 22, 2025, Accepted: April 28, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัจจุบันของชุมชนเตापูนและการบริหารจัดการการเกษตรสมุนไพร 2) พัฒนาแนวทางการเกษตรสมุนไพรวิถีใหม่ตามแนวคิด BCG Model และ 3) ประเมินคุณภาพของแนวทางที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยประชากรในตำบลเตापูน จำนวน 380 คน ซึ่งได้มาโดยใช้วิธีการแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling Method) และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 20 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection Sampling) เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบสอบถามเกี่ยวกับสภาพปัจจุบันของการเกษตรสมุนไพร และแบบประเมินคุณภาพแนวทาง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที (t-test) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า 1) สภาพปัจจุบันของชุมชนเตापูนมีพื้นที่เกษตรรวม 15,035 ไร่ ประชากร 6,162 คน ใน 9 หมู่บ้าน โดยเกษตรกรมีความรู้ในการจัดการเกษตรสมุนไพรใน 5 ด้านหลักอยู่ในระดับต่ำ (เฉลี่ยไม่เกินร้อยละ 50) ได้แก่ การเตรียมพื้นที่เพาะปลูก (43.79%) การคัดเลือกพันธุ์พืช (36.49%) การบำรุงรักษาและพรวนดิน (42.06%) การกำจัดวัชพืชและศัตรูพืช (28.32%) และด้านอื่นๆ (35%) ซึ่งมีสาเหตุหลักจากเกษตรกรส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา (ร้อยละ 76.32) และขาดแหล่งถ่ายทอดองค์ความรู้ที่เป็นระบบ 2) แนวทางการพัฒนาการเกษตรสมุนไพรวิถีใหม่ตามแนวคิด BCG Model ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 ด้านหลัก ได้แก่ การบริหารจัดการดิน (เน้นการใช้ปุ๋ยอินทรีย์และการปรับปรุงดินด้วยวัสดุธรรมชาติ) การบริหารจัดการน้ำ (ใช้ระบบน้ำหยดและการหมุนเวียนน้ำ) การฟื้นฟู-อนุรักษ์ดินและน้ำ (ส่งเสริมการปลูกพืชคลุมดินและการทำฝายชะลอน้ำ) การจัดหาแหล่งน้ำ (พัฒนาระบบกักเก็บน้ำฝนและบ่อน้ำตื้นพลังงานแสงอาทิตย์) และการถ่ายทอดภูมิปัญญา (จัดตั้งศูนย์เรียนรู้ชุมชนและพัฒนาเครือข่ายประชาชนชาวบ้าน) 3) ผลการประเมินคุณภาพของแนวทางพบว่า ด้านความเป็นไปได้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.21-4.49) ยกเว้นด้านการฟื้นฟู-อนุรักษ์ดินและน้ำที่อยู่ในระดับมากที่สุด (4.533) ส่วนด้านความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน (ค่าเฉลี่ย 4.51-4.88) โดยด้านการถ่ายทอดภูมิปัญญามีค่าเฉลี่ยสูงสุด (4.880) เมื่อเปรียบเทียบความเป็นไปได้กับความเหมาะสมของแนวทาง พบว่าไม่แตกต่างกัน ทั้งในภาพรวมและรายด้าน

ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการเกษตรสมุนไพรวิถีใหม่ตามแนวคิด BCG Model ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน และเป็นต้นแบบในการวางแผนพัฒนาการเกษตรแบบยั่งยืนที่สอดคล้องกับนโยบายเศรษฐกิจชีวภาพ เศรษฐกิจหมุนเวียน และเศรษฐกิจสีเขียว (Bio-Circular-Green Economy) ของประเทศ

คำสำคัญ : แนวทางพัฒนา, เกษตรสมุนไพร, ปืชีจี โมเดล, ชุมชนเตาปูน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding Author: Kanta Nimthasanasiri, E-mail: kantanim@mcruc.ac.th)

Abstract

This research employed a mixed methods approach, combining survey research with phenomenological qualitative research. The objectives were to: 1) study the current conditions of Tao Poon community and its medicinal herb agricultural management, 2) develop guidelines for new normal medicinal herb agriculture based on the BCG Model concept, and 3) evaluate the quality of the developed guidelines. The sample consisted of 380 residents from Tao Poon Sub-district, selected through multi-stage sampling method, and 20 key informants selected through purposive sampling. Research instruments included semi-structured interviews, questionnaires on the current state of medicinal herb agriculture, and guideline quality assessment forms. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and t-test. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The research findings revealed that: 1) Tao Poon community has a total agricultural area of 15,035 rai with a population of 6,162 people in 9 villages. Farmers' knowledge of medicinal herb agricultural management in 5 main areas was at a low level (averaging less than 50%), including land preparation (43.79%), plant variety selection (36.49%), maintenance and soil cultivation (42.06%), weed and pest control (28.32%), and other aspects (35%). The main causes were that most farmers had educational levels below secondary education (76.32%) and lacked systematic knowledge transfer sources. 2) The developed guidelines for new normal medicinal herb agriculture based on the BCG Model comprised 5 main areas: soil management (emphasizing organic fertilizer use and soil improvement with natural materials), water management (using drip irrigation systems and water recycling), soil and water restoration-conservation (promoting cover crops and check dams), water source procurement (developing rainwater harvesting systems and solar-powered shallow wells), and knowledge transfer (establishing community learning centers and developing networks of local wisdom experts). 3) The quality assessment of the guidelines showed that feasibility was mostly at a high level (mean 4.21-4.49), except for soil and water restoration-conservation which was at the highest level (4.533). Appropriateness was at the highest level in all areas (mean 4.51-4.88), with knowledge transfer having the highest mean (4.880). When comparing the feasibility and appropriateness of the guidelines, no significant differences were found, both overall and in individual areas.

The research results can be applied to develop new normal medicinal herb agriculture based on the BCG Model in other areas with similar contexts and serve as a prototype for sustainable agricultural development planning that aligns with the country's Bio-Circular-Green Economy policy.

Keywords: Development Guidelines, Medicinal Herb Agriculture, BCG Model, Tao Poon Community

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเผชิญกับความท้าทายหลายประการทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคเกษตรกรรมซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของประเทศ รัฐบาลจึงได้กำหนดนโยบาย "BCG Model" หรือโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน เป็นวาระแห่งชาติ (กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม, 2564) เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาเศรษฐกิจด้วยองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม บนฐานความหลากหลายทางชีวภาพและวัฒนธรรม

BCG Model เป็นการพัฒนาเศรษฐกิจแบบองค์รวมที่บูรณาการการพัฒนาเศรษฐกิจ 3 มิติไปพร้อมกัน ได้แก่ เศรษฐกิจชีวภาพ (Bio Economy) ที่มุ่งเน้นการใช้ทรัพยากรชีวภาพอย่างคุ้มค่า เศรษฐกิจหมุนเวียน (Circular Economy) ที่คำนึงถึงการนำวัสดุกลับมาใช้ประโยชน์ให้มากที่สุด และเศรษฐกิจสีเขียว (Green Economy) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาที่สมดุลทั้งเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม (สำนักงานสภาพัฒนาการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ [สนอวช.], 2564) แนวคิดนี้สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ขององค์การสหประชาชาติ ที่ประเทศไทยได้ร่วมลงนามรับรอง (United Nations, 2015) การนำแนวคิด BCG Model มาประยุกต์ใช้ในภาคเกษตรกรรมได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง ดังที่ พิพัฒน์ วีระถาวร (2563) ได้ศึกษาการปรับเปลี่ยนสู่เกษตรกรรมยั่งยืนตามแนวคิด BCG Model พบว่า การเกษตรที่เน้นการใช้ทรัพยากรหมุนเวียนและลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตและสร้างมูลค่าเพิ่มให้กับผลผลิตทางการเกษตรได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยของ จตุรงค์ พวงมณี และคณะ (2563) ที่ศึกษาการพัฒนาเกษตรอินทรีย์ตามแนวทาง BCG Model ในภาคเหนือของประเทศไทย พบว่า เกษตรกรที่นำหลักการดังกล่าวไปปฏิบัติมีต้นทุนการผลิตที่ลดลงร้อยละ 15-20 และมีรายได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 25-30

นอกจากนี้ ททัต หน่อสุวรรณ และคณะ (2564) ได้ศึกษาการเกษตรในเมืองกับ BCG Model โดยมุ่งพัฒนาการทำเกษตรที่สอดคล้องกับการพัฒนาเศรษฐกิจตามแนวคิดดังกล่าว ซึ่งเกี่ยวข้องกับการลดการใช้ทรัพยากร การใช้ทรัพยากรหมุนเวียน และการลดการปลดปล่อยของเสีย รวมถึงการสร้างมูลค่าเพิ่มของการใช้พื้นที่และส่งเสริมระบบนิเวศ ด้วยพื้นที่การผลิตที่จำกัดทำให้ต้องทำการผลิตอย่างเข้มข้นร่วมกับการใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและผลผลิต ซึ่งการเกษตรลักษณะนี้สอดคล้องกับแนวคิด "วิถีปกติใหม่" (New Normal) ที่มาลี บุญศิริพันธ์ (2563) อธิบายว่าเป็นวิถีชีวิตใหม่ที่ประกอบด้วยวิถีคิด วิถีเรียนรู้ วิถีสื่อสาร วิถีปฏิบัติ และการจัดการการใช้ชีวิตแบบใหม่ที่เกิดขึ้นหลังจากเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างใหญ่หลวง ในด้านการประยุกต์ใช้ BCG Model เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน สมพร ปานดำ (2564) ได้ศึกษา "BCG Model กับอาชีวศึกษาไทย" โดยนำเสนอการประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ในการพัฒนาการเรียนการสอนของอาชีวศึกษา เพื่อนำไปสู่การพัฒนาประเทศ โดยการนำศักยภาพของบุคลากรสายอาชีวศึกษามารวมกันกับต้นทุนในพื้นที่ เพื่อตอบโจทย์นโยบาย BCG ของประเทศใน 4 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1) กลุ่มแปรรูปอาหารและผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ 2) กลุ่ม

สาธารณสุข สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์ 3) กลุ่มนวัตกรรมเพื่อการท่องเที่ยวและเศรษฐกิจสร้างสรรค์ และ 4) กลุ่มพัฒนาเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ อุปกรณ์อัจฉริยะพลังงานและสิ่งแวดล้อม ซึ่งแนวคิดดังกล่าวสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาเกษตรกรรมได้เช่นกัน

ทั้งนี้ การประยุกต์ใช้แนวคิด BCG Model ในภาคเกษตรกรรมสอดคล้องกับการศึกษาของ วิฑูรย์ เลี่ยนจำรูญ (2565) ที่พบว่า เกษตรกรรมยั่งยืนตามแนวคิดดังกล่าวช่วยเพิ่มความหลากหลายทางชีวภาพในระบบนิเวศเกษตร ลดต้นทุนการผลิต และส่งเสริมความมั่นคงทางอาหารในระดับชุมชน อีกทั้ง อรรถพล ชำนาญหมอ (2565) ยังพบว่า การทำเกษตรตามแนวคิด BCG Model ช่วยลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกได้ถึงร้อยละ 25-30 เมื่อเทียบกับการทำเกษตรแบบดั้งเดิม

จากการลงพื้นที่ชุมชนเตาปูน อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี ผู้วิจัยพบว่า ชุมชนแห่งนี้ยังคงรักษาวิถีชีวิตวัฒนธรรมดั้งเดิม มีการปรับตัวในการดำเนินชีวิตตามสภาพสังคมวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไปไม่มาก ตลอดจนมีศักยภาพในการบริหารจัดการภายในชุมชนท้องถิ่นตามอัตภาพได้ ชาวบ้านส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม โดยเฉพาะการทำนาเป็นอาชีพหลัก อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจเบื้องต้น พบประเด็นปัญหาสำคัญในชุมชน ดังนี้

1. หลังการเก็บเกี่ยวข้าว เกษตรกรยังคงมีการเผาเศษฟางและวัชพืชในแปลงนา ซึ่งส่งผลให้พื้นที่เพาะปลูกเสื่อมโทรม เกิดมลพิษทางอากาศ และส่งผลเสียต่อสุขภาพของคนในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของศูนย์วิจัยและพัฒนาการเกษตรราชบุรี (2564) ที่พบว่า การเผาเศษวัสดุทางการเกษตรในพื้นที่จังหวัดราชบุรีก่อให้เกิดปัญหาฝุ่น PM 2.5 เกินค่ามาตรฐานถึงร้อยละ 35 ในช่วงฤดูเก็บเกี่ยว

2. การทำนาในพื้นที่ลดลงเหลือปีละ 1 ครั้ง จากเดิมที่ทำปีละ 2 ครั้ง เนื่องจากปัญหาภัยแล้งและการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ ส่งผลให้เกษตรกรมีรายได้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ จากข้อมูลของสำนักงานเกษตรอำเภอโพธาราม (2564) พบว่า รายได้ของเกษตรกรในพื้นที่ลดลงประมาณร้อยละ 40-50 ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา

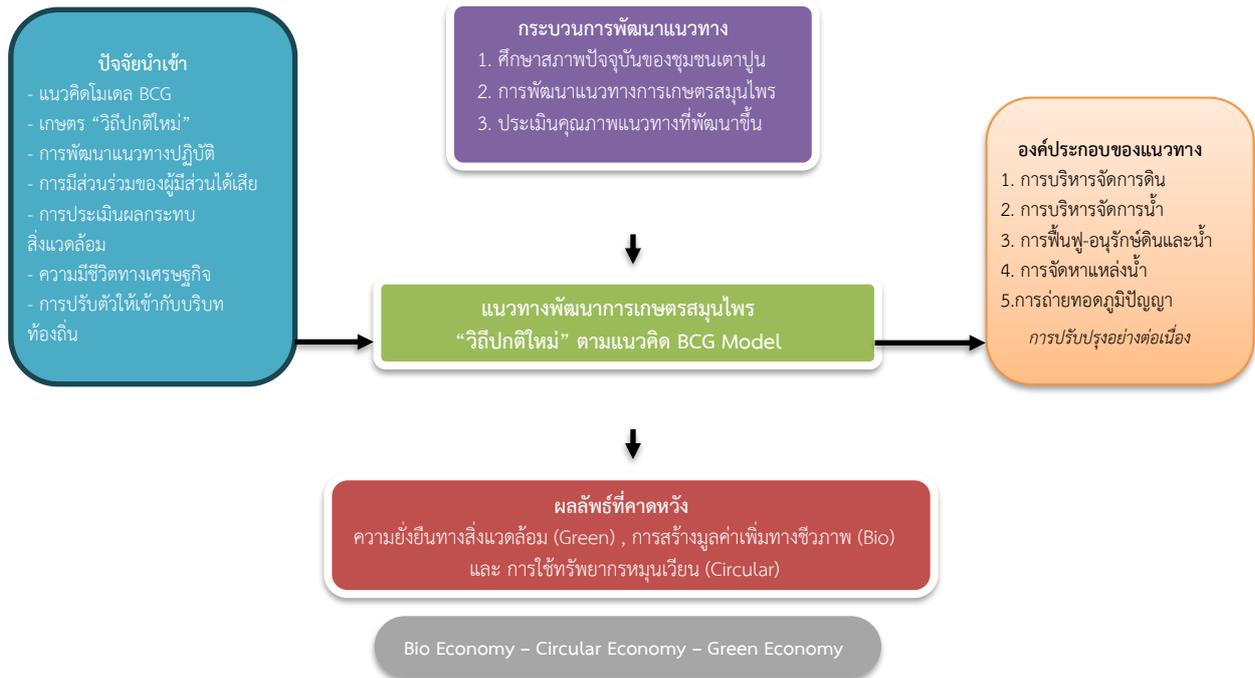
3. ขาดการจัดการความรู้และการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการเกษตรอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรท้องถิ่นที่สามารถนำมาสร้างมูลค่าเพิ่มได้

จากปัญหาดังกล่าว การส่งเสริมการเกษตรสมุนไพรตามแนวคิด BCG Model จึงเป็นทางเลือกที่น่าสนใจ เนื่องจากสามารถช่วยแก้ปัญหาการเผาเศษวัสดุทางการเกษตร เพิ่มรายได้ให้กับเกษตรกร และอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่นได้ในคราวเดียวกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ จริญญา พุ่มพวง (2564) ที่พบว่า การปลูกสมุนไพรในระบบเกษตรอินทรีย์ตามแนวคิด BCG Model ช่วยเพิ่มรายได้ให้เกษตรกรได้ถึงร้อยละ 30-40 เมื่อเทียบกับการปลูกพืชเชิงเดี่ยวแบบดั้งเดิม ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสภาพปัจจุบันของชุมชนเตาปูน และการบริหารจัดการการเกษตรสมุนไพร เพื่อพัฒนาแนวทางการเกษตรสมุนไพรวิถีปกติใหม่ตามแนวคิด BCG Model และประเมินคุณภาพของแนวทางที่พัฒนาขึ้น โดยมุ่งหวังให้ผลการวิจัยสามารถนำไปสู่การพัฒนาเกษตรกรรมที่ยั่งยืน สร้างความมั่นคงทางอาหารและรายได้ให้กับชุมชน ตลอดจนรักษาสิ่งแวดล้อมตามแนวคิดเศรษฐกิจชีวภาพ เศรษฐกิจหมุนเวียน และเศรษฐกิจสีเขียว อันจะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งชาติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันของชุมชนเตาปูนและการบริหารจัดการการเกษตรสมุนไพรรวมของชุมชน
2. เพื่อพัฒนาแนวทางพัฒนาการเกษตรสมุนไพรวถีปฏิบัติใหม่ตามแนวคิด บีซีจี โมเดล ของชุมชน
3. เพื่อประเมินคุณภาพแนวทางพัฒนาการเกษตรสมุนไพรวถีปฏิบัติใหม่ตามแนวคิด บีซีจี โมเดล ของชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในการศึกษาและพัฒนาแนวทางเกษตรสมุนไพรวถีปฏิบัติใหม่ตามแนวคิด BCG Model ของชุมชนเตาปูน ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ที่มีถิ่นพำนักอยู่ในตำบลเตาปูน อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี 6,119 คน 9 หมู่บ้าน (ส่วนบริหารและพัฒนาเทคโนโลยีการทะเบียน สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง, 2566)

2. กลุ่มตัวอย่าง การได้มาของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling method) โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มตามวิธีวิจัย ดังนี้

2.1 กลุ่มตัวอย่างสำหรับงานวิจัยเชิงปริมาณ เป็นกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาสภาพปัจจุบันการบริหารจัดการการเกษตรสมุนไพรรวม ภูมิปัญญาและการถ่ายทอดภูมิปัญญาการเกษตรของชุมชน จำนวน 380 คน โดยการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane (1967) ที่ระดับความมีนัยสำคัญ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 378 คน ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนอีก 2 คนเพื่อป้องกันการเก็บข้อมูลไม่ครบถ้วน รวมเป็น 380 คน

จากนั้น จำแนกประชากรตามหมู่บ้าน 9 หมู่บ้าน และกำหนดสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนประชากรของแต่ละหมู่บ้าน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับสลากรายชื่อจากบัญชีรายชื่อประชากรในแต่ละหมู่บ้านให้ได้จำนวนตามสัดส่วนที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเลือก ผู้เข้าร่วมต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชน 2) ประกอบอาชีพเกษตรกรรมไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) สามารถอ่าน เขียนภาษาไทยได้ 4) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และ 5) สมารถใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก 1) ไม่ใช่ชาวบ้านในชุมชน และ 2) ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยภายหลัง

2.2 กลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

2.2.1 กลุ่มพัฒนาแนวทางพัฒนาการเกษตรสมุนไพรวิถีปกติใหม่ ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 20 คน ประกอบด้วย ปราชญ์ชาวบ้านที่มีองค์ความรู้ด้านการเกษตร 5 คน, ผู้สูงอายุในชุมชนที่พำนักอาศัยอยู่ในชุมชนไม่น้อยกว่า 50 ปี 5 คน ผู้นำชุมชนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ 7 คน และผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบลเตาปูน 3 คน

เกณฑ์การคัดเลือก ผู้เข้าร่วมต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นปราชญ์ชาวบ้านที่ได้รับการยอมรับในชุมชน (โดยได้รับการคัดเลือกจากผู้นำชุมชนเสนอชื่อและจากฐานข้อมูลของหมู่บ้านและองค์การบริหารส่วนตำบล) ที่มีองค์ความรู้ด้านการเกษตร หรือ 2) เป็นผู้สูงอายุในชุมชนที่พำนักอาศัยอยู่ในชุมชน ไม่น้อยกว่า 50 ปี หรือ 3) เป็นผู้นำชุมชนที่อยู่ในชุมชนและได้รับการยกย่องจากชาวบ้าน หรือจากการแต่งตั้งจากองค์การบริหารส่วนตำบล 4) สามารถพูดภาษาไทยได้ 5) สามารถเดินทางมาเข้าร่วมสัมภาษณ์ได้ และ 6) สมารถใจเข้าร่วมสัมภาษณ์

เกณฑ์การคัดออก 1) ไม่ใช่ชาวบ้านในชุมชน 2) ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยภายหลัง และ 3) ให้สัมภาษณ์ในประเด็นที่ไม่ครบถ้วน

2.2.2 กลุ่มประเมินคุณภาพของแนวทางที่พัฒนาขึ้น ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญที่เกี่ยวกับการวิจัย 5 ท่าน ประกอบด้วย นักวิชาการด้านการเกษตร 1 ท่าน, นักวิชาการด้านสมุนไพร 1 ท่าน, นักวิชาการด้านการพัฒนาชุมชน 1 ท่าน, นักวิชาการด้านสังคมวิทยา 1 ท่าน และปราชญ์ชาวบ้านที่มีความชำนาญด้านการเกษตร 1 ท่าน

เกณฑ์การคัดเลือก ผู้ทรงคุณวุฒิต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) มีประสบการณ์หรือความเชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องไม่น้อยกว่า 5 ปี, 2) มีวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรีสาขาที่เกี่ยวข้อง (ยกเว้นปราชญ์ชาวบ้าน), 3) สามารถเข้าร่วมการประเมินได้ตลอดระยะเวลาของการวิจัย และ 4) สมารถใจเข้าโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมประเมินได้ตลอดระยะเวลาของการวิจัย และ 2) ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยภายหลัง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับสภาพปัจจุบันการบริหารจัดการการเกษตรสมุนไพรของชุมชน สำหรับเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ แบ่งเป็น 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม, ตอนที่ 2 ความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเกษตรสมุนไพร และ ตอนที่ 3 ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการพัฒนาการเกษตรสมุนไพร

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง สำหรับเก็บข้อมูลเชิงลึกจากกลุ่มพัฒนาแนวทางพัฒนาการเกษตรสมุนไพรวิถีปกติใหม่ ครอบคลุมประเด็น: ความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการเกษตรสมุนไพร, การจัดการทรัพยากรเกษตรตามแนวคิด BCG Model และแนวทางการพัฒนาการเกษตรสมุนไพรวิถีปกติใหม่

3. แบบประเมินคุณภาพของแนวทาง สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิในการประเมินแนวทางที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย: การประเมินด้านความเป็นไปได้ (Feasibility), การประเมินด้านความเหมาะสม (Appropriateness) และข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงแนวทาง

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การสร้าง ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นกำหนดกรอบแนวคิดในการสร้างเครื่องมือและสร้างเครื่องมือตามกรอบแนวคิด

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน, การทดสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) และการตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสัมภาษณ์โดยการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 3 ระยะ ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัจจุบันของชุมชนเตาปูนและการบริหารจัดการการเกษตรสมุนไพร ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ 380 คน แล้วนำมาวิเคราะห์และสรุปผลสภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการ

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางการเกษตรสมุนไพรวิถีปกติใหม่ตามแนวคิด BCG Model ผู้วิจัยทำการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการกับกลุ่มพัฒนาแนวทาง 20 คน สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญเพื่อรวบรวมองค์ความรู้และภูมิปัญญา จากนั้น ยกร่างแนวทางการพัฒนาการเกษตรสมุนไพรวิถีปกติใหม่ และตรวจสอบความถูกต้องของแนวทางโดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group)

ระยะที่ 3 ประเมินคุณภาพของแนวทางที่พัฒนาขึ้น โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านประเมินคุณภาพของแนวทางด้านความเป็นไปได้และความเหมาะสม นำปรับปรุงแนวทางตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและจัดทำแนวทางฉบับสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความเป็นไปได้และความเหมาะสมของแนวทางโดยใช้การทดสอบค่าที (t-test)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จัดหมวดหมู่ข้อมูล (Categorization) การเปรียบเทียบข้อมูล (Comparison) และการสร้างข้อสรุป (Conclusion)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยได้รับอนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง เลขที่ 003/2566 ลงวันที่ 29 ธันวาคม 2566 ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ทำการขออนุญาตอธิบายวัตถุประสงค์และการเก็บรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งจะไม่เปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น หากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการรักษาพยาบาล โดยไม่คิดมูลค่า และจะได้รับการชดเชยรายได้ที่สูญเสียไประหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าว

ผลการวิจัย

1. สภาพปัจจุบันของชุมชนเตาปูน

1.1 ข้อมูลทั่วไปและบริบทของชุมชน

จากการวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แผนพัฒนาท้องถิ่นขององค์การบริหารส่วนตำบลเตาปูน (2563) รายงานสถิติประชากรจากนายทะเบียนอำเภอโพธาราม (2564) และการลงพื้นที่สังเกตแบบมีส่วนร่วม พบว่า ตำบลเตาปูนตั้งอยู่ห่างจากที่ตั้งของอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี ไปทางทิศตะวันตกประมาณ 15 กิโลเมตร มีพื้นที่ทั้งหมด 42.93 ตารางกิโลเมตร หรือ 27,575 ไร่ โดยเป็นพื้นที่ทำการเกษตร 15,035 ไร่ ข้อมูลจากนายทะเบียนอำเภอโพธาราม ณ วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2564 ระบุว่า มีประชากร 6,162 คน 2,034 ครัวเรือน

จากการสังเกตสภาพแวดล้อมทางกายภาพของชุมชนและการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน พบว่า ลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบลุ่ม และเป็นพื้นที่สีเขียวตามผังเมืองซึ่งกำหนดให้เป็นที่ห้ามตั้งโรงงานอุตสาหกรรม (อบต.เตาปูน, 2563) ประกอบด้วย 9 หมู่บ้าน สภาพภูมิอากาศอยู่ในเขตโซนร้อน แบ่งออกได้เป็น 3 ฤดู สภาพดินเป็นดินร่วนและดินร่วนปนเหนียว มีแหล่งน้ำทั้งจากธรรมชาติและจากโครงการส่งน้ำจากเขื่อนหลักและอ่างเก็บน้ำ ซึ่งเป็นแหล่งน้ำสำคัญในการทำการเกษตรและการอุปโภคบริโภค

1.2 วิถีชีวิตและวัฒนธรรมชุมชน

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับประชาชนชาวบ้านและการจัดสนทนากลุ่มกับตัวแทนชุมชน พบว่า การดำรงชีวิตของคนในชุมชนเตาปูนสมัยก่อนเน้นเรื่องการพึ่งพาตนเองเป็นหลัก โดยใช้ความขยัน อดทน และภูมิปัญญาท้องถิ่นในการประกอบอาชีพ ทางด้านสังคมและวัฒนธรรม มีระบบความสัมพันธ์แบบสังคมชนบทที่พึ่งพิงกันตามบริบทการเปลี่ยนแปลงทางสังคมวัฒนธรรม ความเจริญก้าวหน้าทางเศรษฐกิจ และเทคโนโลยีที่ขยายตัวมาจากสังคมเมือง

ผลการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการบันทึกภาคสนามแสดงให้เห็นว่า แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ ระบบนิเวศและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่ ชาวบ้านก็ยังคงสืบสานรักษาไว้ซึ่งวิถีชีวิตที่ผูกพันยึดโยงอยู่กับวิถีการเกษตรไว้จนเป็นรากฐานในการดำเนินชีวิต อัตลักษณ์เด่นด้านการ

ทำมาหากิน คือ การทำนาปลูกข้าวเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการพึ่งพาตนเอง การพึ่งพาอาศัยระหว่างกันของชาวบ้าน และความช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่างญาติ พี่น้อง รวมไปถึงวิถีชีวิตทางศาสนาที่มีความเลื่อมใสศรัทธาในพระพุทธศาสนา

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มกับตัวแทนชุมชนยังเผยให้เห็นว่า วิถีชีวิตวัฒนธรรมของคนในตำบลเตาปูนเป็นวิถีชีวิตที่อยู่บนพื้นฐานของความหลากหลายทางวัฒนธรรม ภูมิปัญญา ความเชื่อ ศาสนา ประเพณี ศิลปวัฒนธรรม และค่านิยม เนื่องจากชาวบ้านที่อาศัยตั้งถิ่นฐานร่วมกันอยู่ในชุมชนมีความหลากหลายของชาติพันธุ์ทั้งคนไทย ไทยมอญ ไทยลาว ไทยจีน และอื่นๆ รวมไปถึงผู้คนที่ย้ายถิ่นเข้ามาตั้งรกรากทำมาหากินในพื้นที่

2. การบริหารจัดการการเกษตรผสมผสานของชุมชนตำบลเตาปูน ใน 3 มิติ คือ การพัฒนา การอนุรักษ์ และการถ่ายทอดภูมิปัญญาการเกษตรของชุมชนเตาปูน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละการบริหารจัดการการเกษตรผสมผสานของชุมชนเตาปูน (จำนวน 380 คน)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ชื่อหมู่บ้าน	หมู่ 1-2 บ้านเตาปูน	19	5
	หมู่ 3 ดอนมะขามเต่า	19	5
	หมู่ 4 บ้านหนองสระ	57	15
	หมู่ 5 บ้านหนองขนาน	57	15
	หมู่ 6 บ้านเขาราบ	57	15
	หมู่ 7 บ้านเนินหนองบัว	57	15
	หมู่ 8 บ้านหนองตายอด	57	15
	หมู่ 9 บ้านหนองกลางเนิน	57	15
		รวม	380
2. อายุ	20-25 ปี	1	0.26
	26-30 ปี	3	0.79
	31-40 ปี	20	5.26
	41 ปีขึ้นไป	356	93.68
		รวม	380
3. ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา	28	7.37
	ประถมศึกษา	290	76.32
	มัธยมศึกษา	49	12.89
	ปริญญาตรี	7	1.87
	สูงกว่าปริญญาตรี	6	1.58
	รวม	380	100

จากตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ใน 5 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 4 บ้านหนองสระ หมู่ 5 บ้านหนองขนาน หมู่ 6 บ้านเขาราบ หมู่ 7 บ้านเนินหนองบัว หมู่ 8 บ้านหนองตายอด และหมู่ 9 บ้านหนอง

กลางเนิน มีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 15 มีอายุอยู่ใน ช่วงอายุ 41 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 98.68 และระดับ การศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 76.32

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละการทำการเกษตรพืชสมุนไพรของชุมชนตำบลเตาปูน (จำนวน 380 คน)

	รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. การปลูกพืชสมุนไพร	พริก	74	19.47
	กระชาย	42	11.05
	ไพล	39	10.26
	ฟ้าทะลายโจร	39	10.26
	ว่านหางจระเข้	31	8.16
	ขมิ้นชัน	18	4.74
	มะขามป้อม	8	2.11
	กระเจี๊ยบแดง	6	1.58
	กระชายดำ	3	0.79
	บัวบก	3	0.79
	หญ้าหวาน	2	0.53
	กวาวเครือขาว	1	0.26
	อื่น ๆ โประตระบุ (ข้าว)	114	30
		รวม	380
2. ผลผลิตที่ได้	ใช้เอง	169	44.47
	ขายให้พ่อค้าคนกลาง/จตุรัสซื่อ	145	38.16
	ขายให้ผู้ประกอบการ	52	13.68
	ขายในตลาดท้องถิ่น/ชุมชน	6	1.58
	อื่น ๆ	5	1.32
	ขายในงานแสดงสินค้าในพื้นที่	3	0.79
		รวม	380

จากตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ปลูกข้าว คิดเป็นร้อยละ 30 ผลผลิตที่ได้นำไปใช้เอง คิด เป็นร้อยละ 44.47

1. การปลูกพืชสมุนไพรและการใช้ผลผลิต (n=380) พบว่าพืชสมุนไพรยอดนิยม ได้แก่ พริก (19.47%), กระชาย (11.05%), ไพล (10.26%), ฟ้าทะลายโจร (10.26%) และว่านหางจระเข้ (8.16%) โดยมีผู้ ปลูก “อื่นๆ” (ส่วนใหญ่คือข้าว) ถึง 30% และนำผลผลิตไปใช้เองร้อยละ 44.47, จำหน่ายให้พ่อค้าคนกลาง ร้อยละ 38.16, ขายให้ผู้ประกอบการร้อยละ 13.68 และจำหน่ายในตลาดท้องถิ่น/ชุมชนเพียงร้อยละ 1.58

2. การบริหารจัดการดิน พบว่า ดินมีคุณภาพดี เหมาะแก่การเพาะปลูก มีการปรับปรุงดินด้วย การหว่านปุ๋ยพืชสด ปุ๋ยคอก และปุ๋ยหมัก ที่เเก้กลบพร้อมมูลสัตว์ ลดการเผาตอซังข้าวและเผาฟาง เพื่อรักษา ธาตุอาหารและลดมลพิษ ใช้ปุ๋ยอินทรีย์ มูลสัตว์ และระบบหมุนเวียนพืช (crop rotation) และนำน้ำเสียที่ผ่าน การบำบัดกลับมาใช้รดดิน

3. การบริหารจัดการน้ำ พบว่า มีการสร้างสระน้ำ-ฝายกั้นลำคลอง เพื่อกักเก็บน้ำหน้าแล้ง ขุดลอกคูคลองและทำความสะอาดเพื่อให้การระบายน้ำคล่องตัว และหลีกเลี่ยงการทิ้งสารเคมีลงแหล่งน้ำ และมีบ่อบำบัดน้ำเสียก่อนนำกลับมาใช้

4. การฟื้นฟู-อนุรักษ์ดินและน้ำ พบว่า มีการปลูกพืชคลุมดินและหมุนเวียน เช่น ปอเทือง หลังฤดูเก็บเกี่ยว ใช้ปุ๋ยหมักขี้วัวและสารชีวภัณฑ์แทนเคมี ไถตากแห้ง ดันหน้าดิน และไถกลบตอซัง เพื่อฆ่าเชื้อโรคและเพิ่มอินทรีย์วัตถุ และหว่านปุ๋ยพืชสด ลดการใช้สารเคมี

5. การจัดหาแหล่งน้ำ พบว่า มีการใช้ระบบชลประทานจากภาครัฐควบคุมคลองไส้ไก่และบ่อบาดาล มีคลองส่งน้ำธรรมชาติ สระสาธารณะ และบ่อที่ขุดเอง และในหน้าแล้งบางส่วนต้อง “ซื้อน้ำ” มาชดเชย

6. การถ่ายทอดภูมิปัญญา พบว่า มีการถ่ายทอดโดยการพาชมแปลงสาธิตและบอกปากต่อปาก จัดอบรมการทำปุ๋ยหมัก สารกำจัดแมลงชีวภาพ และการเลี้ยงจุลินทรีย์ และสอนลูกหลานและผู้สนใจรุ่นใหม่ ให้รับมือต่อความท้าทายด้านการเกษตร

3. แนวทางพัฒนาการเกษตรผสมผสานวิถีปศุสัตว์ใหม่ตามแนวคิด บีซีจี โมเดล ของชุมชนเตาปูน

จากการศึกษาผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลและร่างเป็นแนวทางพัฒนาการเกษตรผสมผสานวิถีปศุสัตว์ใหม่ตามแนวคิด บีซีจี โมเดล แล้วจัดทำเป็น “แนวทางพัฒนาการเกษตรผสมผสานชุมชนเตาปูน” พบว่า แนวทางพัฒนาการเกษตรผสมผสานของชุมชนตำบลเตาปูน สามารถสรุปได้ดังนี้

3.1 ด้านการบริหารจัดการดิน ประเด็นที่สำคัญคือมีการส่งเสริมการเกษตรอินทรีย์และเทคนิคการปลูกที่เหมาะสมกับดินในพื้นที่ การวิจัยและทดลองการปรับปรุงดินให้เหมาะสมกับพืชผสมผสาน การฝึกอบรมเกษตรกรในเรื่องการเตรียมพื้นที่ การบำรุงรักษาดิน การพรวนดิน และการกำจัดวัชพืชแบบยั่งยืน และการส่งเสริมการใช้ปุ๋ยชีวภาพและวัสดุอินทรีย์

3.2 ด้านการบริหารจัดการน้ำ ประเด็นที่สำคัญคือมีการฝึกอบรมการใช้น้ำอย่างประหยัดและมีประสิทธิภาพ การวิจัยเทคนิคการรดน้ำที่เหมาะสมกับผสมผสานในพื้นที่ และการจัดทำปฏิทินการให้น้ำตามฤดูกาล

3.3 ด้านการฟื้นฟู อนุรักษ์ ดิน และน้ำ ประเด็นที่สำคัญคือมีการอนุรักษ์พันธุกรรมพืชผสมผสานที่ใกล้สูญพันธุ์ การส่งเสริมการใช้ผสมผสานในครัวเรือนเพื่อลดการใช้เคมี การสร้างแปลงอนุรักษ์พันธุ์พืชเพื่อรักษาดินและระบบนิเวศ และการรณรงค์ลดการใช้สารเคมีที่ส่งผลกระทบต่อดินและน้ำ

3.4 ด้านการจัดหาแหล่งน้ำที่ใช้ในการเกษตรผสมผสาน ประเด็นที่สำคัญคือมีการพัฒนาแหล่งน้ำชุมชน เช่น คูคลอง บ่อเก็บน้ำฝน การประสานงานกับท้องถิ่นเพื่อปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานน้ำ และการสนับสนุนการจัดการน้ำในระดับครัวเรือนและแปลงเกษตร

3.5 ด้านการถ่ายทอดภูมิปัญญา ประเด็นที่สำคัญคือมีการรวบรวมและจัดทำฐานข้อมูลภูมิปัญญาท้องถิ่น การจัดตั้งกลุ่มอนุรักษ์และถ่ายทอดความรู้จากปราชญ์ชาวบ้าน การสร้างแหล่งเรียนรู้ร่วมกับโรงเรียนและชุมชน และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการเผยแพร่ความรู้

4. การประเมินคุณภาพของแนวทางพัฒนาการเกษตรสมุนไพรวิถีปกติใหม่ตามแนวคิด บีซีจี

โมเดล

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบความมีนัยสำคัญความแตกต่างความคิดเห็นเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพของแนวทางพัฒนาการเกษตรสมุนไพรวิถีปกติใหม่ตามแนวคิด บีซีจี โมเดลของชุมชนเตาปูน ในประเด็นความเป็นไปได้และความเหมาะสม จำแนกตามรายด้านและภาพรวม

แนวทางพัฒนา		1.ด้านการ	2.ด้านการ	3.ด้านการ	4.ด้านการ	5.ด้านการ	รวม
		บริหาร จัดการดิน	บริหาร จัดการน้ำ	ฟื้นฟู อนุรักษ์ ดิน และน้ำ	จัดหาแหล่ง น้ำที่ใช้ใน การผลิตให้ มีอย่า เพียงพอ	ถ่ายทอดภูมิ ปัญญา การเกษตร ของชุมชน ใน	
ความเป็นไปได้	Mean	4.343	4.250	4.533	4.380	4.380	4.460
	S.D.	0.296	0.656	0.419	0.327	0.327	0.326
	ระดับ	มาก	มาก	มากที่สุด	มาก	มาก	มาก
ความเหมาะสม	Mean	4.629	4.725	4.733	4.6	4.88	4.719
	S.D.	0.26	0.24	0.208	0.418	0.13	0.203
	ระดับ	มากที่สุด	มากที่สุด	มากที่สุด	มากที่สุด	มากที่สุด	มากที่สุด
	t	-1.581	-1.614	-1.089	-1.622	-2.752	-1.515
	df	4	4	4	4	4	4
	p	0.189	0.182	0.338	0.18	0.051	0.204

*p > .05

จากตารางที่ 3 จะเห็นได้ว่า แนวทางพัฒนาการเกษตรสมุนไพรวิถีปกติใหม่ตามแนวคิด บีซีจี โมเดล มีความเป็นไปได้ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ยกเว้น ด้านการฟื้นฟู อนุรักษ์ ดิน และน้ำ ที่อยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนประเด็นความเหมาะสม อยู่ในระดับมากที่สุด ทุกด้าน และเมื่อทดสอบความมีนัยสำคัญความแตกต่างระหว่างความเป็นไปได้กับความเหมาะสมของแนวทางพัฒนาการเกษตรสมุนไพรชุมชนเตาปูน ทั้งในภาพรวมและรายด้านพบว่า ไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยขออภิปรายผลไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ดังต่อไปนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันของชุมชนเตาปูนและการบริหารจัดการ การเกษตรสมุนไพรของชุมชน พบว่า ชุมชนตำบลเตาปูนเป็นพื้นที่เกษตรกรรมหลัก 15,035 ไร่ ประชากร 6,162 คน มี 9 หมู่บ้าน มีความรู้ในการจัดการเกษตรสมุนไพรใน 5 ด้าน ยังอยู่ในระดับต่ำ (เฉลี่ยไม่เกินร้อยละ 50) ได้แก่ เตรียมพื้นที่เพาะปลูก 43.79% คัดเลือกพันธุ์พืช 36.49% บำรุงรักษาและพรวนดิน 42.06% กำจัดวัชพืชและศัตรูพืช 28.32% และด้านอื่น ๆ 35% ทั้งนี้อาจมีสาเหตุมาจากเกษตรกรส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา (ร้อยละ 76.32) และยังขาดศูนย์เรียนรู้หรือระบบอบรมอย่างเป็นทางการ รวมถึงขาดแหล่งถ่ายทอดองค์ความรู้ที่เป็นระบบ

ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิดของ Chambers (1994) ที่กล่าวถึง การพัฒนาชุมชนควรเน้น

การมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอน เพื่อแก้ปัญหาความรู้และพัฒนาทักษะอย่างยั่งยืน (Participatory Learning and Action-PLA) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับทฤษฎีช่องว่างความรู้ (Knowledge Gap Theory) ของ Tichenor et al. (1970) ที่อธิบายว่าชุมชนที่มีทรัพยากรความรู้ไม่เท่ากัน จะทำให้เกิดช่องว่างความรู้หากไม่มีการจัดการความรู้ (Knowledge Management) ที่เหมาะสม แม้จะมีภูมิปัญญาท้องถิ่น แต่การ "บอกเล่า สืบต่อกันมา" ยังไม่เพียงพอต่อการพัฒนาความรู้ในด้านเกษตรสมุนไพรอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิชัย เทียนถาวร (2561) ที่พบว่า การถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสมุนไพรแบบไม่เป็นทางการมีข้อจำกัดด้านความครบถ้วนและความแม่นยำ จากการทบทวนเอกสารชุมชนเตาปูน ยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาการบริหารจัดการเกษตรสมุนไพรในบริบทชุมชนเดียวกันโดยตรง (เป็นกรณีศึกษาครั้งแรก) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับข้อค้นพบจากโครงการเกษตรทฤษฎีใหม่ (กรมฝนหลวงและการบินเกษตร, 2562) ที่พบช่องว่างความรู้และทักษะคล้ายกันในชุมชนเกษตรกรรมอื่นๆ ในภาคกลางของประเทศไทย

วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อพัฒนาแนวทางพัฒนาการเกษตรสมุนไพรวิถีปกติใหม่ตามแนวคิด BCG Model ของชุมชน โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นแบ่งเป็น 5 ด้านหลัก ได้แก่ การบริหารจัดการดิน การบริหารจัดการน้ำ การฟื้นฟู-อนุรักษ์ดินและน้ำ การจัดหาแหล่งน้ำ และการถ่ายทอดภูมิปัญญา สอดคล้องกับแนวคิด BCG Model (Bio-Circular-Green Economy) ตามที่สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช., 2564) ได้กำหนดไว้ ประกอบด้วย Bio (การใช้ทรัพยากรชีวภาพอย่างยั่งยืน : ธนาคารเมธิตพันธ์ พันธ์ท้องถิ่น), Circular (การหมุนเวียนทรัพยากร : ปุ๋ยชีวภาพ ระบบน้ำหยด-น้ำหมุนเวียน), Green (การลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม : เกษตรอินทรีย์ ผลิตสารเคมี) แนวทางที่พัฒนาขึ้นนี้สอดคล้องกับนโยบาย BCG ของ สวทช. และแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านเศรษฐกิจฐานชีวภาพ (2564-2570) ที่ยึดแนวทางเกษตรทฤษฎีใหม่ของ พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร (สำนักงานคณะกรรมการพิเศษเพื่อประสานงานโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ, 2560) ที่เน้นการจัดการทรัพยากรอย่างครบวงจร นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Pretty (2018) ที่เสนอว่าการพัฒนาเกษตรกรรมที่ยั่งยืนต้องคำนึงถึงทั้งมิติทางนิเวศวิทยา เศรษฐกิจ และสังคมอย่างเป็นองค์รวม

วัตถุประสงค์ที่ 3 เพื่อประเมินคุณภาพแนวทางพัฒนาการเกษตรสมุนไพรวิถีปกติใหม่ผลการวิจัย สรุปว่าแนวทางทั้งหมดได้รับการประเมินในระดับ "มาก" ถึง "มากที่สุด" ทั้งด้านความเป็นไปได้และความเหมาะสม โดยด้านการ **ฟื้นฟู-อนุรักษ์ดินและน้ำ** ได้คะแนนความเป็นไปได้อยู่ในระดับสูงสุด (4.53) แสดงว่าชุมชนเห็นความสำคัญเร่งด่วนในการคงไว้ซึ่งแหล่งทรัพยากรพื้นฐาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ จตุรงค์ พวงมณี และคณะ (2563) ที่พบว่า การฟื้นฟูและอนุรักษ์ดินและน้ำเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการพัฒนาเกษตรอินทรีย์ในชุมชนภาคกลาง ด้านการถ่ายทอดภูมิปัญญา ได้คะแนนความเหมาะสมอยู่ในระดับสูงสุด (4.88) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าชุมชนพร้อมและเห็นความสำคัญของการสืบทอดภูมิปัญญาเพื่อความยั่งยืน ผลการประเมินนี้สอดคล้องกับรายงานของ UNESCO (2017) เกี่ยวกับการอนุรักษ์ทรัพยากรและภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งพบว่า "การมีส่วนร่วมของชุมชน" และ "การสืบทอดความรู้" คือหัวใจของความยั่งยืน

นอกจากนี้ ผลการประเมินยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wight and Killham (2014) ที่ศึกษาปัจจัยความสำเร็จของการพัฒนาเกษตรกรรมยั่งยืนในชุมชนชนบท โดยพบว่าการผสมผสานระหว่างภูมิปัญญาท้องถิ่นและนวัตกรรมที่เหมาะสมเป็นกุญแจสำคัญสู่ความสำเร็จ

ผลการวิจัยครั้งนี้ให้ภาพชัดเจนทั้งในด้านสถานการณ์ปัจจุบัน การออกแบบแนวทางตาม BCG Model และคุณภาพของแนวทางซึ่งได้รับการประเมินว่า "เหมาะสมและเป็นไปได้จริง" ในบริบทชุมชนเตาปูน ตำบลเตาปูน อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี การพัฒนาเกษตรสมุนไพรตามแนวทางนี้สะท้อนถึงการประยุกต์ใช้แนวคิด BCG Model ที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน ซึ่งตามที่ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์

วิจัย และนวัตกรรม (2564) ได้เสนอไว้ว่า การขับเคลื่อน BCG Model ต้องยึดหลักการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและเหมาะสมกับศักยภาพของแต่ละพื้นที่ แนวทางพัฒนาดังกล่าวมีความเป็นไปได้และความเหมาะสมสูง สอดคล้องกับข้อเสนอของ Altieri and Nicholls (2020) ที่ว่าการพัฒนาเกษตรกรรมยั่งยืนต้องคำนึงถึงปัจจัยทางนิเวศวิทยา ความรู้ท้องถิ่น และการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงน่าจะเป็นแนวทางที่ดีในการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาการเกษตรสมุนไพรตามแนวคิด BCG Model ในชุมชนอื่น ๆ ต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาสภาพปัจจุบันของชุมชนเตาปูน พัฒนาแนวทางการเกษตรสมุนไพรตามแนวคิด BCG Model และประเมินคุณภาพของแนวทางดังกล่าว ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างเป็นรูปธรรม ดังนี้

1. การบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ โดยองค์การบริหารส่วนตำบลเตาปูนสามารถนำผลการวิจัยไปกำหนดแผนพัฒนาท้องถิ่น โดยเฉพาะประเด็น "การฟื้นฟู-อนุรักษ์ดินและน้ำ" ซึ่งได้รับการประเมินว่ามีความเป็นไปได้สูงสุด (4.53) โดยจัดตั้งคณะทำงานที่มีตัวแทนจากทั้ง 9 หมู่บ้าน เพื่อวางแผนการฟื้นฟูทรัพยากรดินและน้ำให้เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ และสำนักงานเกษตรอำเภอโพธาราม สามารถนำองค์ความรู้จากการวิจัยไปพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเกษตรกรโดยเน้น 5 ด้านที่พบว่ามีความรู้อยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ การเตรียมพื้นที่เพาะปลูก การคัดเลือกพันธุ์พืช การบำรุงรักษาและพรวนดิน การกำจัดวัชพืชและศัตรูพืช และการจัดการหลังการเก็บเกี่ยว

2. การสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างเป็นระบบ โดยการจัดตั้ง กลุ่มวิสาหกิจชุมชนเกษตรสมุนไพรเตาปูน เพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรอินทรีย์ และสร้างช่องทางการตลาดที่หลากหลาย เช่น ตลาดออนไลน์ ตลาดชุมชน และการเชื่อมโยงกับการท่องเที่ยวเชิงเกษตร

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการวิจัยพบประเด็นที่ควรศึกษาเพิ่มเติมเพื่อต่อยอดองค์ความรู้และการพัฒนา ดังนี้

1. การวิจัยเชิงลึกเฉพาะประเด็น ในด้านการฟื้นฟูดินในแต่ละพื้นที่โดยเฉพาะ โดยเน้นการศึกษาสภาพดินในแต่ละหมู่บ้านของตำบลเตาปูน ซึ่งมีลักษณะภูมิประเทศและระดับน้ำใต้ดินที่แตกต่างกัน เพื่อพัฒนาสูตรปุ๋ยอินทรีย์ที่เหมาะสมกับสภาพดินเฉพาะพื้นที่ สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า การฟื้นฟู-อนุรักษ์ดินและน้ำได้รับการประเมินว่ามีความเป็นไปได้สูงสุดและการวิจัยและพัฒนาพันธุ์สมุนไพรท้องถิ่นที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจ โดยคัดเลือกจากสมุนไพรที่มีในพื้นที่และมีความต้องการในตลาด เช่น ขมิ้นชัน ไพล กระชาย และฟ้าทะลายโจร เพื่อพัฒนาสายพันธุ์ที่เหมาะสมกับสภาพภูมิอากาศและให้สาระสำคัญสูง

2. การวิจัยด้านผลกระทบและความยั่งยืน โดยควรศึกษาผลกระทบระยะยาวของการเปลี่ยนแปลงจากเกษตรเคมีเป็นเกษตรอินทรีย์ โดยทำการวิจัยเชิงติดตามผล (Longitudinal Study) เป็นระยะเวลา 5-10 ปี เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพดิน ความหลากหลายทางชีวภาพ ต้นทุนการผลิต และรายได้ของเกษตรกรก่อนและหลังการปรับเปลี่ยน และการวิจัยด้านเศรษฐกิจชุมชนและห่วงโซ่มูลค่า (Value Chain) ของผลิตภัณฑ์สมุนไพรจากชุมชนเตาปูน เพื่อพัฒนาระบบการตลาดและการแปรรูปผลิตภัณฑ์ที่สร้างมูลค่าเพิ่มและกระจายรายได้ได้อย่างเป็นธรรม

3. การวิจัยด้านการถ่ายทอดและจัดการความรู้ โดยควรพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสมุนไพรจากปราชญ์ชาวบ้านในพื้นที่อย่างเป็นระบบ และพัฒนาเป็นหลักสูตรท้องถิ่นสำหรับสถานศึกษาในชุมชน สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า การถ่ายทอดภูมิปัญญาได้รับการประเมินว่ามีความ

เหมาะสมสูงสุด และการพัฒนาสื่อดิจิทัลเพื่อการเรียนรู้ด้านเกษตรสมุนไพร โดยจัดทำในรูปแบบที่เข้าถึงง่าย สำหรับเกษตรกรทุกช่วงวัย เช่น แอปพลิเคชัน วิดีโอสาธิต และคลังความรู้ออนไลน์ เพื่อแก้ปัญหาการขาดความรู้ในการจัดการเกษตรสมุนไพรที่พบในผลการวิจัย และที่สำคัญควรมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อพัฒนาศูนย์เรียนรู้การเกษตรสมุนไพรแบบครบวงจรในชุมชนเตาปูน โดยใช้กระบวนการ PLA (Participatory Learning and Action) ตามที่เสนอในการอภิปรายผลการวิจัย

References

- กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. (2563). *โมเดลเศรษฐกิจใหม่ BCG. คลังความรู้*. สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.). 11 ธันวาคม 2563. สืบค้น พฤศจิกายน 01, 2564. จาก https://www.nstda.or.th/home/knowledge_post/bcg-by-nstda/.
- กันตนา นิ่มทัศนศิริ, เพ็ญกลดา ทบศรี, ณิชารัตน์ บุญกุล, รินรำไพ พุทธิพันธ์ และนิติพัฒน์ แก้วประสิทธิ์. (2564). รายงานผลการดำเนินงานโครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการ (1 ตำบล 1 มหาวิทยาลัย) หรือ U2T ตำบลเตาปูน ระยะที่ 1.
- กรมสุขภาพจิต. (2563). *New Normal ชีวิตวิถีใหม่*. บทความด้านสุขภาพจิต 27 พฤษภาคม 2563. สืบค้น พฤศจิกายน 01, 2564. จาก <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=2288>.
- กรมฝนหลวงและการบินเกษตร. (2562). *โครงการเกษตรทฤษฎีใหม่ในภาคกลาง*. กระทรวงเกษตรและสหกรณ์.
- จตุรงค์ พวงมณี, วิรัช พุ่มพวง และศศิวิมล อินทร์แปลง. (2563). การวิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนาเศรษฐกิจฐานรากของกลุ่มเกษตรกรรายย่อย. *วารสารเศรษฐศาสตร์การเมือง*, 9(2), 17-35.
- จรัญ พุ่มพวง. (2564). *ภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการพัฒนาอย่างยั่งยืน*. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาเศรษฐกิจพอเพียง.
- นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์. (2550). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบท*. กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภณา.
- ทัฬหี หน่อสุวรรณ และคณะ. (2564). การเกษตรในเมืองกับ BCG Economic Model. *วารสารวิจัยและส่งเสริมวิชาการเกษตร*. 38(3), 100-116.
- พิพัฒน์ วีระถาวร. (2563). *แนวคิด BCG Model กับการพัฒนาเกษตรยั่งยืน*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการมหาวิทยาลัยแม่โจ้.
- มาลี บุญศิริพันธ์. (ม.ป.ป.). *New Normal คืออะไร*. บทความ. สืบค้น พฤศจิกายน 2564. จาก <https://www.excise.go.th/cs/groups/public/documents/document/dwnt/mzky/~edisp/uatucm392772.pdf>.
- มหานครพาร์ทเนอร์กรุ๊ป. (2023). *The Bio-Circular-Green Economic Model & Measures to Support Carbon Reduction*. สืบค้นจาก <https://www.linkedin.com/pulse/bio-circular-green-economic-model-mahanakorn-partners-group-co-ltd>.
- สมพระ ปานดำ. (2564). BCG Model กับ อาชีวศึกษาไทย. บทความวิชาการ. *วารสารวิชาการสถาบันการอาชีวศึกษาภาคใต้* 1, 6(2), 89-95.
- สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2566). *เศรษฐกิจสีเขียว (Green Economy)*. กรุงเทพฯ : กองกฎหมายต่างประเทศ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา.
- สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ. (2564). *แผนยุทธศาสตร์ชาติด้านเศรษฐกิจชีวภาพ พ.ศ. 2564-2570*.

- สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย (วว.), สำนักส่งเสริมและถ่ายทอดเทคโนโลยี (สส.), สำนักงานปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (สป.วท.). (2559). *ของเหลือทิ้งภาคการเกษตร. รายงานแนวทางการบริหารจัดการขยะแบบครบวงจร.*
- สุวิมล ติรภานันท์. (2551). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์ ; แนวทางสู่การปฏิบัติ.* พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ส่วนบริหารและพัฒนาเทคโนโลยีการทะเบียน. (2566). *สถิติประชากรทางการทะเบียนราษฎร (dopa.go.th).* กรมการปกครอง. สืบค้น สิงหาคม 21, 2567. จาก [https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/ displayData](https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/displayData).
- องค์การบริหารส่วนตำบลเตาปูน. (2563). *ลักษณะภูมิประเทศของตำบลเตาปูน.* ค้นเมื่อ ธันวาคม, 27, 2563, จาก <https://www.taopon.go.th/>.
- Altieri, M. A., & Nicholls, C. I. (2020). *Agroecology and regenerative agriculture: Sustainable solutions for hunger, poverty, and climate change.* Food First Books.
- Cohen, J.M., & Uphoff, N.T. (1981). *Rural Development Participation: Concept and Measure For Project Design Implementation and Evaluation: Rural Development Committee Center for international Studies.* New York: Cornell University Press.
- Interorganizational Committee on Guideliness and Principles. (1994). *Guidelines and Principles for Social Impact Assessment.,* impact Assessment. 12(2) : 107-52.
- Kreith, F., & Tchobanoglous, G. (2002). *Handbook of Solid Waste Management.* McGraw-Hill.
- Pretty, J. (2008). *Agricultural sustainability: Concepts, principles and evidence. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences,* 363(1491), 447-465.
- Wight, G. D., & Killham, K. (2014). *Environmental microbiology: From genomes to biogeochemistry.* Wiley-Blackwell.
- Zhang, Y. & Wildemuth, B. M. (2009). *Qualitative analysis of content.* In B.M. Wildemuth (Ed.) ,Applications of Social Research Methods to Question information and Library Science (pp. 297-307). Westport, CT.: Libraries Unlimit.

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ฟันเทียมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา

Factor Related to Using Denture Behaviors and Quality of Life of
Elderly, Bannangsata District, Yala Province

นริศรา จิตประสพ

Narisara Jitprasop

โรงพยาบาลบันนังสตา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา

Bannangsata Hospital, Yala Public Health Office

(Received: February 6, 2025, Revised: April 8, 2025, Accepted: April 28, 2025)

บทคัดย่อ

การใช้ฟันเทียมของผู้สูงอายุมีประโยชน์ในด้านสุขภาพของเหงือก ช่องปาก และกระดูกรองรับฟัน ช่วยให้การบดเคี้ยวอาหารดีขึ้น ช่วยในการแกเสียง ป้องกันปัญหาการเคลื่อนหรือลื่นของฟัน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามการใช้ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ และศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในมิติสุขภาพช่องปาก เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบตัดขวางกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากชนิดถอดได้ที่มีโครงสร้างเป็นฐานพลาสติกอะคริลิกมาแล้วอย่างน้อย 1 ปีที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลบันนังสตาในระหว่างปี พ.ศ. 2562-2566 จำนวน 140 คน สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์สถิติที่ การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรงแบบนำตัวแปรเข้าทั้งหมด ผลการศึกษาพบว่า การใช้ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับใส่เป็นประจำ ข้อมูลทั่วไปด้านระดับการศึกษา อาชีพ ที่แตกต่างกันของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ส่งผลต่อการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับสถิติ 0.01 และปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ฟันเทียมและการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาในช่องปากที่เกิดจากการใส่ฟันเทียมเกิน ปัจจัยทัศนคติต่อการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ และการแก้ไขปัญหาจากการใส่ฟันเทียม โดยการไปพบแพทย์ ส่งผลในด้านบวกต่อการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ การใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุส่งผลในด้านบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในมิติสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยผลการวิจัยสามารถเป็นแนวทางส่งเสริมแบบแผนการรักษาสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องให้ผู้สูงอายุและส่งเสริมให้ผู้ป่วยใส่ฟันเทียมอย่างถูกต้อง

คำสำคัญ: การใช้ฟันเทียม, สุขภาพช่องปาก, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ

*ผู้ให้การติดต่อ(Corresponding author: Narisara Jitprasop, E-mail: narisnarcis@hotmail.com)

Abstract

The use of dentures in the elderly is beneficial in terms gingival health, oral cavity and bone supporting the teeth, helping to chew food better, helping in pronunciation and preventing problems of tooth movement or falling. This study aimed to follow up on the use of dentures in the elderly in Bannangsata District, Yala Province. Study the factors related to denture wear in the elderly and study the quality of life of the elderly in terms of oral health. This is a cross-sectional survey research with a sample group of elderly people aged 60 years and over. 140 persons who had been wearing removable complete dentures with an acrylic plastic base structure for at least 1 year at the Dental Department Bannangsata Hospital during 2019-2023. The statistics used in the research were frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, t-test, one-way analysis of variance, and linear multiple regression analysis with all input variables. The results of the study found that the use of dentures in the elderly is at the level of regular use. General information on education level and different occupations of the elderly sample group have a significant effect on the use of dentures in the elderly at the statistical level of 0.01. And the factors of perceived benefits of using dentures and the perception of the severity of oral problems caused by wearing illegal dentures, factors of attitude towards using dentures in the elderly, and solving problems from wearing dentures by seeing a doctor have a positive effect on wearing dentures in the elderly. Denture wear in the elderly has a positive effect on the quality of life of the elderly in the oral health dimension, with statistical significance at the 0.01 level. The research results can be a guideline to promote proper oral health care patterns for elderly and encouraging elderly to wear dentures correctly.

Keywords: Using Dentures, Oral Health, Quality of Life, Elderly

บทนำ

สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงมากกว่าร้อยละ 20 หรือเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” ในปี 2564 และมีการคาดการณ์ว่าจะเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” เมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 28 ในปี 2574 (กนกพร สมพร และคณะ, 2565) ปัจจุบันผู้สูงอายุมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้น การดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มวัยนี้จึงเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากสุขภาพช่องปากถือเป็นประตูสู่สุขภาพ (gate way of health) อย่างไรก็ตามคนส่วนใหญ่มักให้ความสำคัญกับสุขภาพช่องปากเป็นลำดับรองจากปัจจัยสุขภาพอื่นๆ จากข้อมูลผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งล่าสุดในปี พ.ศ. 2566 สะท้อนว่า ปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นปัญหาที่ สะสมตลอดช่วงชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุสามารถพบความชุกและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพช่องปากได้มากกว่าวัยอื่นๆ (สำนักทันตสาธารณสุข, 2567)

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาในช่องปากอื่นที่ยังไม่ได้รับการดูแลรักษา พบปัญหาฟันผุบริเวณตัวฟันที่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 60.0 เฉลี่ย 2.1 ที่ต่อคน ร้อยละ 35.5 มีรากฟันผุที่สัมพันธ์กับเหงือก ร้อยละ 0.9 ที่ต่อคน ร้อยละ 3.7 มีภาวะปากแห้งน้ำลายน้อย ซึ่งปัญหาเหล่านี้หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจะมีโอกาส

ลูกกลม ทำให้เกิดความเจ็บปวด ภาวะทุพโภชนาการ กระบวนการดำเนินชีวิตประจำวัน (สำนักทันตสาธารณสุข, 2567) การทำฟันเทียมมีประโยชน์หลายประการสามารถใช้ทดแทนฟันธรรมชาติมีประโยชน์ในด้านสุขภาพของเหงือก ช่องปากและกระดูกรองรับฟัน (พัทธรา ลีหวรรณค์, 2566)

จากกระแสพระราชดำรัสพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ความว่า “เวลาไม่มีฟัน กินอะไรก็ไม่อร่อย ทำให้ไม่มีความสุข จิตใจก็ไม่สบาย ร่างกายก็ไม่แข็งแรง” ได้นำมาสู่ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการจัดทำโครงการฟันเทียมพระราชทานเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา และต่อมาในปีพ.ศ. 2554 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสสช. ดำเนิน “โครงการฟันเทียมพระราชทาน ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” เพื่อเพิ่มการมีฟันเทียมใช้งานของประชาชน ทั้งบริการ ใส่ฟันเทียมบางส่วนและใส่ฟันเทียมทั้งปาก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561)

โรงพยาบาลบันนังสตา เป็นหนึ่งในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฟันเทียมพระราชทาน เพื่อทำฟันเทียมให้กับผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา ตั้งแต่ปี 2551 จนถึงปัจจุบัน พบว่าอำเภอบันนังสตามีผู้สูงอายุจำนวน 7,704 คน ข้อมูลจากกลุ่มพัฒนาทันตสุขภาพวัยทำงานและผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2566 ที่ได้ทำการสำรวจจำนวนชมรมผู้สูงอายุที่จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากตามโครงการฟันเทียมพระราชทานและการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ในอำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวนมากถึง 1,203 คน ที่ให้ความสำคัญกับการเข้าร่วมโครงการฟันเทียมพระราชทานและส่งเสริมสุขภาพช่องปาก อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา เนื่องจากฟันเทียมสามารถทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไป เพิ่มความสามารถในการบดเคี้ยวอาหาร ป้องกันการล้มของฟันไปยังบริเวณช่องว่างที่เกิดจากการสูญเสียฟัน เพิ่มความมั่นใจในการเข้าสังคมได้อย่างปกติสุขเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี (กลุ่มพัฒนาทันตสุขภาพวัยทำงานและผู้สูงอายุ, 2566)

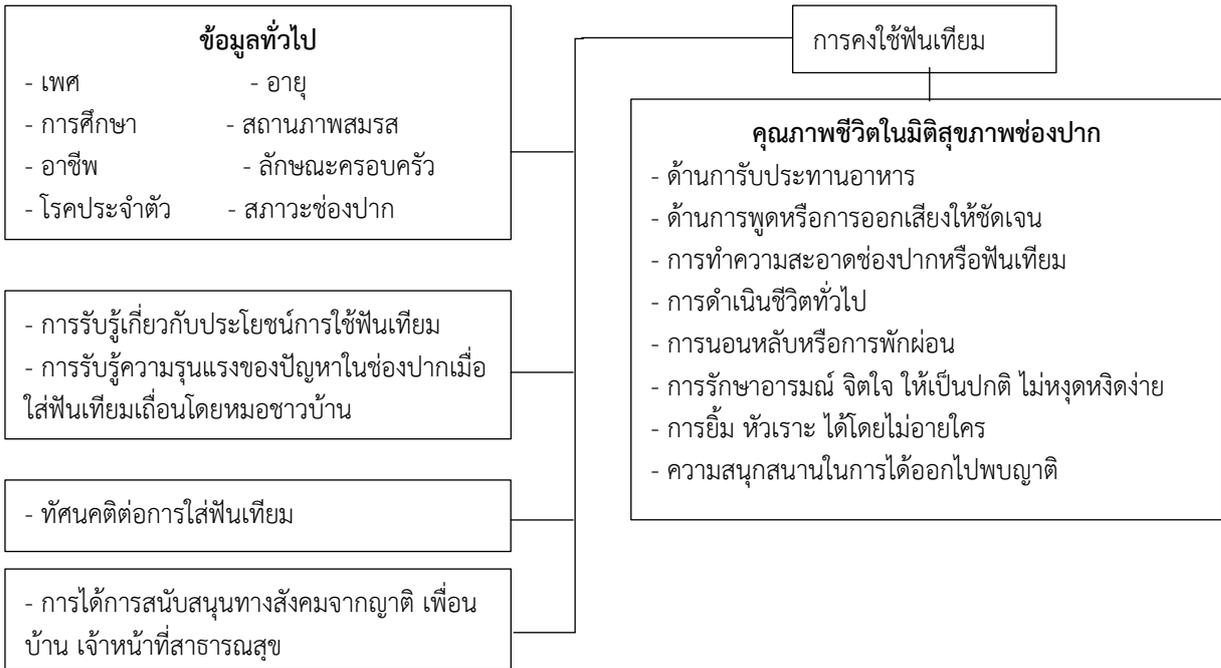
ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทันตสาธารณสุขมีบทบาทหน้าที่ในการรับผิดชอบงานทันตกรรม จึงสนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ฟันเทียมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา โดยติดตามการใช้ฟันเทียมของผู้สูงอายุ ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ และศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในมิติสุขภาพช่องปาก อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา เพื่อช่วยฟื้นฟูสภาวะสุขภาพช่องปากและพัฒนาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากให้กับผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดการสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากกับผู้สูงอายุ ให้มีความสะดวกครอบคลุมและเป็นธรรมมากขึ้น นำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพดี จากมิติของประชาชนเองซึ่งจะเป็นเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ และการสร้างสุขภาพดีที่ยั่งยืนในอนาคต

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อสำรวจติดตามการใช้ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา
2. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในมิติสุขภาพช่องปาก อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ฟันเทียมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลาครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker , แนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support) และประยุกต์ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ของสุปรีดา อุดุลยานนท์และอูเบย์ ซีแฮม (Adulyanon & Sheiham, 1997: 151) ที่เป็นหลักการและการวัดผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือผลกระทบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ฟันเทียมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมของโรงพยาบาลบันนังสตา จังหวัดยะลา อายุ 60 ปีขึ้นไป และใส่ฟันเทียมประเภทถอดได้ฐานพลาสติกทั้งปากมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี นับย้อนหลังไปภายใน 5 ปี คือกลุ่มที่ใส่ฟันเทียมไปในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2562-2566 จากทะเบียนผู้ใส่ฟันเทียมของโรงพยาบาลบันนังสตา จังหวัดยะลา จำนวน 280 คน

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้เป็นประชากรใส่ฟันเทียมทั้งปาก (Complete Denture) ชนิดถอดได้ที่มีโครงสร้างเป็นฐานพลาสติกมาแล้วอย่างน้อย 1 ปีที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลบันนังสตา

จังหวัดยะลา ในระหว่างปี พ.ศ. 2562-2566 โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร กรณีที่ทราบขนาดของประชากร โดยใช้สูตรดังนี้

$$n = \frac{NZ^2 \alpha/2 p(1-p)}{d^2(N-1) + Z^2 \alpha/2 p(1-p)}$$
$$n = \frac{280 (1.96)^2 (0.5)(1-0.5)}{(0.5)^2 (301-1) + (1.96)^2 (0.5)(1-0.5)}$$
$$= \frac{268.912}{0.6975+0.9604}$$
$$= 162.2004$$
$$\approx 162$$

เพื่อป้องกันขนาดตัวอย่างสูญหายไม่เพียงพอจึงเพิ่มอัตราการสูญหาย (Attrition Rate) ร้อยละ 10 นั่นคือเพิ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 ตัวอย่าง ดังนั้นศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 178 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปใส่ฟันเทียมทั้งปาก (Complete Denture) ชนิดถอดได้ที่มีโครงสร้างเป็นฐานพลาสติกอะคริลิกมาแล้วอย่างน้อย 1 ปีที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลบันนังสตา จังหวัดยะลา ในระหว่างปี พ.ศ. 2562-2566 โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) โดยมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1. นำรายชื่อผู้สูงอายุจากทะเบียนผู้มารับบริการใส่ฟันเทียมเรียงลำดับตามวัน เดือน ปีที่ใส่ฟันเทียมจากโรงพยาบาลบันนังสตา จังหวัดยะลา ในระหว่างปี พ.ศ. 2562-2566
2. กำหนดช่วงของการสุ่ม (Sampling Interval) โดยการคำนวณช่วงของการสุ่ม ดังนี้
วิธีการ $l = N/n$ ระยะห่างในการสุ่มที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ $= 2$
3. นำตัวเลข 2 ที่คำนวณได้มาเป็นตัวนับจากทะเบียนผู้สูงอายุที่ใส่ฟันปลอม เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมไปในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2562-2566 ที่มีในทะเบียนการใส่ฟันเทียมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลบันนังสตามีอยู่ทั้งหมดจำนวน 280 คน เมื่อนับระยะห่างเท่ากับ 2 จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 140 คนซึ่งไม่พอตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้คือ 178 คน จึงใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 140 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ใส่ฟันเทียมทั้งปาก (Complete Denture) ชนิดถอดได้ที่มีโครงสร้างเป็นฐานพลาสติกอะคริลิกมาแล้วอย่างน้อย 1 ปีที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลบันนังสตาเป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้ดี และไม่มีปัญหาในการได้ยินเป็นผู้ที่มีความยินยอมและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

- เป็นผู้สูงอายุที่ย้ายที่อาศัยออกจากอำเภอบันนังสตา
- เป็นผู้ที่เสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถามผู้สูงอายุ เรื่อง การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ฟันเทียมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา แบ่งออกเป็น 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความจำ มีทั้งหมด 13 ข้อ ใช้แบบประเมินความจำผู้สูงอายุ ที่ประยุกต์จากแบบประเมินสุขภาพจิต (Chula Mental Test: CMT) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินว่าผู้สูงอายุยังมีความจำและสมาธิเพียงพอในการตอบคำถามในแบบสอบถามหรือไม่

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัวและสภาพอนามัยช่องปาก โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมข้อความ (Open End)

ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ฟันเทียมและการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาในช่องปากที่เกิดจากการใส่ฟันเทียมเดือน มีทั้งหมด 8 ข้อ โดยใช้คำถามที่มีลักษณะการวัดแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ได้แก่ ใช่, ไม่แน่ใจ, ไม่ใช่

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามทัศนคติการใช้ฟันเทียม จำนวน 7 ข้อ ใช้คำถามที่มีลักษณะการวัดแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 4 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมข้อความ (Open End)

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการคงใช้ฟันเทียมเป็นข้อคำถาม จำนวน 1 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมข้อความ (Open End) ประกอบด้วย 3 ตัวเลือก คือ ใส่เป็นประจำ ใส่บ้างบางครั้ง และไม่ได้ใส่แล้ว

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามผลกระทบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก โดยสอบถามถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากสภาวะช่องปากหรือฟันเทียมของกิจกรรม 8 กิจกรรมหลัก

ใช้คำถามที่มีลักษณะการวัดแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย มีข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบให้เลือกเพียง 1 ตัวเลือกมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971)

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวเลือก	กรณีคำถามเชิงบวก	กรณีคำถามเชิงลบ
ใช่	ให้ 3 คะแนน	ให้ 1 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้ 2 คะแนน	ให้ 2 คะแนน
ไม่ใช่	ให้ 1 คะแนน	ให้ 3 คะแนน

$$\begin{aligned} \text{กำหนดช่วงของการวัดคือ} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุดของแบบสอบถาม} - \text{คะแนนต่ำสุดของแบบสอบถาม}}{\text{จำนวนระดับ}} \\ &= \frac{3-1}{3} \\ &= 0.66 \end{aligned}$$

โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	2.34 - 3.00	ความคิดเห็นระดับสูง
	1.67 - 2.33	ความคิดเห็นระดับปานกลาง
	1.00 - 1.66	ความคิดเห็นระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผู้สูงอายุ เรื่อง การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ฟันเทียมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยกำหนดผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน แล้วนำคะแนนของแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบเนื้อหา ไปหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิต่อไป

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นไปให้ผู้ประเมินตรวจสอบความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุ จำนวน 30 รายที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อำเภอยะหา และนำไปคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค โดยต้องได้ค่าความเชื่อมั่นไม่น้อยกว่า 0.80 จึงจะได้ใช้แบบประเมินกับกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการรวบรวมข้อมูลจะต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบันนังสตา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินการวิจัยพร้อมขออนุญาตดำเนินการวิจัย เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าองค์กรแพทย์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และขอใช้สถานที่ในการทำวิจัย

2. ผู้วิจัยทำการสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุที่มีการใช้ฟันเทียมโรงพยาบาลบันนังสตา จากข้อมูลประวัติผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษา และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง พร้อมทั้งเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการทำวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยได้พินิจสิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยการให้ลงนามในเอกสารการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเน้นว่าหากไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัยสามารถบอกเลิกได้ทันทีโดยไม่มีผลกระทบใดๆ

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินด้วยตนเอง ในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวบริเวณหน้าห้องพักเจ้าหน้าที่ โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินเสร็จแล้ว ผู้วิจัยรับคืนแบบประเมินจากกลุ่มตัวอย่าง และทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้องของแบบประเมิน ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างไปวิเคราะห์ค่าทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inference Statistics) ได้แก่

2.1 การวิเคราะห์สถิติที (t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา เพื่อทดสอบสมมติฐานคือ สมมติฐาน ปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไปที่แตกต่างกันจะส่งผลกระทบต่อการใช้ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับสถิติ 0.01

2.2 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ฟันเทียม และการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาในช่องปากที่เกิดจากการใส่ฟันเทียม ถัดมาคือการวิเคราะห์การใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา เพื่อทดสอบสมมติฐานคือ ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการใส่ฟันเทียมและการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาในช่องปากที่เกิดจากการใส่ฟันเทียม ถัดมาคือการวิเคราะห์การใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา ส่งผลในด้านบวกต่อการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา เอกสารรับรองเลขที่ EC.NO.1/2568 ลงวันที่ 11 พฤศจิกายน 2567

ผลการวิจัย

1. การใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา อยู่ในระดับใส่เป็นประจำ (คะแนนเฉลี่ย 2.84) โดยจำแนกผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ใส่เป็นประจำ จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 87.14 ใส่บางครั้ง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 9.29 และไม่ใส่ เนื่องจากฟันเทียมหัก จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 3.57 ตามลำดับ

2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในมิติสุขภาพช่องปาก อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา อยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.90) เมื่อแยกพิจารณารายข้อ พบว่า การใส่ฟันเทียม(ฟันปลอม) ทำให้ท่านสามารถเคี้ยวอาหารได้ดีหรือไม่ มีคุณภาพอยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.98) การใส่ฟันเทียม(ฟันปลอม) ทำให้ท่านไม่มีความยุ่งยากในการทำสะอาดช่องปากและฟันเทียมหรือไม่ มีคุณภาพอยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.94) การใส่ฟันเทียม (ฟันปลอม) ทำให้ท่านรู้สึกสบายและมั่นใจเมื่อใช้ชีวิตประจำวันหรือไม่ มีคุณภาพอยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.94) การใส่ฟันเทียม(ฟันปลอม) ทำให้ท่านยิ้ม หัวเราะและอวดฟันได้โดยไม่อายใครหรือไม่ มีคุณภาพอยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.94) การใส่ฟันเทียม(ฟันปลอม) ทำให้ท่านมีความสุขสนุกสนานในการได้ออกไปพบปะญาติสนิทมิตรสหายหรือไม่ มีคุณภาพอยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.91) การใส่ฟันเทียม(ฟันปลอม) ทำให้ท่านสามารถพูดและออกเสียงได้ชัดเจนหรือไม่ มีคุณภาพอยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.89) การใส่ฟันเทียม(ฟันปลอม) ทำให้ท่านรู้สึกอารมณ์ จิตใจเป็นปกติไม่หงุดหงิดง่ายหรือไม่ มีคุณภาพอยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.85)

และการใส่ฟันเทียม(ฟันปลอม) ทำให้ท่านนอนหลับหรือการพักผ่อนดีขึ้นหรือไม่ มีคุณภาพอยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.76) ตามลำดับ

3. ผลการเปรียบเทียบการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ข้อมูลทั่วไปด้านระดับการศึกษา อาชีพที่แตกต่างกันของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ส่งผลต่อการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับสถิติ 0.01 ส่วนข้อมูลทั่วไปด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส บุคคลร่วมพักอาศัย แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย และรอยโรคในช่องปาก ส่งผลต่อการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา ไม่แตกต่างกัน

4. ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ฟันเทียมและการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาในช่องปากที่เกิดจากการใส่ฟันเทียม

ตารางที่ 1 ตารางการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ฟันเทียมและการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาในช่องปากที่เกิดจากการใส่ฟันเทียมที่ส่งผลกับการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ

	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
(Constant)	-0.079	0.230		-0.344	0.731
การรับรู้ประโยชน์	1.024	0.080	0.736	12.783	0.000*
R = 0.736		R ² = 0.542		F = 163.396*	
SE _{est} = 0.311		R ² _{adj} = 0.539			

a. Dependent Variable: การใส่ฟันเทียม

จากตารางที่ 1 พบว่า ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ฟันเทียมและการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาในช่องปากที่เกิดจากการใส่ฟันเทียมส่งผลในด้านบวกต่อการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีอำนาจการพยากรณ์ร้อยละ 53.90 (R²_{adj} = 0.539) และมีค่าความคาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์เท่ากับ 0.311

5. ปัจจัยทัศนคติต่อการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุที่ส่งผลกับการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 2 ตารางการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณปัจจัยทัศนคติต่อการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุที่ส่งผลกับการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ

	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
(Constant)	-2.586	0.405		-6.383	0.000
ทัศนคติต่อการใส่ฟันเทียม	1.865	0.139	0.752	13.409	0.000*
R = 0.752		R ² = 0.566		F = 179.796*	
SE _{est} = 0.303		R ² _{adj} = 0.563			

a. Dependent Variable: การใส่ฟันเทียม

จากตารางที่ 2 พบว่า ปัจจัยที่คนคิดต่อการใช้ฟันเทียมของผู้สูงอายุ ส่งผลในด้านบวกต่อการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีอำนาจการพยากรณ์ร้อยละ 56.30 ($R^2_{adj} = 0.563$) และมีค่าความคาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์เท่ากับ 0.303

6. การสนับสนุนข่าวสารการใส่ฟันเทียมทุกช่องทาง

ตารางที่ 3 ตารางการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณการแก้ไขปัญหาจากการใส่ฟันเทียมที่ส่งผลกับการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ

	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
(Constant)	2.873	0.042		68.056	0.000
เคยไป 1 ครั้ง/ปี	-0.060	0.118	-0.042	-0.508	0.612
เคยไปมากกว่า 1 ครั้ง/ปี	-0.539	0.153	-0.290	-3.514	0.001
จำไม่ได้	0.127	0.202	0.052	0.629	0.531
R = 0.296		$R^2 = 0.088$		F = 4.364*	
SE _{est} = 0.443		$R^2_{adj} = 0.068$			

a. Dependent Variable: การใส่ฟันเทียม

จากตารางที่ 3 พบว่า การสนับสนุนข่าวสารการใส่ฟันเทียมทุกช่องทาง บุคคลที่ส่งเสริมให้ไปรับบริการทุกคน ไม่ส่งผลต่อการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา แต่การแก้ไขปัญหาจากการใส่ฟันเทียม โดยผู้สูงอายุที่เคยไปพบแพทย์มากกว่า 1 ครั้ง/ปี ส่งผลต่อการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีอำนาจการพยากรณ์ร้อยละ 6.80 ($R^2_{adj} = 0.068$) และมีค่าความคาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์เท่ากับ 0.443

7. การใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในมิติสุขภาพช่องปาก อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา

ตารางที่ 4 ตารางการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในมิติสุขภาพ

	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
(Constant)	1.526	0.051		29.647	0.000
การใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ	0.485	0.018	0.917	27.093	0.000*
R = 0.917		$R^2 = 0.842$		F = 734.041*	
SE _{est} = 0.09686		$R^2_{adj} = 0.841$			

a. Dependent Variable: คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากตารางที่ 4 พบว่า การใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ ส่งผลในด้านบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในมิติสุขภาพช่องปาก อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีอำนาจการพยากรณ์ร้อยละ 84.10 ($R^2_{adj} = 0.841$) และมีค่าความคาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์เท่ากับ 0.09686

อภิปรายผล

การใช้ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา อยู่ในระดับใส่เป็นประจำ (คะแนนเฉลี่ย 2.84) แสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติงานของทันตแพทย์รวมถึงบุคลากรทางด้านสาธารณสุขของโรงพยาบาล บันนังสตา ที่ให้บริการด้านสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถจัดทำฟันเทียมให้กับผู้สูงอายุได้ตรงตามความต้องการ รวมถึงการสร้างความรู้ความเข้าใจในการใช้ และเก็บรักษาฟันเทียมอย่างถูกวิธีไม่ให้เกิดการ ชำรุด หัก หรือเสียหายจากการใช้งาน ถือเป็น การสร้างแบบแผนการรักษาสุขภาพช่องปากให้ผู้สูงอายุอย่าง เป็นรูปธรรม (อภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินธร กลัมพากร, สุนีย์ ละกา ปั่น และทัศนีย์ รวีวรกุล, 2561) ผลการวิจัย สอดคล้องกับวนิดา ประเสริฐศรี (2568) ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการให้บริการฟัน เทียมพระราชทานของผู้ป่วยโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 72.3 เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอายุเฉลี่ย 63 ปีของผู้ตอบแบบสอบถามที่มารับบริการ ส่วนใหญ่ใส่ฟัน เทียมทั้งปาก ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการมาใช้บริการฟันเทียม โดยภาพรวมในทุกด้าน จัดอยู่ในระดับมากที่สุด

ข้อมูลทั่วไปด้านระดับการศึกษา อาชีพที่แตกต่างกันของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ส่งผลต่อการ ใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับสถิติ 0.01 โดย ผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา และผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาชีพทำงานส่วนตัว, ค้าขาย จะมีระดับการ ใส่ฟันเทียมต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ทั้งนี้อาจมีสาเหตุมาจากกิจวัตรในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุเหล่านี้ จำเป็นต้องพูดคุย และพบปะผู้คนภายนอกที่พัวอาศัยมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ จึงจำเป็นต้องถอด-ใส่ฟันเทียมเพื่อทำ ความสะอาดบ่อยครั้งกว่า จึงเป็นผลทำให้ฟันเทียมที่ได้รับจากทางโรงพยาบาลบันนังสตาหัก หรือชำรุดเสียหาย แต่ถึงแม้จะมีระดับการใส่ฟันเทียมต่ำกว่ากลุ่มอื่น ผู้วิจัยได้สอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่างจะพบว่าเหตุผลหลักของ การไม่ใส่ฟันเทียมคือผู้ป่วยได้ทำฟันเทียมหัก และระยะเวลาในการขอรับฟันเทียมชิ้นใหม่ค่อนข้างนานกว่า 3 เดือน จึงส่งผลให้ในช่วงเก็บข้อมูลงานวิจัยผู้ป่วยไม่ได้ใส่ฟันเทียมเป็นเวลาระยะหนึ่งแล้ว และผู้ป่วยยังมีความ เข้าใจถึงอันตรายจากฟันเทียมจากหมอเถื่อนที่ไม่ใช่ ทันตแพทย์ จึงเลือกที่จะไม่ใส่ฟันเทียม ป้องกันอันตราย จากฟันเทียมที่ไม่มีคุณภาพ แสดงให้เห็นถึงแบบแผนการรักษาสุขภาพช่องปากให้ผู้สูงอายุอย่าง เป็นรูปธรรมของกลุ่มงานทันตกรรม และคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลบันนังสตา (Becker, M.H., 1974) ที่สามารถ สร้างความเชื่อที่ถูกต้องในการเลือกใส่ฟันเทียมกับผู้ป่วยสูงอายุในความรับผิดชอบ สอดคล้องกับงานวิจัยของ พิเชษฐ สีดาหอม (2566) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุเขต อำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์ ผลการวิจัยพบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวนฟันแท้ จำนวนฟันคู่สบ ตามลำดับ

ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ฟันเทียมและการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาในช่องปาก ที่เกิดจากการใส่ฟันเทียมเถื่อน ส่งผลในด้านบวกต่อการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติงานของกลุ่มงานทันตกรรมและคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบันนังสตา ที่ได้ให้ความรู้ความเข้าใจถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยสูงอายุจะได้รับจากการใส่ฟันเทียมใน ชีวิตประจำวันที่นอกเหนือจากใช้เพื่อบดเคี้ยวอาหารแทนฟันที่สูญเสียไป ตามแบบแผนสุขภาพที่ควรจัดทำ ให้กับผู้ป่วยสูงอายุในความรับผิดชอบ และชักจูงพฤติกรรม การรักษาสุขภาพทางช่องปากให้ถูกต้อง (Rosenstock et al., 1988) ผลการวิจัยสอดคล้องกับดุลยรัตน์ โถวประเสริฐ ที่ศึกษาเรื่อง การรับรู้และ

ประสบการณ์ในการใส่ฟันเทียมถอดได้ของผู้สูงอายุ อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี: วิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ผ่านประสบการณ์ของผู้สูงอายุในการใส่ฟันปลอมถอดได้เป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่การวางแผนปรับปรุงคุณภาพในการใส่ฟันเทียม และการให้ความรู้ที่เหมาะสม เพื่อให้สามารถนำความรู้ไปใช้ได้จริง การดำเนินการแบบสหสาขาวิชาชีพโดยทันตแพทย์และพยาบาลมีความสำคัญในการติดตามนัดหมายและดูแล เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังและทำให้การใส่ฟันเทียมถอดได้ของผู้สูงอายุมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น แต่ไม่สอดคล้องกับจรรยาบรรณวิชาชีพที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยทางคลินิกที่มีผลต่อความสำเร็จของการใส่ฟันปลอมและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยฟันเทียมมากกว่า 16 ปี ในโรงพยาบาลนครพิงค์ ผลการวิจัยพบว่า ระดับความคาดหวังต่อการใส่ฟันเทียม การรับรู้ความรุนแรงของสภาวะช่องปาก และประสบการณ์ในการใส่ฟันเทียมของผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาระหว่างวันใส่ฟันเทียมมากกว่า 16 ปี ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครพิงค์

ปัจจัยทัศนคติต่อการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ ส่งผลในด้านบวกต่อการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของการให้บริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลบันนังสตา และเครือข่ายทางด้านสาธารณสุขทุกภาคส่วนที่เข้าร่วมกันปฏิบัติงานให้ผู้สูงอายุมีทัศนคติที่ถูกต้องกับการรักษาสุขภาพช่องปาก การใส่ฟันเทียมที่ได้รับอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้โครงสร้างของเหงือกไม่เปลี่ยนแปลงและเคยชินกับการใส่ฟันเทียมอยู่ตลอดเวลา รวมถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการใส่ฟันเทียมที่ไม่ได้มาตรฐานจากหมอนเถื่อนหรือสถานพยาบาลที่ไม่ได้รับการรับรองมาตรฐานการประกอบวิชาชีพจากกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามแนวคิดการสร้างแบบแผนสุขภาพให้กับผู้ป่วย (Rosenstock et al., 1988) ผลการวิจัยสอดคล้องกับสุทธิตา ประดับพงษ์ (2566) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียมอำเภอบึงสามัคคีจังหวัดกำแพงเพชร ผลการวิจัยพบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันเทียม ($\beta = 0.162$) สามารถรวมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียมได้ร้อยละ 41.0

การสนับสนุนข่าวสารการใส่ฟันเทียมทุกช่องทาง บุคคลที่ส่งเสริมให้ไปรับบริการทุกคน ไม่ส่งผลต่อการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา แต่การแก้ไขปัญหาจากการใส่ฟันเทียม โดยผู้สูงอายุที่เคยไปพบแพทย์มากกว่า 1 ครั้ง/ปี ส่งผลต่อการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่ได้มีผลโดยตรงกับการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุที่ได้รับฟันเทียมจากทางโรงพยาบาลบันนังสตา แต่มีข้อสังเกตถึงการแก้ไขปัญหาจากการใส่ฟันเทียมที่ผู้ที่ได้รับการรักษาหลังจากที่มาพบแพทย์จะมีระดับการใส่ฟันเทียมที่สูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการแก้ไขปัญหาจากการใส่ฟันเทียมจากทันตแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใส่ฟันเทียมเป็นประจำ เป็นไปตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของรัตนา บุญพา และคณะ (2562) ที่ได้ให้ความหมายในการสนับสนุนทางสังคมสามารถจำแนกออกเป็นรายได้ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัตถุสิ่งของและด้านการประเมินคุณค่า ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรักษาโรคที่ดีขึ้น ผลการวิจัยสอดคล้องกับสุทธิตา ประดับพงษ์ (2566) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียมอำเภอบึงสามัคคีจังหวัดกำแพงเพชร ผลการวิจัยพบว่า ทันตบุคลากรควรสนับสนุนบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดให้เขามามีส่วนร่วมในการให้กำลังใจและช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันเทียมจัดสิ่งแวดล้อมที่เพิ่มการเข้าถึงอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากและฟันเทียมและสร้างทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันเทียม

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในมิติสุขภาพช่องปาก อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา อยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.90) และเมื่อแยกพิจารณารายข้อพบว่า มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงทุกด้าน ตามรายละเอียดดังนี้ 1) การเคี้ยวอาหาร 2) ฟันเทียมไม่สร้างความยุ่งยากในการทำความสะดวกสบายของปาก 3) ความสบายใจและความเชื่อมั่นในชีวิตประจำวัน 4) การกล้าแสดงออกโดยการยิ้มและหัวเราะ 5) ความสนุกสนานในการพบปะผู้คน 6) การพูดออกเสียง 7) อารมณ์และจิตใจ และ 8) การนอนหลับพักผ่อน การใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ ส่งผลในด้านบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในมิติสุขภาพช่องปาก อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงให้เห็นว่าการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสูญเสียฟันนั้น เป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตในมิติช่องปาก โดยหากจะพิจารณาจากกิจกรรมของดัชนี OIDP สำหรับผู้สูงอายุ (Oral health-related Quality of life) ก็ถือว่าครบถ้วนทุกองค์ประกอบ อีกทั้งผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพยากรณ์ยังชี้ให้เห็นอีกว่า ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่ใส่ฟันเทียมเป็นประจำจะมีระดับคุณภาพชีวิตในระดับสูง โดยค่าระดับการตอบแบบสอบถามเป็นไปในแนวทางแปรผันตรงซึ่งกันและกัน ผลการวิจัยเป็นไปตามแนวคิดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ไรฟัน OIDP (Adulyanon S, Sheiham A, 1997) ที่ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสูญเสียฟันจะมีระดับคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ยังไม่มีภาวะสูญเสียฟัน ผลการวิจัยสอดคล้องกับพิเชษฐ สีดาหอม (2566) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุเขตอำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์ ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมด้านสิ่งแวดล้อม ตามลำดับ และยังสอดคล้องกับสิริพร สาสกุล (2563) ทำการศึกษาเรื่อง ผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ผลการวิจัยพบว่า คะแนนผลกระทบสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตประจำวัน (ODIP) ความถี่เฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการกิน 3.9 คะแนน ความรุนแรงเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการกิน 3.4 คะแนน คะแนนผลกระทบสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตประจำวัน ต่ำสุด 0 คะแนน สูงสุด 75 คะแนน (เฉลี่ย 20.54 คะแนน) การกระจายความถี่ของคะแนนผลกระทบสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตประจำวัน ส่วนมากอยู่ที่ 25-50 เปอร์เซนต์ไทล์ (12.5-17.5 คะแนน) 66 ราย (ร้อยละ 27.1) พบผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุและจำนวนคู่สบฟันหลังมีความสัมพันธ์กับคะแนนผลกระทบสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตประจำวัน

การนำผลการวิจัยไปใช้

- 1) กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรเพิ่มเม็ดฟูทำความสะอาดฟันเทียมให้เป็นเวชภัณฑ์ที่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้
- 2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา ควรวางมาตรการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลในสังกัด รวมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการส่งต่อผู้ป่วยให้สามารถรับบริการทำฟันเทียมสำหรับผู้สูงอายุได้ ทุกแห่ง รวมถึงการเบิกค่ารักษาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพให้มีความชัดเจน เพื่อลดภาระของโรงพยาบาลที่มีความหนาแน่นของผู้ป่วย
- 3) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลาควรกำหนดมาตรการเพื่อให้สถานพยาบาลและหน่วยงานในสังกัดพัฒนาการดำเนินงานด้านสาธารณสุข โดยประสานความร่วมมือกับเครือข่ายทุกภาคส่วนอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ เพื่อเสริมสร้างการให้บริการเชิงรุกและเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการรักษาทางทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 1) การศึกษาแนวทางการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลบันนังสตา จังหวัดยะลา ในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้ารับบริการฟันเทียมและสามารถใช้งานฟันเทียมได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 2) การติดตามแนวทางการรักษาฟันเทียมและผลการใช้งานฟันเทียมของผู้สูงอายุ
- 3) การศึกษาปัจจัยเสี่ยงจากการใช้ฟันเทียมของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากได้ง่าย
- 4) การเปลี่ยนพื้นที่ในการศึกษา เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของผลการวิจัย โดยอาจศึกษาเปรียบเทียบในจังหวัดที่มีสังคมพหุวัฒนธรรมใกล้เคียงกับจังหวัดยะลา เช่น จังหวัดนราธิวาส จังหวัดปัตตานี เป็นต้น

References

- กนกพร สมพร, ทศพร ชูศักดิ์, พรรณี บัญชรหัตถกิจ, ธนุศิลป์ สลีอ่อน, และนพดล ทองอร่าม. (2566). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม*, 3(3), 93-106.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565). *การดูแลฟันเทียมผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก <https://www.dop.go.th/th/know/13/1071>
- กลุ่มพัฒนาทันตสุขภาพวัยทำงานและผู้สูงอายุ. (2566). *ข้อมูลชมรมผู้สูงอายุด้านการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา*. สืบค้นจาก https://ppdental.anamai.moph.go.th/elderly/club_view.php?id=3057
- นภาพร ศรีบุญเรือง. (2559). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ฟันเทียมพระราชทานและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทาน อำเภอเมืองลำปาง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พัทธรา ลีหวรรณค์. (2566). *โครงการนำร่องการใช้ผลิตภัณฑ์รากฟันเทียมในบัญชีนวัตกรรมไทยเพื่อการผ่าตัดใส่รากฟันเทียมสำหรับผู้ที่ไม่มีฟันทั้งปาก ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. สืบค้นจาก https://www.si.mahidol.ac.th/th/division/healthpolicy/news_detail.asp?id=18&m=5&y=2566
- พิเชษฐ สีดาหอม. (2566). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุเขตอำเภอบัวเขต จังหวัดสุรินทร์*. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทรีย์*, 1(4), 98-112.
- รัตนา บุญพา ผงจิต ไกรถาวร และนพวรรณ เปี้ยเชื้อ. (2562). *การสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ตามลำพังในชุมชน*. *วารสารสภากาชาดไทย*, 34(32), 112-126.
- โรงพยาบาลบันนังสตา. (2564). *ข้อมูลทั่วไป*. สืบค้นจาก <https://www.bn-hospital.go.th/>
- วนิดา ประเสริฐศรี. (2568). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการให้บริการฟันเทียมพระราชทานของผู้ป่วยโรงพยาบาลบุรีรัมย์*. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา*, 5(1), 21
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2561). *โครงการฟันเทียมพระราชทานฯ จาก “ในหลวง ร. 9”*. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th>
- สำนักทันตสาธารณสุข. (2567). *รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อกำหนดมาตรการ การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุประกอบการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการผู้สูงอายุได้รับบริการส่งเสริมป้องกันทางทันตกรรม*. สำนักทันตสาธารณสุข.

- สิริพร สาสกุล, สุวัฒน์ ตันยะ, พัชรารรรณ ศรีศิลป์ประนันท์. คุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากกับจำนวนฟันที่เหลือในช่องปากของผู้สูงอายุไทยในชนบทภาคเหนือ. *วารสารพญมาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 20(1), 27-35.
- สุทิตา ประดับพงศ์. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม อำเภอวังสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อภาพร เฒ่าวัฒนา, สิริธร กลั้มพากร, สุนีย์ ละกะปิ่น และทัศนีย์ รวีวรกุล. (2561). *การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ (ฉบับปรับปรุง)*. ฉะเชิงเทรา: เอ็มเอ็นคอมพิวออฟเซท.
- Adulyanon, S. and Sheiham, A. (1997) Oral Impacts on Daily Performances. *Measuring Oral Health and Quality of Life*, 151-160.
- Becker, M.H. (1974) The Health Belief Model and Personal Health Behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324- 508.
- Bloom, Benjamin S., et al. (1971). *Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student. Learning*. New York: Mc Graw-Hill Book Company.
- Rosenstock, M. I., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 75-138.

การศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุจากการออกกำลังกายด้วยการปั่นจักรยานประดิษฐ์ผลิตกระแสไฟฟ้าแบบอยู่กับที่

The Study of the Health Effects of Exercise on the Elderly by Using a Stationary Bicycle to Generate Electricity

บุญลือ ฉิมบ้านไร่^{1*}, พุทธิพงษ์ จรุงสิริพันธ์²

Boonlue Chimbanrai^{1*}, Puttiphong Jaroonsiriphan²

^{1*}คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยชินวัตร ปทุมธานี 12160

^{1*}Faculty of Health Science, Shinawatra University, Pathum Thani 12160 Thailand

²คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร ปทุมธานี 12160

²Faculty of Engineering, Shinawatra University, Pathum Thani 12160 Thailand

(Received: February 23, 2025, Revised: April 8, 2025, Accepted: April 28, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยในนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้จักรยานประดิษฐ์ผลิตกระแสไฟฟ้าแบบป่นอยู่กับที่ในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่ส่งผลเชิงบวกต่อสมรรถภาพทางกายและสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสานบรรจบกัน เป็นการศึกษาที่ทดลองควบคู่กับการใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ 88 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 48 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ จักรยานประดิษฐ์ผลิตกระแสไฟฟ้าแบบอยู่กับที่ อุปกรณ์วัดความดันโลหิต นาฬิกาแบบดิจิทัล แบบสอบถามชนิดมีโครงสร้างและกิ่งโครงสร้าง ผลวิจัยพบว่า หลังสิ้นสุดการทดลองระยะเวลา 12 สัปดาห์คะแนนเฉลี่ยของตัวชี้วัดสมรรถภาพทางกายและสุขภาพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ โดยกลุ่มทดลองมีค่าระดับสมรรถภาพทางกายและภาวะสุขภาพดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และยังพบว่าการมองเห็นคุณค่าในตัวเองที่ยังสามารถออกกำลังกายได้ และความตั้งใจในการที่จะทำมีกระแสไฟฟ้าใช้เพื่อให้บริการผู้สูงอายุเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมออกกำลังกายที่ต่อเนื่อง ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงผลประโยชน์ของการออกกำลังกายที่เกิดขึ้นในกลุ่มทดลองเมื่อเทียบกับการไม่ออกกำลังกาย สามารถนำผลวิจัยไปใช้ได้อย่างเหมาะสมกับสังคมสูงอายุในปัจจุบัน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การออกกำลังกาย, ปั่นจักรยานอยู่กับที่

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: Boonlue Chimbanrai, E-mail: boonluechim@gmail.com)

Abstract

The objective of this research is to study the effectiveness of using a stationary bicycle generator for electricity production as a means of exercise for the elderly. The study aims to examine its positive impact on physical fitness and overall health in older adults. A Convergent Mixed-Methods Design was employed, combining a quasi-experimental study with qualitative research methods, including in-depth interviews. The study involved the sample group of 88 elderly participants, 40 participants were divided into the experimental group and 48 participants were divided into the comparison group. Research instruments included the stationary bicycle to generate electricity, a blood pressure monitor, a digital watch, and

structured and semi-structured questionnaires. The findings revealed that, after a 12-week trial period, the mean scores for physical fitness and health indicators significantly differed ($p < .001$), with the experimental group showing better physical fitness and health status compared to the control group. Additionally, participants reported that their self-worth in being able to exercise and their motivation to generate electricity for cooking rice encouraged them to engage in sustained physical activity. This study highlights the benefits of exercise in the experimental group compared to non-exercise conditions. The results can be appropriately applied to aging societies in the current era.

Keywords: Elderly, Physical exercise, Stationary cycling

บทนำ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกาย การทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกายเสื่อมถอยลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะเกิดการเจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคเรื้อรัง (Non-communicable diseases; NCDs) และมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพมากยิ่งขึ้น การได้มีกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกาย (Physical activity or exercise) อย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอในผู้สูงอายุ ถือว่าเป็นการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกายวิธีหนึ่ง ซึ่งจะส่งผลดีต่อความเป็นอยู่ที่ดีทั้งทางร่างกาย สังคม และอารมณ์ ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายจะสามารถได้รักษาความสมดุล ความยืดหยุ่น และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในระดับที่สูงกว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกายนั้นสัมพันธ์กับการปรับปรุงสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ (Oudegeest-Sander M.H. et.al, 2013) สุขภาพของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยสำคัญในการนำไปสู่วิถีชีวิตที่มีสุขภาพที่ดีและสามารถเข้าสังคมได้โดยไม่เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมทางกายเป็นประจำจะส่งผลดีต่อสุขภาพ โดยทั่วไปแล้ว เมื่อบุคคลมีการเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้นเท่าใดก็จะยังมีความสามารถทางกายภาพดียิ่งขึ้นเท่านั้น ทั้งนี้เป็นเพราะการปรับตัวของระบบทางสรีรวิทยาโดยเฉพาะอย่างยิ่งภายในระบบประสาทและกล้ามเนื้อเพื่อประสานการเคลื่อนไหว ระบบหัวใจและปอดในกระจายออกซิเจนและสารอาหารทั่วร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น อีกทั้งกระบวนการเมแทบอลิซึม (Metabolism) โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ควบคุมการเผาผลาญกลูโคสและกรดไขมัน ซึ่งจะเป็นการเพิ่มพลังความสามารถในการใช้ออกซิเจนและความสามารถทางกายภาพโดยรวม การไม่ออกกำลังกายเป็นสาเหตุหลักของความเสื่อมถอยด้านสมรรถภาพทางสรีรวิทยาและมีความเสี่ยงต่อโรคภัยไข้เจ็บในผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ Nazroo et al. (2008) พบว่า ผู้มีอายุ 50 ปีขึ้นไปที่ชอบอยู่เฉยๆ หรือชอบนั่งอยู่เฉยๆ จะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเป็นสองเท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีกิจกรรมทางกายในระดับสูง ผู้ที่มีระดับกิจกรรมทางกายและความแข็งแรงทางร่างกายหรือสรีรวิทยาจะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตน้อยกว่า นอกจากนี้ยังพบว่าประโยชน์ของการออกกำลังกายยังมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการลดลงของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ภาวะสมองเสื่อมหรือโรคอัลไซเมอร์ (Kazeminiya, M., et.al, 2020 & Callow, DD., et.al, 2020) และจากการศึกษาของ Lin YT., (2020) ได้ยืนยันถึงผลกระทบเชิงบวกของการออกกำลังกายต่อความสุขในชีวิต กล่าวคือ การออกกำลังกายเป็นประจำจะสามารถเพิ่มความสุขในชีวิตได้ รวมถึงการมีความคิดและทัศนคติที่ดีต่อภาพลักษณ์ของตนเอง อีกด้วย

การใช้วิถีชีวิตแบบเนือยนิ่ง (Sedentary behavior) จัดว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วนและโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น มะเร็ง ปัญหาสุขภาพจิต และเป็นความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ การออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมทางกายเป็นประจำขึ้นต่อสุขภาพ รวมถึงผลเชิงบวกต่อสุขภาพของ

หัวใจและทางเดินหายใจ สุขภาพด้านการทำงานและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและกระดูก มะเร็ง สุขภาพจิต และการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ (Physical Activity Guidelines Advisory Committee., 2008) การออกกำลังกายจึงเป็นประโยชน์สำหรับคนทุกวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องการใช้ชีวิตในวัยชราที่ดี การออกกำลังกายจะเป็นกุญแจสำคัญในการช่วยให้ผู้คนบรรลุถึง 'วัยสูงวัยอย่างมีสุขภาพที่ดี' (WHO, 2015)

ถึงแม้ว่าจะพบความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกายกับภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิต แต่ก็ยังมีความท้าทายในการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกายกับภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุทั้งหมด ภาระงานประจำและอยู่ติดบ้านซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุช่วงวัยที่ร่างกายเริ่มอ่อนแอ เสี่ยงต่อภาวะอาการเจ็บป่วยหรือการกำเริบของอาการจากโรคประจำตัว ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เพื่อพิสูจน์ให้เห็นถึงประโยชน์และความจำเป็นของการออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุ จึงได้ทำการพัฒนาอุปกรณ์ประดิษฐ์จักรยานจักรยานผลิตพลังงานไฟฟ้ากระแสตรง มาทดลองใช้เป็นนวัตกรรมในการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุ ให้สามารถคงความช่วยเหลือตนเองได้หรือต้องการความช่วยเหลือในบางเรื่อง รายงานการศึกษาวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอผลของการออกกำลังกายด้วยอุปกรณ์ประดิษฐ์จักรยานจักรยานเครื่องกำเนิดไฟฟ้ากระแสตรง ที่มีต่อสมรรถภาพทางกายและความสัมพันธ์เชิงบวกต่อความสุขของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์วิจัย

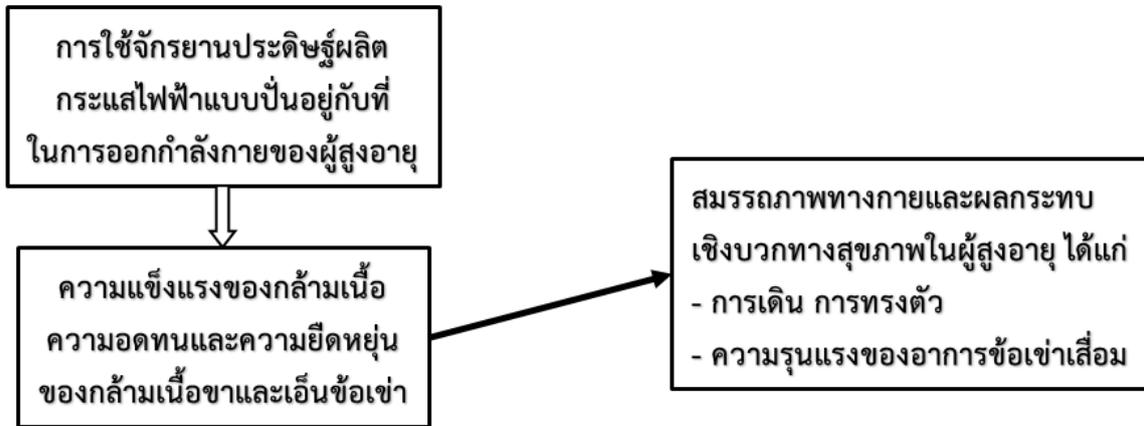
1. เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้จักรยานประดิษฐ์ผลิตกระแสไฟฟ้าแบบปั่นอยู่กับที่ในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ
2. เพื่อประเมินสมรรถภาพทางกายและผลกระทบเชิงบวกทางสุขภาพในผู้สูงอายุจากการออกกำลังกายด้วยการปั่นจักรยานประดิษฐ์ผลิตกระแสไฟฟ้าแบบปั่นอยู่กับที่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดของวิทยาลัยกีฬาเวชศาสตร์แห่งสหรัฐอเมริกา (American College of Sports Medicine, 2017) ซึ่งกล่าวถึงการออกกำลังกายของผู้สูงอายุว่า ควรจะมีกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายที่ช่วยพัฒนาสมรรถภาพทางสุขภาพและการทรงตัว เช่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความอดทน ความยืดหยุ่น เป็นต้น อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 – 3 ครั้ง เพื่อชะลอความเสื่อมของร่างกาย โดยผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสร้างแรงจูงใจในการปั่นจักรยานประดิษฐ์กระแสไฟฟ้า ด้วยการใช้กระแสไฟฟ้าที่ผลิตได้จากการปั่นจักรยานเพื่อออกกำลังกายของผู้สูงอายุในการหุงข้าวด้วยหม้อหุงข้าวไฟฟ้าขนาด 2 ลิตร และกระดิกต้มน้ำร้อนไฟฟ้าขนาด 1.5 ลิตร โดยผู้วิจัยกำหนดให้ใช้เวลาในการปั่นจักรยานครั้งละ 15 - 20 นาที ซึ่งเป็นเวลาที่พอดีกับหม้อหุงข้าวตัดกระแสไฟฟ้าแสดงว่าข้าวในหม้อสุก ตัวแปรอิสระในการศึกษา คือ การใช้จักรยานประดิษฐ์ผลิตกระแสไฟฟ้าแบบปั่นอยู่กับที่ในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ตัวแปรตามคือ สมรรถภาพทางกายและผลกระทบเชิงบวกทางสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยประเมินจากการเดิน การทรงตัว และความรุนแรงของอาการข้อเข่าเสื่อม ตามภาพที่ 1

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Methods)

การวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการศึกษาในรูปแบบการผสมผสานวิธีบรรจบกัน (Convergent Mixed-Methods Design) โดยใช้วิธีการวิจัยที่ออกแบบการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study) ตัวแปรอิสระคือการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการปั่นจักรยานประดิษฐ์ผลิตกระแสไฟฟ้าแบบอยู่กับที่ และตัวแปรตามคือ สมรรถภาพทางกายการเดินการทรงตัวและอาการเจ็บ-ปวดของข้อเข่า ควบคู่กับการใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) ด้วยการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ไปพร้อมๆ กันเพื่อประเมินประสิทธิผลการออกกำลังกายด้วยการปั่นจักรยานผลิตกระแสไฟฟ้าแบบอยู่กับที่ โดยนำผลลัพธ์จากฐานข้อมูลเชิงคุณภาพกับฐานข้อมูลเชิงปริมาณโดยการรวมผลลัพธ์เข้าด้วยกัน (Creswell W. and Creswell J., 2023) แยกวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้วิธีการที่แตกต่างกัน แล้วนำผลที่ได้จากการศึกษาทั้งสองวิธีการมาเปรียบเทียบกัน เป็นการยืนยันความตรง (Validity) ของผลการศึกษา ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มศึกษาทดลองและกลุ่มควบคุม ทำการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (the pre-posttest control group design) การออกแบบการทดลองนี้เพื่อช่วยพิจารณาว่าการปั่นจักรยานผลิตกระแสไฟฟ้าแบบอยู่กับที่นั้น ก่อให้เกิดผลต่อสุขภาพทางกายเชิงบวก นอกเหนือไปจากการใช้กระแสไฟฟ้าที่ผลิตได้จากการปั่นจักรยานประดิษฐ์ในการหุงข้าวและการต้มน้ำร้อน แผนภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงรูปแบบการทดลอง

แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นสองกลุ่ม ซึ่งมีความเท่าเทียมกันในปัจจุบันหลักที่เป็นไปได้ทั้งหมดได้แก่ วัยสูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป) สมาชิกของกลุ่ม O₁ (กลุ่มศึกษา) จะได้รับสิ่งทดลอง (การปั่นจักรยานประดิษฐ์) ในขณะที่สมาชิกในกลุ่ม O₂ (กลุ่มควบคุม) จะไม่ได้รับสิ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจะได้รับการประเมินก่อนการทดลอง (O₁₋₁ และ O₂₋₁) ในช่วงเวลาเดียวกันโดยประมาณ หลังจากนั้นจะดำเนินการทดลอง โดยกลุ่ม O₁ ได้รับสิ่งทดลองได้แก่ การปั่นจักรยานผลิตกระแสไฟฟ้าแบบอยู่กับที่ทุกวัน เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนในกลุ่มในกลุ่ม O₂ ใช้ชีวิตตามปกติและไม่ได้รับสิ่งทดลอง เมื่อครบ 12 สัปดาห์การประเมินหลังการทดลอง (O₁₋₂ และ O₂₋₂) หากกลุ่มที่ได้รับสิ่งทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในตัวแปรตามที่กำหนด และกลุ่มที่ไม่ได้รับสิ่งทดลองไม่มีการเปลี่ยนแปลงในตัวแปรตามที่กำหนด ก็มีเหตุผลเชิงตรรกะที่จะอนุมานได้ว่าการได้รับสิ่งทดลอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกทางสุขภาพในกลุ่มทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ ได้แก่ กลุ่มประชากรผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิงในแต่ละครัวเรือนหรือครอบครัวที่ตั้งบ้านเรือนอยู่ในเขตพื้นที่วิจัย เพื่อความเหมาะสมตามบริบทพื้นที่วิจัยจึงใช้การสุ่มเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัยจำนวน 88 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และเป็นกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 48 คน

ในการวิจัยนี้ ได้แก่ กลุ่มประชากรผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ในแต่ละครัวเรือนหรือครอบครัวที่ตั้งบ้านเรือนอยู่ในเขตพื้นที่วิจัย

การคัดเลือกอาสาสมัคร (Selection Criteria) กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก คัดออกแยกกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปแต่ไม่เกิน 80 ปี ทั้งชายและหญิง ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยในการเข้าร่วมวิจัย

2) ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมวิจัย เช่น ผู้มีประวัติข้อสะโพกหัก โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่รุนแรง

3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจทั้งตัวผู้สูงอายุเองและญาติซึ่งเป็นผู้ดูแล

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

เกิดอาการเจ็บป่วยขณะทำการวิจัย หรือขอลอนตัว ออกจากกระบวนการวิจัย หรือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าห้ามออกกำลังกาย เป็นต้น ไม่ควรเขียน ไม่ยินยอม เพราะจะคัดออกตั้งแต่แรก

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย (Research Tools)

1. แบบสัมภาษณ์ซึ่งมีลักษณะเป็นทั้งแบบมีโครงสร้างและกึ่งโครงสร้าง (Structured and Semi-structured Interview)

2. อุปกรณ์วัดความดันโลหิตแบบปรอท และแบบวัดประเมินสมรรถภาพทางกาย ได้แก่ 1) แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) 2) นาฬิกาชนิดดิจิทัลที่ใช้ในการจับเวลาประเมินการทรงตัวด้วยการนั่ง-ลุก-ยืนและเดิน (Time Up and Go Test: TUGT) และความสมดุลร่างกายด้วยการยืนบนขาข้างเดียว (Single Leg Stance Test: SLST)

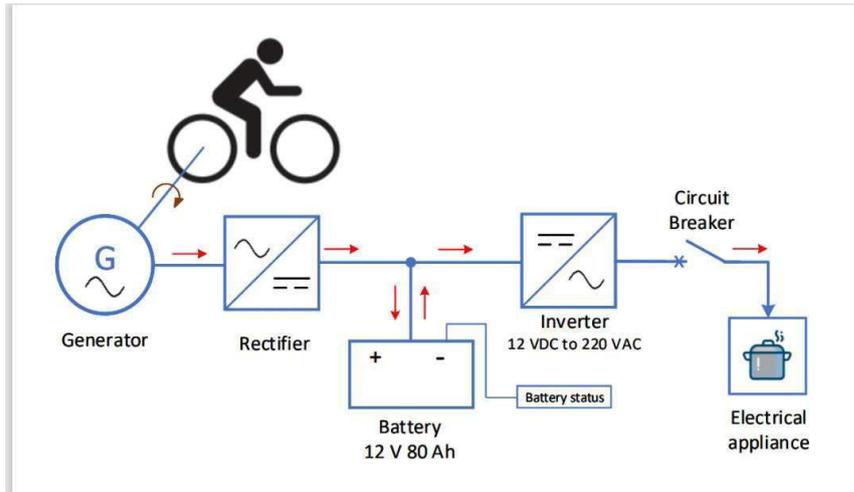
2.1 ใช้แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) ประเมินความรุนแรงของอาการประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ได้ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 6-27 (ระดับความรุนแรงน้อยถึงปานกลาง และรุนแรงมาก)

2.2 ประเมินการทรงตัวด้วยการนั่ง-ลุก-ยืนและเดิน (Time Up and Go Test: TUGT) ด้วยการทดสอบให้กลุ่มตัวอย่างผู้ถูกทดสอบนั่งเก้าอี้ แขนวางบนที่พักแขนของเก้าอี้ (หรือวางบนตัก)หลังติดพนักพิงเมื่อได้ยินสัญญาณ แล้วให้ลุกขึ้นยืนและเดินตรงไปข้างหน้า เมื่อถึงเครื่องหมายที่ทำสัญลักษณ์ไว้ที่พื้น (ระยะทาง 5 เมตร) ให้หมุนตัวกลับและเดินมานั่งบนเก้าอี้ตัวเดิม ผู้วิจัยจับเวลาตั้งแต่หลังของกลุ่มตัวอย่างผู้ถูกทดสอบออกจากพนักพิง จนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างผู้ถูกทดสอบกลับมานั่งบนเก้าอี้หลังแตะกับพนักพิง

2.3 ประเมินความสมดุลร่างกายด้วยการยืนบนขาข้างเดียว (Single Leg Stance Test: SLST) ข้างใดข้างหนึ่ง ทำการทดสอบโดยให้กลุ่มตัวอย่างผู้ถูกทดสอบยืนตรง มือสองข้างไขว้และไหล่ด้านตรงข้าม ยกขาข้างหนึ่งขึ้นจากพื้นและพยายามยืนบนขาข้างเดียวให้ได้เป็นเวลานาน 10 วินาที การแปลผลคะแนน ถ้าหากกลุ่มตัวอย่างผู้ถูกทดสอบยืนได้น้อยกว่า 5 วินาที แปลว่าผู้ทดสอบมีความเสี่ยงต่อการล้มและมีความผิดปกติในการทรงตัว

3. จักรยานประดิษฐ์แบบปั่นอยู่กับที่เพื่อการผลิตกระแสไฟฟ้า ซึ่งใช้เป็นอุปกรณ์ในการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ หรือสิ่งทดลอง (Intervention)

เครื่องมือที่เป็นสิ่งประดิษฐ์ที่นำมาใช้ในการทดลอง เป็นการนำซากรถจักรยานชำรุดที่ไม่สามารถใช้งานได้แล้ว มาพัฒนาเป็นอุปกรณ์ออกกำลังกายและผลิตกระแสไฟฟ้าไปด้วยในขณะเดียวกัน โดยเมื่อทำการปั่นจักรยาน แกนเพลลาหมุนของจักรยานจะเป็นต้นกำลังเพื่อไปหมุนแกนเพลลา (Rotor) ของ เครื่องกำเนิดไฟฟ้า (Generator) ทำให้เกิดสนามแม่เหล็กตัดผ่านขดลวด อเมเจอร์ (Armature) ที่อยู่บนโครง stator ของเครื่องกำเนิดไฟฟ้า ดังกล่าว โดยกระแสไฟฟ้าที่ได้ออกมาเป็น ไฟฟ้ากระแสสลับ (AC current) ไฟฟ้ากระแสสลับดังกล่าว ถูกต่อไปยัง เครื่องแปลงกระแสไฟฟ้า (Full bridge rectifier) เพื่อแปลงกลับมาเป็นไฟฟ้ากระแสตรง (DC current) ขนาด 12 Vdc ไฟฟ้ากระแสตรงที่ได้ จะถูกส่งต่อไปยังแบตเตอรี่ (Battery) พิกัด 12 Vdc ขนาดความจุ 80Ah เพื่อกักเก็บพลังงานไว้ใช้ ขณะเดียวกันก็มีกระแสไฟฟ้าตรง ก็ส่งผ่านไปยัง เครื่องแปลงกระแสไฟฟ้า (DC to AC inverter) แปลงจากไฟฟ้ากระแสตรง ให้เป็นกระแสสลับ โดยมีการปรับค่า (Synchronization) ให้มีค่า 220 Vac, 50 Hz เพื่อที่จะจ่ายให้กับอุปกรณ์ไฟฟ้าโดยทั่วไป (Electrical appliances) เช่น หม้อหุงข้าวไฟฟ้า กระจกน้ำร้อนไฟฟ้า โคมไฟไฟฟ้า ฯลฯ ที่มีขนาดพิกัดไม่มากจนเกินไป โดยระบบควบคุมจะมีเซอร์กิตเบรกเกอร์ (Circuit breaker) เพื่อสำหรับป้องกันในกรณีที่มีการลัดวงจรเกิดขึ้นในระบบ ตามภาพที่ 3



ภาพที่ 3 วงจรการผลิตกระแสไฟฟ้าจากอุปกรณ์จักรยานประดิษฐ์

ในการศึกษาประสิทธิผลของการออกกำลังกายด้วยอุปกรณ์จักรยานประดิษฐ์ผลิตกระแสไฟฟ้าแบบอยู่กับที่ ครั้งนี้ ดัชนีชี้วัดด้านงบประมาณในการประดิษฐ์นวัตกรรมจักรยานปั่นผลิตไฟฟ้ากระแสตรงและเพื่อความสะดวกในการติดตามควบคุมกำกับ การวัดประเมินผล ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทดลอง ครั้งละ 10 ตัวอย่าง ควบคู่กับการคัดเลือกกลุ่มเปรียบเทียบในแต่ละครั้งของการทดลองซึ่งไม่ซ้ำกัน ดำเนินการศึกษาทดลองจนครบจำนวนทั้งกลุ่มกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 48 คนเป็นเวลา 1 ปี หรือ 48 สัปดาห์ (ตั้งแต่ พฤษภาคม 2565 – เมษายน 2566)



ภาพที่ 4 แสดงการพัฒนาอุปกรณ์จักรยานประดิษฐ์ การทดลองใช้และนำไปใช้จริงในการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ซึ่งมีลักษณะเป็นทั้งแบบมีโครงสร้างและกึ่งโครงสร้างอยู่ในฉบับเดียวกัน ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำมาคำนวณหาค่า IOC อยู่ในช่วง 0.72 – 1.00 และในการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือในส่วนข้อความที่มีโครงสร้าง โดยผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย นำข้อมูลมาวิเคราะห์ผล โดยวิเคราะห์ผลหาความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .821 สำหรับแบบวัดประเมินสมรรถภาพทางกายสามารถจัดเป็นแบบมาตรฐานเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป ผู้วิจัยจึงได้นำมาประยุกต์ในการวิจัยนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะก่อนการทดลอง ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยได้ขอรับความยินยอมเข้าร่วมเป็นตัวอย่างโครงการวิจัยโดยการได้รับบอกกล่าว (Informed consent) แนะนำและอธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัยเมื่อผู้สูงอายุสมัครใจเข้าร่วมโครงการฯ แล้วผู้วิจัยได้ขอให้ลงนามในเอกสารยินยอมโดยให้ญาติผู้ดูแลลงนามเป็นพยาน จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลลักษณะทางประชากรและภาวะสุขภาพทั่วไป วัดอัตราการเต้นของชีพจรก่อนที่ วัดความดันโลหิต รวมทั้งการประเมินสมรรถภาพทางกายที่ได้กำหนดเป็นตัวแปรตามของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยนำจักรยานประติรูปผลิตกระแสไฟฟ้าแบบอยู่กับที่ ไปให้ที่บ้านกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเพื่อใช้ในการปั่นเพื่อออกกำลังกาย อธิบายและสาธิตวิธีการใช้ให้ทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้ทราบ และที่สำคัญคือแจ้งให้ผู้ดูแลทราบถึงการเตรียมผู้สูงอายุก่อนการปั่นจักรยาน ได้แก่ การดื่มน้ำเปล่า การอบอุ่นร่างกายด้วยการนวดนวดนวดแล้วแกว่งขาไปข้างหน้าทั้งสองข้างสลับกันไปมา การเหยียดขาให้ตรงและงอเข้า และเพื่อความปลอดภัยจะให้ญาติที่เป็นผู้ดูแลอยู่ด้วยขณะปั่นจักรยานจนครบระยะเวลา 15 – 20 นาทีซึ่งเป็นเวลาที่หม้อหุงข้าวขนาด 2 ลิตรตัดกระแสไฟฟ้าหรือข้าวในหม้อสุก โดยให้กระทำในลักษณะเช่นนี้ทุกวันๆ ละอย่างน้อย 1 ครั้งจบครบ 12 สัปดาห์

ระยะหลังการทดลอง เมื่อการทดลองสิ้นสุด (12 สัปดาห์) ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์โดยใช้เน้นในส่วนแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้างพูดคุยในลักษณะการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ถึงภาวะสุขภาพทั่วไปที่กลุ่มตัวอย่างรู้สึกได้ถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตัวเอง วัดอัตราการเต้นของชีพจรก่อนที่ วัดความดันโลหิต รวมทั้งการประเมินสมรรถภาพทางกายที่ได้กำหนดเป็นตัวแปรตามของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ การนั่ง ลูก ยืน และเดิน (Time Up and Go Test) ความสมดุลร่างกายด้วยการยืนบนขาข้างเดียว (Single Leg Stance Test) และอาการปวดข้อเข่า (knee score)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำเข้าเครื่องประมวลผล แล้ววิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้ 1) สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะประชากรและภาวะสุขภาพทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistic) วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยจากการประเมินสมรรถภาพทางกายระหว่างกลุ่มระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent samples t-test โดยกำหนดค่าระดับการมีนัยสำคัญไว้ที่ $P < 0.05$

จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการภายใต้โครงการพัฒนาชุมชนนวัตกรรมด้วยการยกระดับศักยภาพด้านการท่องเที่ยว นโยบายสาธารณะ วิสาหกิจชุมชนและผลิตภัณฑ์ชุมชน โดยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา (Ethical reference: 2.2/090/64, 18 พย.64)) และนอกจากนี้แล้ว ในขั้นตอนของการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญและยึดมั่นต่อข้อปฏิบัติด้วยการเคารพในการให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทั้งกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล โดยบอกกล่าวข้อมูลอย่างเพียงพอ และมีอิสระในการตัดสินใจ ความเคารพความเป็นส่วนตัวและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ร่วมวิจัย หลีกเลี่ยงการกระทำที่อาจก่อให้เกิดอันตราย การปฏิบัติด้วยความยุติธรรมไม่มีอคติ การเคารพในความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับ การเก็บข้อมูลได้กระทำโดยคำนึงถึงเวลาพักผ่อนและความเป็นส่วนตัวของผู้สูงอายุ มีการปกปิดข้อมูลเพื่อการรักษาความลับความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยและผู้ร่วมวิจัยท่านอื่นๆ อย่างเคร่งครัด

ผลการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพของของผู้สูงอายุจากการออกกำลังกายด้วยการปั่นจักรยานประดิษฐ์ผลิตกระแสไฟฟ้าแบบอยู่กับที่ มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุจำนวนทั้งสิ้น 88 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คนและกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 48 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 65 ถึง 70 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.7 มีอายุน้อยที่สุด 65 ปี มากที่สุด 77 ปี อายุเฉลี่ย 70.02 และจากการทดสอบความแตกต่างอายุเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P=0.07$ (independent samples t -test) แสดงว่าอายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกัน ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ร้อยละ 42.0 และ 36.0 ตามลำดับ ร้อยละ 87.5 มีสถานะภาพการสมรสคู่ ประวัติการทำงานส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรกรรมทำสวน ทำไร่ทำนา และรับราชการ ร้อยละ 30.6 และ 28.4 ตามลำดับ ค่าดัชนีมวลกาย ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ (18.5 – 22.9) ร้อยละ 67.0 รูปแบบการอยู่อาศัยของครอบครัว ส่วนใหญ่อยู่อาศัยร่วมกับสามีหรือภรรยา ร้อยละ 87.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 42.0 มีกิจกรรมทางกายในแต่ละวันด้วยการเดินไป-มาภายในบ้าน รองลงมา ร้อยละ 33.0 มีกิจกรรมทางกายในแต่ละวันด้วยการเดินบริเวณสถานนอกบ้าน มีส่วนน้อยที่มีกิจกรรมทางกายในแต่ละวันด้วยการเดินภายในบ้านและลานนอกบ้าน ร้อยละ 25.0 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการปวดข้อเข่าข้างซ้าย ร้อยละ 40.9 รองลงมาเป็นปวดข้อเข่าข้างขวาและปวดทั้งสองข้าง ร้อยละ ร้อยละ 35.2 และร้อยละ 15.9 และอีกร้อยละ 8.0 ไม่มีอาการปวดข้อเข่า รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มศึกษาทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n=40) จำนวน (%)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=48) จำนวน (%)	รวม (n=88) จำนวน (%)
เพศ			
ชาย	16 (41.0)	23 (59.0)	39 (44.3)
หญิง	24 (49.0)	25 (51.0)	49 (55.7)
อายุ (ปี)*			
ไม่เกิน 70	22 (55.0)	32 (66.7)	54 (61.4)
มากกว่า 70	18 (45.0)	16 (33.3)	34 (38.6)
	x 70.02 S.D. 2.8 Min. 65 Max. 77		
การศึกษา			
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1 (2.5)	3 (6.2)	4 (4.5)
ประถมศึกษา	20 (50.0)	17 (35.4)	37 (42.0)
มัธยมศึกษา	11 (27.5)	21 (43.8)	32 (36.5)
ปริญญาตรี	8 (20.0)	7 (14.6)	15 (17.0)
สถานภาพการสมรส			
คู่	35 (87.5)	42 (87.5)	77 (87.5)
ม่าย/แยกกันอยู่	5 (12.5)	6 (12.5)	11 (12.5)

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มศึกษาทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n=40) จำนวน (%)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=48) จำนวน (%)	รวม (n=88) จำนวน (%)
ประวัติการทำงาน			
รับจ้างทั่วไป	9 (22.5)	9 (18.8)	18 (20.5)
รับจ้างบริษัท/โรงงาน	7 (17.5)	11 (22.9)	18 (20.5)
รับราชการ	11 (27.5)	14 (29.2)	25 (28.4)
เกษตรกร ทำไร่ ทำนา	13 (32.5)	14 (29.2)	27 (30.6)
ดัชนีมวลกาย (kg./m ²)			
18.5 – 22.9	22 (55.0)	37 (77.1)	59 (67.0)
23.0 – 24.9	17 (42.5)	11 (22.9)	28 (31.8)
25.0 – 29.9	1 (2.5)	0 (0.0)	1 (1.1)
รูปแบบการอยู่อาศัย			
อยู่กับสามี/ภรรยา	35 (87.5)	42 (87.5)	77 (87.5)
อยู่กับญาติ ลูก/หลาน	5 (12.5)	6 (12.5)	11 (12.5)
กิจกรรมทางกายในแต่ละวัน			
เดินไป-มาภายในบ้าน	16 (40.0)	21 (43.8)	37 (42.0)
เดินบริเวณลานนอกบ้าน	14 (35.0)	15 (31.2)	29 (33.0)
เดินภายในบ้านและลานนอกบ้าน	10 (25.0)	12 (25.0)	22 (25.0)
อาการปวดข้อเข่า			
ข้างขวา	16 (40.0)	15 (31.2)	31 (35.2)
ข้างซ้าย	15 (37.5)	21 (43.8)	36 (40.9)
ทั้งสองข้าง	6 (15.0)	8 (16.7)	14 (15.9)
ไม่มีอาการปวด	3 (7.5)	4 (8.3)	7 (8.0)

*p =.07, Not significance of the independent samples t-test

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยตัวแปรผลลัพธ์ด้านสมรรถภาพทางกายจากการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้ค่าระดับตัวแปรสมรรถภาพทางกายได้แก่ อัตราการเต้นของชีพจรต่อนาที ค่าความดันโลหิต Systolic ค่าความดันโลหิต Diastolic การนั่ง ลูก ยืนและเดิน การทรงตัวสมดุลร่างกาย และอาการปวดข้อเข่า (knee score) ผลการทดสอบโดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า ค่าระดับสมรรถภาพทางกายมีความเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก กล่าวคือ หลังการทดลองระดับสมรรถภาพทางกายที่ใช้อัตราการเต้นของชีพจรต่อนาที ความดันโลหิต Systolic ความดันโลหิต Diastolic ระยะเวลาเฉลี่ยในการทดสอบการนั่ง ลูก ยืนและเดิน อาการปวดข้อเข่า มีค่าเฉลี่ยลดลง และระยะเวลาในการทรงตัวสมดุลร่างกายมีระยะเวลาค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับการวัดก่อนการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ ดังรายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรผลลัพธ์ด้านสมรรถภาพทางกายจากการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปรของผลลัพธ์	กลุ่มทดลอง (n=40) Mean (SD)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=48) Mean (SD)	Mean Difference	t	95% CI	Sig.
อัตราการเต้นของชีพจรต่อนาที						
ก่อนการทดลอง	75.03 (2.01)	75.04 (1.78)	-3.29	10.9	-3.89 –	<.001*
หลังการทดลอง	71.72 (1.55)	75.02 (1.28)			-2.69	
ความดันโลหิต						
Systolic (mmHg)						
ก่อนการทดลอง	144 (8.10)	144.69 (7.47)	-6.15	4.37	-8.94 –	<.001*
หลังการทดลอง	138.75 (6.07)	144.9 (6.95)			-3.35	
ความดันโลหิต						
Diastolic (mmHg)						
ก่อนการทดลอง	90.75 (2.89)	91.25 (2.82)	-5.31	10.34	-6.33 –	<.001*
หลังการทดลอง	86.25 (2.19)	91.56 (2.55)			4.29	
การนั่ง ลูก ยืนและเดิน						
ก่อนการทดลอง	12.77 (.54)	12.78 (.51)	-3.67	32.29	-3.90 –	<.001*
หลังการทดลอง	9.05 (.47)	12.72 (.57)			-3.45	
การทรงตัวสมดุลร่างกาย						
ก่อนการทดลอง	8.89 (.57)	5.01 (.59)	5.11	58.5	4.93 –	<.001*
หลังการทดลอง	10.0 (.12)	4.88 (.55)			5.28	
อาการปวดข้อเข่า (knee score)						
ก่อนการทดลอง	19.48 (6.33)	18.69 (6.50)	-9.92	8.8	-12.15 –	<.001*
หลังการทดลอง	9.10 (3.10)	19.02 (6.51)			-7.68	

*P<.05

ในส่วนของผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาจากข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกซึ่งได้ข้อมูลจากข้อคำถามปลายเปิด แรงจูงใจที่กระตุ้นให้ปั่นจักรยานอย่างสม่ำเสมอ ความเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่สามารถรับรู้ได้ด้วยตนเองหลังจากการปั่นจักรยานผ่านไป 1 สัปดาห์ พบว่า มีประเด็นสนับสนุนข้อค้นพบจากการใช้วิธีเชิงปริมาณ และสามารถทำความเข้าใจถึงแรงขับเคลื่อน (Motivation) ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องที่เป็นแรงจูงใจภายใน (Intrinsic motives) คือ การมองเห็นคุณค่าในตัวเองที่ยังสามารถออกกำลังกายได้ และแรงจูงใจภายนอก (Extrinsic motives) คือความตั้งใจในการที่จะทำมีกระแสไฟฟ้าใช้เพื่อให้บรรลุผลการหุงข้าว ซึ่งเป็นแรงกระตุ้นหรือความรู้สึกท้าทาย นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุยังสังเกตตัวเองได้ว่าเมื่อปั่นจักรยานไปสักระยะ 2 สัปดาห์รู้สึกได้ว่าเกิดความอยากอาหาร (หิวข้าว) ในแต่ละมื้อดีขึ้น ระยะเวลาในการนอนหลับติดต่อกันนานมากขึ้น เกิดเจตคติที่ดีต่อการออกกำลังกายรู้ว่าการปั่นจักรยานทำให้ตนเองมีความ

มันใจการเดินทาง และที่สำคัญมีความพอใจถึงอาการปวดข้อเข่าที่ลดลงและไม่มีเสียงดังกร๊อบ แกร็บเวลาขยับ ยืดเหยียดเปลี่ยนท่าหรือก้าวเดิน

อภิปรายผล

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้จักรยานประดิษฐ์ผลิตกระแสไฟฟ้าแบบปั่นอยู่กับที่ในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ และผลที่เกิดกับสมรรถภาพทางกายเชิงบวทางสุขภาพของผู้สูงอายุจากการออกกำลังกายด้วยการปั่นจักรยานประดิษฐ์ ที่ผู้วิจัยได้ออกแบบและพัฒนาขึ้น นำไปศึกษาทดลองในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 40 คนและใช้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 48 คนเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการศึกษาทดลองพบว่า การนำจักรยานประดิษฐ์ผลิตกระแสไฟฟ้าแบบปั่นอยู่กับที่มาให้ผู้สูงอายุปั่นเพื่อออกกำลังกายแล้ว เกิดผลกระทบต่อสุขภาพในเชิงบวกต่อผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลวิจัยของ Salacinski AJ, et al., (2012) ที่ได้ทำการศึกษา ผลกระทบของการปั่นจักรยานเป็นกลุ่มต่อการเดินและความพิการที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวดในบุคคลที่มีโรคข้อเข่าเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง พบว่า หลังสิ้นสุดระยะเวลาการทดลอง 12 สัปดาห์บุคคลที่เป็นกลุ่มทดลองด้วยการปั่นจักรยานแสดงให้เห็นถึงภาวะสุขภาพทางกายที่ดีขึ้น เวลาที่ใช้ในการเดินมีความแตกต่างเฉลี่ยระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ $P < .05$ (95% CI= 2.2, 15.1), ผลการวัดความเจ็บปวดข้อเข่าจากการทดสอบด้วยการเดิน 6 นาที มีค่าเฉลี่ยความแตกต่าง $P < .05$ (95% CI= 2.1, 31.0) มาตรการวัดความเจ็บปวดดัชนีโรคข้อเสื่อมของมหาวิทยาลัยเวสเทิร์นออนแทรีโอและแม็กมาสเตอร์ มีความแตกต่างเฉลี่ย 14.9 คะแนน $P < .05$ (95% CI= 2.6, 27.0) คะแนนผลลัพธ์ความเจ็บปวดที่เข่าและโรคข้อเสื่อมมีความแตกต่างเฉลี่ย 13.3 คะแนน $P < .05$ (95% CI= 3.4, 23.3) และผลลัพธ์จากการสำรวจข้อเข่าในมาตราส่วนย่อยของการดำรงชีวิตประจำวัน มีความแตกต่างเฉลี่ย 13.9 จุด $P < .05$ (95% CI= 2.0, 25.9) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยมีข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากกลุ่มทดลองสนับสนุนข้อค้นพบดังกล่าวว่า “หลังจากปั่นจักรยานไป 1 สัปดาห์รู้สึกสบายตัวเพราะเหงื่อออก” “รู้สึกหิวข้าว หิวน้ำ และนอนหลับสบายขึ้น” “มีความมั่นใจในการเดินที่มั่นคง อาการเจ็บหัวเข่าไม่มีเลย” “เสียงดังกร๊อบแกร็บในเข่าเวลาลุกนั่ง และเดินก็ไม่มี” สอดคล้องกับงานวิจัยของ Rezasoltani Z, et al., (2020) ได้ทำการศึกษาการทดลองแบบสุ่มที่มีการควบคุมของการปั่นจักรยานในน้ำเพื่อรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในการลดความเจ็บปวด การทำงานของร่างกาย และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยการปั่นจักรยานในน้ำ $P < .001$ การวิเคราะห์ภายในกลุ่มแสดงให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมในกลุ่มทดลองปั่นจักรยานในน้ำมีอาการปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ $P < .001$ และมีการทำงานของร่างกายที่ดีขึ้น $P < .001$ กล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า $P < .001$ และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขาด้านหลัง $P < .001$ เมื่อเปรียบเทียบกับในกลุ่มกับกลุ่มควบคุมที่พบว่าไม่มีนัยสำคัญ $P > .05$ ทั้งหมด Sudharani P, et al., (2022) ได้ศึกษาถึงสรรพวิทยาการออกกำลังกายด้วยการเดินเทียบกับการปั่นจักรยานโดยอ้างอิงการรับน้ำหนักของข้อเข่า พบว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นปัจจัยได้รับการยอมรับอย่างดีในการป้องกันและรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ การเดินและการปั่นจักรยานทำให้ผู้คนสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางกายเป็นประจำทุกวัน แต่การเดินอย่างต่อเนื่องและเป็นเวลานานส่งผลให้มีอาการปวดเข่าเพิ่มขึ้นและเกิดประโยชน์ทางคลินิกน้อยลง ในขณะที่การเดินเป็นช่วงๆ ไม่ได้ทำให้เกิดประโยชน์มากกว่า ในทางกลับกัน การปั่นจักรยานมักจัดเป็นกิจกรรมที่ไม่ต้องใช้แรงมากสำหรับข้อเข่า ดังนั้นจึงแนะนำได้กับผู้ที่เป็โรคข้อเสื่อมและผู้ที่ได้รับการฟื้นฟูหลังการผ่าตัดเข่า Luan L, et al., (2020) ได้ทำการศึกษาด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณในเรื่องการออกกำลังกายด้วยการปั่นจักรยานแบบอยู่กับที่สำหรับโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า การออกกำลังกายด้วยการปั่นจักรยานแบบอยู่กับที่ส่งผลให้มีอาการปวดลดลงค่าความแตกต่างเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก

(WMD) 12.86, (95% CI 6.90–18.81) และประสิทธิภาพในการเล่นกีฬาดีขึ้นค่าความแตกต่างเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก (WMD) 8.06, (95% CI 0.92–15.20) อย่างไรก็ตาม ผลการวิเคราะห์แบบอภิมานส่วนใหญ่จะพบว่ามีความสำคัญทางสถิติ ทั้งการปรับปรุงในด้านอาการเพลียของกล้ามเนื้อค่าความแตกต่างเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก (WMD) 11.47, (95% CI 4.69–18.25), การทำงานค่าความแตกต่างเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก (WMD) 8.28, (95% CI 2.44–14.11), อาการ ค่าความแตกต่างเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก (WMD) 4.15, (95% CI 1.87 - 10.18), การดำเนินชีวิตประจำวันค่าความแตกต่างเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก (WMD) 6.43, (95% CI 3.19 - 9.66) และคุณภาพชีวิตค่าความแตกต่างเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก (WMD) 0.99, (95% CI 4.27 - 6.25) สำหรับผู้ที่มีโรคข้อเข่าเสื่อมนั้นไม่เกินค่าความแตกต่างที่สำคัญทางคลินิกขั้นต่ำของมาตรการผลลัพธ์แต่ละประการเหล่านี้ จึงสรุปได้ว่า การออกกำลังกายด้วยการปั่นจักรยานช่วยบรรเทาอาการปวดและปรับปรุงการเล่นกีฬาในผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม แต่ในทางคลินิกอาจไม่ได้ผลดีนักในการปรับปรุงความแข็งแรงตั้ง กิจกรรมประจำวัน และคุณภาพชีวิต

ผลจากการวิจัยนี้ แสดงให้เห็นถึงแสดงให้เห็นถึงผลประโยชน์ของการออกกำลังกายเมื่อเทียบกับการไม่ออกกำลังกาย ประสิทธิภาพผลของการออกกำลังกายด้วยการปั่นจักรยานแบบอยู่กับที่ของผู้สูงอายุ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีอาการความเจ็บปวดของข้อเข่า ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการออกกำลังกายมีส่วนทำให้อาการความเจ็บปวดที่ลดลง การออกกำลังกายซึ่งจัดว่าเป็นกิจกรรมทางกายประเภทหนึ่งในกลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งการออกกำลังกายสม่ำเสมอมีความจำเป็นในการจัดการกับภาวะนี้ การฟื้นฟูสมรรถภาพและการกายภาพบำบัดจึงมักถูกกำหนดให้มีจุดประสงค์เพื่อบรรเทาอาการปวดและเพิ่มการเคลื่อนไหว เพื่อต่อต้านการฝ่อตัวของกล้ามเนื้อ จึงจำเป็นต้องออกกำลังกายเป็นประจำ เนื่องจากประโยชน์ต่อสุขภาพ (Valderrabano V. and Steiger C., 2010) การออกกำลังกายเป็นประจำสามารถลดผลทางสรีรวิทยาของวิถีชีวิตที่ไม่ค่อยได้เคลื่อนไหวและเพิ่มอายุขัยที่กระตือรือร้นได้ อีกทั้งยังเป็นการจำกัดการพัฒนาและความก้าวหน้าของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพ นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ทางจิตวิทยาและทางปัญญาที่สำคัญที่เกิดจากการออกกำลังกายเป็นประจำของผู้สูงอายุ การออกกำลังกายที่กำหนดให้กับผู้สูงอายุควรประกอบด้วย การออกกำลังกายแบบแอโรบิก การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการออกกำลังกายเพื่อความยืดหยุ่น ดังนั้น ทางเลือกในการออกกำลังกายในผู้สูงอายุรวมทั้งผู้ป่วยที่มีโรคข้อเข่าเสื่อมก็สามารถปั่นจักรยานแบบอยู่กับที่ภายในบ้านได้ ซึ่งนอกจากจะเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพและต่อต้านการฝ่อตัวของกล้ามเนื้อ ยังเป็นการชลอเวลาการป่วยติดเตียงได้ด้วย

การนำผลการวิจัยไปใช้

ปัจจุบันสังคมโลกและประเทศไทยของเราได้กลายเป็นสังคมสูงอายุไปแล้ว ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เข้าสู่ภาวะเสื่อมถอยของเซลล์ อวัยวะและระบบการทำงานต่างๆ เช่น กระดูกและกล้ามเนื้อ มีความแข็งแรงและความยืดหยุ่นลดน้อยลง ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลงขาดความกระฉับกระเฉง มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และการบริหารกายที่เพียงพอเหมาะสมให้กับผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้างร่างกายให้แข็งแรงของกล้ามเนื้อและป้องกันภาวะความเสื่อมของร่างกายในด้านต่างๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีร่างกายที่แข็งแรง ใช้ชีวิตอย่างกระฉับกระเฉง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี การออกกำลังกายด้วยการปั่นจักรยานแบบอยู่กับที่ภายในบ้านจัดว่าเป็นการออกกำลังกายที่ปลอดภัยและเป็นการออกแรงของกลุ่มกล้ามเนื้อส่วนล่าง ด้วยการพัฒนานวัตกรรมจักรยานชนิดปั่นอยู่กับที่ให้ผู้สูงอายุใช้ออกกำลังกายภายในบ้าน เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความยืดหยุ่นของเอ็น ได้แก่ สะโพก ต้นขา และน่องช่วยในการทรงตัวและป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การออกกำลังกายมีบทบาทสำคัญในการรักษาความคล่องตัว ลดความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง และปรับปรุงสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ การวิจัยในอนาคตควรเน้นที่การปรับปรุงรูปแบบการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสภาพสุขภาพและระดับความแข็งแรงที่แตกต่างกัน อาทิ

1. เพิ่มขนาดตัวอย่างให้มากขึ้นกว่าการวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้สามารถขยายผลการวิจัยสรุปอ้างอิงไปสู่กลุ่มอื่นได้อย่างแสดงนัยได้โดยทั่วไป (Generalization) ถูกต้อง ชัดเจนและน่าเชื่อถือ
2. การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อในระยะยาวของการฝึกความทนทานของมวลกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวในผู้สูงอายุ
3. การศึกษาถึงวิธีการออกกำลังกายเพื่อประเมินผลกระทบต่อการทำงานของระบบประสาทและสมองในการชะลอการเกิดโรคระบบประสาทและสมองเสื่อม
4. บทบาทของเทคโนโลยีสมัยใหม่ในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอในผู้สูงอายุ

References

- American College of Sports Medicine. (2017). *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription, 10th Edition*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Fiatarone Sing MA, Minson CT, Nigg CR, Salem GJ., et al. (2009). Exercise and physical activity for older adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 41, 1510–1530.
- Creswell W. and Creswell J. (2023). *Research Design Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. SAGE Publications, Inc. 2023; p: 235-37.
- Kazemina, M.; Salari, N.; Vaisi-Raygani, A.; Jalali, R.; Abdi, A.; Mohammadi, M.; Daneshkhah, A.; Hosseinian-Far, M.; Shohaimi, S., (2020) The effect of exercise on anxiety in the elderly worldwide: A systematic review and meta-analysis. *Health Qual. Life Outcomes* 2020, 18, p:363.
- Lin YT, Chen M, Ho CC, and Lee TS., (2020) Relationships among leisure physical activity, sedentary lifestyle, physical fitness, and happiness in adults 65 years or older in Taiwan. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, p:5235
- Luan L, Bousie J, Pranata A, Adams R, Han J., (2021). Stationary cycling exercise for knee osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil.* 2021 Apr;35(4), p:522-533.
- Nazroo J, Zaninotto P, Gjonca E., (2008) *Mortality and healthy life expectancy*. In: Banks J. Oudegeest-Sander, M.H.; Eijsvogels, T.H.M.; Verheggen, R.J.H.M.; Poelkens, F.; Hopman, M.T.E.; Jones, H.; Thijssen, D.H.J. (2013) Impact of physical fitness and daily energy expenditure on sleep efficiency in young and older humans. *Gerontology* 2013, 59, p:8–16.
- Physical Activity Guidelines Advisory Committee. (2008). *Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.

- Rezasoltani Z, Sanati E, Mofrad RK, Azizi S, Dadarkhah A, and Najaf S, (2020). Randomized Controlled Trial of Aquatic Cycling for Treatment of Knee Osteoarthritis in Elderly People, *Geriatric Rehabilitation*, 36(2), p:103-109.
- Salacinski AJ, Krohn K, Lewis SF, Holland ML, Ireland K, and Marchetti PT, (2012). The Effects of Group Cycling on Gait and Pain-Related Disability in Individuals with Mild-to-Moderate Knee Osteoarthritis: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*; p:985-995.
- Sudharani P, Kishan KPC, Ramamohanrao M and Manjulatha C, (2022). Exercise physiology-walking vs cycling with reference to knee joint loading, *International Journal of Physical Education, Sports and Health* 2022; 9(5); p:241-245.
- Valderrabano V, Steiger C., (2010). Treatment and prevention of osteoarthritis through exercise and sports. *J Aging Res* 2010; Dec 6; 2011:374653.
- World Health Organization [WHO]. (2015). World report on ageing and health, Geneva: World Health Organization.