



วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH AND INNOVATION

ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม- สิงหาคม 2568 VOL.5 NO.2 MAY - AUGUST 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 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 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 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2568

ที่ปรึกษา

อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
ทันตแพทยศาสตร์ ศรีไทย

บรรณาธิการ

ดร.สุทธิดี สุริรักษ์
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

กองจัดการ

ดร.นพดล ทองอร่าม
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.สักริต พงศ์พานิช
ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุนัน พงษ์ภิญโญ
รองศาสตราจารย์ ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์
รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทรวง
รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ สุดหนองบัว
รองศาสตราจารย์ ดร.สมัทนา กลางคาร
รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมธ
รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ ลักขมิจรกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพ.ณัฐวดี แก้วสุทธา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราศิริ
อาจารย์ ดร.พิทยา ศรีเมือง
อาจารย์ ดร.อรอนพ สนธิไชย
อาจารย์ ดร.ภคิน ไชยช่วย
อาจารย์ ดร.สฤณี ผาอาจ

กำหนดออก

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

เจ้าของ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
มหาวิทยาลัยนเรศวร
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยทักษิณ
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดอุบลราชธานี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดอุบลราชธานี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

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

บทบรรณาธิการวารสาร

วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม ฉบับนี้เป็นฉบับประจำปีที 5 ฉบับที่ 2 ปีพุทธศักราช 2568 เล่มนี้เป็นเล่มที่สองของปีแล้วเวลาผ่านไปรวดเร็วมาก แต่ทางวารสารยังคงมีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานวิจัยและเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้และส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับผลงานทางวิชาการด้านวิทยาศาสตร์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ การพยาบาล การสาธารณสุข สิ่งแวดล้อม นวัตกรรม สุขภาพ และการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ สร้างเครือข่ายการเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ และองค์ความรู้ระหว่างวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรีกับหน่วยงานภายนอก ในส่วนภาครัฐและเอกชน เราก็จะพัฒนาเข้าสู่คุณภาพมาตรฐานของวารสารในขั้นต่อไปและหวังว่า บทความในวารสารนี้จะเป็นประโยชน์แก่ นักศึกษา อาจารย์ นักวิชาการ นักสาธารณสุข ทั้งในประเทศ และต่างประเทศ สามารถเรียนรู้ด้วยตนเองได้ทางเว็บไซต์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี วารสารมีกำหนดการเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

เนื้อหาในวารสารฉบับนี้ มีบทความวิจัย 10 เรื่อง บทความทุกเรื่องสามารถ Download ได้ในรูปแบบ pdf. File ขณะเดียวกันหากมีความสนใจในการ เขียนบทความ ทั้งด้านวิชาการ งานวิจัยหรือ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขชุมชนและสุขภาพตลอดจน ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาปรับปรุงวารสารให้เหมาะสม ท่านผู้อ่านสามารถแจ้งมายังกองบรรณาธิการได้ จักขอบคุณยิ่ง

วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม ขอขอบคุณสถาบันพระบรมราชชนก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียน บทความทุกท่านที่มีส่วนร่วมสนับสนุนในการทำให้เสร็จสมบูรณ์อย่างมีคุณภาพ วารสารศาสตร์สาธารณสุข และนวัตกรรม จะเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาทักษะทางวิชาการ และวิชาชีพของบุคลากรสาขา วิทยาศาสตร์สุขภาพ ตลอดจนสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง อันจะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์ความรู้ด้าน วิทยาศาสตร์สุขภาพ และสาขาที่เกี่ยวข้องต่อไป

สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์
บรรณาธิการ

บรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ

บทบรรณาธิการวารสาร

บทความวิจัย (Original Article):

การประเมินความเสี่ยงสภาพแวดล้อมการทำงานหน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาล.....E275650

Risk Assessment of the Working Environment in the Central Supply

Department of the Hospital

การวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง.....E278343

ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โรงพยาบาลอุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี

Analysis of Situations Related to Stroke for Hypertension and Diabetes

Patients in Uthong Hospital Suphanburi Province

ผลของโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน.....E281322

ตำบลสะलग จังหวัดเชียงใหม่: การบูรณาการแนวคิดอนามัยครอบครัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต

Effects of the 5-Dimensional Happiness Program on Preventing Depression

in Older Adults in Saluang Sub-district, Chiang Mai Province: Integrating the

Family Health Concept for Mental Health Promotion

ประสิทธิผลของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพทางไกลร่วมกับการ.....E277464

แบบสังเกตการรับประทานยาโดยตรงด้วยการกระตุ้นเตือนผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาวัณโรค

ในชุมชน: กรณีศึกษาคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลปง อ.ปง จ.พะเยา

The Effectiveness of Telehealth Technology Combined with Directly

Observed Treatment on Adherence Medication Reminder Among

Tuberculosis Patients in the Community: A Case Study of Tuberculosis

Patients Registered at the Tuberculosis

ผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย.....E275360

แบบรายกรณีโรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

The Effects of The Nursing Model for End-Stage Palliative Patients on Case

Management at Chaibadan Hospital Lopburi Province

คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง).....	E279694
การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ	
The Quality Of Work Life Of Employeesat Praboromarajchanok Institute (HEADQUARTER)	
ผลของโปรแกรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อบริเวณสถานีงานเพื่อลดอาการ.....	E280912
ผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ในแรงงานนอกระบบอาชีพผลิตสิ่งทอ	
The effect of stretching exercisesat workstationto reduce Of musculoskeletal disorders among informal textile workers	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กอายุ 3-5 ปี.....	E279793
ของผู้ปกครองตำบลบ้านโนน อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์	
Factors Related to Oral Health Care Behaviors in of Children Aged 3-5 Years Among Parents in Ban Phot Subdistrict, Nong Phai District, Phetchabun Province	
ประสิทธิผลการให้ทันตสุขศึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปาก.....	E279885
สำหรับผู้สูงอายุติดบ้านอำเภอมืองยะลา จังหวัดยะลา	
Effectiveness of Oral Health Education via LINE Application to Promote Oral Health for Homebound Elderly in Mueang Yala District, Yala Province	
ความเป็นจริงและความคาดหวังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.....	E278728
ต่อการบริการถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 1	
Realities and Expectations of Village Health Volunteers Regarding the Transferof Sub-districtHealth Promoting Hospitals to the Local AdministrativeOrganizations in Health Region 1	



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. ผลงานวิชาการและงานวิจัยจะได้รับการพิจารณาลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควรไม่น้อยกว่า 2 คน
4. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ (ยกเว้นการตีพิมพ์ในสามปีแรก ปี พ.ศ. 2564-2566 ฟรี)
 - อาจารย์และเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ตีพิมพ์ เรื่องละ 2,500 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 ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้พิมพ์ 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) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ตองการนำเสนอตามลำดับ
- 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

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 มีความเกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าของบทความ

ส่งใบสมัครและบทความได้ที่

กองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

77 หมู่ 4 ตำบลทับใต้เหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี 72000

โทรศัพท์ 035-454049 ต่อ 5107 โทรสาร 035-454050

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

การประเมินความเสี่ยงสภาพแวดล้อมการทำงานหน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาล
Risk Assessment of the Working Environment in the Central Supply
Department of the Hospital

เจษฎา เมืองซ้าย
Jetsada Mueangsai
โรงพยาบาลแหลมฉบัง
Laem Chabang Hospital

(Received: December 01, 2024, Revised: August 13, 2025, Accepted: August 28, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อชี้บ่งอันตรายและประเมินความเสี่ยงสภาพแวดล้อมการทำงานหน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดชลบุรี รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ หน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาลที่ใช้ในการประเมินสภาพแวดล้อม และผู้ปฏิบัติงานจำนวน 7 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบชี้บ่งอันตรายด้วยวิธี (Job Safety Analysis: JSA) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการประเมินความเสี่ยงตามระเบียบกรมโรงงานอุตสาหกรรมว่าด้วยหลักเกณฑ์การบ่งชี้อันตราย การประเมินความเสี่ยง และการจัดทำแผนงานบริหารจัดการความเสี่ยง 2543 ชี้บ่งอันตรายด้วยเทคนิคการวิเคราะห์งานเพื่อความปลอดภัยในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการทำงาน โดยให้คะแนนโอกาสการเกิดเหตุการณ์และความรุนแรงของการเกิดเหตุการณ์ในการประเมินความเสี่ยง

ผลวิจัยพบว่า สภาพแวดล้อมการทำงานหน่วยจ่ายกลางมีความเสี่ยง 12 รายการ จากกระบวนการทำงาน 7 ขั้นตอน พบความเสี่ยงสูง 2 รายการ (8 คะแนน) คือ การติดเชื้อทางเลือด (Bloodborne pathogens) และการสัมผัสสารเคมี (Chemical Exposure) เช่น Ethylene Oxide ความเสี่ยงยอมรับได้ 6 รายการ (4 คะแนน) และความเสี่ยงเล็กน้อย 4 รายการ (2 คะแนน) เสนอให้จัดทำแผนงานลดและควบคุมความเสี่ยงเพื่อปรับปรุงแก้ไขตามมาตรการป้องกันและการปรับปรุงความเสี่ยง รวมทั้งส่งเสริมให้บุคลากรปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัยและมีสุขภาพอนามัยที่ดีในการทำงานเพื่อลดโอกาสการเกิดอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยจากการทำงานของผู้ปฏิบัติงานหน่วยจ่ายกลาง

คำสำคัญ: การประเมินความเสี่ยง, สภาพแวดล้อมการทำงาน, หน่วยจ่ายกลาง, โรงพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: Jetsada Mueangsai, E-mail: Jetsada07.mu@gmail.com)

Abstract

This study aimed to identify hazards and assess environmental risks in the working conditions of the Central Supply Department of a hospital in Chonburi Province. The research employed a descriptive cross-sectional design. The study population and sample comprised the Central Supply Department, which was assessed for its working environment, and seven purposively selected staff members. Data were collected using the Job Safety Analysis (JSA) method and analyzed according to the Ministry of Industry's 2000 Regulation on Hazard Identification, Risk Assessment, and Risk Management Planning. Hazards were identified using safety analysis techniques for each step of the work process, with scores assigned for the likelihood and severity of events in the risk assessment.

The results revealed that the Central Supply Department working environment presented 12 risk items across seven work process steps. Two items were classified as high risk (8 points): bloodborne pathogen exposure and chemical exposure (e.g., ethylene oxide). Six items were considered acceptable risks (4 points), and four items were minor risks (2 points). It was recommended to develop and implement a risk reduction and control plan in accordance with preventive measures and improvement strategies, as well as to promote safe work practices and good occupational health among personnel, in order to reduce the likelihood of accidents and occupational illnesses in the Central Supply Department.

Keywords: Risk Assessment, Working Environment, Central Supply Department, Hospital

บทนำ

การจัดบริการอาชีวอนามัยแก่บุคลากรโรงพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากบุคลากรโรงพยาบาลเป็นผู้ประกอบอาชีพด้านการให้บริการแก่ประชาชนที่สำคัญของประเทศ งานในโรงพยาบาลมีลักษณะและกระบวนการทำงานที่มีความซับซ้อนไม่น้อยไปกว่างานภาคอุตสาหกรรมหรือสถานประกอบการอื่น ๆ บุคลากรสาธารณสุขมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพหรืออุบัติเหตุจากการทำงานสูง ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขจึงควรมีระบบการจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยที่ดีเพื่อเป็นตัวอย่างให้แก่ประชาชนและกลุ่มอาชีพอื่น ๆ การดำเนินงานอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลเป็นการดำเนินงานเพื่อดูแลสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานให้แก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล อันมีสภาพแวดล้อมการทำงานที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานทั้งด้านกายภาพ เช่น การสัมผัสรังสีในการรักษา การวินิจฉัยโรค เสี่ยงดังในโรงซักฟอก ปัจจัยเสี่ยงด้านเคมี เช่น สัมผัสยาบางชนิด ก๊าซที่ใช้ในห้องผ่าตัด ด้านชีวภาพ เช่น การสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ สิ่งสิ่งตรวจในห้องปฏิบัติการ (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, 2554) ปัจจัยเสี่ยงด้านท่าทางการทำงาน เช่น การเข็น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและจากศึกษาพบความเสี่ยงเกือบทุกขั้นตอนการปฏิบัติงาน คือ ท่าทางการยกเคลื่อนย้ายไม่ถูกวิธี ท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสมก่อให้เกิดการบาดเจ็บจากการทำงาน (ศิริพร ด้านคชาธาร และคณะ, 2561) , การบาดเจ็บจากการทำงาน เช่น การถูกเข็มตำ รวมถึงปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมในการทำงาน เช่น ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก ความไม่พึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งหากไม่ได้รับการจัดการที่ดีแล้วบุคลากรต่าง ๆ ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลนั้นย่อมมีความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการทำงานไม่น้อยกว่าผู้ประกอบอาชีพอื่น ๆ (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, 2554)

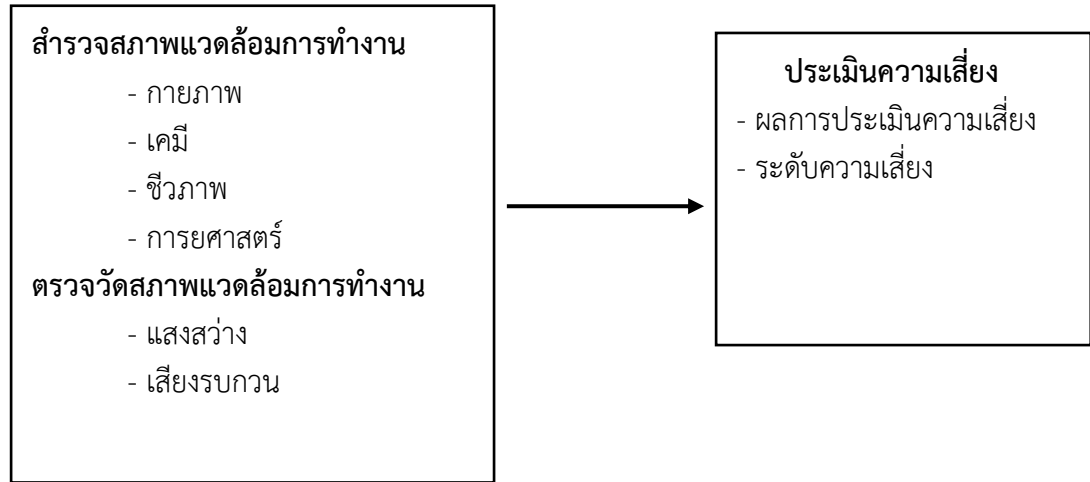
International Commission on Occupational Health (ICOH) รายงานประชากรวัยทำงานประมาณ 2.9 ล้านคน เสียชีวิตจากอุบัติเหตุและโรคจากการทำงานและยังมีอีกอย่างน้อย 402 ล้านคนที่บาดเจ็บอันเกี่ยวเนื่องมาจากการการทำงาน (International Labour Office, 2022) องค์การอนามัยโลก (WHO) ร่วมกับองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) แสดงผลการวิเคราะห์โรคจากการทำงานเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากการทำงานร้อยละ 81 และการบาดเจ็บจากการทำงานเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตจากการทำงานร้อยละ 19 โดยมีปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยง ได้แก่ การทำงานที่ใช้เวลานานตั้งแต่ 55 ชั่วโมง/สัปดาห์ขึ้นไป (มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต 745,000 กรณี) รองลงมา คือ การรับสัมผัสฝุ่นละออง ก๊าซ และไอรระเหย (มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต 450,000 กรณี) การประสบอุบัติเหตุและเจ็บป่วยจากการทำงานส่งผลกระทบต่อ การสูญเสียทางเศรษฐกิจในหลายมิติ เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าชดเชยแรงงาน กระบวนการผลิตเสียหาย ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง รวมถึงขวัญและกำลังใจในการทำงานน้อยลง ซึ่งประมาณการสูญเสียร้อยละ 5.4 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมทั่วโลก Gross Domestic Product (GDP) (World Health Organization and International Labour Organization, 2021) สถานการณ์ในประเทศไทยจากข้อมูลรายงานสำนักงานสถิติแห่งชาติ การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน จำแนกตามความร้ายแรง (ในช่ายกองทุนเงินทดแทน) ปี 2565 พบว่า มีผู้บาดเจ็บจากการทำงานถึง 76,478 ราย แบ่งเป็น เสียชีวิต 549 ราย ทุพพลภาพ 16 ราย สูญเสียอวัยวะบางส่วน 871 ราย หยุดงานเกิน 3 วัน 23,631 ราย และหยุดงานไม่เกิน 3 วัน 51,366 ราย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) การจัดลำดับความสำคัญในการป้องกันอุบัติเหตุและโรคจากการทำงาน พร้อมวางแผนงบประมาณที่เพียงพอจะส่งเสริมให้มีความยั่งยืนทางเศรษฐกิจ เนื่องจากมีแรงงานที่มีสุขภาพในการทำงานที่ดีจะทำให้ประสิทธิภาพในการผลิตดีขึ้น จึงควรให้ความสำคัญในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยและสุขอนามัยเชิงป้องกัน ซึ่งเป็นไปตามอนุสัญญาองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (วชิระ สุริยะวงศ์, 2564)

จากรายงานผลการเดินสำรวจด้านสุขภาพอนามัยของหน่วยจ่ายกลางประจำปี 2567 พบสิ่งคุกคามสุขภาพที่มีระดับความเสี่ยงปานกลางถึงสูง เช่น สัมผัสเสียงดัง สารเคมี และเชื้อโรค ที่ทางทีมแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ให้ความสนใจและเสนอแนะให้มีการแก้ไขเป็นลำดับแรก และจากข้อมูลปัญหาสุขภาพของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาลพบรายงานการสัมผัสสารเคมีจากน้ำยาล้างทำความสะอาดเครื่องมือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเกิดผื่นแดงบริเวณมือและแขน และรายงานการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อบริเวณหลังส่วนล่างของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยจ่ายกลางที่อาจเกิดจากการยกของและเอี้ยวตัวจากการปฏิบัติงาน (โรงพยาบาลแหลมฉบัง, 2567) เพื่อเป็นการดูแลสุขภาพอนามัยผู้ปฏิบัติงานในองค์การผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการประเมินความเสี่ยงสภาพแวดล้อมในการทำงานหน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาล เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเสนอแนวทางหรือกำหนดมาตรการควบคุมและการบริหารจัดการความเสี่ยงในการทำงานของหน่วยจ่ายกลางให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างเหมาะสม เพื่อลดโอกาสการเกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยจากการทำงาน สภาพแวดล้อมในการทำงานเอื้อต่อการมีสุขภาพดี และผู้ปฏิบัติงานมีภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อประเมินความเสี่ยงสภาพแวดล้อมการทำงานหน่วยจ่ายกลาง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive Cross-sectional study) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – วันที่ 20 ตุลาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ หน่วยจ่ายกลางของโรงพยาบาลแหลมฉบัง เป็นการประเมินสภาพแวดล้อมและขั้นตอนกระบวนการทำงาน ใช้วิธีการการเดินสำรวจสภาพแวดล้อม วัดความเข้มข้นของแสงสว่าง วัดเสียงรบกวน การสังเกต และสอบถามผู้ปฏิบัติงาน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยผู้ปฏิบัติงานยินยอมให้ข้อมูลและเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งมีผู้ปฏิบัติงานในหน่วยจ่ายกลางจำนวน 7 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบชี้บ่งอันตรายด้วยวิธี JSA ของสถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน (องค์การมหาชน) ประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไปของสถานที่สำรวจ ขั้นตอนกระบวนการทำงาน อันตรายที่อาจเกิดขึ้น และมาตรการการป้องกันและการปรับปรุง (สถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน (องค์การมหาชน), 2563)

2. การประเมินความเสี่ยง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ (กรมโรงงานอุตสาหกรรม, 2543)

1) พิจารณาถึงโอกาสในการเกิดเหตุการณ์ต่าง ๆ ว่ามีมากน้อยเพียงใด โดยจัดระดับโอกาสเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 มีโอกาสในการเกิดยาก เช่น ไม่เคยเกิดเลยในช่วงเวลาตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป

ระดับ 2 มีโอกาสในการเกิดน้อย เช่น ความถี่ในการเกิด เกิดขึ้น 1 ครั้งในช่วง 5-10 ปี

ระดับ 3 มีโอกาสในการเกิดปานกลาง เช่น ความถี่ในการเกิด เกิดขึ้น 1 ครั้งในช่วง 1-5 ปี

ระดับ 4 มีโอกาสในการเกิดสูง เช่น ความถี่ในการเกิดมากกว่า 1 ครั้ง ใน 1 ปี

2) พิจารณาถึงความรุนแรงของเหตุการณ์ต่าง ๆ ว่าก่อให้เกิดผลกระทบที่อาจเกิดต่อบุคคล ชุมชน ทรัพย์สิน หรือสิ่งแวดล้อมมากน้อยเพียงใด โดยจัดระดับความรุนแรงเป็น 4 ระดับ ดังต่อไปนี้

การจัดระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อบุคคล

ระดับ 1 ความรุนแรงเล็กน้อย มีการบาดเจ็บเล็กน้อยในระดับปฐมพยาบาล

ระดับ 2 ความรุนแรงปานกลาง มีการบาดเจ็บที่ต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์

ระดับ 3 ความรุนแรงสูง มีการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่รุนแรง

ระดับ 4 ความรุนแรงสูงมาก ทุพพลภาพหรือเสียชีวิต

การจัดระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชน

ระดับ 1 ความรุนแรงเล็กน้อย ไม่มีผลกระทบต่อชุมชน หรือมีผลกระทบเล็กน้อย

ระดับ 2 ความรุนแรงปานกลาง มีผลกระทบต่อชุมชนและแก้ไขได้ในระยะเวลานั้น

ระดับ 3 ความรุนแรงสูง มีผลกระทบต่อชุมชนและต้องใช้เวลาในการแก้ไข

ระดับ 4 ความรุนแรงสูงมาก มีผลกระทบต่อชุมชนบริเวณกว้าง หน่วยงานรัฐต้องดำเนินการ

แก้ไข

การจัดระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม

ระดับ 1 ความรุนแรงเล็กน้อย มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมเล็กน้อย สามารถควบคุมหรือแก้ไขได้

ระดับ 2 ความรุนแรงปานกลาง มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมปานกลาง สามารถแก้ไขได้

ในระยะเวลานั้น

ระดับ 3 ความรุนแรงสูง มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมรุนแรง ต้องใช้เวลาในการแก้ไข

ระดับ 4 ความรุนแรงสูงมาก มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมรุนแรงมาก ต้องใช้ทรัพยากรเวลาใน

การแก้ไข

การจัดระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อทรัพย์สิน

ระดับ 1 ความรุนแรงเล็กน้อย ทรัพย์สินเสียหายน้อยมากหรือไม่เสียหายเลย

ระดับ 2 ความรุนแรงปานกลาง ทรัพย์สินเสียหายปานกลางสามารถดำเนินการต่อไปได้

ระดับ 3 ความรุนแรงสูง ทรัพย์สินเสียหายมากและต้องหยุดดำเนินการในบางส่วน

ระดับ 4 ความรุนแรงสูงมาก ทรัพย์สินเสียหายมากและต้องหยุดดำเนินการทั้งหมด

3) จัดระดับความเสี่ยง โดยพิจารณาถึงผลลัพธ์ของระดับโอกาสคู่กับระดับความรุนแรงที่มีผลกระทบต่อบุคคล ชุมชน ทรัพย์สิน หรือสิ่งแวดล้อม กรณีมีค่าแตกต่างกันเลือกระดับความเสี่ยงที่มีค่าสูงกว่าเป็นผลของการประเมินความเสี่ยงในเรื่องนั้น ๆ ระดับความเสี่ยงจัดเป็น 4 ระดับ ดังต่อไปนี้

ความเสี่ยงระดับ 1 ผลลัพธ์ 1-2 คะแนน ความเสี่ยงเล็กน้อย

ความเสี่ยงระดับ 2 ผลลัพธ์ 3-6 คะแนน ความเสี่ยงที่ยอมรับได้ ต้องมีการทบทวนมาตรการ

ควบคุม

ความเสี่ยงระดับ 3 ผลลัพธ์ 8-9 คะแนน ความเสี่ยงสูง ต้องมีการดำเนินงานเพื่อลดความเสี่ยง

ความเสี่ยงระดับ 4 ผลลัพธ์ 12-16 คะแนน ความเสี่ยงที่ยอมรับไม่ได้ ต้องหยุดดำเนินการและ

ปรับปรุงแก้ไขเพื่อลดความเสี่ยงลงทันที

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความสอดคล้องและความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของการวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน จากเกณฑ์ค่าดัชนีสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item objective Congruence: IOC) ทั้งหมดมีค่า IOC เท่ากับ 0.62 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขออนุญาตเข้าพื้นที่เก็บข้อมูลถึงหัวหน้าหน่วยจ่ายกลางเพื่อแจ้งผู้ปฏิบัติงาน
2. ศึกษาข้อมูลกระบวนการทำงาน ตำแหน่งงานงาน จำนวนผู้ปฏิบัติงานตามภารกิจและโครงสร้างของหน่วยจ่ายกลาง ก่อนเข้าพื้นที่เก็บข้อมูล
3. สำรวจสภาพแวดล้อมการทำงานของหน่วยจ่ายการ ใช้แบบชี้บ่งอันตรายด้วยวิธี JSA ในการบันทึกข้อมูล โดยการสอบถามผู้ปฏิบัติงานและการสังเกต ทำการสังเกตว่าในแต่ละขั้นตอนการทำงานมีอันตรายที่แฝงอยู่ที่จะก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุอะไรบ้าง สังเกตทั้งสภาพการทำงาน สิ่งแวดล้อมการทำงาน รวมถึงวิธีการปฏิบัติงาน และบันทึกข้อมูลอย่างครบถ้วนหลังจากบันทึกข้อมูลแล้วได้สอบถาม ปรีกษากับผู้ปฏิบัติงานอีกครั้งหนึ่งเพื่อให้ข้อมูลเพิ่มเติมได้ ในขั้นตอนกระบวนการทำงานต่าง ๆ ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดกระบวนการ
4. ตรวจสอบสภาพแวดล้อมการทำงานโดยใช้เครื่องมือสุختศาสตร์อุตสาหกรรม โดยใช้เครื่องตรวจวัดความเข้มแสงสว่าง รุ่น HIOKI FT 3424 มาตรฐานเครื่องวัด CIE-1931 และเครื่องตรวจวัดเสียง รุ่น Norsonic Nor132 มาตรฐานเครื่องวัด IEC 61672-1 เปรียบเทียบค่ามาตรฐานตามประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่องมาตรฐานความเข้มของแสงสว่าง และมาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานในแต่ละวัน พ.ศ 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. อธิบายข้อมูลเชิงพรรณนาจากการสำรวจสภาพแวดล้อมในการทำงานของหน่วยจ่ายกลาง ตามการชี้บ่งอันตรายด้วยวิธี JSA และดำเนินการวิเคราะห์งานเพื่อความปลอดภัยดังนี้
 - 1) เลือกขั้นตอนการทำงานที่จะวิเคราะห์ แบ่งขั้นตอนการทำงานจากการสังเกตและสอบถามผู้ปฏิบัติงานเรียงตามลำดับก่อนหลัง
 - 2) ค้นหาอันตรายแต่ละขั้นตอนการทำงานพร้อมสาเหตุที่เกิดขึ้น หลังจากที่ได้แบ่งขั้นตอนการทำงานแล้ว ค้นหาอันตรายที่มีอยู่หรือแฝงอยู่ที่จะเกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอนการทำงาน
 - 3) กำหนดวิธีการป้องกันอันตรายและการปรับปรุงในแต่ละขั้นตอนการทำงานหลังจากได้ทราบอันตรายต่าง ๆ พร้อมสาเหตุแล้ว มาตรการป้องกันอันตรายสามารถดำเนินการโดยกำหนดวิธีการป้องกันและควบคุมที่แหล่งของอันตรายและผู้ปฏิบัติงาน
2. นำข้อมูลจากการสำรวจสภาพแวดล้อมการทำงานหน่วยจ่ายกลางตามการชี้บ่งอันตรายด้วยวิธี JSA มาประเมินความเสี่ยงตามระเบียบกรมโรงงานอุตสาหกรรมว่าด้วยหลักเกณฑ์การบ่งชี้อันตราย การประเมินความเสี่ยง และการจัดทำแผนงานบริหารจัดการความเสี่ยง 2543 (กรมโรงงานอุตสาหกรรม, 2543) ดังนี้
 - 1) พิจารณาถึงโอกาสในการเกิดเหตุการณ์ต่าง ๆ ว่ามีมากน้อยเพียงใด
 - 2) พิจารณาถึงความรุนแรงของเหตุการณ์ต่าง ๆ ว่าก่อให้เกิดผลกระทบที่อาจเกิดต่อบุคคล ชุมชน ทรัพย์สิน หรือสิ่งแวดล้อมมากน้อยเพียงใด

3) จัดระดับความเสี่ยง โดยพิจารณาถึงผลลัพธ์ของระดับโอกาสสูงกับระดับความรุนแรงที่มีผลกระทบต่อบุคคล ชุมชน ทรัพย์สิน หรือสิ่งแวดล้อม กรณีมีค่าแตกต่างกันเลือกระดับความเสี่ยงที่มีค่าสูงกว่าเป็นผลของการประเมินความเสี่ยงในเรื่องนั้น ๆ ระดับความเสี่ยงจัดเป็น 4 ระดับ คือ ความเสี่ยงเล็กน้อย ความเสี่ยงที่ยอมรับได้ ความเสี่ยงสูง และความเสี่ยงที่ยอมรับไม่ได้

3. สรุปผลการประเมินความเสี่ยงและเสนอแนะมาตรการการจัดการความเสี่ยงที่เป็นไปได้ตามระดับความเสี่ยงที่พบ

จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เลขที่ 060-2567 เมื่อวันที่ 27 กันยายน 2567 ผู้วิจัยได้เคารพในการยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยชี้แจงให้เจ้าหน้าที่หน่วยจ่ายกลางทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการ รวมถึงอธิบายประโยชน์ของการศึกษา ไม่มีเก็บข้อมูลส่วนตัวของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานหน่วยจ่ายกลาง สอบถามเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนกระบวนการทำงาน วิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของหน่วยงาน โดยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผลการชี้บ่งอันตรายด้วยวิธี JSA วิเคราะห์งานเพื่อความปลอดภัยในการจำแนกอันตรายตามสิ่งคุกคามทางกายภาพ เคมี ชีวภาพ การยศาสตร์ ในการชี้บ่งอันตรายในแต่ละขั้นตอนการทำงานของหน่วยจ่ายกลาง โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติงานทั้งหมด 7 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการตรวจรับและคัดแยกเครื่องมือ 2) ขั้นตอนการล้างเครื่องมือ 3) ขั้นตอนการเป่าลมเครื่องมือให้แห้ง 4) ขั้นตอนการบรรจุหีบห่อเครื่องมือ 5) ขั้นตอนการนึ่งเครื่องมือด้วยเครื่องอบแก๊ส Ethylene Oxide 6) ขั้นตอนการนึ่งเครื่องมือด้วยเครื่องอบไอน้ำ และ 7) ขั้นตอนการเก็บเครื่องมือในคลัง สามารถชี้บ่งอันตรายได้ 12 รายการ ดังตารางที่ 1 และรายละเอียดการประเมินความเสี่ยงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 สรุปผลการประเมินความเสี่ยง

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	รายการชี้บ่งอันตราย	ผลการประเมินความเสี่ยง
1. ขั้นตอนการตรวจรับ คัดแยกเครื่องมือ	1. ทำทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม	ความเสี่ยงที่ยอมรับได้
	2. แสงสว่างไม่เพียงพอ	ความเสี่ยงเล็กน้อย
	3. การติดเชื้ทางเลือด	ความเสี่ยงสูง
2. ขั้นตอนการล้างเครื่องมือ	4. แสงสว่างไม่เพียงพอ	ความเสี่ยงเล็กน้อย
	5. สัมผัสสารเคมีจากน้ำยาล้างเครื่องมือ	ความเสี่ยงที่ยอมรับได้
3. ขั้นตอนการเป่าลมเครื่องมือให้แห้ง	6. สัมผัสเสียงดัง	ความเสี่ยงเล็กน้อย
4. ขั้นตอนการบรรจุหีบห่อเครื่องมือ	7. ทำทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม	ความเสี่ยงที่ยอมรับได้
	8. สัมผัสฝุ่นผ้าจากเส้นใยสังเคราะห์	ความเสี่ยงที่ยอมรับได้
	9. แสงสว่างไม่เพียงพอ	ความเสี่ยงเล็กน้อย
5. ขั้นตอนการนึ่งเครื่องมือด้วยเครื่องอบแก๊ส Ethylene Oxide	10. สัมผัสสารเคมี Ethylene Oxide	ความเสี่ยงสูง
6. ขั้นตอนการนึ่งเครื่องมือด้วยเครื่องอบไอน้ำ	11. สัมผัสความร้อน	ความเสี่ยงที่ยอมรับได้
7. ขั้นตอนการเก็บเครื่องมือในคลัง	12. ทำทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม	ความเสี่ยงที่ยอมรับได้

ตารางที่ 2 การประเมินความเสี่ยงสภาพแวดล้อมการทำงานหน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาล

ขั้นตอน	อันตราย	ผลการเกิด	มาตรการ (การป้องกันและการปรับปรุง)	การประเมิน		ระดับความเสี่ยง
				โอกาส	ความรุนแรง	
1. ขั้นตอนการตรวจรับ คัดแยกเครื่องมือ	1. ทำทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม การทำงานซ้ำ ๆ เป็นเวลานาน เช่น ยืน ก้มหลัง ก้มเงย เกิดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกบริเวณหลัง	รายงานการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อบริเวณหลังส่วนล่าง 2 ครั้ง	1. ปรับโต๊ะวางเครื่องมือให้สูงขึ้น ลดการก้มคอและก้มหลัง 2. จัดให้มีแผ่นรองยืนลดความเมื่อยล้า หรือที่พักเท้าสำหรับบุคลากรที่ยืนทำงานเป็นเวลานาน และเก้าอี้นั่งพัก 3. อบรมให้ความรู้เรื่องการยศาสตร์และท่าทางการทำงานที่เหมาะสม	4	1	ความเสี่ยงที่ยอมรับได้
	2. แสงสว่างไม่เพียงพอ เกิดอาการเมื่อยล้าตา ปวดกระบอกตา วิงเวียน มึนศีรษะ ประสิทธิภาพการมองเห็นลดลงเพิ่มความเสี่ยงต่อการถูกเครื่องมือทิ่มหรือบาด	วัดแสงขณะเปิดไฟ ไม่ปิดม่านและหลอดไฟ ใช้งานได้ปกติ ค่าที่วัดได้ 264 lux (เกณฑ์ 400-600 lux)	1. เปลี่ยนหลอดไฟจุดที่วัดแสงได้น้อยกว่าค่ามาตรฐาน 2. เพิ่มหลอดไฟเฉพาะจุดที่บริเวณที่ปฏิบัติงาน 3. ตรวจวัดระดับความเข้มของแสงสว่างในการทำงานอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง	2	1	ความเสี่ยงเล็กน้อย
	3. การติดเชื้อทางเลือด เลือดกระเด็นเข้าตาและของมีคมทิ่มหรือบาด อาจทำให้เกิดการติดเชื้อจากการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วย เช่น ไวรัสตับอักเสบบี, ไวรัสดับอักเสบซี และไวรัสภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV)	-	1. จัดทำแนวทางปฏิบัติสำหรับการส่งต่อเครื่องมือแพทย์จากแผนกต่าง ๆ มายังห้องจ่ายกลางอย่างเป็นมาตรฐาน 2. บุคลากรปฏิบัติตามหลัก Universal Precautions 3. อบรมให้ความรู้การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล 4. จัดให้บุคลากรได้รับวัคซีนเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน เช่น วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี วัคซีนป้องกันบาดทะยัก	4	2	ความเสี่ยงสูง

ตารางที่ 2 การประเมินความเสี่ยงสภาพแวดล้อมการทำงานหน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาล (ต่อ)

ขั้นตอน	อันตราย	ผลที่เกิด	มาตรการ (การป้องกันและการปรับปรุง)	การประเมิน		ระดับความเสี่ยง
				โอกาส	ความรุนแรง	
2. ขั้นตอนการล้างเครื่องมือ	4. แสงสว่างไม่เพียงพอ เกิดอาการเมื่อยล้าตา ปวดกระบอกตา วิงเวียน มึนศีรษะ ประสิทธิภาพการมองเห็นลดลงเพิ่มความเสี่ยงต่อการถูกเครื่องมือทิ่มหรือบาด	วัดแสงขณะเปิดไฟ ไม่ปิดม่านและหลอดไฟใช้งานได้ปกติ ค่าที่วัดได้ 327 lux (เกณฑ์ 400-600 lux)	1. เปลี่ยนหลอดไฟจุดที่วัดแสงได้น้อยกว่าค่ามาตรฐาน 2. เพิ่มหลอดไฟเฉพาะจุดที่บริเวณที่ปฏิบัติงาน 3. ตรวจวัดระดับความเข้มของแสงสว่างในการทำงานอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง	2	1	ความเสี่ยงเล็กน้อย
	5. สัมผัสสารเคมีจากน้ำยาล้างเครื่องมือ สารตัวทำละลาย Propylene glycol หากสัมผัสทำให้เกิดผื่นแพ้ สุดคมในปริมาณมาก ส่งผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง น้ำตาลในเลือดต่ำ ชัก	รายงานการสัมผัสสารเคมีจากน้ำยาล้างทำความสะอาดเครื่องมือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเกิดผื่นแดงบริเวณมือและแขน 1 ครั้ง	1. จัดทำขั้นตอนการปฏิบัติงานกับสารเคมีอย่างปลอดภัย 2.อบรมให้ความรู้แก่บุคลากรเข้าทำงานสัมผัสกับสารเคมี 3. ใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลให้เหมาะสม ได้แก่ ถุงมือยางผ้ายางกันเปื้อน หน้ากากอนามัย และแว่นตากันกระเด็น 4. จัดให้มีบริเวณชำระล้างสารเคมีได้ทันในกรณีฉุกเฉิน เช่น อ่างล้างตาและฝักบัวชำระล้างร่างกาย ก่อนไปห้องฉุกเฉิน	4	1	ความเสี่ยงที่ยอมรับได้
3. ขั้นตอนการเป่าลมเครื่องมือให้แห้ง	6. สัมผัสเสียงดัง สัมผัสเสียงดัง ขั้นตอนการเป่าแห้งสาย Cannula การสัมผัสเป็นเวลานานต่อเนื่องอาจทำให้เกิดโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงาน (ใช้เวลาในการเป่าสาย 10 นาที ต่อรอบการทำงาน ใน 1 วันเป่าสาย 2 รอบ)	เสียงที่วัดได้ 92.5 เดซิเบลเอ เมื่อคำนวณ 8 ชั่วโมงการสัมผัสเสียงจากการทำงานมีค่าเท่ากับ 68.24 เดซิเบลเอ ไม่เกินค่ามาตรฐานสัมผัสเสียงเฉลี่ย 8 ชั่วโมงการทำงาน	1. หมุนเวียนผู้ปฏิบัติงานในแต่ละรอบ 2. จัดให้มีอุปกรณ์ป้องกันเสียงดังส่วนบุคคล เช่น ear plug 3. อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันการสัมผัสเสียงดัง 4. ตรวจวัดระดับความเข้มเสียงในบรรยากาศการทำงานอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง 5. จัดทำมาตรการอนุรักษ์การได้ยิน กรณีระดับเสียงที่ผู้ปฏิบัติงานสัมผัสเฉลี่ย 8 ชั่วโมงการทำงาน มีค่ามากกว่า 85 เดซิเบลเอ	1	2	ความเสี่ยงเล็กน้อย

ตารางที่ 2 การประเมินความเสี่ยงสภาพแวดล้อมการทำงานหน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาล (ต่อ)

ขั้นตอน	อันตราย	ผลการเกิด	มาตรการ (การป้องกันและการปรับปรุง)	การประเมิน		ระดับความเสี่ยง
				โอกาส	ความรุนแรง	
4. ขั้นตอนการบรรจุหีบห่อเครื่องมือ	7. ทำางการทำงานที่ไม่เหมาะสม ยืนทำงาน ทำางการทำงานซ้ำ ๆ เป็นเวลานาน จากการก้มหลัง การก้มเงย การเอี้ยวหมุนตัว และยกของ ในการจัดเตรียมและบรรจุหีบห่อ เกิดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ และโครงสร้างกระดูกหลัง	รายงานการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อบริเวณหลังส่วนล่าง 2 ครั้ง	1. จัดให้มีแผ่นรองยืนลดความเมื่อยล้า หรือ ที่พักเท้า สำหรับบุคลากรที่ยืนทำงานเป็นเวลานาน และเก้าอี้ให้นั่งพัก 2. อบรมให้ความรู้เรื่องกายศาสตร์และท่าทางการทำงานที่เหมาะสม 3. ปรับโต๊ะทำงานให้เหมาะสม โดยจัดให้เครื่องมือ/อุปกรณ์ที่ใช้ประจำมาอยู่ด้านหน้าหรืออยู่ใกล้ตัว เพื่อลดการบิดหมุนตัว	4	1	ความเสี่ยงที่ยอมรับได้
	8. สัมผัสฝุ่นผ้าจากเส้นใยสังเคราะห์ที่ใช้ห่อ Set เครื่องมือ ก่อให้เกิดการระคายเคืองเยื่อทางเดินหายใจ เยื่อปอด อาจทำให้มีอาการไอ ระคายคอ คันตามผิวหนัง เส้นใยอาจก่อให้เกิดโรคปอดฝุ่นฝ้าย	-	1.จัดให้มีอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่เหมาะสม เช่น หน้ากากอนามัย 2. อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและอันตรายจากการหายใจเอาฝุ่นเข้าไป 3.ตรวจวัดระดับฝุ่นละอองในอาคารอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง	4	1	ความเสี่ยงที่ยอมรับได้
	9. แสงสว่างไม่เพียงพอ เกิดอาการเมื่อยล้าตา ปวดกระบอกตา วิงเวียน มึนศีรษะ ประสิทธิภาพการมองเห็นลดลงเพิ่มความเสี่ยงต่อการถูกเครื่องมือทิ่มหรือบาด	วัดแสงขณะเปิดไฟ ไม่ปิดม่านและหลอดไฟใช้งานได้ปกติ ค่าที่วัดได้ 318 lux (เกณฑ์ 400-600 lux)	1. เปลี่ยนหลอดไฟจุดที่วัดแสงได้น้อยกว่าค่ามาตรฐาน 2. เพิ่มหลอดไฟเฉพาะจุดที่บริเวณที่ปฏิบัติงาน 3. ตรวจวัดระดับความเข้มของแสงสว่างในการทำงานอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง	2	1	ความเสี่ยงเล็กน้อย

ตารางที่ 2 การประเมินความเสี่ยงสภาพแวดล้อมการทำงานหน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาล (ต่อ)

ขั้นตอน	อันตราย	ผลการเกิด	มาตรการ (การป้องกันและการปรับปรุง)	การประเมิน		ระดับความ เสี่ยง
				โอกาส	ความ รุนแรง	
5. ขั้นตอนการนึ่ง เครื่องมือด้วย เครื่องอบแก๊ส Ethylene Oxide	10. สัมผัสสารเคมี Ethylene Oxide การสูดดมสารเคมีขณะเปิด เครื่องอบแก๊สเพื่อระบายแก๊สออก ทำให้ - ระคายเคืองเยื่อぶตาและผิวหนัง - ระคายเคืองทางเดินหายใจ ทำให้ เกิดหลอดลมตีบได้หากสัมผัสใน ความเข้มข้นสูงอาจทำให้เกิดปอด บวมน้ำ - มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง อาจทำให้ชัก	-	1. จัดอบรมให้ความรู้พนักงานเรื่องการปฏิบัติงานกับ สารเคมีก่อนปฏิบัติงาน 2. จัดทำขั้นตอนการปฏิบัติงานกับสารเคมีอย่างปลอดภัย 3. หมั่นเวียนผู้ปฏิบัติงาน 4. สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่เหมาะสมขณะ ทำงานในบริเวณนี้ เช่น หน้ากากป้องกันชนิดที่มีไส้กรอง ชุดคลุม และถุงมือ 5. ตรวจวัดระดับสารเคมีในบรรยากาศอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และควรมีการตรวจวัดเป็นระยะเพื่อเฝ้าระวังการ รั่วไหลของแก๊ส 6. บำรุงรักษาและตรวจสอบเครื่องอบแก๊ส ให้ระบบ ระบายแก๊สอยู่ในสภาพดีอยู่เสมอ 7. จัดทำแผนปฏิบัติการรับมือกรณีเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน สารเคมีรั่วไหลพร้อมทั้งซ้อมแผนและซ้อมแผนรับมือ อัคคีภัย เนื่องจากเป็นแก๊สติดไฟง่าย			ความเสี่ยง สูง

ตารางที่ 2 การประเมินความเสี่ยงสภาพแวดล้อมการทำงานหน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาล (ต่อ)

ขั้นตอน	อันตราย	ผลการเกิด	มาตรการ (การป้องกันและการปรับปรุง)	การประเมิน		ระดับความเสี่ยง
				โอกาส	ความรุนแรง	
6. ขั้นตอนการนึ่งเครื่องมือด้วยเครื่องอบไอน้ำ	11. สัมผัสความร้อนจากเครื่องอบไอน้ำ อาจสัมผัสความร้อนขณะเปิดประตูเครื่องอบไอน้ำ และนำเครื่องมือออกจากตู้ หากไม่ใส่ถุงมือ ความร้อนจะทำให้เกิดบาดแผล	รายงานการเกิดอุบัติเหตุการสัมผัสความร้อนจากเครื่องจักรขณะปฏิบัติงาน 1 ครั้ง	1. จัดทำขั้นตอนการปฏิบัติงานกับเครื่องจักรที่มีการสัมผัสความร้อนอย่างปลอดภัย 2. จัดอบรมให้ความรู้ขั้นตอนการปฏิบัติงานก่อนเริ่มงาน 3. สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่เหมาะสมขณะทำงานในบริเวณนี้ เช่น ถุงมือกันความร้อน	2	2	ความเสี่ยงที่ยอมรับได้
7. ขั้นตอนการเก็บเครื่องมือในคลัง	12. ทำทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม การทำงานซ้ำ ๆ เป็นเวลานาน การยกของหนัก การยกของขึ้นเหนือศีรษะ เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเส้นเอ็นและกล้ามเนื้อ เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อหลังหรือเอว	-	1. อบรมให้ความรู้เรื่องกายศาสตร์และท่าทางการทำงานที่เหมาะสม โดยเฉพาะการยกของที่ถูกต้องวิธี 2. ลดปริมาณน้ำหนักสิ่งของที่ยกให้ได้มากที่สุด 3. จัดให้มีสายพานลำเลียงเพื่อช่วยในการขนถ่ายวัสดุที่มีน้ำหนักมาก	4	1	ความเสี่ยงที่ยอมรับได้

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการสำรวจสภาพแวดล้อมในการทำงานเพื่อชี้บ่งอันตรายโดยเทคนิคการวิเคราะห์งาน เพื่อความปลอดภัยและประเมินความเสี่ยงสภาพแวดล้อมการทำงานหน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาล สอดคล้องกับทฤษฎีของ Heinrich ที่ศึกษาสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งเกิดจากการกระทำที่ไม่ปลอดภัยและสภาพแวดล้อมการทำงานที่ไม่ปลอดภัย (Heinrich HW, 1959) ดังนั้นการสำรวจสภาพแวดล้อมการทำงานเพื่อระบุ ชี้บ่งอันตรายและประเมินความเสี่ยงนั้นช่วยให้ผู้ปฏิบัติงาน รับรู้โอกาสและความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งนำไปสู่การหาแนวทางหรือมาตรการการป้องกันการเกิดจากสาเหตุดังกล่าว การศึกษาครั้งนี้พบว่า การสำรวจสภาพแวดล้อมการทำงานโดยใช้แบบชี้บ่งอันตรายด้วยวิธี JSA ในการจำแนกอันตรายตามสิ่งคุกคามทางกายภาพ เคมี ชีวภาพ การยศาสตร์ (โยธิน เบญจวงษ์ และวิลาวณีย์ จงประเสริฐ, 2550) ขั้นตอนการทำงานของหน่วยจ่ายกลางมีทั้งหมด 7 ขั้นตอนสามารถชี้บ่งอันตรายได้ 12 รายการ แล้วนำข้อมูลดังกล่าวไปประเมินความเสี่ยง (กรมโรงงานอุตสาหกรรม, 2543) พบว่า มีความเสี่ยงเล็กน้อย 4 รายการ (2 คะแนน) ความเสี่ยงที่ยอมรับได้ 6 รายการ (4 คะแนน) และความเสี่ยงสูง 2 รายการ (8 คะแนน) สามารถสรุปประเด็นได้ดังต่อไปนี้

แสงสว่างไม่เพียงพอ วัดแสงในจุดที่กำหนดได้ 264, 327, 318 lux (เกณฑ์ 400-600 lux) ไม่ผ่านเกณฑ์ตามประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่องมาตรฐานความเข้มของแสงสว่าง พ.ศ.2561 (กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน, 2561) สาเหตุเกิดจากขาดการซ่อมบำรุงและไม่เปลี่ยนหลอดไฟที่ครบอายุการใช้งาน ทำให้ค่าที่วัดได้น้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ต้องปรับปรุงแก้ไขโดยการทำความสะอาดหรือเปลี่ยนหลอดไฟบริเวณดังกล่าว หากเปลี่ยนแล้วตรวจวัดยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดจะต้องเพิ่มดวงไฟเฉพาะจุดที่บริเวณทำงาน ทำแผนบำรุงรักษาทำความสะอาดหลอดไฟหรือเปลี่ยนหลอดไฟเมื่อครบอายุการใช้งานและการตรวจวัดระดับความเข้มของแสงสว่างในการทำงานอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง หากไม่มีการดำเนินการดังกล่าวจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดอาการเมื่อยล้าตาปวดกระบอกตา วิงเวียน มึนศีรษะ ประสิทธิภาพการมองเห็นลดลงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการถูกเครื่องมือทิ่มหรือบาดขณะปฏิบัติงาน (Kiziltunali, 2023)

สัมผัสเสียงดังจากขั้นตอนการเป่าสาย Cannula ตรวจวัดระดับเสียงได้ 92.5 เดซิเบลเอ ใช้เวลา 10 นาที/1 รอบ ใน 1 วัน ต้องเป่า 2 รอบการทำงาน เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน 1 คน ไม่มีการหมุนเวียน เมื่อคำนวณ 8 ชั่วโมงการสัมผัสเสียงจากการทำงานมีค่าเท่ากับ 68.24 เดซิเบลเอ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติของการสัมผัสเสียงดังจากการทำงานตามประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่องมาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานในแต่ละวัน พ.ศ. 2561 (กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน, 2561) แม้ว่าจะอยู่ในเกณฑ์ตามประกาศควรปฏิบัติตามแนวทางหรือมาตรการการป้องกันอย่างเคร่งครัด ใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐวัชร ด่านไพบุลย์ (2563) การปฏิบัติงานเวลานานและมีระดับการรับสัมผัสเสียงดังสะสมมากทำให้ค่าเฉลี่ยการเริ่มต้นการได้ยินสูงขึ้นหรือสมรรถภาพการได้ยินลดลงโดยเฉพาะในช่วงความถี่สูง ดังนั้นจึงควรมีการจัดทำโครงการอนุรักษ์การได้ยินในกลุ่มพนักงานที่สัมผัสเสียงดัง โดยเริ่มตั้งแต่การควบคุมเสียงดังจากแหล่งผลิต การบริหารจัดการความเสี่ยงและการใช้ อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่เหมาะสม เพื่อลดการเกิดการสูญเสียการได้ยินในพนักงานกลุ่มดังกล่าวลงได้ รวมถึงจัดให้มีการหมุนเวียนผู้ปฏิบัติงานเพื่อลดชั่วโมงการสัมผัสเสียงจากการทำงาน

สัมผัสความร้อนขณะเปิดประตูเครื่องอบ เครื่องนึ่งไอน้ำ และนำเครื่องมือออกจากตู้นึ่งไอน้ำสัมผัสความร้อน อาจทำให้เกิดบาดแผลจากการสัมผัสความร้อน เนื่องจากข้อจำกัดขาดเครื่องมือตรวจวัดความร้อน จึงไม่ได้คำนวณค่า WBGT ผู้วิจัยใช้วิธีประเมินจากการเดินสำรวจ ที่ผ่านมายังไม่มีรายงานการเกิดอุบัติเหตุจากการสัมผัสความร้อน จากการสังเกตเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานความตระหนักถึงพฤติกรรมความปลอดภัย ไม่สวมใส่ถุงมือกันความร้อนขณะปฏิบัติงานเป็นครั้ง ดังนั้นจึงควรจัดอบรมให้ความรู้ขั้นตอนการปฏิบัติงานก่อนเริ่มงาน จัดทำขั้นตอนการปฏิบัติงานกับเครื่องจักรที่มีการสัมผัสความร้อนอย่างปลอดภัย การป้องกันและควบคุมที่แหล่งกำเนิดของความร้อนการป้องกันและควบคุมความร้อนจากสิ่งแวดล้อมและการป้องกันที่ผู้ปฏิบัติงานต้องสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วน

บุคคลที่เหมาะสมขณะทำงาน เช่น ถูมือกันความร้อน เสื้อหรือชุดเสื้อคลุมพิเศษที่มีคุณสมบัติกันความร้อนโดยเฉพาะ (ชนกันต์ สกุลแถว, 2556)

การสัมผัสสารเคมี (Chemical Exposure) สาร Ethylene Oxide ค่ามาตรฐานกฎหมายไทยกำหนดขีดจำกัดความเข้มข้นสารเคมีในบรรยากาศเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานปกติ ต้องไม่เกิน 1 ppm มีผลกระทบต่อสุขภาพเช่น ระคายเคืองเยื่อปอดและผิวหนัง ระคายเคืองทางเดินหายใจ ส่งผลให้เกิดหลอดลมตีบ หากสัมผัสในความเข้มข้นสูงอาจทำให้เกิดปอดบวม น้ำ มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง อาจทำให้มีอาการชัก อาจทำให้เกิดภาวะแท้ง ในหญิงตั้งครรภ์ ก่อให้เกิดมะเร็งระบบเลือดและมะเร็งระบบน้ำเหลือง IARC classification: Group 1 ยืนยันว่าเป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์ ควรจัดทำขั้นตอนการปฏิบัติงานกับสารเคมีอย่างปลอดภัย ตรวจวัดระดับสารเคมีในบรรยากาศอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง สอดคล้องกับการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสสารเคมีของพนักงานอุตสาหกรรมผลิตเยื่อและกระดาษ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เสนอแนะให้มีแผนการลดความเสี่ยงและควบคุมความเสี่ยงโดยการตรวจวัดความเข้มข้นของสารเคมีอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี และการจัดโปรแกรมการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงเป็นพิเศษในพนักงานกลุ่มเสี่ยงและพนักงานที่มีโรคประจำตัว (วัชราภรณ์ ทศนัตร และสุนิสา ชายเกลี้ยง, 2562) ควรมีการติดตั้งระบบตรวจวัดแบบเรียลไทม์เพื่อเฝ้าระวังการรั่วไหลของแก๊ส สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่เหมาะสมขณะทำงานในบริเวณนี้ เช่น หน้ากากป้องกันชนิดที่มีไส้กรอง ตามกฎกระทรวง เรื่องกำหนดมาตรฐานในการบริหารจัดการและดำเนินการด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับสารเคมีอันตราย พ.ศ. 2556 (กระทรวงแรงงาน, 2556)

สัมผัสสารเคมีจากน้ำยาล้างเครื่องมือ สารตัวทำละลาย Propylene glycol อาจก่อให้เกิดผื่นแพ้จากการสัมผัสได้ สุดคมในปริมาณมาก ส่งผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง น้ำตาลในเลือดต่ำ ชัก และเม็ดเลือดแดงแตก จากการเดินสำรวจและสอบถามเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานใช้สารตัวทำละลาย Propylene glycol ค่อนข้างน้อยและมีการสัมผัสค่อนข้างน้อยเนื่องจากทุกครั้งที่ใช้ปฏิบัติงานจะสวมถุงมือทุกครั้ง แต่อาจได้รับสารดังกล่าวทางระบบทางเดินหายใจเนื่องจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติใส่เฉพาะหน้ากากอนามัยทางการแพทย์ไม่อาจป้องกันการสูดดมสารเคมีได้ ดังนั้นจึงเสนอจัดทำขั้นตอนการปฏิบัติงานกับสารเคมีอย่างปลอดภัยและอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรที่ทำงานสัมผัสกับสารเคมีเพื่อให้ทราบและเข้าใจถึงอันตรายที่เกิดจากสารเคมีและการป้องกัน ใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลให้เหมาะสม ได้แก่ ถุงมือสำหรับงานล้างทำความสะอาด ผ้าเช็ดมือ และแว่นตากันกระเด็น จัดให้มีบริเวณสำหรับชำระล้างสารเคมีได้ทันทีในกรณีฉุกเฉินอย่างเพียงพอ เช่น อ่างล้างตาและฝักบัวชำระล้างร่างกาย จากการศึกษาของสุปรีย์ เดชา และสมคิด ปรานภัย (2561) การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเป็นประจำในพนักงานเก็บขยะมูลฝอยและส่งผลให้มีการลดลงของภาวะการเจ็บป่วย ด้วยโรคระบบทางเดินหายใจและโรคผิวหนัง

สัมผัสฝุ่นจากเส้นใยสังเคราะห์ใช้ห่อ Set เครื่องมือ ก่อให้เกิดการระคายเคืองเยื่อทางเดินหายใจ เยื่อปอด และผิวหนัง โดยอาจทำให้เกิดอาการไอ ระคายเคือง คันตามผิวหนัง เส้นใยธรรมชาติอาจก่อให้เกิดโรคปอดฝุ่นฝ้ายซึ่งจะมีอาการไอ หายใจไม่สะดวกเป็นมาในครั้งแรกของการทำงานของสปีดาร์ จัดให้มีอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่เหมาะสม เช่น หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากที่มีคุณสมบัติป้องกันฝุ่น เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ ไตรรัตน์ สังขมาน และวิไล เจริญไชยศรี (2562) การสวมใส่หน้ากากป้องกันฝุ่นตลอดระยะเวลาการทำงานส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนไม่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสฝุ่นทางการหายใจ (ดัชนีความเสี่ยง HI < 1) อย่างไรก็ตามเมื่อทำการประเมินความเสี่ยงในกรณีที่ผู้ปฏิบัติงานทำงานต่อเนื่องจนถึงอายุ 60 ปี พบว่าหากไม่มีการปรับปรุงระบบดักฝุ่นในพื้นที่ แม้ผู้ปฏิบัติงานจะสวมใส่หน้ากากตลอดระยะเวลาการทำงาน ก็ยังพบความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสฝุ่นทางการหายใจ (HI > 1) ดังนั้นควรตรวจวัดระดับฝุ่นละอองในบรรยากาศการทำงานอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง ตามกฎกระทรวง เรื่องกำหนดมาตรฐานในการบริหาร จัดการ และดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับสารเคมีอันตราย พ.ศ. 2556 (กระทรวงแรงงาน, 2556)

การติดเชื้อทางเลือด (Bloodborne pathogens) เลือดกระเด็นเข้าตาและของมีคมที่คมหรือบาด อาจทำให้เกิดการติดเชื้อจากการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วย เช่น ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบี และไวรัส ภูมิคุ้มกันบกพร่อง ต้องปฏิบัติตามหลัก Universal precautions มีความรู้การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลอย่าง

ถูกวิธี สุขอนามัยส่วนบุคคล และส่งเสริมการล้างมือ และทราบถึงแนวปฏิบัติเมื่อบุคลากรสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง ขณะทำงานของโรงพยาบาล และสามารถปฏิบัติตามได้ทันทีเมื่อเกิดเหตุและได้รับวัคซีนเสริมสร้างภูมิคุ้มกันอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานงานซักฟอก โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานที่งานซักฟอกโดยรวม การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคและการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (พงษ์เทพ อินทรีย์, 2564)

ท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม ท่าทางการทำงานซ้ำ ๆ เป็นเวลานาน เช่น การยืน การก้มหลัง การก้มเงย เกิดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกบริเวณหลัง จากการสังเกตเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีพฤติกรรมการเอี้ยวตัวขณะหยิบจับอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานอาจเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บกล้ามเนื้อบริเวณหลัง สอดคล้องกับการประเมินความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของ แผนกซักฟอกในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ศึกษาแล้วพบความเสี่ยงเกือบทุกขั้นตอน คือ ท่าทางการยก เคลื่อนย้ายไม่ถูกวิธี ท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสมก่อให้เกิดการบาดเจ็บจากการทำงาน จึงจำเป็นต้องมีมาตรการในการลดและควบคุมความเสี่ยงที่เหมาะสม เช่น การแยกส่วนเครื่องจักรกับพนักงาน การจัดการด้านวิศวกรรม การบริหารจัดการ และการจัดหาอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยที่เหมาะสมให้กับพนักงาน เพื่อให้มีสภาพแวดล้อมที่ดีในการทำงาน และส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยกับพนักงาน (ศิริพร ด่านคาธาร และคณะ, 2561)

สรุปผลการประเมินความเสี่ยงสภาพแวดล้อมการทำงานหน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาล จากการศึกษาครั้งนี้สามารถบ่งชี้อันตรายได้ 12 รายการ จาก 7 ขั้นตอนการทำงาน พบว่า

ความเสี่ยงเล็กน้อย 4 รายการ ได้แก่ แสงสว่างไม่เพียงพอในขั้นตอนการตรวจรับคัดแยกเครื่องมือ การล้างเครื่องมือ การบรรจุหีบห่อเครื่องมือ และสัมผัสเสียงดังในขั้นตอนการเป่าลมเครื่องมือให้แห้ง ความเสี่ยงที่ยอมรับได้ 6 รายการ ได้แก่ ท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสมในขั้นตอนการตรวจรับคัดแยกเครื่องมือ การบรรจุหีบห่อเครื่องมือ การเก็บเครื่องมือในคลัง สัมผัสสารเคมีจากน้ำยาล้างเครื่องมือ ในขั้นตอนการล้างเครื่องมือ สัมผัสฝุ่นผ้าจากเส้นใยสังเคราะห์ในขั้นตอนการบรรจุหีบห่อเครื่องมือ และสัมผัสความร้อนในขั้นตอนการนึ่งเครื่องมือด้วยเครื่องอบไอน้ำ

ความเสี่ยงสูง 2 รายการ ได้แก่ การติดเชื้อทางเลือดในขั้นตอนการตรวจรับ คัดแยกเครื่องมือ และสัมผัสสารเคมีในขั้นตอนการนึ่งเครื่องมือด้วยเครื่องอบแก๊ส Ethylene Oxide

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากการประเมินความเสี่ยงสภาพแวดล้อมการทำงานหน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาล พบความเสี่ยงเล็กน้อย 4 รายการ ความเสี่ยงที่ยอมรับได้ 6 รายการ ให้ดำเนินการตามมาตรการป้องกันและการปรับปรุงและส่งเสริมให้บุคลากรปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัยและมีสุขภาพอนามัยที่ดีในการทำงาน ความเสี่ยงสูง 2 รายการ ให้จัดทำแผนงานลดและควบคุมความเสี่ยงเพื่อปรับปรุงแก้ไขในประเด็นการติดเชื้อทางเลือด (Bloodborne pathogens) และการสัมผัสสารเคมี (Chemical Exposure) คือ Ethylene Oxide เพื่อลดโอกาสการเกิดอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยจากการทำงานของผู้ปฏิบัติงานหน่วยจ่ายกลาง

การนำผลการวิจัยไปใช้

นำผลการประเมินความเสี่ยงเสนอผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดมาตรการป้องกันและปรับปรุงในระดับโรงพยาบาลเพื่อลดโอกาสการเกิดอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยทางสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานหน่วยจ่ายกลาง และเป็นแนวทางในการนำไปปรับใช้กับหน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

โอกาสพัฒนางานวิจัยครั้งถัดไป ควรศึกษาการพัฒนารูปแบบการทำงานเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเลือด สารคัดหลั่ง ของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ให้เกิดความตระหนักรู้และพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย ลดโอกาสเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บจากการทำงานของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

References

- กระทรวงแรงงาน (2556). กฎกระทรวงเรื่องกำหนดมาตรฐานในการบริหาร จัดการ และดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับสารเคมีอันตราย พ.ศ. 2556. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 130, ตอนที่ 113 ก (ลงวันที่ 29 พฤศจิกายน 2556). กระทรวงแรงงาน กรุงเทพมหานคร, <https://safetyhubs.com/2023/07/3217/>.
- กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน (2561). เรื่องมาตรฐานความเข้มของแสงสว่าง. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 135, ตอนพิเศษ 39 ง. (ลงวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2561). กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กรุงเทพมหานคร, <https://safetyhubs.com/2023/06/3162/>.
- กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน (2561). เรื่องมาตรฐานระดับเสียงที่ยอมให้ลูกจ้างได้รับเฉลี่ยตลอด ระยะเวลาการทำงานในแต่ละวัน. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 135 ตอนพิเศษ 19 ง (ลงวันที่ 26 มกราคม พ.ศ. 2561). กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กรุงเทพมหานคร, <https://www.shecu.chula.ac.th/data/boards/551>
- กรมโรงงานอุตสาหกรรม (2543). ระเบียบกรมโรงงานอุตสาหกรรมว่าด้วยหลักเกณฑ์การชี้บ่งอันตราย การประเมินความเสี่ยงและการจัดทำแผนบริหารจัดการความเสี่ยง พ.ศ. 2543. กรมโรงงาน อุตสาหกรรม กรุงเทพมหานคร, <https://www.diw.go.th/webdiw/wp-content/uploads/2021/07/law-fac-saft-17112543.pdf>.
- ชนกานต์ สกุลแถว (2556). ความร้อนกับการทำงาน. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. ปีที่ 5 เดือนตุลาคม 2555 - กันยายน 2556.
- ณัฐวัชร ด่านไพบูลย์ (2563). การสูญเสียรายได้ของพนักงานโรงงานแปรรูปผลิตภัณฑ์จากไม้แห่งหนึ่งในจังหวัดลำปาง. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ไตรรัตน์ สังขมาน และวิไล เจียมไชยศรี (2562). การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ เนื่องจากการได้รับสัมผัสฝุ่นในกระบวนการแยกชิ้นงานสุกภัณฑ์. วารสารความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม, 4(1).
- พงษ์เทพ อินทรีย์ (2564). การรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานงานซักฟอก โรงพยาบาลอุดรดิตถ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 6(3).
- โยธิน เบญจวงษ์ และวิลาวัลย์ จงประเสริฐ (2550). มาตรฐานการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน ฉบับเฉลิมพระเกียรติเนื่องในโอกาสสมโภชมงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550. สำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน 2550.
- วชิระ สุริยะวงศ์ (2564). การป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานในองค์กรพยาบาลวิชาชีพ ตามแนวคิดวัฒนธรรมความปลอดภัย วารสารพยาบาลสาร, 48(1), 331-340.
- วัชรภรณ์ ทศันตร และสุนิสา ขายเกลี้ยง (2562). การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสสารเคมีของพนักงานอุตสาหกรรมผลิตเยื่อและกระดาษ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 14(2).
- ศิริพร ด้านคาธาร และคณะ. (2561). การประเมินความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแผนกซักฟอกในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 28(1).

- สถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน (องค์การมหาชน) (2563). แนวปฏิบัติ การชี้ บ่ง อัน ต ร า ย ด้วย วิธี Job Safety Analysis (JSA). E-book Online. [https://C:/Users/User/Downloads/JSA%20\(2\).pdf](https://C:/Users/User/Downloads/JSA%20(2).pdf).
- สุปรีย์ เตหา และสมคิด ปราบภัย (2561). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในพนักงานเก็บขยะมูลฝอย เทศบาลตำบลบางเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารควบคุมโรค*, 44(1).
- สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม (2554). *คู่มือการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2565). การประสบ อัน ต ร า ย หรือ เจ็บ ป่วย เนื่องจากการทำงาน . https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/statistics_and_indicators.
- Heinrich, HW. (1959). Industrial accident prevention: A scientific approach (4th ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- International Labour Office. (2022). Enhancing Social Dialogue Towards a Culture of Safety and Health: What Have We Learned from the COVID-19 Crisis? <https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/events-training/events-meetings/safeday2022/lang--en/index.htm> [Cited April 21, 2022]
- Kiziltunali, B. (2023). A literature review: The impact of light on students' learning performance. *Humanising Language Teaching*, 25(4).
- World Health Organization and International Labour Organization. (2021). WHO/ILO Joint Estimates of Work-related Burden of Disease and Injury, 2000 – 2016: Global Morning Report. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240034945> [Cited May 5, 2022]

การวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โรงพยาบาลอุทอง จังหวัดสุพรรณบุรี
Analysis of Situations Related to Stroke for Hypertension and Diabetes Patients
in Uthong Hospital Suphanburi Povince

พีรรัชต์ ศรีเจริญ¹, พยงค์ ศรีเจริญ², คณิตตา อินทบุตร¹

Peerarat Srijaroen¹, Payong Srijarern², Khanitta Intaboot¹

โรงพยาบาลอุทอง¹, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี²

Uthong Hospital¹, Sirinthorn College of Public Health Suphanburi Province²

(Received: March 28, 2025; Revised: August 10, 2025; Accepted: August 28, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้ เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัจจัยเสี่ยง และพฤติกรรมสุขภาพการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลอุทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ทำการศึกษา ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลอุทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 324 คน โดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่า (1) สถานการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เป็นหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันและหลอดเลือดสมองแตก รับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล (2) ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ไขมัน LDL คอเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์อยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ และดัชนีมวลกายเกิน (3) พฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด ข้อเสนอแนะ ควรมีการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการสร้างทีมสุขภาพ สร้างเสริมพลังอำนาจ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน, พฤติกรรมสุขภาพ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: Payong Srijarern, E-mail payongsrij@gmail.com)

Abstract

This survey research aimed to study the situation, risk factors and health behaviors of stroke in stroke patients at U Thong Hospital, Suphan Buri Province. The study was conducted in a group of hypertensive and diabetic patients who received treatment at U Thong Hospital, Suphan Buri Province, fiscal year 2024, totaling 324 people. Data were collected using an electronic database of new stroke patients using a data recording form developed by the researcher based on the holistic health care concept. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results revealed that (1) The situation of cerebrovascular accident is mostly caused by cerebral infarction or occlusion and cerebral infarction. The patient receives treatment at the hospital. (2) Risk factors for cerebrovascular disease are mostly uncontrolled blood pressure, uncontrolled blood sugar, high LDL cholesterol and triglycerides, and body mass index. (3) Health behavior: Patients drink alcohol, smoke, and use drugs. Recommendations: A stroke prevention

model should be developed through health team building, empowerment, and promotion of family and community participation.

Keyword: cerebrovascular disease, stroke Patients with hypertension-diabetes, health behavior

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease, stroke) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากสถิติในปี พ.ศ. 2564 พบว่าโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 รองจากโรคมะเร็งทุกชนิด นอกจากนี้ยังพบว่า เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability adjusted life year) โดยทั่วไปราว 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดความพิการถาวร ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยผู้ป่วยมักมีอาการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง มีปัญหาการทรงตัว และการทำงาน ไม่ประสานกันของกล้ามเนื้อจากร่างกายที่มีความบกพร่องของระบบประสาทการสั่งการ ประสาทรับสัมผัส ความจำ การสื่อสาร การรับประทานอาหาร และการขับถ่ายรวมถึงปัญหาด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วย ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และก่อให้เกิดปัญหาทั้งในระยะเฉียบพลัน และระยะฟื้นฟูสภาพ ผู้รอดพ้นจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 2 ใน 3 จะมีความพิการที่ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และสังคม ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้คุณภาพชีวิตด้อยลงรวมทั้งยังมีภาระค่าใช้จ่ายต่อครอบครัว และภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศเพิ่มขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Diabetes) และโรคความดันโลหิตสูง (High blood pressure) ซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases; NCDs) ที่เป็นภัยเงียบต่อชีวิตมนุษย์ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง แนวทางการบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Care) เชื่อมโยงหน่วยบริการที่มีมาตรฐานตั้งแต่โรงพยาบาลถึงชุมชน เน้นการทำงานอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี แก่ผู้ป่วย (ธวัชชัย สัตยสมบูรณ์ และยุวณัฐ สัตยสมบูรณ์, 2563)

จากสถิติ อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลอุ้มทอง ปีงบประมาณ 2565-2567 พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่จำนวน 269, 307 และ 324 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 1.17, 1.29 และ 1.31 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น (โรงพยาบาลอุ้มทอง, 2567)

จากการศึกษาที่มาและความสำคัญของปัญหา พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน หากมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมจะก่อให้เกิดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยง และพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อนำข้อมูลผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาแนวทางทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ที่มารับบริการโรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่มารับบริการโรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี

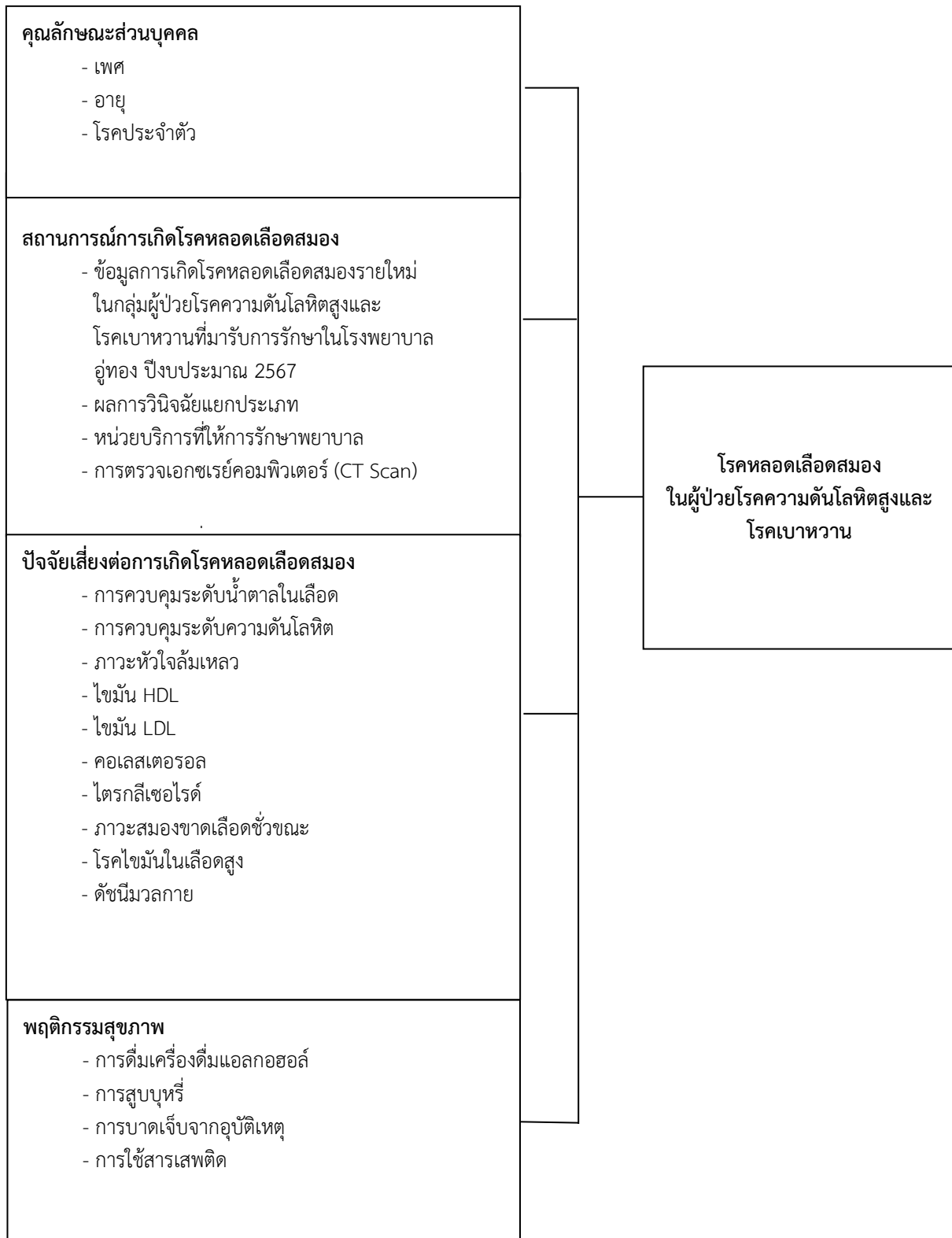
ระเบียบวิธีวิจัย

การวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นการศึกษาเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลอุ้มทอง จากการทบทวนวรรณกรรมใช้แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Care) เชื่อมโยงหน่วยบริการที่มีมาตรฐานตั้งแต่โรงพยาบาลถึงชุมชน เน้นการทำงานอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีแก่ผู้ป่วย (ธวัชชัย สัตยสมบูรณ์ และยุวนุช สัตยสมบูรณ์, 2563) เป็นกรอบแนวคิดหลักของการวิจัย ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย 1) ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และโรคประจำตัว 2) ข้อมูลสถานการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ข้อมูลการเกิดโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ผลการวินิจฉัยแยกประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง หน่วยบริการที่ให้การรักษาพยาบาล การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ชนิดของยาที่รับประทานหลังจำหน่าย (D/C) และสถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน 3) ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมระดับความดันโลหิต ภาวะหัวใจล้มเหลว ไขมัน HDL ไขมัน LDL คอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และดัชนีมวลกาย 4) ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ การใช้สารเสพติด ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว และโรคไขมันในเลือดสูง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสืบค้นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Health Records) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ปีงบประมาณ 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่มาใช้บริการรักษาในโรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ปีงบประมาณ 2567 ทุกคน จำนวน 324 คน (โรงพยาบาลอุ้มทอง, 2567) แหล่งข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Health Records) ของโรงพยาบาลอุ้มทอง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ประชากรผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่มาใช้บริการรักษาในโรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ปีงบประมาณ 2567 ทุกคน ขนาดตัวอย่าง 324 คน

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Care) เป็นกรอบแนวคิดหลักของการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ในแต่ละส่วนแปลผลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นข้อความเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะข้อความเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความ ประกอบด้วย เพศ อายุ และโรคประจำตัว จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสถานการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะข้อความเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความ ประกอบด้วย ข้อมูลการเกิดโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ผลการวินิจฉัยแยกประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง หน่วยบริการที่ให้การรักษายาบาล การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ชนิดของยาที่รับประทานหลังจำหน่าย (D/C) และสถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะข้อความเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความ ประกอบด้วย การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมระดับความดันโลหิต ภาวะหัวใจล้มเหลว ไชมัน HDL ไชมัน LDL คอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว โรคไขมันในเลือดสูง และดัชนีมวลกาย จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ลักษณะข้อความเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความ ประกอบด้วย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ และการใช้สารเสพติด จำนวน 4 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) นำแบบเก็บรวบรวมข้อมูลที่สร้างเสร็จให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ และความถูกต้องของการวัด นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสืบค้นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Health Records) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่มีรับบริการในโรงพยาบาลอุ้มทอง ปีงบประมาณ 2567 โดยได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุ้มทองให้สืบค้นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ได้ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ได้พิจารณาเห็นชอบแล้ว

- เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย (Inclusion criteria) ได้แก่

- 1) ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่มีรับบริการในโรงพยาบาลอุ้มทอง ปีงบประมาณ 2567
- 2) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน

- เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) ได้แก่

- 1) ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีรายละเอียดไม่ครบถ้วน
- 2) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุมาจากปัจจัยอื่น ที่ไม่ใช่จากโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน

- การป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น และเกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria)

การใช้ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Health Records) ในการวิจัยนี้ พบว่า ผลกระทบที่อาจเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความเสี่ยงเรื่อง การรั่วไหลของความลับ (Breach of Confidentiality) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อ

ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย ดังนี้ 1) ด้านจิตใจ เช่น เกิดการอับอาย เกิดความเครียด 2) ด้านสังคม เช่น ถูกเลิกจ้างงาน ส่งผลต่อรายได้ และ 3) ด้านกฎหมาย ได้แก่ การรับผิดชอบทางอาญาหรือทางแพ่ง การป้องกันเพื่อลดความเสี่ยงของการใช้ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัย ดังนี้

- 1) การจำกัดจำนวนผู้เข้าถึงข้อมูล (Access Limitation) การวิจัยนี้มีผู้สามารถเข้าถึงข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Health Records) จำนวน 2 คน
- 2) ผู้เข้าถึงข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Health Records) ใช้รหัสผ่าน (Password) ส่วนตัวเพื่อป้องกันมิให้บุคคลอื่นเข้าถึงข้อมูลได้
- 3) กำหนดการเข้าถึงข้อมูลน้อยที่สุด (Minimal Necessary) โดยเข้าถึงข้อมูลตามความจำเป็นในการใช้ (Need to How) ตามตัวแปรที่ศึกษาเท่านั้น
- 4) การใช้รหัสในการระบุข้อมูลอาสาสมัคร (Coding System) โดยเป็นรหัสที่ไม่เชื่อมโยงกับข้อมูลของอาสาสมัคร ทำให้การระบุตัวคนกลับคืน (re-identification) ทำได้ยาก ผู้วิจัยได้กำหนดรหัสในการระบุข้อมูลอาสาสมัคร (ID) เพื่อให้ข้อมูลไม่สามารถระบุตัวตนได้
- 5) การเก็บรักษาข้อมูลในคอมพิวเตอร์และไฟล์ข้อมูลวิจัย จะกำหนดรหัสผ่าน (Password) เข้าถึงข้อมูลได้เฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลสถานการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน (Number) ร้อยละ (Percentage Distribution) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ ได้รับการอนุมัติให้ศึกษา และเก็บตัวอย่างวิจัยในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ผลการพิจารณาของคณะกรรมการรับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรม ตามเอกสารรับรองเลขที่ COE No. 02/2568 REC No. 03/2568 ลงวันที่ 13 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 50.30 ส่วนใหญ่มีอายุ 61-80 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.50 โดยมีอายุเฉลี่ย 64.24 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.37 อายุต่ำสุด 19 ปี และอายุสูงสุด 93 ปี ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.58 รองลงมาคือ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 23.10 และ 4.32 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (N= 324)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	163	50.30
หญิง	161	49.70
อายุ		
19-40 ปี	16	4.90
41-60 ปี	92	28.40
61-80 ปี	183	56.50
81 ปีขึ้นไป	33	10.20
($\bar{X}$ = 64.24 ปี, S.D. = 13.37 ปี, Min = 19 ปี, Max = 93 ปี)		
โรคประจำตัว		
โรคเบาหวาน	14	4.32
โรคความดันโลหิตสูง	206	63.58
โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	104	23.10

2. ข้อมูลสถานการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 324 คน คิดเป็นร้อยละ 1.31 การวินิจฉัยแยกประเภท ส่วนใหญ่เป็นหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) คิดเป็นร้อยละ 52.20 รองลงมาคือ หลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) เลือดออกในเนื้อสมอง (Cerebral Hemorrhagic) เลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid hemorrhage : SAH) เนื้อสมองตายเหตุขาดเลือด (Cerebral Infarction) และเลือดออกในโพรงสมอง (Intracerebral hemorrhage/Brain bleeds) คิดเป็นร้อยละ 33.30, 6.50, 4.90, 2.80 และ 0.30 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาพยาบาลที่ โรงพยาบาลอุทอง คิดเป็นร้อยละ 50.60 รองลงมาคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในอำเภออุทอง และรักษาไม่ต่อเนื่องขาดยา คิดเป็นร้อยละ 44.80 และ 4.60 ตามลำดับ ผู้ป่วยทุกรายได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) คิดเป็นร้อยละ 100 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 91.70 ชนิดของยาที่รับประทานหลังจำหน่าย (D/C) ส่วนใหญ่ได้รับยาแอสไพริน (ASA) และยาซิมวาสแตติน (Simvastatin) คิดเป็นร้อยละ 76.86 รองลงมาคือ ไม่ได้กินยาแอสไพริน (ASA) และยาซิมวาสแตติน (Simvastatin) ยาลดไขมันกลุ่มStatins ยาวาร์ฟาริน (Warfarin)/ยาโคลพิโดเกรล (Clopidogrel) และยาแอสไพริน (ASA) และเจมโฟโบรซิล (Gemfibrozil) คิดเป็นร้อยละ 16.67, 6.17 และ 0.30 ตามลำดับ สถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน พบว่า อาการคงที่รักษาต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 79.94 รองลงมาคือ เสียชีวิต และติดเตียงพิการ คิดเป็นร้อยละ 12.97 และ 7.09 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามข้อมูลสถานการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (N= 324)

สถานการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน (N = 24,733)		
ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่	324	1.31
ไม่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	24,409	98.69
การวินิจฉัยแยกประเภท		
หลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke)	169	52.20
หลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke)	108	33.30
เนื้อสมองตายเหตุขาดเลือด(Cerebral Infarction)	9	2.80
เลือดออกในเนื้อสมอง (Cerebral Hemorrhagic)	21	6.50
เลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid hemorrhage : SAH)	16	4.90
เลือดออกในโพรงสมอง (Intracerebral hemorrhage/ Brain bleeds)	1	0.30
หน่วยบริการที่ให้การรักษายาบาล		
โรงพยาบาลอุ้งทอง	164	50.60
รพ.สต.ในอำเภออุ้งทอง	15	4.60
รักษาไม่ต่อเนื่อง/ขาดยา	145	44.80
การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan)		
ได้รับการตรวจ	324	100
ไม่ได้รับการตรวจ	0	0
การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)		
ได้รับการตรวจ	297	91.70
ไม่ได้รับการตรวจ	27	8.30
ชนิดของยาที่รับประทานหลังจำหน่าย (D/C)		
-ยาแอสไพริน(ASA) และเจมโฟโบโรซิล(Gemfibrozil)	1	0.30
-ยาลดไขมันกลุ่มStatins+ยาวาร์ฟาริน(Warfarin)/	20	6.17
+ยาโคลพิโดเกรล(Clopidogrel)		
-ยาแอสไพริน(ASA) และยาซิมวาสแตติน(Simvastatin)	249	76.86
-ไม่ได้กินยาแอสไพริน(ASA) และยาซิมวาสแตติน(Simvastatin)	54	16.67
สถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน		
เสียชีวิต	42	12.97
อาการคงที่/รักษาต่อเนื่อง	259	79.94
ติดเตียง/พิการ	23	7.09

3. ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ คิดเป็นร้อยละ 86.40 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ คิดเป็นร้อยละ 65.50 ไม่มีภาวะหัวใจล้มเหลว คิดเป็นร้อยละ 91.70 ไขมันHDLในเกณฑ์ปกติมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 89.80 และไขมันHDLในเกณฑ์ผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 10.20 ไขมันLDLในเกณฑ์ปกติมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 68.80 และไขมันLDLในเกณฑ์ผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 31.20 คอเลสเตอรอลในเกณฑ์ปกติ มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 54.90 และคอเลสเตอรอลในเกณฑ์ผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 45.10 ไตรกลีเซอไรด์ในเกณฑ์ปกติ มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 67.60 และไตรกลีเซอไรด์ในเกณฑ์ผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 32.40 โรคไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 59.30 ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว คิดเป็นร้อยละ 0.90 ดัชนีมวลกายเกินมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.50 รองลงมาคือ ดัชนีมวลกายปกติ และต่ำ คิดเป็นร้อยละ 44.80 และ 7.70 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (N= 324)

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด		
คุมได้	141	43.50
คุมไม่ได้	183	56.5
การควบคุมระดับความดันโลหิต		
คุมได้	44	13.60
คุมไม่ได้	280	86.40
ภาวะหัวใจล้มเหลว		
มี	27	8.30
ไม่มี	297	91.70
ไขมัน HDL		
ปกติ	291	89.80
ผิดปกติ	33	10.20
ไขมัน LDL		
ปกติ	223	68.80
ผิดปกติ	101	31.20
คอเลสเตอรอล		
ปกติ	178	54.90
ผิดปกติ	146	45.10
ไตรกลีเซอไรด์		
ปกติ	219	67.60
ผิดปกติ	105	32.40
ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient ischemic attack – TIA)		
พบ	3	0.90
ไม่พบ	321	99.10
โรคไขมันในเลือดสูง (DLP)		
พบ	192	59.30
ไม่พบ	132	40.70

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (N= 324) (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย		
ต่ำ	25	7.70
ปกติ	145	44.80
เกิน	154	47.50
ดัชนีมวลกาย		
ต่ำ	25	7.70
ปกติ	145	44.80
เกิน	154	47.50

4. ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 81.20 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 19.80 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 80.30 สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 19.80 ไม่มีการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 96.90 และใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 1.20 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพ (N= 324)

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ดื่ม	61	18.80
ไม่ดื่ม	263	81.20
การสูบบุหรี่		
สูบ	64	19.80
ไม่สูบ	260	80.3
การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ		
มี	10	3.10
ไม่มี	314	96.90
ใช้สารเสพติด		
ใช้	4	1.23
ไม่ใช้	320	98.77

อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย พบว่า 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ โดยมีอายุเฉลี่ย 64.24 ปี มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัตติยากร ถิอวัน และกิตติพงษ์ สอนล้อม (2567) ศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ : การทบทวนอย่างเป็นระบบ พบว่า การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุและผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงควรประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์หลายทฤษฎีร่วมกันเพื่อพัฒนานวัตกรรมที่เหมาะสม และสร้างการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) สถานการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ป่วยเป็นโรคหลอดเลือด

สมอง จำนวน 324 คน คิดเป็นร้อยละ 1.31 ส่วนใหญ่เป็นหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) (ร้อยละ 52.20) และหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) (ร้อยละ 33.30) รับการรักษายาที่โรงพยาบาลอยู่ห้อง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจำนวนนี้พบผู้ป่วยที่ขาดการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง ได้รับการรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ และมาตรฐานหน่วยบริการสาธารณสุข อาทิ ผู้ป่วยทุกรายได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (ร้อยละ 100) ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ร้อยละ 91.70) และมียาให้รับประทานหลังจำหน่ายกลับบ้าน อย่างไรก็ตามจะเห็นว่าผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่อง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะรูปแบบการป้องกันโรค การเฝ้าติดตามเฝ้าระวังโรคยังไม่ครอบคลุมผู้ป่วยทุกราย จึงทำให้พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของพิศมัย ใจถาวร และทับทิม ปุกเปียง ศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนของอำเภอท่าสองยาง ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การสร้างความรู้ความเข้าใจในชุมชนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การเข้าถึงบริการยารักษาโรคเรื้อรัง และการมีแนวทางการเข้าถึงบริการที่ทันเวลาเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีความเหมาะสมสำหรับชุมชน และจากการศึกษาของ วาสนา หน่อสีดา และวิลาวัลย์ ขมนิรัตน์ (2567) ศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามพร้าว พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ยังไม่เหมาะสม แนวทางการดูแลและพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยยังไม่สอดคล้องกับระดับความเสี่ยง ระบบการติดตามประเมินภาวะเสี่ยงยังไม่ชัดเจน รวมทั้งข้อมูลของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงยังไม่มี การส่งต่อให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านของชุมชนยังขาดแกนนำหรือเครือข่ายในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน สอดคล้องกับหลักการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Care) กล่าวคือการมองให้ครบทุกด้านของความเป็นมนุษย์ ไม่แยกส่วน ให้การดูแลโดยคำนึงถึงองค์ประกอบในร่างกาย ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ให้เกิดความสมดุลทั้ง 4 ด้าน โดยการสร้างทีมสุขภาพ สร้างเสริมพลังอำนาจ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน 3) ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (ร้อยละ 86.40) ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ร้อยละ 65.50) ไขมัน HDL ในเกณฑ์ผิดปกติ (ร้อยละ 10.20) ไขมัน LDL ในเกณฑ์ผิดปกติ (ร้อยละ 31.20) คอเลสเตอรอลในเกณฑ์ผิดปกติ (ร้อยละ 45.10) ไตรกลีเซอไรด์ในเกณฑ์ผิดปกติ (ร้อยละ 32.40) โรคไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 59.30 และดัชนีมวลกายเกิน (ร้อยละ 47.50) อธิบายได้ว่า มีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อาทิ การควบคุมระดับความดันโลหิต การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ไขมันในเลือดสูง และดัชนีมวลกายเกิน การป้องกันไม่ให้เกิดปัจจัยเสี่ยง จึงมีความสำคัญต่อการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิล เทพบุตร (2563) ศึกษาวิจัย เรื่องการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่า การดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านควรให้ความสำคัญของการรับประทานยา การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย และจากการศึกษาของ วาสนา หน่อสีดา และวิลาวัลย์ ขมนิรัตน์ (2567) ศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามพร้าว พบว่า การพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ต้องมีการพัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยแยกเป็นรายหมู่บ้านตามระดับความเสี่ยง และส่งต่อข้อมูลให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย และด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน 4) พฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 18.80) สูบบุหรี่ (ร้อยละ 19.80) ใช้สารเสพติด (ร้อยละ 1.20) และการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ อธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมส่งผลต่อภาวะไขมันในเลือดสูง และการใช้สารเสพติดเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง จำเป็นต้องมีรูปแบบการสร้างพลังอำนาจ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงให้อยู่ในแนวทางที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุตศิริ หิรัญขุนทด และคณะ (2565) ศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคจะต้องมีการร่วมกิจกรรมกับชุมชน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

1) สร้างสัมพันธภาพที่ดีและความไว้วางใจ 2) สร้างพลังใจ เดินสู่เป้าหมาย 3) รวมพลังครอบครัว และ 4) รวมแรงสนับสนุนจากชุมชน เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลเกิดการคิดวิเคราะห์ ตระหนักถึงปัญหาและสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา ทำให้กลุ่มเสี่ยงมีกำลังใจ และเกิดความมุ่งมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง ได้รับการรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ และมาตรฐานหน่วยบริการสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม จะเห็นว่าผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่อง ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ไขมันในเลือดสูง ดัชนีมวลกายเกิน และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการสร้างทีมสุขภาพ สร้างเสริมพลังอำนาจ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ทำให้การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

คณะผู้วิจัยขอเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

- 1) ศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนต่อการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
- 2) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Reference

- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). สถิติสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองแตก. กรุงเทพฯ: ธนาพรส.
- พิศมัย ใจถาวร. ทับทิม ปุกเปียง. (2565) การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนของอำเภอท่าสองยาง. วารสารวิชาการแพทย์ 31(4), 619-630.
- รัตติยากร ถีววัน, กิตติพงษ์ สอนล้อม. (2567). รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ : การทบทวนอย่างเป็นระบบ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น, 16(1), 139-158.
- โรงพยาบาลตราด. (2560). คู่มือโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง. ตราด: ไม่ปรากฏ.
- โรงพยาบาลอุทอง. 2567. ระบบคลังข้อมูลการแพทย์และสาธารณสุข (HDC). [www. https://spo.moph.go.th/](https://spo.moph.go.th/).
- ธวัชชัย สัตยสมบูรณ์. และยุวณัฐ สัตยสมบูรณ์. (2563). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยการพยาบาลและสาธารณสุขภาคใต้, 7(2), 232-243.
- วาสนา หน่อสีดา, วิลาวัณย์ ขมนิรัตน์. (2567). การพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามพร้าว. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 37(4), 167-176.
- ศีล เทพบุตร. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3, 17(3), 112-124.
- สถาบันประสาทวิทยา. กระทรวงสาธารณสุข. (2556). คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ: ไม่ปรากฏสำนักพิมพ์.
- สุดศิริ หิรัญขุนทด และคณะ. (2565). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษา ตำบลบ้านพร้าว อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 41(1), 115-127.

- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (2566). รายงานสุขภาพคนไทย. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10. (2566). แนวทางจัดระบบชุมชนจัดการตนเองเพื่อผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke). กรุงเทพฯ: อัลทิเมทพริ้นติ้ง.
- ประกาศิต ป้องทัพไทย. (2566). การศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และความต้องการรูปแบบการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงในเขตสุขภาพที่ 4. วิทยานิพนธ์, พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อาคม รัฐวงษา, อรสา กงตาล. (2566). การพัฒนาแนวทางการจัดบริการอย่างต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและเครือข่าย. วิทยานิพนธ์, พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรอนงค์ เอี่ยมขำ, วลัยลักษณ์ สิทธิบรรณ. (2567). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนท้องถิ่น ในเขตสุขภาพที่ 11. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 10(1), 70-82.

ผลของโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนตำบลสะลง
จังหวัดเชียงใหม่: การบูรณาการแนวคิดอนามัยครอบครัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต

Effects of the 5-Dimensional Happiness Program on Preventing Depression in Older Adults in Saluang Sub-district, Chiang Mai Province: Integrating the Family Health Concept for Mental Health Promotion

ฉัตรศิริ วิภาวิน

Chatsiri Wiphawin

ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

Department of Public Health, Faculty of Science and Technology, Chiang Mai Rajabhat University

(Received: July 28, 2025; Revised: August 10, 2025; Accepted: August 20, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ 163 คน ในพื้นที่ตำบลสะลง จังหวัดเชียงใหม่ ใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) กลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (one-group pretest-posttest design) ดำเนินโปรแกรมเป็นเวลา 8 สัปดาห์ เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (TGDS-15) แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-OLD) และแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) อยู่ในช่วง 0.80–1.00 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ paired t-test และ Chi-square test

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามลดลงจาก 7.8 (S.D. = 2.6) เหลือ 4.1 (S.D. = 2.3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.45, p < 0.001$) คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 65.2 (S.D. = 7.3) เป็น 75.6 (S.D. = 6.8) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.89, p < 0.001$) และคะแนนรวมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นจาก 18.5 (S.D. = 4.7) เป็น 25.2 (S.D. = 5.1) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 15.76, p < 0.001$) การวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพจิตรายด้าน พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การนั่งสมาธิเจริญสติ การพูดคุยกับครอบครัวทุกวัน การนอนหลับเพียงพอ และการลดเลิกสูบบุหรี่ ตี๋มสุรา สรุปได้ว่า โปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ช่วยลดภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ภาวะซึมเศร้า, โปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ, ครอบครัว, อนามัยครอบครัว

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: Chatsiri Wiphawin, E-mail chatsiri_wip@g.cmru.ac.th)

Abstract

The objective of this study was to evaluate the effects of the Five-Dimension Happiness Program among older adults at risk of depression. The sample comprised 163 older adults residing in Saluang Subdistrict, Chiang Mai Province. This study employed a quasi-experimental, one-group pretest-posttest design. The program was implemented over an eight-week period. Data were collected before and after the intervention using the Thai Geriatric Depression Scale-15 (TGDS-15), the World Health Organization Quality of Life Instrument–Older Adults Module (WHOQOL-OLD), and a mental health-promoting behavior assessment tool, which had a content validity index (IOC) ranging from 0.80 to 1.00. Data were analyzed using paired t-test and Chi-square test.

The results revealed that after participating in the program, the mean depression score significantly decreased from 7.8 (S.D. = 2.6) to 4.1 (S.D. = 2.3) ($t = 13.45, p < .001$). The mean quality of life score significantly increased from 65.2 (S.D. = 7.3) to 75.6 (S.D. = 6.8) ($t = 11.89, p < .001$). The total mean score for mental health-promoting behaviors significantly increased from 18.5 (S.D. = 4.7) to 25.2 (S.D. = 5.1) ($t = 15.76, p < .001$). Analysis of individual dimensions of mental health-promoting behaviors indicated significant improvements in regular exercise, mindfulness meditation, daily communication with family members, sufficient sleep, and reduction or cessation of smoking and alcohol consumption. In conclusion, the Five-Dimension Happiness Program effectively reduced depression and enhanced quality of life and mental health-promoting behaviors among older adults.

Keywords: Older adults, Depression, 5-Dimensional Happiness Program, Family, Family Health

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรครั้งสำคัญ โดยกำลังก้าวเข้าสู่ สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aging Society) อย่างรวดเร็ว จากข้อมูลพบว่าสัดส่วนผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 10 ตั้งแต่ปี 2564 และคาดการณ์ว่าในปี 2578 สัดส่วนนี้จะพุ่งสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งประเทศ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2568) ซึ่งเป็นผลโดยตรงจากความสำเร็จด้านสาธารณสุขที่ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จนี้กลับมามีความท้าทายด้านสุขภาพที่หลากหลายและซับซ้อนโดยเฉพาะปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุโดยมีภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาที่พบบ่อยและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ (กองกิจการสังคมผู้สูงอายุ, 2560) ในบริบทของจังหวัดเชียงใหม่และอำเภอแมริม ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีประชากรผู้สูงอายุจำนวนมากและมีวิถีชีวิตที่หลากหลายทั้งในเขตเมืองและชนบท ปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุยิ่งเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษ ข้อมูลจากปี 2566 ระบุว่า จังหวัดเชียงใหม่ มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงถึง 34,692 ราย ซึ่งเป็นจำนวนที่สูงที่สุดในภาคเหนือตอนบน (สื่อออนไลน์ภาคเหนือเพื่อคุณภาพชีวิตของทุกคน, 2567) แสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่นี้ ผู้สูงอายุหลายท่านอาจเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม การสูญเสียคู่ชีวิตหรือเพื่อนฝูง การเจ็บป่วยทางกายเรื้อรัง รวมถึงการขาดการเชื่อมโยงกับชุมชนและครอบครัว ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายขึ้น งานวิจัยของฉัตรศิริ วิภาวิน และศศิวิภา มณีศิลป์ (2563) ยืนยันว่าผู้สูงอายุมีความต้องการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.02 และยังพบว่าผู้สูงอายุบางส่วนมีปัญหาด้านสุขภาพจิตที่ชัดเจน เช่น ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 36.60 และ ภาวะเครียด ร้อยละ 33.80 ซึ่งปัญหาเหล่านี้

มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการลดลงของคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง อาทิ การขาดการดูแลสุขภาพใจใส่จากครอบครัว กิจกรรมทางสังคมที่จำกัด หรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและมีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวัน

นอกจากปัญหาด้านสุขภาพจิตแล้ว ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มติดบ้านและติดเตียง ยังคงเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพกายที่สำคัญ อาทิ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะสมองเสื่อม และการหกล้ม ซึ่งทั้งหมดนี้ไม่เพียงส่งผลให้เกิดการสูญเสียสุขภาพะ แต่ยังทำให้เกิดค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขจำนวนมากในการดูแลรักษาพยาบาล (บุรพ พงศ์พัฒน์โยธิน, 2562) จากความเข้าใจในปัญหาที่กล่าวมา การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงมิได้จำกัดอยู่เพียงการดูแลสุขภาพกาย แต่จำเป็นต้องครอบคลุมถึงการส่งเสริมสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตในมิติที่หลากหลายอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ซึ่งในบริบทของการดูแลสุขภาพชุมชน แนวคิดอนามัยครอบครัว (Family Health) ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญถึงหน้าที่ของครอบครัวในฐานะหน่วยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของสมาชิกทุกคน (สุธรรม นันทมงคลชัย, 2567)

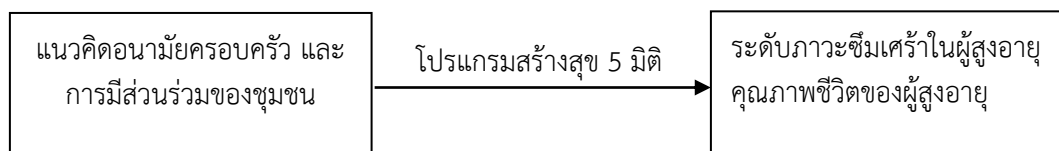
การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุควบคู่ไปกับแนวคิดอนามัยครอบครัวจึงได้พัฒนาโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ขึ้นซึ่งประกอบด้วยมิติสำคัญ ได้แก่ สุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง และสุขสงบ (เนติยา แจ่มทิม, 2565) โปรแกรมนี้การออกแบบโดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งจากครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และชุมชน(พทุธิ พนาวรรณ และคณะ, 2560) และยังสามารถนำแนวคิดการสร้างสุขให้ผู้สูงอายุจากหลักธรรม 4 ประการของศาสนาพุทธ คือ สุขกาย สุขใจ พละนามัยสมบูรณ์ เพิ่มพูนงานอดิเรก (จิรายุ แก้วกาหลง และกรณวิษณ์ ช่วยอุปการ, 2566) และแนวคิดในการสร้างความสุขเชิงจิตวิทยาตามบูรณาการเข้าด้วยกันเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (มนต์ดี ชัยแก้ว, 2563) ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางด้านอนามัยครอบครัวและหลักการส่งเสริมสุขภาพจิตในระดับชุมชน นอกจากนี้ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาทางจิตใจที่สมวัยเป็นสิ่งสำคัญ โดยผู้สูงอายุควรได้รับการส่งเสริมให้ฝึกควบคุมอารมณ์ มีสติ และสามารถจัดการปัญหาในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยสร้างความอดทน มั่นคง เข้าใจผู้อื่น และทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อสังคม นอกจากนี้ การฝึกจิตใจให้สงบด้วยการทำสมาธิหรือสวดมนต์ก็เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมการจัดการความเครียดได้ รวมถึงการออกกำลังกายที่ช่วยให้ร่างกายหลังฮอร์โมนเอ็นโดรฟิน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุข คลายเครียด และมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น (ดรณวรรณ สุขสม, 2561; กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย, 2560; กรณ์ทิพย์ ลิมนรรัตน์, 2565) ที่ยืนยันว่าการส่งเสริมกิจกรรมทางกายภาพมีส่วนช่วยในการจัดการความเครียดและส่งเสริมสุขภาพจิตใจของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี และเทคโนโลยีและนวัตกรรมก็เข้ามามีบทบาทสำคัญในการช่วยดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในมิติด้านจิตใจ เช่น แอปพลิเคชันหรืออุปกรณ์ที่ช่วยในการฝึกสมาธิ การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจิต การเชื่อมโยงกับกลุ่มสังคมเสมือนจริงเพื่อลดความโดดเดี่ยว และกิจกรรมที่กระตุ้นการทำงานของสมอง ซึ่งงานวิจัยของฉัตรศิริ วิภาวิน และนันทิยา เรืองคงจันทร์ (2565) กล่าวว่าผู้สูงอายุมีความต้องการเทคโนโลยีเพื่อสุขภาพซึ่งหากปัญหาด้านสุขภาพกายดีขึ้นก็อาจส่งผลดีต่อสุขภาพจิตตามมา เนื่องจากความเจ็บป่วยทางกายมักเป็นสาเหตุหนึ่งของความเครียดและความกังวลในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมมีงานวิจัยและโครงการด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุหลายรูปแบบในประเทศไทยและต่างประเทศ แต่ส่วนใหญ่เน้นการดำเนินงานเชิงเดี่ยว เช่น การฝึกสมาธิ การออกกำลังกายหรือกิจกรรมสันทนาการ โดยขาดการบูรณาการทั้ง 5 มิติของความสุขอย่างเป็นระบบ และยังไม่ได้นำแนวคิดอนามัยครอบครัวมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการมีส่วนร่วมของ อสม. และชุมชนอย่างเป็นรูปธรรมในพื้นที่ชนบทภาคเหนือ อีกทั้งหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลของการดำเนินงานในรูปแบบดังกล่าวต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุยังมีจำกัด ดังนั้นการศึกษาประเมินผลของโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าและการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุชุมชนตำบลสะลงง จังหวัดเชียงใหม่ โดยบูรณาการแนวคิดอนามัยครอบครัวและการมีส่วนร่วมของ อสม. และครอบครัว เพื่อเป็นต้นแบบการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลสะลง จังหวัดเชียงใหม่

กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 ภาพกรอบแนวคิด

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียวมีการทดสอบก่อนและหลัง (one-group pretest-posttest design) ซึ่งเหมาะสมสำหรับการศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรม intervention ในกลุ่มเป้าหมายในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลสะลง อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีลักษณะเป็นพื้นที่สูงมีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมของผู้สูงอายุเป็นระยะ และมีการดำเนินงานสุขภาพร่วมกับครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างต่อเนื่อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้วิธีการ สุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากบัญชีรายชื่อประชากรของแต่ละกลุ่มเพื่อให้แต่ละคนมีโอกาสถูกเลือกเท่าเทียมกัน ได้แก่

กลุ่มที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ใหญ่บ้านที่อาศัยในพื้นที่ลุ่มน้ำแม่เลาะ ตำบลสะลง อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ 4 ชุมชน จำนวนทั้งหมด 40 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่ลุ่มน้ำแม่เลาะ ตำบลสะลง อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ 4 ชุมชน จำนวนทั้งหมด 163 คน

กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้

กลุ่มที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ใหญ่บ้าน

1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือผู้ใหญ่บ้านที่ได้รับการแต่งตั้งอย่างเป็นทางการ

2) อาศัยอยู่ในพื้นที่ลุ่มน้ำแม่เลาะอย่างน้อย 6 เดือน

3) มีความสนใจเข้าร่วมการวิจัยและสามารถให้ข้อมูลได้

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุ

1) อาศัยอยู่ในพื้นที่ลุ่มน้ำแม่เลาะอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือน

2) มีสภาพจิตใจและร่างกายที่สามารถสื่อสารและตอบแบบสอบถามได้

3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

กำหนดเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

1) ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารได้ เช่น มีความบกพร่องทางการได้ยินหรือการพูดอย่างรุนแรง
2) ผู้ที่ป่วยหนักหรืออยู่ในภาวะเจ็บป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือให้ข้อมูลได้
กลุ่มที่ 3 ครอบครัวของผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน ที่ได้จากการสุ่มอย่างง่ายโดยเลือกจาก
ครอบครัวของผู้สูงอายุที่ได้รับการสุ่มเลือกและเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยนี้ประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการดำเนินโปรแกรม

โปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ พัฒนาขึ้นจากแนวคิดสุขภาพองค์รวมและแนวคิดอนามัย
ครอบครัว ครอบครัว 5 มิติ ได้แก่ 1) สุขสบาย กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกาย เช่น ออกกำลังกายเบา ๆ การดูแล
ตนเอง การรับประทานอาหารที่เหมาะสม 2) สุขสนุก กิจกรรมนันทนาการ เช่น เกมเสริมความจำ ดนตรีบำบัด
การทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว 3) สุขสง่า การมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชน การทำกิจกรรมกลุ่ม
4) สุขสว่าง การให้ความรู้ ผูกคิควิเคราะห์ กิจกรรมเรียนรู้ที่กระตุ้นความจำ 5) สุขสงบ การทำสมาธิ ไหว้พระ
สวดมนต์การผ่อนคลายความเครียด

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ใช้ทั้งแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อมูลด้านเพศ อายุ การศึกษา
รายได้ ลักษณะครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพจำนวนข้อ 10 ข้อ

2) แบบวัดภาวะซึมเศร้า Thai GDS-15 (Geriatric Depression Scale-15) ซึ่งเป็นแบบคัด
กรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พัฒนาโดย Yesavage et al. (1983) และแปลเป็นภาษาไทยโดยกรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นในบริบทประเทศไทย IOC
เท่ากับ 0.92 ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.82 จำนวนข้อ 15 ข้อ คำตอบเป็น ใช่ หรือ ไม่ใช่
การให้คะแนนคำตอบที่บ่งชี้ภาวะซึมเศร้าให้ 1 คะแนน คำตอบที่ไม่บ่งชี้ให้ 0 คะแนนเกณฑ์การแปลผล 0-4
คะแนนเท่ากับปกติ 5-8 คะแนนเท่ากับมีแนวโน้มซึมเศร้าเล็กน้อย 9-11 คะแนนเท่ากับซึมเศร้าปานกลาง
12-15 คะแนนเท่ากับซึมเศร้ารุนแรง

3) แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แบบสอบถาม WHOQOL-OLD พัฒนาโดยองค์การ
อนามัยโลก (WHO) และแปลเป็นภาษาไทยโดยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผ่านการตรวจสอบ
ความตรงเชิงเนื้อหา IOC เท่ากับ 0.93 และความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.88 จำนวนข้อ 24 ข้อ
ครอบคลุม 6 ด้านแต่ละด้าน 4 ข้อ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรม ความสัมพันธ์ทางสังคม การมีส่วนร่วม
ในชุมชน สุขภาพกาย สุขภาพจิตและสิ่งแวดล้อม การให้คะแนน Likert scale 5 ระดับ 1 หมายถึงไม่เคย
ถึง 5 หมายถึงมากที่สุดเกณฑ์การแปลผลคะแนนรวมสูงบ่งชี้ว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี

4) แบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต พัฒนาจากการทบทวนเอกสาร
และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพร้อมผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ IOC เท่ากับ 0.91 และ
ความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.85 จำนวนข้อ 20 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมบวกเมื่อเกิดความเครียด
เช่น การออกกำลังกาย การนั่งสมาธิ การพูดคุยกับครอบครัว การให้คะแนน Likert scale 5 ระดับ 1 หมายถึงไม่
เคย ถึง 5 หมายถึงเป็นประจำ เกณฑ์การแปลผลคะแนนรวมสูงหมายถึงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี

5) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับ อสม. และผู้นำชุมชน เพื่อประเมินบทบาทการมีส่วนร่วม
ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดย
ผู้ทรงคุณวุฒิ IOC เท่ากับ 1.00 จำนวนคำถามหลัก 10 คำถาม เปิดโอกาสให้ผู้ตอบขยายความได้เต็มที่ใช้วิธีการ
บันทึกคำตอบและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

6) แบบสอบถามความพึงพอใจใช้ประเมินระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุและครอบครัวต่อการดำเนินโปรแกรม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา IOC เท่ากับ 0.95 และความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.87 จำนวนข้อ 15 ข้อ การให้คะแนน Likert scale 5 ระดับ 1 หมายถึงพึงพอใจน้อยที่สุด ถึง 5 หมายถึงพึงพอใจมากที่สุด เกณฑ์การแปลผล ค่าเฉลี่ย 4.51–5.00 หมายถึงพึงพอใจมากที่สุด 3.51–4.50 หมายถึงพึงพอใจมาก 2.51–3.50 หมายถึงพึงพอใจปานกลาง ต่ำกว่า 2.50 หมายถึงควรปรับปรุง

7) แบบรายงานกิจกรรมของครอบครัวที่มีส่วนร่วม ใช้บันทึกข้อมูลการมีส่วนร่วมของครอบครัวในกิจกรรมต่าง ๆ ระหว่างการดำเนินโปรแกรม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา IOC เท่ากับ 1.00 จำนวนหัวข้อ 8 หัวข้อ เช่น การร่วมออกกำลังกาย การร่วมกิจกรรมนันทนาการ การพูดคุยปรึกษา การดูแลด้านอาหารและสุขภาพ การให้คะแนน บันทึกเป็นมีหรือไม่มีและจำนวนครั้งต่อสัปดาห์ เกณฑ์การแปลผลใช้สรุปเป็นความถี่และร้อยละเพื่อสะท้อนบทบาทของครอบครัว

การดำเนินการวิจัย

การดำเนินงานวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะหลัก ดังนี้

ระยะที่ 1 เตรียมการวิจัย

ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนการออกแบบโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนและแนวคิดอนามัยครอบครัว ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย พัฒนาเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพจิตและแบบรายงานกิจกรรมครอบครัว ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานในพื้นที่ได้แก่ รพ.สต. อสม. ผู้นำชุมชนและครอบครัวของผู้สูงอายุจากกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 163 คน

ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัย

ในระยะนี้เป็นการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ กับกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกไว้ การเก็บข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Pre-test) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มการใช้โปรแกรม โดยใช้แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (GDS-15) แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-OLD) และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต การดำเนินกิจกรรมโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดการดำเนินงานในแต่ละช่วง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 โปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

มิติ	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	จำนวน ครั้ง	ระยะเวลา ชม./ครั้ง
สุขสบาย	อสม./ผู้ใหญ่บ้าน (40 คน)	อบรมการคัดกรองสุขภาพ กายบริหารสำหรับ ผู้สูงอายุ โภชนาการเหมาะสมวัย จัดสภาพบ้าน ปลอดภัย	4	2.5
สุขสบาย	ผู้สูงอายุ (163 คน)	ประเมินสุขภาพเบื้องต้น กิจกรรมกายบริหาร อบรมโภชนาการ ปรับสภาพแวดล้อมบ้าน	4	1.5
สุขสนุก	อสม./ผู้ใหญ่บ้าน (40 คน)	อบรมการจัดกิจกรรมนันทนาการ ดนตรีบำบัด เกมเสริมสมอง ศิลปะเพื่อสุขภาพ	4	2.5
สุขสนุก	ผู้สูงอายุ (163 คน)	กิจกรรมนันทนาการ ดนตรีบำบัด เกม เสริมสร้างความจำ ศิลปะสร้างสรรค์	4	1.5
สุขสง่า	อสม./ผู้ใหญ่บ้าน (40 คน)	อบรมการดูแลบุคลิกภาพ การแต่งกาย การ สื่อสารเชิงบวก การสร้างภาพลักษณ์ในสังคม	4	2.5

มิติ	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	จำนวน ครั้ง	ระยะเวลา ชม./ครั้ง
สุขสง่า	ผู้สูงอายุ (163 คน)	กิจกรรมดูแลบุคลิกภาพ การแต่งกายตามวัย ฝึกการสื่อสาร เสริมสร้างความมั่นใจ	4	1.5
สุขสว่าง	อสม./ผู้ใหญ่บ้าน (40 คน)	อบรมการเรียนรู้ศาสนา จิตวิญญาณ การ เจริญสติ การภาวนา การสร้างคุณค่าชีวิต	4	2.5
สุขสว่าง	ผู้สูงอายุ (163 คน)	ฝึกสติและสมาธิ การฟังธรรม การแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ชีวิต การทำกิจกรรมจิตอาสา	4	1.5
สุขสงบ	อสม./ผู้ใหญ่บ้าน (40 คน)	อบรมการจัดการความเครียด การผ่อนคลาย การนอนหลับอย่างมีคุณภาพ การอยู่ร่วมอย่าง สันติ	4	2.5
สุขสงบ	ผู้สูงอายุ (163 คน)	ฝึกผ่อนคลาย การหายใจเพื่อคลายเครียด เทคนิคการนอนหลับ สร้างสัมพันธภาพใน ครอบครัว	4	1.5

การบันทึกกิจกรรมโดยครอบครัว สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุจะรับผิดชอบในการบันทึกกิจกรรมที่ได้ทำร่วมกับผู้สูงอายุผ่าน แบบรายงานกิจกรรมครอบครัว เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการประเมินผลและสะท้อนการมีส่วนร่วม

การติดตามและสนับสนุนอย่างใกล้ชิด อสม. และทีมวิจัยจะให้การติดตามและให้การสนับสนุนผู้สูงอายุและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอตลอดระยะเวลาดำเนินโปรแกรม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสามารถทำกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องและแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้น

ระยะที่ 3 ติดตามผลและวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อสิ้นสุดระยะเวลา 8 สัปดาห์ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้งด้วยแบบสอบถามชุดเดียวกับที่ใช้ในการเก็บข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อนำข้อมูลมาเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลง ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกับ อสม. และตัวแทนสมาชิกในครอบครัว เพื่อบรรณข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับมุมมองประสบการณ์ และผลกระทบของการดำเนินโปรแกรมทั้งในด้านผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ และบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลที่เก็บได้ เช่น ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) นอกจากนี้ ยังใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ paired, t-test และ Chi-square test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อสกัดประเด็นสำคัญที่สะท้อนถึงประสบการณ์ ความคิดเห็นและปัจจัยความสำเร็จของโปรแกรม

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่หมายเลขรับรอง IRBCMRU 2025/205.25.03 เพื่อให้มั่นใจว่าการวิจัยดำเนินไปตามหลักจริยธรรมและคุ้มครองสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.15 มีอายุเฉลี่ย 68.30 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่คือประถมศึกษา ร้อยละ 54.62 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 47.94 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 45.40 นอกจากนี้ ร้อยละ 74.85 ของกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวานหรือความดันโลหิตสูง และร้อยละ 58.91 เคยรู้สึกเศร้า ว่างเปล่า หรือเบื่อชีวิตในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ (n = 163)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
- เพศชาย	52	31.95
- เพศหญิง	111	68.15
อายุเฉลี่ย (ปี)	68.30 ± 5.4	-
ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้เรียนหนังสือ	38	23.34
- ประถมศึกษา	89	54.62
- มัธยมศึกษา	36	22.14
อาชีพ		
- เกษตรกร	78	47.94
- รับจ้างทั่วไป	49	30.13
- อื่น ๆ (เช่น ดูแลบ้าน, ไม่มีอาชีพ)	36	22.13
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
- น้อยกว่า 3,000 บาท	74	45.40
- 3,001 – 5,000 บาท	57	35.00
- มากกว่า 5,000 บาท	32	19.60
มีโรคประจำตัว (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง ฯลฯ)	122	74.85
เคยรู้สึกเศร้า ว่างเปล่า หรือเบื่อชีวิต	96	58.91

2. ผลของโปรแกรมต่อระดับภาวะซึมเศร้า

ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t-test พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้า (GDS-15) ของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.45, p < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 7.80 (S.D. = 2.10) ลดลงเหลือ 4.10 (S.D. = 1.90) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญและมีความแตกต่างอย่างชัดเจน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลของโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติต่อคะแนนภาวะซึมเศร้า (GDS-15) ของผู้สูงอายุ (n = 163)

ตัวแปร	เฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	7.80	2.10		
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.10	1.90	13.45	< .001*

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$

3. ผลของโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ($t = 11.89, p < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 65.22 (S.D. = 7.30) และเพิ่มขึ้นเป็น 75.64 (S.D. = 6.80) หลังจบโปรแกรม โดยเฉพาะคะแนนที่มีการเปลี่ยนแปลงสูง ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต การมีเป้าหมายในชีวิต ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลของโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (WHOQOL-OLD) (n = 163)

ตัวแปร	เฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	65.22	7.30		
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	75.64	6.80	11.89	.001*

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$

4. การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต

พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p < 0.05$) โดยพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงสูงที่สุดคือ การนั่งสมาธิ/เจริญสติ จากร้อยละ 22.72 เพิ่มขึ้นร้อยละ 63.84 ($\chi^2 = 54.72, p = 0.022$) รองลงมาคือ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ จากร้อยละ 38.05 เป็นร้อยละ 72.31 ($\chi^2 = 35.43, p < 0.001$) และ การพูดคุยกับครอบครัวทุกวัน จากร้อยละ 52.65 เป็นร้อยละ 81.63 ($\chi^2 = 31.19, p < 0.001$) นอกจากนี้พฤติกรรม การนอนหลับเพียงพอ และการลดหรือเลิกสูบบุหรี่/ดื่มสุรา ก็เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีค่า χ^2 เท่ากับ 28.96 และ 25.85 ตามลำดับ ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุปรับพฤติกรรมสุขภาพจิตไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (n = 163)

พฤติกรรมสุขภาพจิต	ก่อนโปรแกรม n (ร้อยละ)	หลังโปรแกรม n (ร้อยละ)	χ^2	p-value
ออกกำลังกายสม่ำเสมอ	62 (38.05)	118 (72.31)	35.43	< 0.001*
นั่งสมาธิ/เจริญสติ	37 (22.72)	104 (63.84)	54.72	0.022*
พูดคุยกับครอบครัวทุกวัน	86 (52.65)	133 (81.63)	31.19	< 0.001*
นอนหลับเพียงพอ	77 (47.44)	124 (76.16)	28.96	< 0.001*
ลด/เลิกสูบบุหรี่/ดื่มสุรา	43 (26.47)	90 (55.25)	25.85	< 0.001*

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t-test พบว่า หลังจากที่สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติเป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยมีคะแนนรวมของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 15.76, p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนรวมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของสูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ($n = 163$)

ตัวแปร	คะแนนเฉลี่ยก่อนโปรแกรม (Mean $\pm$ SD)	คะแนนเฉลี่ยหลังโปรแกรม (Mean $\pm$ SD)	t	p-value
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต (รวม)	18.5 $\pm$ 4.7	25.2 $\pm$ 5.1	15.76	< 0.001*

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

5. บทบาทของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับครอบครัวของสูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่าโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติช่วยกระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตของสูงอายุมากขึ้น ทั้งในด้านอารมณ์ ความผูกพัน และกิจกรรมที่ทำร่วมกัน ขณะเดียวกัน อสม. ยังมีบทบาทเป็นผู้ประสานงานที่สำคัญในการเชื่อมโยงผู้สูงอายุกับครอบครัวและชุมชน ซึ่งส่งผลให้การดำเนินกิจกรรมมีความต่อเนื่องและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 สาระสำคัญจากการสัมภาษณ์เชิงลึกครอบครัวและ อสม.

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล	ประเด็นหลักที่พบ	ผลการสัมภาษณ์
ครอบครัวผู้สูงอายุ	การตระหนักรู้และมีส่วนร่วม การทำกิจกรรมร่วมกัน	ตอนแรกไม่คิดว่าผู้สูงอายุที่บ้านจะเหงาแต่พอได้เข้าร่วมกิจกรรมรู้เลยว่าเขาต้องการคนคุยต้องการให้สนใจ เราได้ทำอาหารด้วยกัน ดูทีวี พูดคุยมากขึ้นเห็นรอยยิ้มเขาก็บ่อยขึ้น
อสม.	การเชื่อมโยงระหว่างครอบครัวและชุมชน บทบาทในการสนับสนุนกิจกรรม	เราเข้าไปคุยกับลูกหลานบอกเขาว่าผู้สูงอายุต้องการเพื่อน ต้องมีคนให้กำลังใจ เราเป็นเหมือนสะพานเชื่อมให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทมากขึ้นไม่ใช่แค่ให้ยาแต่ช่วยเติมใจด้วย

6. ความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ

ผลการประเมินความพึงพอใจพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับมากถึงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 94.5 ซึ่งสะท้อนว่าโปรแกรมสามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตได้อย่างดี ขณะที่ครอบครัวผู้สูงอายุร้อยละ 91.2 เห็นว่าโปรแกรมช่วยส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวและทำให้บรรยากาศภายในบ้านดีขึ้น ส่วนอสม. ร้อยละ 89.7 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ระดับความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ (n=223)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n)	ร้อยละที่พึงพอใจในระดับมาก-มากที่สุด	รายละเอียดเพิ่มเติม
ผู้สูงอายุ	163	94.52	พึงพอใจในด้านกิจกรรมหลากหลาย บรรยากาศดี ได้พูดคุยและมีส่วนร่วม
ครอบครัว	20	91.24	เห็นว่าโปรแกรมทำให้บรรยากาศในบ้านดีขึ้น สมาชิกในบ้านใกล้ชิดกันมากขึ้น
ผู้สูงอายุ อสม.	40	89.71	เห็นว่าโปรแกรมมีความเหมาะสมกับชุมชน สนับสนุนการขยายผลในพื้นที่อื่น

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในชุมชนตำบลสะลง จังหวัดเชียงใหม่ โดยบูรณาการแนวคิดอนามัยครอบครัวและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และครอบครัว ผลการอภิปรายมีดังนี้

คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของกิจกรรมที่สอดคล้องกับปัจจัยพื้นฐานของผู้สูงอายุ เช่น ความต้องการความสัมพันธ์ทางสังคม ความมั่นคงทางจิตใจและการมีคุณค่าในตนเอง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ เนติยา แจ่มทิม (2565) ที่พบว่าโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติสามารถลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความสุขของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญโดยเฉพาะเมื่อกิจกรรมมีการบูรณาการกับวิถีชีวิตและบริบทวัฒนธรรมท้องถิ่น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ ทนงศักดิ์ มุลจินดา และทัศน พละไชย (2561) ที่กล่าวว่าการนำสุข 5 มิติมาใช้ในโรงเรียน ผู้สูงอายุช่วยให้ผู้เข้าร่วมรู้สึกมีพลังทางใจ รู้สึกผูกพันกับเพื่อนร่วมกิจกรรมและมีพฤติกรรมเชิงบวกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องซึ่งแสดงถึงประสิทธิผลของแนวคิดสุขภาวะองค์รวมในผู้สูงอายุ

หลังการเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะความรู้สึกมีเป้าหมาย ความสัมพันธ์กับครอบครัว และความพึงพอใจในชีวิต สอดคล้องกับผลวิจัยของ ฉัตรศิริ วิชาวิน และศศิวิภา มณีศิลป์ (2563) ที่ระบุว่าปัจจัยทางจิตใจและสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ โดยการมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น การได้รับการยอมรับ และการมีบทบาทในสังคมช่วยส่งเสริมความสุขในผู้สูงอายุ แนวทางกิจกรรมในโปรแกรมยังส่งผลต่อมิติทางจิตวิญญาณและความผาสุกทางใจอย่างเด่นชัด สอดคล้องกับ จิรายุ แก้วกาหลง และกรรณวิชญ์ ช่วยอุปการ (2566) ที่เสนอว่าการเสริมสร้างความผาสุกตามหลักพุทธธรรม เช่น การระลึกคุณ การทำสมาธิ หรือการทบทวนความดีในอดีต ช่วยลดความกังวลและเพิ่มคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท

จากการวิเคราะห์เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบว่า มีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด ครอบครัวรายงานว่าบรรยากาศในบ้านดีขึ้น และ อสม. เห็นว่าโปรแกรมมีความเหมาะสมและควรขยายผลต่อไป การที่ครอบครัวและ อสม. มีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ เช่น การทำอาหารร่วมกัน การเล่นเกมฝึกสมอง การสนทนาเชิงบวก และการเยี่ยมบ้านรายสัปดาห์ ทำให้เกิดเครือข่ายสนับสนุนที่มั่นคงในระดับชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2560) ที่เน้นการดูแลผู้สูงอายุแบบ 3 มิติ โดยครอบครัวและชุมชนเป็นกลไกหลัก และสอดคล้องกับ สุธรรม นันทมงคลชัย (2567) ที่เสนอว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงวัยในระยะยาว

การศึกษานี้ยืนยันว่า โปรแกรมสร้างสุข 5 มิติที่ออกแบบตามแนวคิดอนามัยครอบครัวและบูรณาการสุขภาวะทั้ง 5 มิติ (กาย ใจ ปัญญา สังคม จิตวิญญาณ) สามารถลดภาวะซึมเศร้า เพิ่มคุณภาพชีวิต และสร้าง

ความผาสุกในผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดีเป็นระบบ ทั้งยังเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาศักยภาพครอบครัวและ อสม. ให้สามารถทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงวัยในชุมชนได้อย่างยั่งยืน

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนผ่านโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอสม. ทั้งนี้ครอบครัวสามารถใช้กิจกรรมในโปรแกรมลดความเหงาและเสริมความสัมพันธ์ในบ้าน อสม. ใช้แนวทางนี้พัฒนางานเยี่ยมบ้านเชิงจิตสังคมและหน่วยบริการสุขภาพสามารถจัดกิจกรรมเชิงรุกแบบบูรณาการและสามารถขยายผลสู่ชมรมหรือโรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรขยายระยะเวลาศึกษาและติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินผลต่อเนื่องของโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะ 6 เดือน หรือ 1 ปี
- 2) ควรเพิ่มกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างเป็นระบบช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลวิจัย
- 3) ควรศึกษาปัจจัยเสริมจากบริบทชุมชน เช่น วัฒนธรรม ความเชื่อ หรือการสนับสนุนจากหน่วยงานท้องถิ่นว่ามีผลต่อประสิทธิภาพของโปรแกรมอย่างไรบ้างเพื่อพัฒนาให้สอดคล้องกับพื้นที่มากขึ้น

References

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2568). ข้อมูลสถิติผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2568. สืบค้นเมื่อ 13 กรกฎาคม 2568, จาก https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2569
- กรมสุขภาพจิต. (2551). คู่มือแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย (WHOQOL-OLD). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2564). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564 สืบค้นเมื่อ 28 มีนาคม 2568, จาก https://www.m-society.go.th/ewtadmin/ewt/m_soc/ewt_dl_link.php?nid=30616
- กองกิจการสังคมผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2560). รายงานผลการสำรวจทัศนคติที่มีต่อการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุของประชาชนในกรุงเทพมหานครที่มีต่อผู้สูงวัย (ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป). กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ.
- กรณีทิพย์ สืบสานรัตน์. (2565). รายงานผลการวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายแบบบูรณาการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาลัยพยาบาล.
- จิรายุ แก้วกาหลง, และกรณวิษณ์ ช่วยอุปการ. (2566). แนวทางการเสริมสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุตามหลักพุทธธรรม ตำบลนาเสียว อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารพุทธนวัตกรรมและการจัดการ, 6(6), 67–80.
- ฉัตรศิริ วิภาวิน, และนันทิยา เรืองคงจันทร์. (2565). การศึกษาความต้องการด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลชีเหล็กและสะลง อำเภอมะริม จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิจัยราชภัฏเชียงใหม่, 23(1), 127–139.
- ฉัตรศิริ วิภาวิน, และศศิวิภา มณีศิลป์. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนสะลง-ชีเหล็ก อำเภอมะริม จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิชาการวิทยาลัยสันตพล, 6(2), 18–27. สืบค้นจาก <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/scaj/article/view/227576>

- ทงศักดิ์ มุลจันดา, และทัศน พลไชย. (2561). ผลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยสุข 5 มิติ โรงเรียนผู้สูงอายุนาผาง ตำบลห้วย ฯ จังหวัดอำนาจเจริญ. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์*, 2(2), 15–29.
- เนติยา แจ่มทิม. (2565). ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ ตำบลสนามชัย อำเภอมือง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี*, 5(2), 140–150. สืบค้นเมื่อ 20 มีนาคม 2568, จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/SNC/article/view/260550>
- บุรพ พงศ์พัฒนโยธิน. (2562). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).
- พฤทธิ พนารวรรณ, สุธิดา พุ่มพวง, และจินตนา นาคประเสริฐ. (2560). *การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวในชุมชน*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มนต์ดี ชัยแก้ว. (2563). *การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ*. สุพรรณบุรี: มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตสุพรรณบุรี.
- สื่อออนไลน์ภาคเหนือเพื่อคุณภาพชีวิตของทุกคน. (2567). *เชียงใหม่ป่วยซึมเศร้าสูงสุดภาคเหนือตอนบน ปี 66 ป่วยแล้ว 3.4 หมื่นราย*. สืบค้นเมื่อ 28 มีนาคม 2568, จาก <https://www.lanner-news.com/news/122045/>
- สุธรรม นันทมงคลชัย. (2567). *ครอบครัวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: บริษัท อิมเมจัน อาร์ต จำกัด.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *คู่มือการจัดบริการสุขภาพ 3 มิติ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
- World Health Organization. (2006). *WHOQOL-OLD: Module for the assessment of quality of life in older adults (WHOQOL-OLD Manual)*. Geneva: WHO.

ประสิทธิผลของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพทางไกลร่วมกับการรักษาแบบสังเกตการ
รับประทานยาโดยตรงด้วยการกระตุ้นเตือนผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาวัณโรคในชุมชน:
กรณีศึกษาคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลปง อ.ปง จ.พะเยา

The Effectiveness of Telehealth Technology Combined with Directly Observed
Treatment on Adherence Medication Reminder Among Tuberculosis Patient in the
Community: A Case Study of Tuberculosis Patients Registered at the Tuberculosis

บุญลือ ชิมบ้านไร่^{1*}, ปิ่นปิ่นท์ ไชยอักษร²

Boonlue Chimbanrai^{1*}, Pinpinut Chaiarksorn²

คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยชินวัตร ปทุมธานี^{1*}, โรงพยาบาลปง จังหวัดพะเยา²

Faculty of Health Science, Shinawatra University, Pathum Thani^{1*}, Pong Hospital, Phayao²

(Received: February 23, 2025; Revised: August 10, 2025; Accepted: August 20, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพทางไกลในการส่งสัญญาณข้อความเตือนให้ผู้ป่วยวัณโรครับประทานยาร่วมกับระบบการรักษาระยะสั้นที่มีการสังเกตโดยตรงและประเมินความเป็นไปได้ในการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพทางไกลในการติดตามรักษาผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสานวิธีบรรจบกัน ระหว่างการศึกษาทั้งทดลองควบคู่กับการใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกไปพร้อม ๆ ในประชากรกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 47 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ 51 ราย เครื่องมือวิจัยได้แก่ โปรแกรมเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพทางไกลแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แบบประเมินพฤติกรรมมารับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้างโดยใช้สถิติ ไคสแควร์ การถดถอยโลจิสติก และการวิเคราะห์เนื้อหาในการวิเคราะห์ข้อมูล ผลวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมมารับประทานยามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ โดยกลุ่มมีพฤติกรรมที่ถูกต้องต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ การนำเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพทางไกลมาใช้ร่วมกับการรักษาแบบสังเกตการกินยาโดยตรงมีความสัมพันธ์กับผลสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ และการนำเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพทางไกลมาใช้ในการส่งสัญญาณเตือนในการรับประทานยามีโอกาสประสบความสำเร็จในการรักษาวัณโรคเป็น 2.7 เท่า ($p < .001$, 95% CI: .024 - .189) เมื่อเทียบกับการรักษาแบบสังเกตการกินยาโดยตรงอย่างเดียว ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการนำเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพทางไกลมาใช้ร่วมกับวิธีการรักษาวัณโรคในปัจจุบันมีความเป็นไปได้และเหมาะสมกับสังคมยุคดิจิทัล

คำสำคัญ: วัณโรค, เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพทางไกล, ผลสำเร็จการรักษา

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

Abstract

This research aims to evaluate the effectiveness of using telehealth technology to send reminder messages to tuberculosis (TB) patients to take their medication in conjunction with the Directly Observed Treatment, Short-Course (DOTS) strategy. Additionally, it assesses the feasibility of developing a telehealth system for monitoring and treating TB patients within communities. A Convergent Mixed-Methods Design was employed, combining a quasi-experimental study with qualitative research methods, including in-depth interviews. The study involved 47 participants in the experimental group and 51 participants in the control group. Research instruments included a telehealth program, patient record forms, medication adherence assessment tools, and semi-structured interviews. Chi-square statistics, logistic regression, and content analysis were used to analyze the data. The findings revealed that the mean adherence scores significantly differed ($p < .001$), with the experimental group demonstrating better adherence and cooperation in TB treatment compared to the control group. The integration of telehealth reminders with directly observed treatment was significantly associated with treatment success ($p < .001$). Patients who received telehealth reminders were 2.7 times more likely to successfully complete their TB treatment ($p < .001$, 95% CI: 0.024 - 0.189) compared to those receiving direct observation alone. These results suggest that incorporating telehealth technology into TB treatment is feasible and well-suited for the digital era, offering a promising approach for improving medication adherence and treatment outcomes.

Keywords: Tuberculosis, Telehealth, Treatment successful

บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis) เป็นโรคติดเชื้อที่ป้องกันได้และมักจะรักษาหายขาดได้ แต่ในปี 2023 วัณโรคกลับมาเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตจากการติดเชื้อเพียงครั้งเดียว และทำให้เกิดบสองเท่าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (HIV/AIDS) ประชาชนมากกว่า 10 ล้านคนยังคงป่วยเป็นโรควัณโรคทุกปีและมีจำนวนเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2564 (2021) ในการดำเนินการเร่งด่วนจำเป็นต้องยุติการแพร่ระบาดของวัณโรคทั่วโลกภายในปี 2573 (2030) ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ประเทศสมาชิกทุกประเทศ (United Nation) และองค์การอนามัยโลกนำมาใช้ (WHO., 2024) วัณโรคเกิดจากการติดเชื้อ *Bacillus Mycobacterium Tuberculosis* โรคนี้มักก่อโรครุนแรงที่ปอด แต่อาจก่อโรคต่อระบบหรืออวัยวะอื่นๆ ในร่างกายได้ด้วย ซึ่งแพร่กระจายของโรคจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ที่ป่วยด้วยวัณโรคปอดขับไล่แบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของโรคออกไปในอากาศ เช่น โดยการไอ การจาม เป็นต้น มีการคาดประมาณว่าหนึ่งในสี่ของประชากรโลกมีการติดเชื้อวัณโรคในร่างกาย Houben RM, Dodd PJ. (2016) วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่อันตรายหากไม่มีการรักษา ผู้ป่วยอัตราการเสียชีวิตจากโรคจะสูงถึงประมาณร้อยละ 50 (Tiemersma EW. 2011) ด้วยการรักษาที่แนะนำโดยองค์การอนามัยโลกในปัจจุบันใช้หลักสูตรยาต้านวัณโรค ระยะ 6 เดือน เพื่อรักษาการติดเชื้อวัณโรค โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยร้อยละ 85 สามารถรักษาหายได้ ซึ่งในปัจจุบัน ประเทศไทยยังคงเป็นประเทศที่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีการระบาดของวัณโรคสูงสำหรับวัณโรค และวัณโรคที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ HIV (WHO., 2024) ซึ่งจำเป็นต้องเร่งดำเนินการควบคุมโรคให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุดเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ในกลยุทธ์ End TB ขององค์การอนามัยโลก

ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (CDC) แนะนำให้ใช้ “การรักษาที่มีการสังเกตได้โดยตรง” (DOT) จากพี่เลี้ยงเป็นกลวิธีในการบริหารยาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษาวัณโรค DOT ประกอบด้วยการสังเกตผู้ป่วย วัณโรคที่รับประทานยาการรักษา เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยปฏิบัติตามสูตรยามาตรฐานการรักษาวัณโรค การรับประทานยาอย่าง

ต่อเนื่องโดยเคร่งครัดเป็นสิ่งที่จำเป็น เนื่องจากถ้าผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ หรือหยุดก่อนครบระยะเวลาจะมีความเสี่ยงต่อการดำเนินของโรคและการเสียชีวิต การแพร่เชื้อไปยังผู้อื่น และการพัฒนาสายพันธุ์ดื้อยาของแบคทีเรีย TB ซึ่งยากและมีราคาแพงกว่ามาก

ผู้ป่วยวัณโรค (โดยเฉพาะวัณโรคปอด) เป็นแหล่งแพร่โรคที่สำคัญ การรักษาวัณโรคให้หายขาดด้วยการกินยาต้านวัณโรคอย่างน้อย 6 เดือนหรือจนกว่าการรักษาจะเสร็จสิ้นเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้บรรลุผลการรักษาที่สมบูรณ์ เป็นยุทธศาสตร์ที่ทำหายในการควบคุมวัณโรค องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ใช้การรักษาแบบที่มีการสังเกตได้โดยตรง (DOT) จากบุคคลที่เป็นพี่เลี้ยง ซึ่งมั่นใจว่าเป็นวิธีการบริหารจัดการยาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษาวัณโรคในปัจจุบัน DOT ประกอบด้วย การสังเกตผู้ป่วยวัณโรคโดยตรงในการรับประทานยารักษาวัณโรค เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยปฏิบัติตามหลักสูตรการรักษาและการรับประทานยาอย่างเคร่งครัดเป็นประเด็นสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือหยุดก่อนเวลาจะมีความเสี่ยงต่อการดำเนินของโรค และการเสียชีวิต รวมทั้งการแพร่เชื้อไปยังผู้อื่น แต่จนถึงขณะนี้ก็ยังมียาวัณโรคจำนวนมากที่ยังไม่ประสบความสำเร็จในการรักษา ไม่ว่าจะเกิดสาเหตุจากการเลือกยารักษาวัณโรคที่ไม่สอดคล้องและการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ความล้มเหลวในการรักษาทำให้โรคสามารถกลับมาเป็นซ้ำได้ อีกทั้งจะนำไปสู่ปัญหาใหม่คือ เกิดการพัฒนาสายพันธุ์วัณโรคดื้อยา (Multi Drug Resistance; MDR-TB) ซึ่งยากต่อการรักษา และเป็นบ่อเกิดของการแพร่เชื้อได้อย่างต่อเนื่องซ้ำเติมทำให้สถานการณ์การรักษาล้มเหลวเพิ่มมากขึ้น (Tjekyan, 2006)

ในปี พ.ศ. 2558 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายเพื่อควบคุมวัณโรคโดยตั้งเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals; SDGs) ภายในปี พ.ศ. 2573 ประกอบด้วย การลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากวัณโรคให้ได้ถึงร้อยละ 90 และลดอัตราอุบัติการณ์เกิดโรค (incident TB cases) ลงเหลือร้อยละ 80 เป้าหมายอัตราความสำเร็จของการรักษาไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 โดยใช้การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ระดับโลกขององค์การอนามัยโลก (WHO) นั่นคือ การบริหารจัดการยา DOTS (Directly Observed Treatment Short-course) เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย SDGs โดย DOTS เป็นการบริหารจัดการสูตรการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นรายวันที่มีการสังเกตการกลืนกินยาโดยตรง จุดเน้นหลักในกลยุทธ์ DOTS คือการค้นพบผู้ป่วยรายใหม่และให้การรักษาผู้ป่วย ซึ่งการดำเนินงานด้วยกลวิธี DOTS คาดว่าจะสามารถช่วยเผชิญกับความท้าทายในการควบคุมโรควัณโรคเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของ SDGs ภายในปี 2573 (Hakim LN, 2017) ซึ่งที่ผ่านมาโรงพยาบาลป่ง ซึ่งเป็นพื้นที่ดำเนินการศึกษาทดลองในครั้งนี้ ยังคงมีอัตราความสำเร็จในการรักษาต่ำกว่าเป้าหมายฯ ในช่วงปีก่อนดำเนินการศึกษาทดลอง คือร้อยละ 72.7 และ 83.0 ในปี 2563 และ 2564 และเมื่อเริ่มมีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพทางไกลมาทดลองใช้ร่วมกับการรักษาแบบสังเกตการกินยาโดยตรง พบว่ามีอัตราความสำเร็จในการรักษาเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 100, 90.0 และ 92.3 ในปี 256 ถึง 2567 ตามลำดับ

Telehealth เป็นการประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันสมาร์ทโฟน หรือโทรศัพท์เคลื่อนที่ซึ่งผู้ป่วยหรือญาติมีข้อมูลแล้ว ในการส่งข้อความสั้น ๆ เพื่อกระตุ้นเตือนหรือให้การสนับสนุนพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วย โดยมีขอบเขตการเข้าถึงได้อย่างกว้างขวางและมีประสิทธิภาพ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพทางไกล (Telehealth) เข้ามาช่วยในการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาร่วมกับ DOT นี้อาจเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาด้านการจัดการยาและการเงินที่หน่วยงานสาธารณสุขต้องเผชิญในการใช้ DOT ในขณะเดียวกันก็ยังคงรักษาผู้ป่วยวัณโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย ปัจจุบันยังไม่มีแผนการของหน่วยงานสาธารณสุขทั้งในระดับของประเทศหรือท้องถิ่น ในการนำเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพมาใช้ร่วมกับ DOT (DOT-Telehealth plus) ในการติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งปัจจุบันพบว่ามีผลงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ ที่ได้เริ่มมีการทดลองนำเทคโนโลยีดิจิทัล อาทิ วิดีโอ โทรศัพท์เคลื่อนที่ เข้ามาใช้ร่วมกับ DOT

รายงานวิจัยฉบับนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาวิจัยในการประเมินผลของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพทางไกล (Telehealth) ร่วมกับการรักษาแบบการสังเกตการรับประทานยาโดยตรง (Directly Observed Treatment: DOT) Telehealth เป็นการพัฒนาแอปพลิเคชันลงบนโทรศัพท์มือถือ เพื่อใช้ในการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรค ข้อดีของโทรศัพท์มือถือมีศักยภาพในการเอาชนะปัญหาที่

เกี่ยวข้องกับ DOT โดยเฉพาะเรื่องการเข้าถึงบริการ ด้วยการกระตุ้นเตือนด้วยข้อความสั้น ๆ ให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาตามกำหนดเวลาในแต่ละวันและแจ้งเตือนกำหนดวันนัดหมายพบแพทย์ในแต่ละเดือนจากระยะไกล เป็นการส่งเสริมพฤติกรรมการกินยาของผู้ป่วย (Improving Medication Adherence) ให้สอดคล้องกับมาตรฐานการรักษาวัณโรค อีกทั้งยังสามารถลดระยะเวลา ค่าใช้จ่ายในการเดินทางและลดการสัมผัสกับวัณโรคสำหรับทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ป่วย เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงข่าวสารสุขภาพที่จำเป็นในเรื่องวัณโรคที่เชื่อถือได้ ด้วยการสื่อสารโต้ตอบกับเจ้าหน้าที่ผู้สนับสนุนการรักษาวัณโรค การติดตามผลข้างเคียงจากการใช้ยา และสร้างเครือข่ายสังคมออนไลน์ ซึ่งประสบความสำเร็จในโรงพยาบาลปง อำเภอบึง จังหวัดพะเยา

วัตถุประสงค์วิจัย

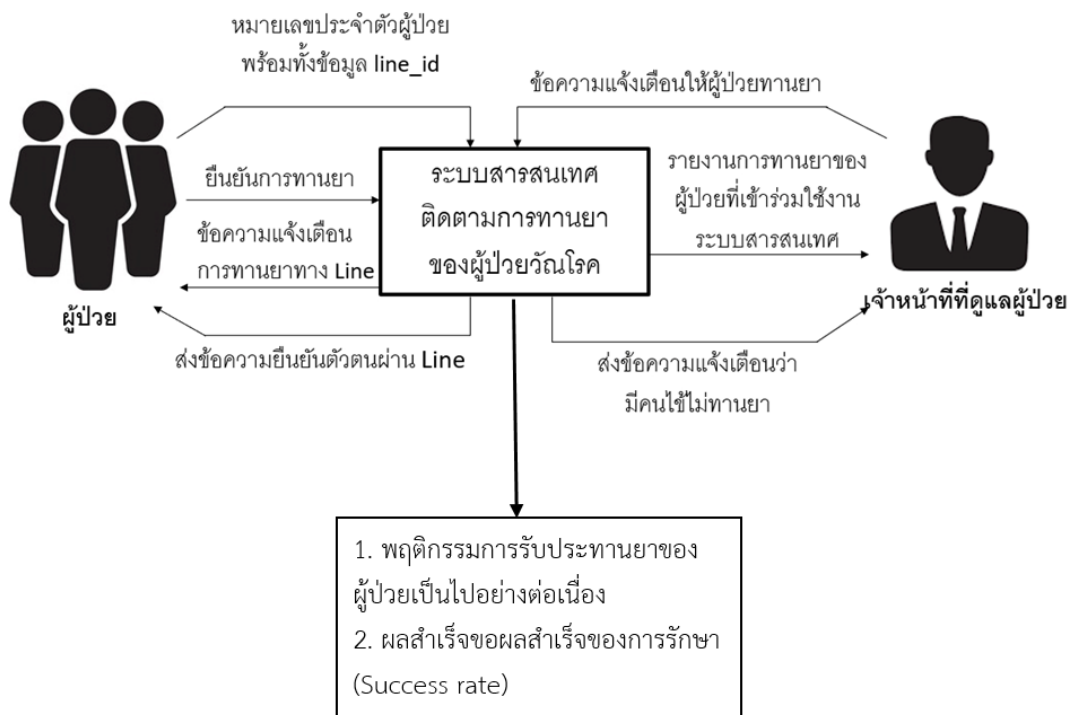
1. เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพทางไกลในการปฏิบัติติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยวัณโรค (TB) ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านวัณโรคแบบระยะสั้นที่มีการสังเกตโดยตรง (DOTS)
2. เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการพัฒนาวิธีการติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพทางไกลส่งข้อความเตือนให้ผู้ป่วยวัณโรคกินยาผ่านโปรแกรมไลน์บนอุปกรณ์เครื่องมือสื่อสาร

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาแอปพลิเคชัน Telehealth ที่ประกอบด้วยการส่งและรับข้อความโต้ตอบผ่านทางโทรศัพท์มือถือแบบเรียลไทม์รายวัน ซึ่งกำหนดการแจ้งเตือนไว้ที่เวลา 17:00 น. กรณีที่ไม่ได้รับการตอบกลับมาจากผู้ป่วยภายในเวลา 1 ชั่วโมง ระบบจะมีการแจ้งเตือนไปอีกครั้งหนึ่ง และถ้ายังไม่มีการโต้ตอบกลับมาก็จะส่งสัญญาณแจ้งเตือนไปยังเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้รับผิดชอบในพื้นที่ได้ออกติดตามให้ผู้ป่วยกินยาภายในระยะเวลาไม่เกิน 1 วัน สัญญาณซึ่งเป็นข้อความสั้นๆกระตุ้นให้ผู้ป่วยให้รับประทานยาและแจ้งเตือนล่วงหน้ากำหนดนัดหมายวันพบแพทย์ในแต่ละเดือน รวมถึงการสื่อสารโต้ตอบอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อแผนการรักษา ยังคงเป็นไปอย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดแผนการรักษาวัณโรคตามมาตรฐานกรอบระยะเวลา 6 เดือน

ผลลัพธ์หลักของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ อัตราความสำเร็จในการรักษาเมื่อครบเสร็จสิ้น (Complete treatment) ในกรอบเวลา 6 เดือน ในขณะเดียวกันก็จะมีการประเมินระดับความสม่ำเสมอในการยึดมั่นต่อแผนการรักษาวัณโรค (Adherence to TB treatment regimen) ด้วยการสอบถามผู้ป่วยถึงความสม่ำเสมอในการรับประทานยา บันทึกเป็นคะแนน แล้วนำไปวิเคราะห์เปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ

การนำเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพทางไกล (Telehealth) มาทดลองใช้ร่วมกับ DOTS เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาวัณโรค ซึ่งได้ทำการทดลองใช้เพื่อประเมินประสิทธิภาพเบื้องต้นระบบในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ซึ่งพบว่า การรักษาผู้ป่วยวัณโรคหลายรายยังคงได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงเห็นว่าเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพทางไกล สามารถใช้อีกเป็นทางเลือกหนึ่งในการเพิ่มการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค เพื่อลดอัตราการขาดยาในผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีกำหนดแผนการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพทางไกลร่วมกับ DOTS เพื่อการรักษาวัณโรคในแผนงานควบคุมวัณโรคระดับชาติ ส่งผลให้ผู้วิจัยได้พัฒนากลอบแนวคิดที่จะนำเอาเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยและแจ้งเตือนกลับมายังบุคลากรสาธารณสุขที่ได้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเพื่อทำการตรวจสอบการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ กรอบแนวคิดของระบบติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วย แสดงได้ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัยพัฒนาระบบสารสนเทศติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการศึกษาในรูปแบบการผสมผสานวิธีบรรจบกัน (Convergent Mixed-Methods Design) โดยใช้วิธีการวิจัยที่ออกแบบการศึกษาทั้งทดลอง (Quasi-Experimental Study) ตัวแปรอิสระคือการสอดแทรกสัญญาณแจ้งเตือนทางโทรศัพท์เข้ากับการรักษาแบบการสังเกตการณ์โดยตรงเพื่อการกระตุ้นเตือนการรับประทานยาของผู้ป่วย และตัวแปรตามคือ พฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการปฏิบัติที่แสดงออกของผู้ป่วยวัณโรคเกี่ยวกับการรักษาวัณโรค เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการนำเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพทางไกล (Telehealth) ที่ใช้ร่วมกับการรักษาแบบการสังเกตการณ์โดยตรง (DOTS) ต่อความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ควบคู่กับการใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) ด้วยการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ไปพร้อม ๆ กันเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์จากฐานข้อมูลเชิงคุณภาพกับฐานข้อมูลเชิงปริมาณโดยการรวมผลลัพธ์เข้าด้วยกัน (Creswell W. and Creswell J., 2023) แยกวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้วิธีการที่แตกต่างกัน แล้วนำผลที่ได้จากการศึกษาทั้งสองวิธีมาเปรียบเทียบกัน เป็นการยืนยันความตรง (Validity) ของผลการศึกษา ทั้งนี้ เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการพัฒนาวิธีการติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพทางไกล อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มความถูกต้องและน่าเชื่อถือของผลการวิจัย ผู้ป่วยวัณโรคได้คัดเลือกจากคลินิกวัณโรคที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นวัณโรคปอด และขึ้นทะเบียนรักษาซึ่งเป็นไปตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2019) ในคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลในอำเภอปง จังหวัดพะเยา ในช่วงระยะเวลาในการคัดผู้ป่วย (Recruit) ที่สมัครใจเข้ามาเป็นตัวอย่างวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนกันยายน 2565 และทำการติดตามการรักษาผู้ป่วยทุกรายจนครบกำหนด 6 เดือน ตามมาตรฐานแผนการรักษาวัณโรครวมระยะเวลาการศึกษาทั้งสิ้น 18 เดือน (สิ้นสุดการติดตามการรักษาเดือนเมษายน 2566) ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายจะได้รับบริการรักษาภายใต้เกณฑ์มาตรฐานการรักษาด้วยสูตรยาวัณโรคด้วยการรับประทานยาเม็ดแบบผสมขนาดคงที่ทุกวัน แบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะเข้มข้นของการรักษา (Initial phase หรือ Intensive phase) มีการใช้ยา Isoniacid, Rifampicin, Pyrazinamide และ Ethambutol เป็นเวลา 2 เดือน

และระยะต่อเนื่อง (Continuation phase) ซึ่งมีใช้ยา Isoniacid กับ Rifampicin ต่ออีก 4 เดือน รวมระยะเวลาในการรักษา 6 เดือน ในแบบการสังเกตการรับประทานยาโดยตรง (DOTS)

วิธีการดำเนินการวิจัย ได้แบ่งผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มศึกษาทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในกลุ่มศึกษาทดลองผู้ป่วยจะได้รับการรักษาตามมาตรฐาน DOTS ร่วมกับระบบ Telehealth ซึ่งจะมีการส่งข้อความสั้น ๆ เพื่อการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาและแจ้งเตือนล่วงหน้าถึงกำหนดวันนัดหมายพบแพทย์ผ่านทางแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนมือถือหรืออุปกรณ์เครื่องมือสื่อสารอื่นที่สามารถใช้ระบบแอปพลิเคชันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้ ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบผู้ป่วยจะได้รับการรักษาตามมาตรฐาน DOTS เพียงอย่างเดียว ทั้งสองกลุ่มถูกเลือกด้วยเกณฑ์การลงนามแสดงความยินยอม และปฏิบัติตามเงื่อนไขในการศึกษาทดลอง โดยเฉพาะตัวผู้ป่วยหรือญาติใกล้ชิดผู้ป่วย

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาด้วยการรับประทานยารักษาวัณโรคในระบบการสังเกตการณ์รับประทานยาโดยตรง ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลปง และสมัครใจเข้าร่วมเป็นตัวอย่างวิจัย รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีครอบครัวและตั้งบ้านเรือนอยู่ในเขตอำเภอปง จังหวัดพะเยา มีจำนวนตัวอย่างวิจัยซึ่งเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้งสิ้น 98 ราย แบ่งผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มศึกษามีจำนวนผู้ป่วย 47 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบมีจำนวนผู้ป่วย 51 ราย

การคัดเลือกอาสาสมัคร(Selection Criteria)

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาระบบการสังเกตการรับประทานยาโดยตรง (DOTS) ตามมาตรฐานเป็นระยะเวลา 6 เดือน
2. สามารถเข้าถึงและใช้โทรศัพท์มือถือหรืออุปกรณ์เครื่องมือสื่อสารอื่นที่สามารถรับและอ่านข้อความได้ เช่น โทรศัพท์มือถือ หรือแท็บเล็ต เป็นต้น
3. ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจทั้งตัวผู้ป่วยเองและเจ้าหน้าที่ที่พึงเลี้ยงในการสังเกตการรับประทานยาโดยตรง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ดื้อยาหลายขนาน/ดื้อยาเป็นวงกว้าง (MDR-TB/XDR-TB) ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ HIV ร่วม

การพัฒนาโปรแกรมการทดลอง

ผู้วิจัยได้พัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพทางไกลเพื่อติดตามการทานยาของผู้ป่วยวัณโรค โดยออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนของผู้ป่วย และส่วนของผู้ดูแลผู้ป่วย โดยใช้สัญลักษณ์ความสัมพันธ์ (Use case diagram) ในระบบฐานข้อมูล เลือกใช้การวิเคราะห์แบบจำลองความสัมพันธ์เอนทิตี (E-R diagram) โดยนำเอาข้อมูลผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบมาทำการสังเคราะห์สำหรับการออกแบบระบบฐานข้อมูล พร้อมทั้งออกแบบส่วนต่อประสานระหว่างผู้ใช้งานและระบบที่พัฒนาขึ้นเป็นสัญลักษณ์ของความสัมพันธ์ (Use case diagram) สู่ระบบสารสนเทศติดตามการทานยาของผู้ป่วยวัณโรคและระบบฐานข้อมูล ฟังก์ชันการใช้งานระบบสารสนเทศติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค ของเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยประกอบไปด้วยฟังก์ชัน การบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วย การบริหารจัดการรายชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วย การบริหารจัดการข้อมูลส่วนตัวของเจ้าหน้าที่ ระบบรายงานสรุปการกินยารายวัน สัปดาห์ และเดือน การบริหารจัดการการแจ้งเตือนการรับประทานยา วันนัดหมายพบแพทย์ของผู้ป่วยผ่านทางไลน์ (Line application) การตั้งค่าข้อความในการแจ้งเตือนไปยังผู้ป่วยก็จะเข้าสู่การพัฒนาแบบตามรูปแบบซึ่งประกอบด้วยข้อความ 1 หรือ 2 ครั้งต่อวัน เป็นข้อความภาษาไทย และการสื่อสารแบบสองทางแบบเรียลไทม์ทุกวัน

ทุกสัปดาห์และทุกเดือน ข้อความและการสื่อสารเหล่านี้กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง
แจ้งเตือนให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยา และช่วยแก้ไขข้อกังวลของผู้ป่วยเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากยา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่
 - 1.1) โปรแกรมระบบสารสนเทศสุขภาพทางไกลเพื่อติดตามการทานยาของผู้ป่วยไวรัส
 - 1.2) เครื่องมือที่ใช้ในการสื่อสารแบบสมาร์โฟน คอมพิวเตอร์
2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลวิจัย และประมวลผล
 - 2.1) แบบบันทึกประวัติผู้ป่วยไวรัส เพื่อเก็บข้อมูลลักษณะทางประชากรและตัวแปรด้านพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรับประทานยา ประวัติการมาพบแพทย์ตามวันนัดหมาย
 - 2.2) แบบประเมินพฤติกรรมรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (Morisky Medication Adherence)
 - 2.3) แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบบันทึกประวัติผู้ป่วยไวรัสและแบบประเมินพฤติกรรมรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (Morisky Medication Adherence) ถือว่าเป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานสากลและเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปผู้วิจัยจึงได้นำมาประยุกต์ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือที่เป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้างไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้พิจารณาตรวจสอบความตรงในเนื้อหา (Content validity) และได้พิจารณาให้ความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแต่ละข้อคำถาม อยู่ระหว่าง 0.76 – 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในลักษณะ Incidence cases กล่าวคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนมีนาคม 2565 และติดตามผู้ป่วยทุกรายจนกระทั่งครบกำหนดการรักษา (6 เดือน) สิ้นสุดในเดือนกันยายน 2565 ซึ่งการออกแบบวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ทำการเก็บข้อมูลทั้งสองรูปแบบโดยใช้ตัวแปรหรือโครงสร้างแบบเดียวกันหรือแบบคู่ขนาน (Parallel variable or constructs) เพื่อตีความปรากฏการณ์ที่ศึกษานี้ร่วมกันทั้งวิธีการเชิงปริมาณและวิธีการเชิงคุณภาพ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นไวรัสและสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยที่ถูกเลือกเป็นตัวอย่าง ผู้วิจัยจะขอรับความยินยอมเข้าร่วมเป็นตัวอย่างโครงการวิจัยโดยการได้รับบอกกล่าว (Informed consent) แนะนำและอธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัย เมื่อผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมโครงการฯ แล้วผู้วิจัยได้ขอให้ลงนามในเอกสารยินยอมและบันทึกข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย การสอบถามด้วยการใช้แบบสอบถามและแบบประเมินแบบประเมินพฤติกรรมรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้างใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยวิธีการสนทนาอย่างมีสาระ (Dialogue) โดยการเยี่ยมบ้านและตามวัน/เวลาที่แพทย์นัดตรวจ-รับยา โดยผู้วิจัยและทีมงานผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านการฝึกอบรมเทคนิควิธีการเก็บข้อมูลแล้ว

การวัดผลลัพธ์ของการประเมินประสิทธิภาพของการทดลอง

ผลลัพธ์หลักของการศึกษาทดลองนี้ ได้แก่ 1) ผลสำเร็จของการรักษา (Success rate) โดยผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่องครบ 6 เดือน (Treatment Completed) และมีผลตรวจเสมหะเป็นลบอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา 2) การปฏิบัติตามมาตรฐานการรักษาไวรัสโดยประเมินด้วยแบบประเมินการปฏิบัติตาม 8 ข้อของ Morisky Medication Adherence.

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำเข้าเครื่องประมวลผล แล้ววิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้ 1) สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) วิเคราะห์ลักษณะประชากร ข้อมูลทั่วไปโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistic) วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายโอกาสประสบผลสำเร็จในการรักษาวัณโรคในระยะเวลาที่กำหนด โดยใช้สถิติ chi-square test และการวิเคราะห์การถดถอย logistic regression โดยกำหนดค่าระดับการมีนัยสำคัญไว้ที่ $P < 0.05$

จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการภายใต้โครงการพัฒนาชุมชนนวัตกรรมด้วยการยกระดับศักยภาพด้านการท่องเที่ยว นโยบายสาธารณะ วิสาหกิจชุมชนและผลิตภัณฑ์ชุมชน โดยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา (Ethical reference: 2.2/090/64) และนอกจากนี้แล้ว ในขั้นตอนของการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญและยึดมั่นต่อข้อปฏิบัติด้วยการเคารพในการให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยบอกกล่าวข้อมูลอย่างเพียงพอและมีอิสระในการตัดสินใจ ความเคารพความเป็นส่วนตัวและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ร่วมวิจัย หลีกเลี่ยงการกระทำที่อาจก่อให้เกิดอันตราย การปฏิบัติด้วยความยุติธรรมไม่มีอคติ การเคารพในความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับ การเก็บข้อมูลได้กระทำโดยคำนึงถึงเวลาพักผ่อนและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย มีการปกปิดข้อมูลเพื่อการรักษาความลับความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยและร่วมวิจัยท่านอื่น ๆ อย่างเคร่งครัด

ผลการวิจัย

ผลงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพทางไกลที่นำมาใช้ร่วมกับการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบสังเกตการรับประทานยาโดยตรง (DOTS) อีกทั้งยังเป็นการประเมินความเป็นไปได้ในการนำเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพทางไกลมาใช้เพื่อเพิ่มผลสำเร็จของการรักษา (Success rate) ตามเกณฑ์มาตรฐานการรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรคระยะสั้น ตามเวลาที่กำหนด 6 เดือน ใช้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคปอดจำนวนทั้งสิ้น 98 ราย แบ่งเป็นกลุ่มศึกษา 47 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ 51 ราย กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นชาย ร้อยละ 55.9 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 40 – 60 ปี (ร้อยละ 56.1) กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยที่ 49.04 เรียนจบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 58.2 ส่วนใหญ่มีสถานภาพการสมรสคู่ ร้อยละ 82.6 กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดยังประกอบอาชีพทั้งรับจ้างทั่วไปและรับจ้างองค์กรภาครัฐ/เอกชน ร้อยละ 46.9 และ ร้อยละ 45.9 ตามลำดับ ในเรื่องเศรษฐกิจหรือรายได้ต่อเดือน พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอใช้จ่ายต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 79.6 และตั้งบ้านเรือนอยู่ในเขตเมือง/เทศบาล ร้อยละ 77.6 ผลการรักษาวัณโรคเมื่อครบกำหนด 6 เดือน พบว่า ร้อยละ 59.2 ประสบผลสำเร็จในการรักษา รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานทางประชากรของตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรค (n=98)

ลักษณะพื้นฐานทางประชากร	กลุ่มศึกษา (n=47) จำนวน (%)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=51) จำนวน (%)	รวม จำนวน (%)
เพศ			
- ชาย	27 (47.4)	30 (52.6)	57 (55.9)
- หญิง	20 (48.8)	21 (51.2)	41 (44.1)
กลุ่มอายุ (ปี)			
- ไม่เกิน 30	1 (25.0)	3 (75.0)	4 (4.1)
- 31 – 40	9 (45.0)	11 (55.0)	20 (20.4)
- 41 – 50	15 (51.7)	14 (48.3)	29 (29.6)
- 51 – 60	14 (53.8)	12 (46.2)	26 (26.5)
- มากกว่า 60	8 (42.1)	11 (57.9)	19 (19.4)
$\bar{X}$ 49.04 S.D. 11.4 Min. 26 Max. 72			
การศึกษา			
- ไม่ได้เรียนหนังสือ	1 (50.0)	1 (50.0)	2 (2.0)
- ประถมศึกษา	18 (46.2)	21 (53.8)	39 (39.8)
- มัธยมศึกษา	28 (49.1)	29 (50.9)	57 (58.2)
สถานภาพการสมรส			
- โสด	4 (44.4)	5 (55.6)	9 (9.2)
- คู่	39 (48.1)	42 (51.9)	81 (82.6)
- หม้าย/หย่า	4 (50.0)	4 (50.0)	8 (8.2)
อาชีพ			
- งานบ้าน	3 (42.9)	4 (57.1)	7 (7.2)
- รับจ้างทั่วไป	22 (47.8)	24 (52.2)	46 (46.9)
- รับจ้างองค์กรภาครัฐ/เอกชน	22 (48.9)	23 (51.9)	45 (45.9)
รายได้ต่อเดือน			
- ไม่พอใช้จ่าย	1 (50.0)	1 (50.0)	2 (2.0)
- พอใช้จ่าย	37 (47.4)	41 (52.6)	78 (79.6)
- พอใช้จ่ายและเหลือเก็บ	9 (100)	9 (100)	18 (18.4)
เขตที่ตั้งบ้านเรือนอยู่อาศัย			
- เขตเมือง/เทศบาล	37 (48.7)	39 (51.3)	76 (77.6)
- ชนบท	10 (45.5)	12 (54.5)	22 (22.4)
ผลการรักษาเมื่อครบ 6 เดือน			
- รักษาสำเร็จ	41 (70.7)	17 (29.3)	58 (59.2)
- รักษาไม่สำเร็จ	6 (15.0)	34 (85.0)	40 (40.8)

ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้ง 98 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องด้วยการประยุกต์ใช้เครื่องมือ The 8-item Morisky Medication Adherence Scale ลงบันทึกข้อมูลเป็นคะแนนโดยการสอบถามในแต่ละข้อซึ่งถ้าผู้ป่วยตอบคำถามตามแบบสอบถาม (Self-report) ว่าไม่ใช่แปลว่ามี

พฤติกรรมถูกต้อง หมายถึงผู้ป่วยไม่มีแนวโน้มของพฤติกรรมที่ไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องจะได้ 1 คะแนน ในข้อนั้น ๆ ผลการสัมภาษณ์ พบว่า กลุ่มศึกษามีในกลุ่มศึกษามีจำนวนในสัดส่วนของการมีพฤติกรรมที่ต้องต่อการปฏิบัติตัวในการรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง (adherence to treatment regimen) ในกลุ่มเปรียบเทียบอย่างชัดเจน และเมื่อนำคะแนนพฤติกรรมที่ต้องต่อการปฏิบัติตัวในการรับประทานยามาเปรียบเทียบกับพบว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าในกลุ่มเปรียบเทียบ $p < .001$ รายละเอียดตามตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนการตอบคำถามจำแนกรายข้อพฤติกรรมที่ต้องต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคปอดเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องการรับประทานยา รักษาวัณโรคอย่างต่อเนื่อง	กลุ่มศึกษา (n=47)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=51)	
	ถูกต้อง (%)	ไม่ถูกต้อง (%)	ถูกต้อง (%)	ไม่ถูกต้อง (%)
1. คุณเคยลืมทานยารักษาวัณโรคบ้างไหม?	46 (97.9)	1 (2.1)	42 (82.4)	9 (17.6)
2. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีวันบางวันที่คุณ ไม่ได้รับประทานยารักษาวัณโรค?	43 (91.5)	4 (8.5)	34 (66.7)	17 (33.3)
4. เมื่อคุณเดินทางหรือออกจากบ้าน มีบางครั้ง ที่คุณลืมนำยารักษาวัณโรคติดตัวไปด้วย หรือไม่?	40 (85.1)	7 (14.9)	32 (62.7)	19 (37.3)
5. เมื่อวันวานคุณได้กินยารักษาวัณโรคแล้ว หรือยัง?	40 (85.1)	7 (14.9)	36 (70.6)	15 (29.4)
6. เมื่อคุณรู้สึกว่าการป่วยของคุณได้รับการ ควบคุมดีแล้ว คุณจะหยุดรับประทานยารักษา วัณโรคบ้าง หรือไม่?	37 (78.7)	10 (21.3)	43 (84.3)	8 (15.7)
7. คุณเคยรู้สึกยุ่งยากเกี่ยวกับการยึดมั่นกับ แผนการรักษาวัณโรคของคุณบ้างไหม?	39 (83.0)	8 (17.0)	39 (76.5)	12 (23.5)
8. คุณมีปัญหาในการจำขนาดหรือจำนวนยา รักษาวัณโรคที่ต้องรับประทานในแต่ละวัน บ่อยเพียงใด?	36 (76.6)	11 (23.4)	3 (5.9)	48 (94.1)

ตารางที่ 3 เปรียบความแตกต่างระหว่างคะแนนค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมที่ถูกต้องต่อความร่วมมือในการรับประทาน
ยารักษาโรคปอดของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมการรับประทานยา	กลุ่มทดลอง <i>n</i> =47		กลุ่มเปรียบเทียบ <i>n</i> =51		<i>t</i>	Sig. (2-tailed)	Mean difference
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
คะแนนพฤติกรรมการรับประทานยา	6.87	.85	5.22	.78	-10.045	<0.001*	-1.657

**p* value <.05

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรักษาที่มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพทางไกลมาใช้ร่วมกับการรักษาแบบสังเกตการกินยาโดยตรง (DOTS) กับผลสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคพบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ (Pear's χ^2 test) และเมื่อทดสอบประมาณค่าระดับความสัมพันธ์โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติก (binary logistic regression) พบว่า การนำเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพทางไกลมาใช้ร่วมกับการรักษาแบบสังเกตการกินยาโดยตรง (DOTS) มีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคเป็น 2.7 เท่าเมื่อเทียบกับการรักษาแบบสังเกตการกินยาโดยตรง (DOTS) อย่างเดียว รายละเอียดตามตารางที่ 4 และตารางที่ 5

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างผลสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพทางไกลมาใช้ร่วมกับ DOTS กับการรักษาด้วย DOTS เพียงอย่างเดียว

กลุ่มผู้ป่วยวัณโรค	ผลสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค		χ^2	Sig.
	สำเร็จ	ไม่สำเร็จ		
DOTS and Telehealth	41 (87.2)	6 (12.8)	31.366	<0.001*
Routine DOTS	16 (31.4)	35 (68.6)		

**p* value <.05

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างผลสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพทางไกลมาใช้ร่วมกับ DOTS กับการรักษาด้วย DOTS เพียงอย่างเดียว

การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพทางไกล	ผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค				
	β	S.E.	<i>P</i> value	OR	95% CI
วิธีการรักษา:					
Routine DOTS [Constant]				1	
DOTS and Telehealth	0.67	.531	<0.001	2.7	.024 - .189

ในส่วนของการประเมินความเป็นไปได้ในการพัฒนาวิธีการติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพทางไกลส่งข้อความเตือนให้ผู้ป่วยวัณโรคกินยาผ่านโปรแกรมไลน์บนอุปกรณ์เครื่องมือสื่อสาร ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาจากข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า มีประเด็นสนับสนุนข้อค้นพบจากการใช้วิธีเชิงปริมาณ และสามารถทำความเข้าใจถึงแรงขับเคลื่อน (Motivation) ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการ

รับประทานยาอย่างต่อเนื่องที่เป็นแรงจูงใจภายใน (Intrinsic motives) คือความพึงพอใจที่ไม่ต้องมีความวิตกกังวลในการหลงลืมการรับประทานยาและวันนัดหมายพบแพทย์ในแต่ละเดือน การมองเห็นคุณค่าของความเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลจากการสื่อสาร สอบถามถึงการรับประทานยาและให้คำปรึกษาได้ตามความต้องการ และในส่วนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ดูแลผู้ป่วยได้ให้ความเห็นว่าการนำเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพทางไกลเข้ามาช่วยติดตามกระตุ้นเตือนผู้ป่วยให้รับประทานยาในทุกๆ วันเป็นการประหยัดทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปติดตามผู้ป่วยที่บ้านในชุมชน จากผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการนำเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพทางไกลเข้ามาร่วมกับ DOTs เพื่อผลสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพทางไกล (Telehealth) ในการปฏิบัติติดตามการให้ยาของผู้ป่วยวัณโรค (TB) ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านวัณโรคแบบระยะสั้นที่มีการสังเกตโดยตรง (DOTS) และประเมินถึงความเป็นไปได้ในการพัฒนาวิธีการติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพทางไกล ด้วยการส่งข้อความเตือนให้ผู้ป่วยวัณโรคกินยาผ่านโปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์บนอุปกรณ์เครื่องมือสื่อสารจากการติดตามผลการทดลองการนำเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพทางไกลมาใช้ร่วมกับวิธีการรักษาแบบสังเกตการรับประทานยาโดยตรง (DOTS) ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอด 47 ราย ปรากฏว่าการรักษาประสบผลสำเร็จในระยะเวลา 6 เดือน ถึงร้อยละ 87.2 จึงเชื่อได้ว่าการนำระบบ Telehealth technology ช่วยติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับ DOTS ด้วยการส่งสัญญาณเตือนให้รับประทานยาเป็นวิธีการติดตามการรักษาที่มีประสิทธิผล และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติเนื่องจากในยุคปัจจุบันเทคโนโลยีการสื่อสารและจัดได้ว่าเป็นปัจจัยจำเป็นในการดำรงชีวิตของประชาชนส่วนใหญ่ในสังคมซึ่งสามารถเข้าได้อย่างสะดวกสอดคล้องกับผลวิจัยของ Santra S. et al. (2021) ที่ได้ทำการศึกษาผลของการใช้ระบบ mHealth ในการติดตามการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านยาในผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งพบว่าในกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการให้ยาต้านวัณโรค (สูตร DOTS รายวัน) อยู่ที่ 85.5% ในช่วงเริ่มต้น และเพิ่มขึ้นเป็น 96.4% ในช่วงท้ายของการรักษา Xue-Hui Fang, et al. (2017) ที่ได้ทำการศึกษาผลกระทบของบริการข้อความสั้น (SMS) ต่อการจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดในมณฑลอานฮุย ประเทศจีน พบว่า อัตราการรักษาสำเร็จในกลุ่มทดลอง (96.25%) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (86.84%) อย่างมีนัยสำคัญ $P=0.002$ ทั้งอัตราการรักษาที่หยุดลงและอัตราการลืมนยาในกลุ่มทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ $P=0.001$ และ $P<0.001$ ตามลำดับ Haji HA, Suleman H, and Rivett U, (2015) ได้ทำการศึกษาพัฒนาแอปพลิเคชันเตือนความจำแบบใช้ภาพบนมือถือเพื่อสนับสนุนการรักษาโรคผู้ป่วยวัณโรค ในแอฟริกา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองผู้เข้าร่วมใช้แอปพลิเคชันที่ใช้ภาพเป็นอุปกรณ์เคลื่อนที่มีประโยชน์ในการสนับสนุนการรักษาผู้ป่วยวัณโรค โดยผู้เข้าร่วมทุกคนเข้าใจและตีความความหมายที่ตั้งใจสื่อสารของภาพแต่ละภาพได้อย่างถูกต้อง การใช้แอปพลิเคชันที่ใช้ภาพเป็นอุปกรณ์เคลื่อนที่จึงมีประโยชน์ในการสนับสนุนการติดตามรักษาผู้ป่วยวัณโรค Tetra Dewi FS, et al., (2019) ได้ทำการศึกษาการส่งเตือนข้อความสั้น (SMS) เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติตามการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคในเขตสเลมัน ประเทศอินโดนีเซีย ผลการศึกษาพบว่า ข้อความเตือนความจำสามารถส่งตรงถึงผู้ป่วยวัณโรคได้สะดวกและเตือนความจำที่มุ่งเน้นในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการรักษา กระตุ้น ให้ข้อมูลและอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยวัณโรคเอาชนะอุปสรรคทั้งหมดในระหว่างการรักษา ข้อความเตือนความจำทาง SMS สามารถช่วยให้การปฏิบัติตามการรักษาสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มทดลองเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (adjusted OR=10.73) DeMaio J, et al. (2021) ที่ได้ศึกษาถึงการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี Telemedicine ร่วมกับการรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยโปรแกรม DOTS โดยพบว่า การใช้เทคโนโลยีวิดีโอโฟนสามารถรักษาระดับการรับประทานยา (Level of adherence) ของผู้ป่วยในโปรแกรม DOTS ไว้ได้ในระดับสูงและต่อเนื่อง และผลวิจัยของ Wade VA, et al. (2012) ที่ได้ทำการศึกษาเพื่อปรับปรุงการสังเกตโดยตรงในการรักษาวัณโรคด้วยการใช้ Videophones พบว่า การสังเกตการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบ Videophones เป็นวิธีการที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางซึ่งเป็นการใช้ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพในการสังเกตการณ์รับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค

โดยตรง และมีความคุ้มค่ากว่าเมื่อเปรียบเทียบกับให้บริการแบบการติดตามผู้ป่วยไปที่บ้าน นอกจากนี้ผู้ศึกษายังได้แนะนำให้การวิจัยในอนาคตเพื่อกำหนดความเหมาะสมและประสิทธิผลในการดำเนินงานควบคุมวัณโรค อีกด้วย

ผลจากการวิจัยนี้ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลและความเป็นไปได้ในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพทางไกล (Telehealth) ในการปฏิบัติติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยวัณโรค (TB) ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลวิจัยที่มีมาก่อนและยุคสมัยของโลกดิจิทัล (Digital world) ซึ่งมีอิทธิพลต่อการใช้ชีวิตประจำวันของประชาชนทั่วไป ถึงเวลาที่จำเป็นต้องมีการเรียนรู้และพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของประชากรและสังคมได้อย่างเหมาะสมด้วยการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT) ในการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ ไปจนถึงการให้บริการผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพทางไกลเพื่อยกระดับการให้บริการทางสุขภาพ (Digital health services)

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการนำเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพทางไกล (Telehealth) มาใช้เพื่อผลการสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค เทคโนโลยีการสื่อสารสามารถตอบสนองต่อการสนับสนุนติดตามการรับประทานยาได้เป็นอย่างดีและต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในกลุ่มผู้ป่วย สังคมยุคดิจิทัลในปัจจุบันเอื้อต่อความพร้อมในเรื่องการมีและใช้อุปกรณ์การสื่อสารของประชาชน จนอาจกล่าวได้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งในการดำเนินชีวิต ไม่ว่าจะเป็นในระดับบุคคล (ผู้ป่วย) ญาติหรือสมาชิกผู้อยู่ร่วมบ้าน อสม. รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ถือว่าเป็นปัจจัยสนับสนุนทางสังคม (Social support) ซึ่งในปัจจุบันการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศมีความเจริญก้าวหน้าอย่างมากย่อมเป็นปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานได้เป็นอย่างดี

ความจำเป็นในการติดต่อสื่อสารกันอย่างใกล้ชิดและอย่างสม่ำเสมอระหว่างผู้ให้การดูแลผู้ป่วยและตัวผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาเป็นสิ่งสำคัญที่จะส่งผลสำเร็จในการรักษาวัณโรค การนำวิธีการที่เป็นนวัตกรรมเทคโนโลยีการสื่อสารด้านสุขภาพ (Health Informatics) เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจะสามารถเชื่อมต่อช่องว่างระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยกับตัวผู้ป่วยได้ การสนทนาหรือให้คำปรึกษาผ่านทางระบบ Telehealth บนเครือข่ายโทรศัพท์มือถือจึงเป็นเรื่องที่ท้าทายและเป็นทางเลือกที่จะช่วยให้ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพสามารถเฝ้าติดตามผู้ป่วยรับประทานยา รวมทั้งการแก้ไขข้อกังวลของผู้ป่วย ให้คำแนะนำและการสนับสนุน ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพด้านเทคโนโลยีการสื่อสารของชุมชนโดยเฉพาะหน่วยงานบริการสุขภาพ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยและองค์กรชุมชน ให้เข้ามามีส่วนร่วมเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ในการที่จะแสดงบทบาทและการสนับสนุนให้เกิดนโยบายสารสนเทศทางไกลด้านสุขภาพเพื่อการช่วยเหลือสนับสนุนติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากการเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพทางไกลมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การนำไปใช้ในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคจึงน่าจะเป็นแนวทางการวิจัยที่น่าสนใจหลายประการ การศึกษาวิจัยในอนาคตควรเน้นที่การปรับปรุงการวิจัยและพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพทางไกลเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมการติดตามการรักษา เพื่อผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของผู้ป่วย อาทิ:

1. การศึกษาประสิทธิภาพของ Telehealth ในการปฏิบัติติดตามการรักษา การวิจัยควรศึกษาว่าเครื่องมืออุปกรณ์ Telehealth เช่น การบำบัดด้วยวิดีโอ (VST) แอปพลิเคชันสุขภาพเคลื่อนที่ (mHealth) และระบบติดตามการรับประทานยาแบบดิจิทัลสามารถปรับปรุงการปฏิบัติตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคได้อย่างไร การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการบำบัดรักษาแบบสังเกตโดยตรงแบบดั้งเดิม (DOT) และการบำบัดรักษาด้วยระบบ Telehealth จะสามารถให้ข้อมูลเชิงลึกที่มีคุณค่าได้

2. การศึกษาความคุ้มค่าและความสามารถในการปรับขนาดของการวิจัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพทางไกล ซึ่งรวมทั้งการตรวจสอบความคุ้มค่าและความสามารถในการปรับขนาดของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพทางไกลกับวัณโรค การวิจัยประเมินความคุ้มค่าของการนำเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพทางไกลมา

ใช้เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบการดูแลโรคแบบเดิม โดยพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ เช่น โครงสร้างพื้นฐาน การเข้าถึง เทคโนโลยี และความต้องการการฝึกอบรม เป็นต้น

3. การศึกษาวิจัยควรเน้นที่การจัดการระบบ Telehealth และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) วิธีการทางเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพทางไกลสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการกรณีวัณโรคดื้อยาหลายขนานได้หรือไม่ ซึ่งรวมถึงการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ การให้คำปรึกษาทางเสมือนจริงสำหรับการสนับสนุนทางจิตใจ และการสื่อสารที่ดีขึ้นระหว่างผู้ให้บริการด้านการแพทย์และผู้ป่วย

4. การบูรณาการระบบ Telehealth เข้ากับโปรแกรมการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ การศึกษาวิจัยในอนาคตควรประเมินความเป็นไปได้ในการบูรณาการวิธีแก้ปัญหาความล้มเหลวในการรักษาด้วยระบบ Telehealth เข้ากับโปรแกรมควบคุมวัณโรคแห่งชาติที่มีอยู่ ซึ่งรวมถึงการทำความเข้าใจอุปสรรคด้านกฎระเบียบ ข้อกำหนดด้านเทคโนโลยี และผลกระทบต่อพลวัตของกำลังคนด้านการดูแลสุขภาพ

References

- Creswell W. & Creswell J. (2023). *Research Design Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. SAGE Publications, Inc. 2023; p: 235-37.
- DeMaio J, Schwartz L, Cooley P, & Tice A. (2001). *The Application of Telemedicine Technology to a Directly Observed Therapy Program for Tuberculosis: A Pilot Project*. The Infectious Diseases Society of America.
- Haji HA., Suleman H. & Rivett U. (2015). Development of a Mobile Image-Based Reminder Application to Support Tuberculosis Treatment in Africa. *World Academy of Science, Engineering and Technology International Journal of Biomedical and Biological Engineering*. Vol:9, No:8, 2015
- Houben RM. & Dodd PJ. (2016). *The global burden of latent tuberculosis infection: a re-estimation using mathematical modelling*. plos Med. 2016;13(10).
- Santra S., Garg S., Basu S., Sharma N., Singh MM. & Khanna A. (2021). The effect of a mhealth Intervention on anti-tuberculosis medication adherence in Delhi, India: A quasi-experimental study. *Indian J Public Health* 2021; 65:34-8.
- Tetra Dewi FS., Sudiya S., Supriyati S., Purwanta P., Madyaningrum E., Aulia FU. & et al. (2019). Preparing short message service reminders to improve treatment adherence among tuberculosis patients in Sleman District, Indonesia. *Indian J Community Med* 2019; 44:81-7.
- Tiemersma EW., van der Werf MJ., borgdorff MW., Williams BG. & Nagelkerke NJ. (2011). *Natural history of tuberculosis: duration and fatality of untreated pulmonary tuberculosis in HIV negative patients: a systematic review*. plos one. 2011;6(4)
- Tjekyan, S. & R.M. (2006). Cohort of Retrospective Eradication of Tuberculosis DOTS Strategy in South Sumatra Province 2000-2006. *Journal of Medicine and Health*. Page: 2188
- Wade VA., Karnon J., Elliott JA., Janet E. & Hiller JE. (2012). *Home Videophones Improve Direct Observation in Tuberculosis Treatment: A Mixed Methods Evaluation*. plos one 7(11): e50155. doi: 10.1371/journal.pone.0050155
- World Health Organization. (2024). *Global tuberculosis report, Geneva, Switzerland: WHO, 2024*. (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379339/9789240101531-eng.pdf?sequence=1>, สืบค้น 8 กุมภาพันธ์ 2568)

Xue-Hui Fang., Shi-Yang Guan., Li Tang & et al. (2017). *Effect of Short Message Service on Management of Pulmonary Tuberculosis Patients in Anhui Province, China: A Prospective, Randomized, Controlled Study*. Med Sci Monit, 2017; 23: 2465-2469.

ผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย แบบรายกรณี
โรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

The Effects of The Nursing Model for End-Stage Palliative Patients on Case
Management at Chaibadan Hospital Lopburi Province

เกษร ภูแฉล้ม^{1*}, สุพัตรา อมรอมฤตกุล²

Kesron poochalam^{1*}, Suphattra Amornamaritkul²

งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชัยบาดาล^{1*}, เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลพระพุทธบาท²

Inpatient nursing Department Chaibadan Hospital^{1*}, Family Medicine, Phra Phutthabat Hospital²

(Received: November 19, 2024; Revised: August 8, 2025; Accepted: August 20, 2025)

บทคัดย่อ

ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่สามารถตอบสนองความต้องการเฉพาะรายได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดลองใช้และประเมินผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายแบบรายกรณี ณ โรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 30 คน และผู้ป่วยระยะสุดท้าย 60 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยรูปแบบการพยาบาลฯ และเครื่องมือรวบรวมข้อมูล 6 ชุด ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล แบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล และแบบวัดความรู้ด้านการพยาบาลระยะท้าย เครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) อยู่ระหว่าง 0.86–0.98 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์คระหว่าง 0.83–0.94 และค่า KR-20 เท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบแบบกลุ่มเดียววัด ก่อน-หลัง

ผลการวิจัย พบว่า หลังการใช้รูปแบบฯ พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($M = 39.28 \pm 2.35$ vs. 26.14 ± 3.45), ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลเพิ่มขึ้น ($M = 5.36 \pm 1.78$ vs. 3.75 ± 2.90), ผลลัพธ์การดูแลดีขึ้น ($M = 3.74 \pm 1.00$ vs. 2.26 ± 1.99), ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจในระดับมาก ($M = 4.05 \pm 0.60$) เช่นเดียวกับพยาบาล ($M = 4.00 \pm 0.64$) สะท้อนว่ารูปแบบการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายในสถานพยาบาลอื่น ๆ เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลแบบองค์รวมและตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะรายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยแบบรายกรณี, ผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย, พยาบาลวิชาชีพ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: Kesron poochalam, E-mail: kesron2513@gmail.com)

Abstract

The rising number of end-stage patients highlights the critical need for nursing models that address individual needs effectively. This quasi-experimental study aimed to implement and evaluate a case management-based palliative nursing model for end-stage patients at Chaibadan Hospital, Lopburi Province. The sample included 30 professional nurses and 60 end-stage patients, selected via purposive sampling. Research instruments comprised the developed nursing model and six tools: personal data form, nursing practice record, patient outcome assessment, satisfaction questionnaires for patients/families and nurses, and a knowledge test on end-of-life care. Content validity ranged from 0.86 to 0.98 (CVI), with Cronbach's alpha values between 0.83 and 0.94, and KR-20 = 0.84. Data were analyzed using descriptive statistics and a one-group pretest–posttest design.

The research results revealed that, post-implementation results showed a significant increase in nurses' knowledge ($M = 39.28 \pm 2.35$) from baseline ($M = 26.14 \pm 3.45$), improved nursing practice ($M = 5.36 \pm 1.78$ vs. 3.75 ± 2.90), and better care outcomes ($M = 3.74 \pm 1.00$ vs. 2.26 ± 1.99), all with statistical significance ($p < .05$). Patient and family satisfaction was high ($M = 4.05 \pm 0.60$), as was nurse satisfaction ($M = 4.00 \pm 0.64$). The findings suggest that the proposed nursing model enhances knowledge, care quality, and satisfaction, and can be adopted as a guideline to improve palliative care in similar healthcare settings.

Keywords: case management nursing, end-of-life palliative patients, professional nurses

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2020) รายงานว่าในแต่ละปีมีประชากรมากกว่า 20 ล้านคนทั่วโลกที่ต้องการการดูแลและระยะท้ายของชีวิต โดยประมาณร้อยละ 70 เป็นผู้สูงอายุ และร้อยละ 6 เป็นเด็ก ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความต้องการการดูแลแบบประคับประคองที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจึงทวีความสำคัญในระบบสุขภาพโลก โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งมิติร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่มุ่งเน้นการรักษาเพื่อหายจากโรค แต่เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต โดยยอมรับการตายเป็นกระบวนการทางธรรมชาติ (WHO, 2021) ในประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ (National Statistical Office [NSO], 2023) ระบุว่า ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 โดยมีประชากรสูงอายุเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ขณะเดียวกันพบว่าอุบัติการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน และโรคหัวใจเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายมีจำนวนมากขึ้น (กรมการแพทย์, 2565) การดูแลแบบประคับประคองจึงมีบทบาทสำคัญในระบบบริการสุขภาพของประเทศ โดยเน้นการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการร่วมดูแลระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงท้ายของชีวิต

การดูแลแบบประคับประคองควรมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวมที่ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง สอดคล้องกับวัฒนธรรมและความเชื่อ (Ferrell & Coyle, 2010) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในชีวิตหรือเร่งการเสียชีวิต แต่สนับสนุนให้เป็นไปตามธรรมชาติของโรค พร้อมจัดระบบการช่วยเหลือทั้งในช่วงก่อนและหลังการสูญเสีย การกิจสำคัญของพยาบาล ได้แก่ การประเมินและบรรเทาความทุกข์ทางกายและจิตใจ การแจ้งพยากรณ์โรค การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) และการดูแลช่วงวาระสุดท้าย (End-of-life care) ตลอดจน

การประคับประคองจิตใจญาติ (Starks, Vig, & Pearlman, 2011) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค ทางเลือกในการรักษา และสามารถเลือกวิธีการรักษาได้เหมาะสมกับความรู้หรือระยะของโรค ผู้ป่วยมีโอกาสเตรียมตัวในวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยผ่านวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยยึดถือตามหลักความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรมของผู้ป่วย และครอบครัว ตลอดจนการประคับประคองด้านจิตใจของครอบครัว ภายหลังจากการสูญเสียผู้ป่วย เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแล คือ คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว (โรงพยาบาลสงฆ์, 2551; Becker, 2009) จึงจำเป็นต้องมีการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยการสื่อสารและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า สามารถให้การดูแลแบบองค์รวม มีการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยประคับประคองตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต สามารถประสานการดูแลระหว่างเจ้าหน้าที่ทีมสหวิชาชีพร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย ให้ได้รับตามแบบแผนที่กำหนดไว้

ผู้วิจัยได้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลชัยบาดาล (2566) จังหวัดลพบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิระดับสูง (M2) ขนาด 120 เตียง ที่ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 จาก 109 เพิ่มขึ้นเป็น 550 ราย ผลการทบทวนในปี พ.ศ. 2566 พบโอกาสพัฒนาการพยาบาลแบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว การจัดการความเจ็บปวด โดยเฉพาะการเข้าถึง strong opioid และการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมการส่งต่อเยี่ยมบ้านกับสถานพยาบาลใกล้บ้านให้ได้เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากยังไม่พบการศึกษารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย แบบรายกรณี อย่างเป็นรูปธรรม ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย แบบรายกรณี โรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรีขึ้น เพื่อประโยชน์ต่อการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายที่มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย แบบรายกรณี ณ โรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านบุคลกรพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ ระดับความรู้ ระดับการปฏิบัติตามก่อนและหลังการใช้รูปแบบ
2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ ระดับการจัดการอาการทางร่างกายและความสุขสบายของผู้ป่วย ระดับการดูแลผู้ป่วยและการให้ข้อมูล ระดับการจัดการอาการรบกวนและอาการข้างเคียงต่าง ๆ และระดับการสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวในด้านจิตใจและสังคม ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ
3. เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและของผู้ป่วยและญาติ ภายหลังจากได้รับการดูแลตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายแบบรายกรณี

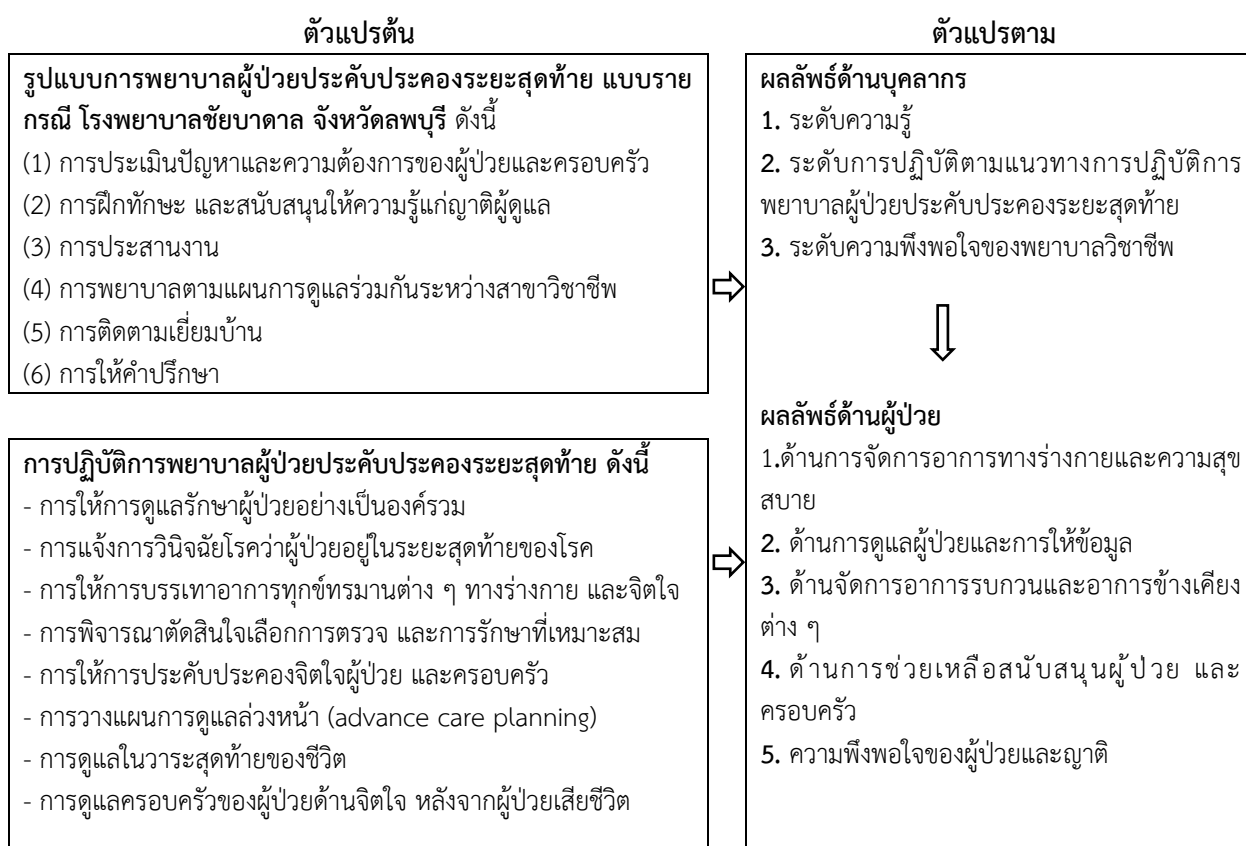
สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง พยาบาลวิชาชีพมีระดับความรู้ และระดับการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลฯ เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบรายกรณี
2. หลังการทดลอง ผู้ป่วยและครอบครัว มีระดับการจัดการอาการทางร่างกายและความสุขสบายของผู้ป่วย ระดับการดูแลผู้ป่วยและการให้ข้อมูล ระดับการจัดการอาการรบกวนและอาการข้างเคียงต่าง ๆ และระดับการสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวในด้านจิตใจและสังคม เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบรายกรณี

3. พยาบาลวิชาชีพและของผู้ป่วยและญาติ มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะสุดท้ายแบบรายกรณี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาเรื่อง ผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะสุดท้าย แบบรายกรณี โรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) เน้นการประยุกต์ใช้แนวคิด/ทฤษฎีการจัดการรายกรณี ประกอบด้วย การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การฝึกทักษะและสนับสนุนให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแล การประสานงานและการพยาบาลตามแผน การดูแลร่วมกันระหว่างสาขาวิชาชีพ การติดตามเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะสุดท้ายได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสม โดยมีกรอบแนวคิดในการศึกษาสรุปได้ดังภาพ



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ เป็นเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) โดยกำหนดตัวแปรต้น ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะสุดท้าย แบบรายกรณี โรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี และแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะสุดท้าย ตัวแปรตาม ได้แก่ (1) ผลลัพธ์ด้านบุคลากร ประกอบด้วย ระดับความรู้การพยาบาลผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะสุดท้าย ระดับการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้าย และระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ (2) ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้าย และระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยจำนวน 40 คน (โรงพยาบาลชัยบาดาล, 2566) และจำนวนผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะสุดท้ายจำนวน 550 คน (โรงพยาบาลชัยบาดาล, 2566)

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตร Cochran (1977) จากประชากร 40 คน กำหนด $e = 0.05$ เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยตรง มีประสบการณ์ ≥ 1 ปี สมัครใจเข้าร่วมวิจัยครบ 8 สัปดาห์ และลงนามยินยอม เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ขาดการเข้าร่วม ขอดอนตัว หรือส่งแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ 2) เวชระเบียนผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะสุดท้ายในปีงบประมาณ 2567 จำนวน 60 ราย จากประชากรทั้งหมด 65 ราย คำนวณโดยใช้สูตร Cochran (1977) กำหนด $e = 0.05$ แบ่งเป็นกลุ่มก่อนทดลองและหลังทดลองกลุ่มละ 30 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยเกณฑ์คัดเข้า คือเวชระเบียนที่มีข้อมูลครบถ้วน ส่วนเกณฑ์คัดออก คือเวชระเบียนที่ข้อมูลไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ผู้วิจัยใช้เครื่องมือหลัก 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะสุดท้ายแบบรายกรณี ซึ่งพัฒนาขึ้นจากหลักการดูแลแบบประคับประคอง แนวคิดการจัดการรายกรณี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม การมีส่วนร่วมของครอบครัว และความต่อเนื่องของการดูแลตลอดระยะสุดท้ายของชีวิต ภายในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก ได้แก่

1.1 แผนการสอน พัฒนาขึ้นจากแนวทางปฏิบัติที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ครอบคลุมการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การฝึกทักษะ การให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแล การประสานงานข้ามสหสาขาวิชาชีพ การติดตามเยี่ยมบ้าน และการให้คำปรึกษา

1.2 การอบรมเชิงปฏิบัติการ กำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างให้สามารถกลับไปปฏิบัติงานตามรูปแบบที่กำหนด มีระบบให้คำปรึกษาระหว่างพยาบาล โดยพบปะแลกเปลี่ยนเฉพาะกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง รวมต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ พร้อมจัดเก็บข้อมูลผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์

1.3 คู่มือการพยาบาล ซึ่งใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ครอบคลุมการแจ้งวินิจฉัยโรค การบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน การช่วยตัดสินใจด้านการรักษา การดูแลจิตใจผู้ป่วยและครอบครัว การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) การดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต และการดูแลครอบครัวภายหลังการเสียชีวิต

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประยุกต์และสร้างแบบสอบถามจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แยกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

2.1 เครื่องมือที่ใช้กับพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล ใช้เพื่อรวบรวมข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ วุฒิการศึกษา อายุการทำงาน และประสบการณ์อบรมด้านการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะสุดท้าย เป็นแบบสอบถามชนิดตอบคำถามปลายเปิดและปลายปิด

2) แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางรูปแบบรายกรณี เก็บจากเวชระเบียนผู้ป่วย โดยครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ การประเมินปัญหา การให้ความรู้แก่ญาติ การประสานงาน การปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับทีม การติดตามเยี่ยมบ้าน และการให้คำปรึกษา เป็นแบบ checklist ให้คะแนน 1 = พบการปฏิบัติ, 0 = ไม่พบการปฏิบัติ การแปลผล คะแนนรวมสูงแสดงถึงการปฏิบัติที่สอดคล้องกับแนวทางมาก (CVI = 0.92)

3) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคอง เป็นแบบปรนัย 20 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน การแปลผล 3 ระดับ ดังนี้ ระดับดีมากมีช่วงคะแนน/ร้อยละ อยู่ที่ ≥ 16 / $\geq 80\%$ ระดับพอใช้มีช่วงคะแนน/ร้อยละ อยู่ที่ 12 - 16 คะแนน / ≥ 60 - $< 80\%$ ระดับไม่ดีพอมีช่วงคะแนน/ร้อยละ อยู่ที่ < 12 คะแนน / $< 60\%$ (CVI = 0.90)

2.2 เครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วยและญาติ ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายที่เก็บจากเวชระเบียน ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค การใช้ยา Strong Opioid การประเมินและติดตามอาการ (ESAS) ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย การประเมินภาวะโศกเศร้าหลังการสูญเสีย

2) แบบประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย เก็บจากเวชระเบียน ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการอาการทางร่างกายและความสุขสบาย ด้านการดูแลผู้ป่วยและการให้ข้อมูล ด้านจัดการอาการรบกวนและอาการข้างเคียงต่าง ๆ และด้านการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วย และครอบครัว เป็นแบบ checklist ให้คะแนน 1 = พบการปฏิบัติ, 0 = ไม่พบการปฏิบัติ (CVI = 0.93)

3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรวัด 5 ระดับ (5 = มากที่สุด, 1 = น้อยที่สุด) การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ 4.21–5.00 = ระดับมากที่สุด 3.41–4.20 = ระดับมาก 2.61–3.40 = ระดับปานกลาง 1.81–2.60 = ระดับน้อย และ 1.00–1.80 = ระดับน้อยที่สุด (CVI = 0.94)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของเครื่องมือแต่ละฉบับดำเนินการโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์ หัวหน้าพยาบาล และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้มาตราส่วน 4 ระดับ พบว่าค่า I-CVI และ S-CVI อยู่ระหว่าง 0.86–0.98 ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ดีมาก (≥ 0.80) ทั้งนี้ จำนวนผู้เชี่ยวชาญ 3 คนถือว่าเหมาะสมตามแนวทางของ Lynn (1986) และ Zamanzadeh et al. (2015) เครื่องมือวิจัยที่ผ่านการปรับปรุงตามผลการประเมิน CVI ได้รับการทดสอบความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยใช้วิธีการวัดที่เหมาะสมกับแต่ละประเภทของเครื่องมือ ผลการวิเคราะห์พบว่าค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.83–0.94 และ KR-20 เท่ากับ 0.84 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม (≥ 0.80) และสามารถนำไปใช้ในการวิจัยได้อย่างเชื่อมั่น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการระหว่างวันที่ 13 มีนาคม 2567 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2567 โดยผู้วิจัยจัดประชุมชี้แจงและนัดหมายพบพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มตัวอย่าง ทุกสัปดาห์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์และดำเนินการดังต่อไปนี้

	กลุ่มตัวอย่าง
สัปดาห์ที่ 1	<u>ก่อนทดลอง</u> ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดความรู้การพยาบาลผู้ป่วยระดับประคองระยะสุดท้าย ให้พยาบาลวิชาชีพตอบเป็นรายบุคคลพร้อมกันจำนวน 30 คน ณ ห้องประชุมโรงพยาบาล ให้เวลา 20 นาทีในการตอบ และรับกลับทันทีที่ตอบเสร็จ และผู้วิจัยนำเวชระเบียนจำนวน 30 แฟ้ม มาประเมินการพยาบาลผู้ป่วยระดับประคองระยะสุดท้ายที่พยาบาลได้บันทึกไว้ในเวชระเบียน โดยใช้แบบประเมินการพยาบาลผู้ป่วยระดับประคองระยะสุดท้ายใช้เวลา ประมาณ 7 วัน
สัปดาห์ที่ 1	<u>ดำเนินกิจกรรม</u> การอบรมเชิงปฏิบัติการพยาบาลฯ ดำเนินการตามแผนการสอน จำนวนรวม 1 ครั้งรวม 6 ชั่วโมง
สัปดาห์ที่ 2-8	<u>ดำเนินกิจกรรม</u> จำนวน 7 ครั้งๆ ละ 2 ชม. ดำเนินการตามแผนการให้คำปรึกษา ระบบขอคำปรึกษาจากพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์มากกว่าแบบพบปรึกษากันเฉพาะกลุ่มครั้งละ 2 ชม. รวม 1 ครั้ง/สัปดาห์ จัดทำเป็นเอกสาร/คู่มือและ QR Code
สัปดาห์ที่ 8	<u>การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยระดับประคองระยะสุดท้าย การวัดหลังการทดลอง</u> ผู้วิจัยแจกแบบวัดความรู้การพยาบาลผู้ป่วยระดับประคองระยะสุดท้าย แบบวัดความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ให้พยาบาลวิชาชีพตอบอีกครั้ง ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถาม และประเมินการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคองระยะสุดท้ายที่พยาบาลได้บันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วยอีกกลุ่ม จำนวน 30 คน โดยใช้แบบประเมินการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคองระยะสุดท้าย แบบเก็บผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคองระยะสุดท้าย และแบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน โดย

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้สรุปลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจากแบบสอบถามและเวชระเบียน เช่น ข้อมูลพยาบาล ข้อมูลผู้ป่วย คะแนนความรู้ การปฏิบัติตามรูปแบบ และความพึงพอใจ โดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุดต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ส่วนสถิติเชิงอนุมาน ใช้ทดสอบความแตกต่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลด้วยการทดสอบค่าทีแบบกลุ่มเดียว (Paired t-test) กับคะแนนความรู้ การปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$.

จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี ตามหนังสือรับรอง หมายเลขใบรับรองที่ KNH02/2567 วันที่อนุมัติ 12 มีนาคม 2567 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อนเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลทั่วไป** พยาบาลวิชาชีพ เป็นเพศหญิงร้อยละ 100 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 39.60 โดยมีอายุเฉลี่ย 36.5 ปี (SD = 9.91) มีช่วงอายุ 23-59 ปี ทุกคนมีการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 50 มีอายุการทำงานที่ 12.35 ปีขึ้นไป ได้ผ่านการอบรมที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายร้อยละ 37.62

2. **ผลการเปรียบเทียบความรู้การพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายแบบรายกรณี** ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย แบบรายกรณี โรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี พบว่า หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย แบบรายกรณี พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในการพยาบาลโดยรวมและในรายด้าน 8 ด้าน เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตาราง 1)

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้การพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายแบบรายกรณี โดยรวมและรายด้าน ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้สถิติทดสอบเปรียบเทียบ (n = 30)

ความรู้การพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายแบบรายกรณี	ก่อนทดลอง $\bar{X} (\pm SD)$	หลังทดลอง $\bar{X} (\pm SD)$	t	p-value
1. การให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม	1.78±0.42	2.00 ±0	3.16	.003
2. การแจ้งการวินิจฉัยโรคว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค	3.17±0.61	3.92±0.28	6.50	<.001
3. การให้การบรรเทาอาการทุกข์ทรมานต่างๆ ทาง ร่างกายและจิตใจ	1.33±0.63	3.00±0	15.81	<.001
4. การพิจารณาตัดสินใจเลือกการตรวจและการรักษาที่เหมาะสม	1.14±0.68	1.53±0.51	2.91	.006
5. การให้การประคับประคองจิตใจผู้ป่วยและครอบครัว	3.19±0.71	4.00±0	6.81	<.001
6. การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning)	1.28±0.57	2.42±0.87	6.71	<.001
7. การดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต	2.56±0.56	2.97±0.17	4.14	<.001
8. การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยด้านจิตใจหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต	2.39±0.77	3.72±0.45	9.66	<.001
ภาพรวม	26.14±3.45	39.28±2.35	19.39	<.001

p < .05

3. **ผลการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติการพยาบาลจากการบันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วย** ตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย แบบรายกรณี โรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

3.1 **ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย** ในวาระเป็นผู้ป่วยกลุ่มก่อนทดลองจำนวน 30 คน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 70 มีอายุระหว่าง 50-79 ปีมากที่สุด ร้อยละ 53.33 อายุเฉลี่ย 65.07 ปี ± 10.72 อายุน้อยสุด 41 ปี สูงสุด 89 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดร้อยละ 86.67 ได้รับ Strong opioid ร้อยละ

33.33 และได้รับการประเมินและติดตามอาการต่างๆ ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ESAS) ร้อยละ 26.67 เสียชีวิตที่โรงพยาบาล ร้อยละ 63.33 และการจำหน่ายกลับบ้านร้อยละ 36.67 ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านร้อยละ 45.45 สำหรับในรายที่เสียชีวิตทั้งหมดครอบครัวผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินภาวะโศกเศร้าภายหลังการสูญเสีย

3.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในเวชระเบียนผู้ป่วยกลุ่มหลังทดลองจำนวน 30 คน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 67.19 มีอายุ 60-89 ปีขึ้นไปมากที่สุดร้อยละ 45.46 อายุเฉลี่ย 71.38 ปี ± 15.14 อายุน้อยสุด 48 ปี สูงสุด 92 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดร้อยละ 66.25 ได้รับ Strong opioid ร้อยละ 66.67 ทั้งหมดได้รับการประเมินและติดตามอาการต่างๆของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ESAS) ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ได้กลับบ้าน ร้อยละ 73.33 และได้รับการดูแลที่บ้านร้อยละ 90.91 สำหรับในรายที่เสียชีวิตครอบครัวได้รับการประเมินภาวะโศกเศร้า ร้อยละ 100

3.3 หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย แบบรายกรณี พบการบันทึก การพยาบาลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย ในเวชระเบียน ผู้ป่วยทั้งโดยรวมและในรายด้านทั้ง 6 ด้าน มากกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย แบบรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตาราง 2)

ตาราง 2 เปรียบเทียบผลการปฏิบัติการพยาบาลจากการบันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยตามแนว การพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการเข้าร่วมรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคอง ระยะสุดท้าย แบบรายกรณี ของพยาบาลวิชาชีพ (ก่อนทดลอง= 30 คน) (หลังทดลอง = 30 คน)

การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยตามแนว ทางการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย	ก ล ' ม ก ' อ น ก ล ' ม ห ลั ง		t	p-value
	ทดลอง (30) $\bar{X} (\pm SD)$	ทดลอง (30) $\bar{X} (\pm SD)$		
1. บันทึกการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว	.65 $\pm$ 0.48	.95 $\pm$ 0.22	4.14	<.001
2. บันทึกการฝึกทักษะและสนับสนุนให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแล	.72 $\pm$ 0.45	.92 $\pm$ 0.28	3.01	.004
3. บันทึกการประสานงาน	.62 $\pm$ 0.49	.95 $\pm$ 0.22	4.76	<.001
4. บันทึกการพยาบาลตามแผนการดูแลร่วมกันระหว่างสาขาวิชาชีพ	.63 $\pm$ 0.49	.92 $\pm$ 0.28	3.95	<.001
5. บันทึกการติดตามเยี่ยมบ้าน	.60 $\pm$ 0.49	.75 $\pm$ 0.44	2.12	.038
6. บันทึกการให้คำปรึกษา	.53 $\pm$ 0.50	.87 $\pm$ 0.34	4.29	<.001
ภาพรวม	3.75 $\pm$ 2.9	5.36 $\pm$ 1.78	5.32	<.001

p < .05

3.2 หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย แบบรายกรณี พบผลลัพธ์ด้าน ผู้ป่วยเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย ในเวชระเบียนผู้ป่วยทั้ง โดยรวมและในรายด้านทั้ง 4 ด้าน มากกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย แบบราย กรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตาราง 3)

ตาราง 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการเข้าร่วมรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย แบบรายกรณี (ก่อนทดลอง= 30 คน) (หลังทดลอง = 30 คน)

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย เก็บจากเวชระเบียนผู้ป่วย	กลุ่มก่อน	กลุ่มหลัง	t	p-value
	ทดลอง (30) $\bar{X} (\pm SD)$	ทดลอง (30) $\bar{X} (\pm SD)$		
1. บันทึกด้านการจัดการอาการทางร่างกายและความสุขสบาย	.55±.50	.95±0.22	5.55	<.001
2. บันทึกด้านการดูแลผู้ป่วยและการให้ข้อมูล	.58±0.50	.92±0.28	4.51	<.001
3. บันทึกด้านจัดการอาการรบกวนและอาการข้างเคียงต่างๆ	.53±0.50	.95±0.22	5.75	<.001
4. บันทึกด้านการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว	.60±0.49	.92±0.28	4.11	<.001
ภาพรวม	2.26±1.99	3.74±1.00	6.46	<.001

p < .05

4. ผลประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ และของพยาบาลวิชาชีพ หลังการเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย แบบรายกรณี

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบน) ระดับความพึงพอใจต่อกิจกรรมที่ได้รับ หลังการเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย แบบรายกรณี ของผู้ป่วยและญาติ (n=30 คน) และของพยาบาลวิชาชีพ (n=30 คน)

ระดับความพึงพอใจต่อกิจกรรมที่ได้รับ	กลุ่มผู้ป่วยและญาติ ($\bar{X} \pm SD$)	กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ($\bar{X} \pm SD$)
กระบวนการหรือขั้นตอนการจัดกิจกรรม	3.99 (.50)	4.15 (.53)
เนื้อหาของวิชาการ	3.98 (.62)	4.15 (.62)
คุณภาพของกิจกรรมตามโครงการฯ	3.93 (.66)	4.05 (.64)
ความพึงพอใจในแต่ละกิจกรรมในโครงการฯ	4.03 (.62)	4.03 (.58)
ความพึงพอใจในภาพรวมต่อโครงการฯ	4.05 (.60)	4.00 (.64)

อภิปรายผล

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. หลังการเข้าร่วมรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย แบบรายกรณี พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี มีความรู้การพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย มีการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้าย และมีระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ สอดคล้องกับงานวิจัยของชูลีรัตน์ สารรัตน์ และคณะ (2563) ที่พัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลมะเร็งอุดธานี ซึ่งประกอบด้วย 7 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การคัดกรอง การวินิจฉัยและให้ข้อมูล การตัดสินใจเข้าสู่

ระบบ การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย การให้การพยาบาลแบบประคับประคอง การวางแผนจำหน่าย/ส่งต่อข้อมูล และการติดตามเยี่ยมและประเมินผล โดยพบว่า สมรรถนะของพยาบาลหลังการอบรมเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ผลการศึกษาของขวัญฤดี โพธิ์ศรี และคณะ (2565) ที่พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายช่วยเพิ่มระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ ตลอดจนงานวิจัยของอภิญา ปัญญารมย์ และคณะ (2564) ซึ่งพบว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายส่งผลให้พยาบาลมีแนวทางที่ชัดเจนขึ้นในการปฏิบัติงาน และสามารถประเมินภาวะความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำ และผลการศึกษาของนันทนา พงกษชาติ และคณะ (2564) ยังชี้ให้เห็นว่าการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองช่วยเพิ่มความมั่นใจของพยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการให้คำปรึกษาและวางแผนการดูแลที่บ้านได้อย่างเหมาะสม

2. หลังการเข้าร่วมรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายแบบรายกรณี พบว่าผลลัพธ์การดูแลและระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนถึงประสิทธิผลของรูปแบบที่เน้นการประเมินความต้องการแบบองค์รวม และจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย โดยบูรณาการการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ มีการสื่อสารอย่างต่อเนื่องกับผู้ป่วยและญาติ ติดตามและประเมินผลเพื่อปรับการดูแลให้เหมาะสมกับภาวะที่เปลี่ยนแปลง การสนับสนุนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณช่วยลดอาการทุกข์ทรมาน และสร้างความมั่นใจให้กับครอบครัว ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในช่วงท้ายของชีวิต สอดคล้องกับผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเครือข่ายสุขภาพ อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน ของจุฬารัตน์ สุริยาทัย และคณะ (2566) ที่พบว่าหลังการใช้รูปแบบ ผู้ป่วยได้รับผลเชิงบวกเพิ่มขึ้น ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นใน 4 ด้าน ได้แก่ การจัดการอาการทางกาย การให้ข้อมูล การลดอาการรบกวน และการสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว สอดคล้องกับผลการศึกษาของบงกช รัตนยานะรมย์ (2563) ซึ่งพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลโสธร และพบว่า หลังการพัฒนา ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีผลลัพธ์ด้านการดูแลที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของวรวิญญา จิตบรรทัด และมิ่งขวัญ เกตุกำพล (2565) ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน และพบว่าทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ลดความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวล และมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นต่อการทำงานของทีมนสหวิชาชีพ ผลการศึกษาของอัญชลี คำสุข และคณะ (2566) ยังชี้ว่า การใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยประคับประคองแบบมีส่วนร่วมกับครอบครัวช่วยลดอาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยและลดอัตราการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาล ผลการศึกษาของจิราพร พงศ์สุวรรณ และคณะ (2565) พบว่ารูปแบบการให้คำปรึกษาระหว่างผู้ป่วย ญาติ และพยาบาล มีผลต่อความรู้สึกลดภัยและความมั่นใจของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และผลการศึกษาของชุตินา ไชเพ็ชร (2564) พบว่าการจัดระบบการเยี่ยมบ้านและติดตามผู้ป่วยแบบต่อเนื่องช่วยเสริมประสิทธิภาพของการดูแลระยะท้ายได้อย่างเป็นระบบและได้รับการยอมรับสูงจากญาติผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้ประโยชน์จากงานวิจัย

1. **ระดับนโยบาย** ควรสนับสนุนการบูรณาการรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองแบบรายกรณีเข้าสู่แนวนโยบายบริการสุขภาพระยะท้ายของชีวิต ทั้งในระดับโรงพยาบาลและชุมชน เพื่อเพิ่มความทั่วถึงและลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ

2. **ระดับบริหาร** ควรกำหนดให้รูปแบบนี้เป็นแนวทางปฏิบัติมาตรฐานในระบบบริการ โดยส่งเสริมการพัฒนาทีมนสหวิชาชีพ การจัดสรรทรัพยากร และสร้างกลไกติดตามประเมินผล เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเป็นระบบ

3. **ระดับบริการ** ควรประยุกต์ใช้รูปแบบนี้ในการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล โดยเน้นการประเมินแบบองค์รวม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและมีความหมาย

4. **ระดับวิชาการ** ควรนำรูปแบบนี้ไปใช้ในการเรียนการสอน และพัฒนาหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมถึงส่งเสริมการวิจัยต่อยอดในด้านการพัฒนารูปแบบการดูแลในบริบทที่หลากหลาย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย ควรดำเนินการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากขึ้น เพื่อให้สามารถวิเคราะห์แนวโน้มและความสัมพันธ์ของผลลัพธ์ได้ชัดเจนและครอบคลุมมากขึ้น
2. ควรขยายการวิจัยไปยังสถานพยาบาลประเภทต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์และประเมินความเหมาะสมของการนำรูปแบบไปใช้ในแต่ละบริบท
3. ควรมีการวิจัยเชิงติดตาม (longitudinal study) เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ และศึกษาการนำไปใช้จริงในบริบทของการให้บริการสุขภาพในระยะยาวต่อเนื่อง

References

- กรมการแพทย์. (2565). นโยบายและแผนปฏิบัติการการดูแลแบบประคับประคองระดับชาติ พ.ศ. 2565–2570. กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย.
- ขวัญฤดี โพธิ์ศรี และคณะ. (2565). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย. *วารสารพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนครสวรรค์*, 14(2), 45–57.
- จิราพร พงศ์สุวรรณ และคณะ. (2565). ผลของรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมต่อความมั่นใจของญาติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 32(1), 21–32.
- จุฬารัตน์ สุริยาทัย และคณะ. (2566). ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเครือข่ายสุขภาพอำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 32(3), 450–460.
- ชุติมา ใจเพชร. (2564). ผลของระบบเยี่ยมบ้านต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในพื้นที่ชนบท. *วารสารสาธารณสุขชุมชน*, 18(4), 50–61.
- สุลัรัตน์ สารรัตน์ และคณะ. (2563). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 30(1), 25–38.
- นันทนา พฤกษชาติ และคณะ. (2564). ผลของการอบรมเชิงปฏิบัติการต่อความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยบูรพา*, 29(1), 67–78.
- บงกช รัตนยานะรมย์. (2563ก). การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลยโสธร. *วารสารพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 38(1), 81–92.
- บงกช รัตนยานะรมย์. (2563ข). การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้ายโรงพยาบาลยโสธร. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 5(4), 195–200.
- โรงพยาบาลชัยบาดาล. (2566). สถิติข้อมูลผู้ป่วยโรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ปีพ.ศ. 2562-2566.
- โรงพยาบาลสงฆ์. (2551). คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลสงฆ์.
- วรัญญา จิตรบรรทัด และมิ่งขวัญ เกตุกำพล. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพ. *วารสารพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยมหิดล*, 40(3), 79–90.
- สุธาสินี ปวงฟู และธนุช พุทธาวรงค์. (2562). การพัฒนาสมรรถนะเฉพาะทางของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตหลังได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องโรงพยาบาลราชวิถี. *วารสารกรมการแพทย์*, 43(3), 131–137.

- อภิญา ปัญญารัมย์ และคณะ. (2564). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 15(4), 512–524.
- อัญชลี คำสุข และคณะ. (2566). แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองแบบมีส่วนร่วมกับครอบครัว: ผลต่อการลดอาการไม่พึงประสงค์. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 17(2), 105–116.
- Becker, R. (2009). *Fundamentals of palliative care for student nurses*. SAGE Publications.
- Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). John Wiley & Sons.
- Ferrell, B. R. & Coyle, N. (2010). *Oxford textbook of palliative nursing* (3rd ed.). Oxford University Press.
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(6), 382–385.
- National Health Commission Office. (2019). *Definition palliative care: Thai version [In Thai]*. Retrieved October 23, 2020, from <https://www.nationalhealth.or.th/node/2836>
- National Statistical Office. (2023). *The report on the elderly in Thailand 2022*. <https://www.nso.go.th/sites/2022elderly>
- Starks, H., Vig, E. K. & Pearlman, R. A. (2011). Models of palliative care delivery in the home. *Journal of Palliative Medicine*, 14(2), 224–231.
- World Health Organization. (2021). *Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: A WHO guide for planners, implementers and managers*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030902>
- World Health Organization. (2020). *Palliative care [Fact sheet]*. Retrieved October 23, 2023, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Zamanzadeh, V., Ghahramanian, A., Rassouli, M., Abbaszadeh, A., Alavi-Majd, H. & Nikanfar, A. (2015). Design and implementation content validity study: Development of an instrument for measuring patient-centered communication. *Journal of Caring Sciences*, 4(2), 165–178.

คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง)
THE QUALITY OF WORK LIFE OF EMPLOYEES
AT PRABOROMARAJCHANOK INSTITUTE (HEADQUARTER)

สุวพงษ์ พิมพพงษ์, เอนก ประดิษฐ์ารมณ

Suwapong Pimpong, Anek Pradittharom

คณะพัฒนาศักยภาพมนุษย์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

Faculty of Human Resource Development Ramkhamhaeng University

(Received: May 20, 2025; Revised: August 18, 2025; Accepted: August 28, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) 2) เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตการทำงานกับปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) กลุ่มตัวอย่าง คือบุคลากรภายในสถาบัน จำนวน 150 คน ด้วยวิธีการคำนวณจากสูตรของยามาเน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม มีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ระหว่าง 0.60-1.00 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .968 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ทดสอบค่าที และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว ผลการวิจัยพบว่า 1) คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) มีระดับคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.47$, $S.D. = 0.61$) 2) ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) กับปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อายุ สถานภาพการสมรส ประเภทบุคลากร รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาในการปฏิบัติงานกับคุณภาพชีวิตการทำงาน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วน เพศ และระดับการศึกษา ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อเสนอแนะจากการวิจัยองค์การควรพิจารณาในเรื่องของค่าตอบแทนที่เพียงพอให้เหมาะสมกับภาระงานมีการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน และสนับสนุนด้านการศึกษาให้เหมาะสมและเท่าเทียมกับบุคลากรในทุกตำแหน่งงาน

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิตการทำงาน , บุคลากร , สถาบันพระบรมราชชนก

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: Suwapong Pimpong, E-mail: p.suwapongearn@gmail.com)

Abstract

This quantitative research aimed to 1) examine the quality of work life (QWL) of employees at the Praboromarajchanok Institute (Headquarter), and 2) compare their QWL to their personal factors. The research sample consisted of 150 Institute's employees who was selected using Yamane's (1973) formula. A questionnaire was employed as the research instrument which demonstrated content validity ranging from 0.60 to 1.00, and a reliability of .968. The data was analyzed using descriptive statistics (including frequency, percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics (including t-test, and one-way ANOVA). The research findings revealed that 1) the overall QWL of employees at the Praboromarajchanok Institute (Headquarter) was at a moderate level ($M = 3.47$, $S.D. = 0.61$), and 2) significant differences in QWL compared to personal factors were found based on age, marital status, employment type, average monthly income, and length of service ($p < .05$), while no significant differences were observed by gender or education level. Research recommendation: the organizations should consider providing compensation that is adequate and commensurate with employees' workload, foster an appropriate work environment, and ensure equitable and appropriate educational support for employees at all levels.

Keywords: Quality of Work Life, Employees, Praboromarajchanok Institute

บทนำ

ในยุคศตวรรษที่ 21 เป็นยุคที่โลกขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยี สังคม และเศรษฐกิจเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วแบบก้าวกระโดด เป็นยุคที่เทคโนโลยีมีความก้าวหน้า และเข้ามามีบทบาทในการดำเนินชีวิตมากขึ้น (Disruptive World) การพัฒนาทางเทคโนโลยีสารสนเทศทำให้การทำงานทางไกลเป็นเรื่องที่พบเจอมากขึ้นในปัจจุบันองค์กรและตัวบุคลากรเองสามารถทำงานหรือเข้าถึงข้อมูลได้อย่างสะดวกขึ้น มีความยืดหยุ่นในการทำงาน ในขณะเดียวกันก็ทำให้เกิดสภาวะความเครียดจากการที่ไม่สามารถแยกแยะระหว่างชีวิตส่วนตัว และชีวิตการทำงานได้ชัดเจนทำให้ทุกภาคส่วนต้องปรับตัวให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในส่วนของด้านทรัพยากรมนุษย์เกิดการปฏิวัติทางอาชีพ (Career Disruption) ไปจนถึงการปฏิรูปองค์กร เนื่องจากมีการแทนที่อาชีพด้วยเทคโนโลยี การถูกแทนที่ด้วยปัญญาประดิษฐ์ (AI) ทำให้องค์กรต้องเผชิญกับความท้าทายในด้านการบริหารทรัพยากรที่มีในด้านต่าง ๆ คุณภาพชีวิตในการทำงานได้รับผลกระทบจากหลายปัจจัย เช่นความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และความต้องการใหม่ ๆ ของบุคลากร องค์กรจำเป็นต้องปรับตัวและสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่สนับสนุนการเติบโตในอาชีพ และความเป็นอยู่ที่ดีของบุคลากร เพื่อให้สามารถแข่งขันในตลาดที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (HREX.asia, 2019)

ปัจจุบันทุนมนุษย์ถือว่าเป็นสินทรัพย์ที่สำคัญและมีคุณค่าต่อองค์กร เนื่องจากมนุษย์เป็นทรัพยากรที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการพัฒนาของความเจริญทางสังคมและเศรษฐกิจโลก มนุษย์ใช้เวลามากถึง หนึ่งในสามของชีวิตหรือมากกว่า กับการใช้เวลาอยู่ในสถานที่ทำงาน การทำงานเป็นโอกาสทำให้มนุษย์ได้เรียนรู้ และเกิดการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในรูปแบบต่าง ๆ คุณภาพชีวิตในการทำงาน พิจารณาจากลักษณะของบุคลิกความเป็นบุคคล (Humanistic) และสภาพแวดล้อมทางสังคม และส่วนบุคคลขององค์กรที่ส่งผลให้ประสบความสำเร็จ เพื่อตอบสนองความปรารถนาของบุคคลในการทำงาน (กองสวัสดิการแรงงาน, 2547) ดังนั้นคุณภาพชีวิตในการทำงานเป็นกระบวนการบริหารที่มีผลกับสิ่งที่เกิดขึ้นจากการบริหาร ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวกับสถานภาพ

ของพนักงาน สภาพแวดล้อมในการทำงาน ผลประโยชน์และค่าตอบแทนความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร และบุคคล โดยมีการสนับสนุนที่หลากหลายจะส่งผลให้ กระบวนการบริหารคุณภาพชีวิตการทำงานดี ทำให้ทัศนคติและกำลังใจของ พนักงานดีขึ้น มีผลดีต่อผลผลิตในเชิงด้านคุณภาพ และปริมาณเมื่อคุณภาพชีวิตการทำงานดีขึ้นพนักงานจะมีความรู้สึกดี กับงานและองค์กร (UNESCO, 1978) ซึ่งสามารถกำหนดลักษณะคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร ได้จากตัวชี้วัด ทั้ง 8 ด้าน ได้แก่ ค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม สภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ ความก้าวหน้า และมั่นคงในงาน โอกาสในการพัฒนาสมรรถภาพของตนเอง สังคมสัมพันธ์ ธรรมเนียมในองค์กร ความสมดุลระหว่างชีวิต การทำงานและชีวิตส่วนตัว และความเป็นประโยชน์ต่อสังคม (Walton, 1975) อย่างไรก็ตามการนิยามและตีความหมาย ของคำว่าคุณภาพชีวิตขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของความต้องการในแต่ละบุคคล

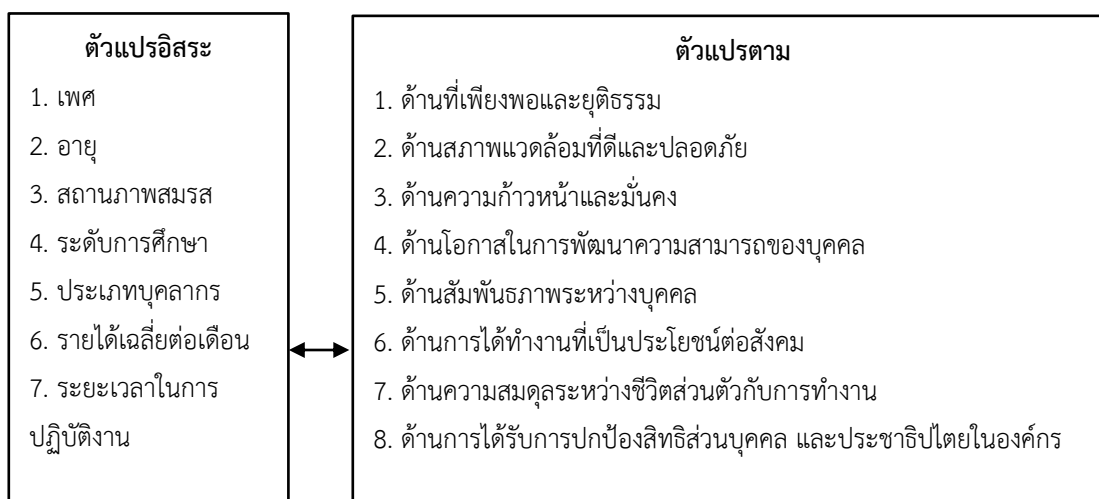
ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) เพื่อศึกษาแนวทางด้านคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในปัจจุบัน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อ กำหนดนโยบายและแผน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนา แก้ไข และรักษาผลประโยชน์ทางสวัสดิการเพื่อพัฒนาและยกระดับ คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง)
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตการทำงานกับปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากรสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากศึกษาการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในสังกัดสถาบันพระบรม ราชชนก (ส่วนกลาง) ผู้วิจัยได้ศึกษา ทบทวน จากแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยใช้ตามแนวคิด ของ Richard E. Walton (1975) มาเป็นกรอบแนวคิดงานวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ดำเนินการในช่วง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) ประกอบด้วย ข้าราชการ พนักงานราชการ และพนักงานจ้างเหมาบริการ จำนวน 240 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ทำการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 150 คน โดยใช้สูตรของ Yamane (1973) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และกำหนดความคลาดเคลื่อนเท่ากับ .05 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ 1. เป็นผู้ปฏิบัติงานอยู่ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) 2. เป็นผู้ที่อยู่ในตำแหน่งข้าราชการ พนักงานราชการ และจ้างเหมาบริการ เกณฑ์ในการคัดออกคือ ผู้ที่ไม่ได้อยู่ในตำแหน่งดังกล่าว และไม่สะดวกในการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 2 ส่วน คือ

(1) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประเภทบุคลากร รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

(2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตการทำงานของ Richard E. Walton (1975) จำนวน 42 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตการทำงานตามเกณฑ์ของเบสต์ (M. G. Best, 1970) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 4.50 – 5.00 หมายถึง เห็นด้วยอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.50 – 4.49 หมายถึง เห็นด้วยในระดับมาก ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2.50 – 3.49 หมายถึง เห็นด้วยในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.50 – 2.49 หมายถึง เห็นด้วยในระดับน้อย ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 – 1.49 หมายถึง เห็นด้วยในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยโดยหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ ได้ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence : IOC) ระหว่าง 0.60-1.00 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับงานวิจัย จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ตามวิธีการของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของความเชื่อมั่น ทั้งฉบับเท่ากับ 0.968

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม โดยทำหนังสือขออนุญาตหัวหน้าส่วนราชการ เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูล ทำการสุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มตัวอย่างบุคลากร แบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) แบ่งสัดส่วนตามประเภทบุคลากร สุ่มตัวอย่างในแต่ละประเภทโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) และดำเนินการแจกแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองผ่านทางระบบเก็บแบบสอบถามออนไลน์ (Google Forms)

จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 6 เดือน ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแบบสอบถามหลังส่งให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 150 คน และได้รับกลับมาจำนวน 150 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ที่ได้จากการตอบแบบสอบถามออนไลน์ผ่านทางระบบ (Google Forms) และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

(1) วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล และระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

(2) วิเคราะห์การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) กรณีเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปรอิสระที่มี 2 กลุ่ม ได้แก่ เพศ และสถานภาพการสมรส ใช้สถิติการวิเคราะห์ค่าที (Independent Sample T-test) และ กรณีเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปรอิสระที่มีมากกว่า 2 กลุ่ม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประเภทบุคลากร รายได้เฉลี่ยต่อเดือนและ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA) ในกรณีที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นำไปทดสอบความแตกต่างรายคู่ โดยใช้วิธีของ LSD

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) เพศหญิงร้อยละ 70.0 อายุระหว่าง 25 – 34 ปี ร้อยละ 58.0 สถานภาพสมรส โสด ร้อยละ 80.7 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 76.00 ประเภทบุคลากรเป็นพนักงานจ้างเหมาบริการ ร้อยละ 50.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,000 –24,999 บาท ร้อยละ 68.7 และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 1 – 5 ปี ร้อยละ 55.3 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละ ปัจจัยส่วนบุคคล (n = 150)

	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	45	30.0
	หญิง	105	70.0
อายุ	น้อยกว่า 25 ปี	11	7.3
	ระหว่าง 25-34 ปี	87	58.0
	ระหว่าง 35-44 ปี	43	28.7
	45 ปีขึ้นไป	9	6.0

ตารางที่ 1 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละ ปัจจัยส่วนบุคคล (n = 150) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส	โสด	121	80.7
	สมรส	29	19.3
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี	114	76.0
	ปริญญาโท	31	20.7
	ปริญญาเอก	5	3.3
ประเภทบุคลากร	ข้าราชการ	39	26.0
	พนักงานราชการ	35	23.3
	พนักงานจ้างเหมาบริการ	76	50.7
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	15,000 – 24,999 บาท	103	68.7
	25,000 – 34,999 บาท	38	25.3
	35,000 บาทขึ้นไป	9	6.0
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	ระหว่าง 1 – 5 ปี	83	55.3
	ระหว่าง 6 – 10 ปี	50	33.3
	10 ปีขึ้นไป	17	11.3

ผลการวิจัยข้อมูลคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสังกัด สถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) พบว่า บุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) มีระดับคุณภาพชีวิตการทำงานโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย ($M = 3.47$, $S.D. = 0.61$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานเฉลี่ยสูงสุด 3 ด้านเรียงตามลำดับได้แก่ ด้านการได้ทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม ($M = 3.66$, $S.D. = 0.77$) ด้านการได้รับการปกป้องสิทธิส่วนบุคคล และประชาธิปไตยในองค์กร ($M = 3.62$, $S.D. = 0.76$) และด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ($M = 3.56$, $S.D. = 0.78$) ดังรายละเอียดตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางแสดงระดับคุณภาพชีวิตการทำงาน จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

คุณภาพชีวิตการทำงาน	M	SD	ระดับ
1. ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม	3.35	0.72	ปานกลาง
2. ด้านสภาพแวดล้อมที่ดีและปลอดภัย	3.33	0.70	ปานกลาง
3. ด้านความก้าวหน้าและมั่นคง	3.40	0.84	ปานกลาง
4. ด้านโอกาสในการพัฒนาความสามารถของบุคคล	3.42	0.73	ปานกลาง
5. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	3.56	0.78	มาก
6. ด้านการได้ทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม	3.66	0.77	มาก

ตารางที่ 2 ตารางแสดงระดับคุณภาพชีวิตการทำงาน จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม (ต่อ)

คุณภาพชีวิตการทำงาน	M	SD	ระดับ
7. ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัว กับการทำงาน	3.42	0.79	ปานกลาง
8. ด้านการได้รับการปกป้องสิทธิส่วนบุคคล และ ประชาธิปไตยในองค์กร	3.62	0.76	มาก
รวม	3.47	0.61	ปานกลาง

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) ระหว่าง
ตัวแปรอิสระที่มี 2 กลุ่ม ได้แก่ เพศ และสถานภาพสมรส รายละเอียดดังตารางที่ 3-4

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) จำแนก
ตามเพศเป็นรายด้าน

คุณภาพชีวิตการทำงาน	เพศ				t	Sig.
	ชาย		หญิง			
	M	SD	M	SD		
1. ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอ และยุติธรรม	3.27	0.67	3.38	0.74	-0.866	0.388
2. ด้านสภาพแวดล้อมที่ดีและปลอดภัย	3.22	0.68	3.38	0.71	-1.218	0.225
3. ด้านความก้าวหน้าและมั่นคง	3.29	0.77	3.45	0.87	-1.085	0.140
4. ด้านโอกาสในการพัฒนา ความสามารถของบุคคล	3.37	0.63	3.44	0.77	-0.575	0.566
5. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	3.67	0.76	3.51	0.78	1.146	0.253
6. ด้านการได้ทำงานที่เป็น ประโยชน์ต่อสังคม	3.68	0.72	3.65	0.80	0.197	0.844
7. ด้านความสมดุลระหว่างชีวิต ส่วนตัวกับการทำงาน	3.52	0.87	3.38	0.75	1.014	0.312
8. ด้านการได้รับการปกป้องสิทธิส่วน บุคคล และประชาธิปไตยในองค์กร	3.64	0.70	3.61	0.76	0.213	0.832
รวม	3.46	0.54	3.48	0.64	-0.175	0.862

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) จำแนกตาม
เพศ พบว่า บุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่มีเพศต่างกัน มีคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยภาพรวมและรายด้าน ไม่
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) จำแนกตามสถานภาพสมรสเป็นรายด้าน

คุณภาพชีวิตการทำงาน	สถานภาพสมรส				t	Sig.
	โสด		สมรส			
	M	SD	M	SD		
1. ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม	3.30	0.65	3.55	0.92	-1.396*	0.172
2. ด้านสภาพแวดล้อมที่ดีและปลอดภัย	3.28	0.66	3.69	0.76	-3.173	0.002*
3. ด้านความก้าวหน้าและมั่นคง	3.30	0.80	3.85	0.89	-3.264	0.001*
4. ด้านโอกาสในการพัฒนาความสามารถของบุคคล	3.34	0.71	3.74	0.72	-2.682	0.008*
5. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	3.48	0.78	3.90	0.69	-2.656	0.009*
6. ด้านการได้ทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม	3.58	0.76	4.02	0.73	-2.810	0.006*
7. ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวกับการทำงาน	3.38	0.80	3.58	0.73	-1.227	0.222
8. ด้านการได้รับการปกป้องสิทธิส่วนบุคคล และประชาธิปไตยในองค์กร	3.56	0.73	3.85	0.86	-1.821	0.071
รวม	3.40	0.58	3.77	0.65	-3.029	0.003*

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตบุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) ที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยภาพรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานด้านสภาพแวดล้อมที่ดีและปลอดภัย ด้านความก้าวหน้าและมั่นคง ด้านโอกาสในการพัฒนาความสามารถของบุคคล ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านการได้ทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม ส่วนด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปรอิสระที่มีมากกว่า 2 กลุ่ม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประเภทบุคลากร รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน รายละเอียดดังตารางที่ 5-9

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) จำแนกตามอายุเป็นรายด้าน

คุณภาพชีวิตการทำงาน	SS	df	MS	F	Sig.
1. ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอ และยุติธรรม					
ระหว่างกลุ่ม	13.03	3	4.39	9.92	0.01*
ภายในกลุ่ม	64.62	146	0.44		
รวม	77.80	149			
2. ด้านสภาพแวดล้อมที่ดี และปลอดภัย					
ระหว่างกลุ่ม	12.07	3	4.02	9.41	0.01*
ภายในกลุ่ม	62.40	146	0.42		
รวม	74.49	149			
3. ด้านความก้าวหน้า และมั่นคง					
ระหว่างกลุ่ม	22.11	3	7.37	12.67	0.01*
ภายในกลุ่ม	84.91	146	0.58		
รวม	107.30	149			
4. ด้านโอกาสในการพัฒนา ความสามารถของบุคคล					
ระหว่างกลุ่ม	11.20	3	3.73	7.97	0.01*
ภายในกลุ่ม	68.42	146	0.46	68.42	
รวม	79.63	149			
5. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล					
ระหว่างกลุ่ม	9.07	3	3.02	5.36	0.02*
ภายในกลุ่ม	82.29	146	0.56		
รวม	91.36	149			
6. ด้านการได้ทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม					
ระหว่างกลุ่ม	11.44	3	3.81	7.12	0.01*
ภายในกลุ่ม	78.19	146	0.53		
รวม	89.64	149			
7. ความสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวกับการทำงาน					
ระหว่างกลุ่ม	7.14	3	2.38	4.00	0.09
ภายในกลุ่ม	86.84	146	0.59		
รวม	93.99	149			

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) จำแนกตามอายุ เป็นรายด้าน (ต่อ)

คุณภาพชีวิตการทำงาน	SS	df	MS	F	Sig.
8. ด้านการได้รับการปกป้องสิทธิ					
ส่วนบุคคล และประชาธิปไตย					
ระหว่างกลุ่ม	5.65	3	1.88	3.35	0.21
ภายในกลุ่ม	82.01	146	0.56		
รวม	87.67	149			
ภาพรวม					
ระหว่างกลุ่ม	9.86	3	3.29	10.28	0.01*
ภายในกลุ่ม	46.70	146	0.32		
รวม	56.57	149			

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตบุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) มีอายุต่างกัน มีคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยภาพรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตการทำงาน ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม ด้านสภาพแวดล้อมที่ดี และปลอดภัย ด้านความก้าวหน้าและมั่นคง ด้านโอกาสในการพัฒนาความสามารถของบุคคล ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านการได้ทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) จำแนกตาม ระดับการศึกษา เป็นรายด้าน

คุณภาพชีวิตการทำงาน	SS	df	MS	F	Sig.
1. ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอ และยุติธรรม					
ระหว่างกลุ่ม	5.61	2	2.80	5.71	0.04*
ภายในกลุ่ม	72.19	147	0.49		
รวม	77.80	149			
2. ด้านสภาพแวดล้อมที่ดี และปลอดภัย					
ระหว่างกลุ่ม	1.41	2	0.70	1.41	0.24
ภายในกลุ่ม	73.06	147	0.49		
รวม	74.47	149			

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง)
จำแนกตาม ระดับการศึกษา เป็นรายด้าน (ต่อ)

คุณภาพชีวิตการทำงาน	SS	df	MS	F	Sig.
ภายในกลุ่ม	98.30	147	0.52		
รวม	107.03	149			
4. ด้านโอกาสในการพัฒนาความสามารถของบุคคล					
ระหว่างกลุ่ม	2.22	2	1.11	2.11	0.12
ภายในกลุ่ม	77.41	147	0.52		
รวม	79.63	149			
5. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล					
ระหว่างกลุ่ม	1.47	2	0.73	1.20	0.30
ภายในกลุ่ม	89.89	147	0.61		
รวม	91.36	149			
6. ด้านการได้ทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม					
ระหว่างกลุ่ม	4.69	2	2.34	4.04	0.19
ภายในกลุ่ม	84.94	147	0.57		
รวม	89.64	149			
7. ความสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวกับการทำงาน					
ระหว่างกลุ่ม	0.36	2	0.18	0.28	0.75
ภายในกลุ่ม	93.62	147	0.63		
รวม	93.99	149			
8. ด้านการได้รับการปกป้องสิทธิ					
ส่วนบุคคล และประชาธิปไตย					
ระหว่างกลุ่ม	1.97	2	0.98	1.69	0.18
ภายในกลุ่ม	85.70	147	0.58		
รวม	87.67	149			
ภาพรวม					
ระหว่างกลุ่ม	2.36	2	1.18	3.21	0.43
ภายในกลุ่ม	54.20	147	0.36		
รวม	56.57	149			

ผลการเปรียบเทียบ คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยภาพรวม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตการทำงาน ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอ และยุติธรรม และด้านความก้าวหน้าและมั่นคงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 7 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) จำแนกตาม ประเภทบุคลากร เป็นรายด้าน

คุณภาพชีวิตการทำงาน	SS	df	MS	F	Sig.
1. ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอ และยุติธรรม					
ระหว่างกลุ่ม	23.17	2	11.58	31.17	0.01*
ภายในกลุ่ม	54.63	147	0.37		
รวม	77.80	149			
2. ด้านสภาพแวดล้อมที่ดี และปลอดภัย					
ระหว่างกลุ่ม	2.97	2	1.49	3.08	0.49
ภายในกลุ่ม	71.48	147	0.48		
รวม	74.47	149			
3. ด้านความก้าวหน้า และมั่นคง					
ระหว่างกลุ่ม	24.68	2	12.34	22.03	0.01*
ภายในกลุ่ม	82.34	147	0.56		
รวม	107.03	149			
4. ด้านโอกาสในการพัฒนาความสามารถของบุคคล					
ระหว่างกลุ่ม	5.20	2	2.60	5.13	0.07
ภายในกลุ่ม	74.43	147	0.50		
รวม	79.63	149			
5. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล					
ระหว่างกลุ่ม	6.12	2	3.06	5.28	0.06
ภายในกลุ่ม	89.89	147	0.61		
รวม	91.36	149			
6. ด้านการได้ทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม					
ระหว่างกลุ่ม	14.02	2	7.01	13.62	0.01*
ภายในกลุ่ม	84.94	147	0.57		
รวม	89.64	149			
7. ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวกับการทำงาน					
ระหว่างกลุ่ม	3.18	2	1.59	2.57	0.79
ภายในกลุ่ม	90.80	147	0.61		
รวม	93.99	149			

ตารางที่ 7 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) จำแนกตามประเภทบุคลากร เป็นรายด้าน (ต่อ)

คุณภาพชีวิตการทำงาน	SS	df	MS	F	Sig.
8. ด้านการได้รับการปกป้องสิทธิ					
ส่วนบุคคล และประชาธิปไตย					
ระหว่างกลุ่ม	7.67	2	3.82	11.49	0.01*
ภายในกลุ่ม	80.00	147	0.54		
รวม	87.67	149			
ภาพรวม					
ระหว่างกลุ่ม	7.65	2	3.26	11.49	0.01*
ภายในกลุ่ม	48.92	147	0.33		
รวม	56.57	149			

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) ที่ประเภทบุคลากรต่างกัน มีคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตการทำงาน ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอ และยุติธรรม ด้านความก้าวหน้าและมั่นคง ด้านการที่ได้ทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม และด้านการได้รับการปกป้องสิทธิส่วนบุคคล และประชาธิปไตยในองค์กร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 8 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน เป็นรายด้าน

คุณภาพชีวิตการทำงาน	SS	df	MS	F	Sig.
1. ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอ และยุติธรรม					
ระหว่างกลุ่ม	13.86	2	6.93	15.94	0.01*
ภายในกลุ่ม	63.93	147	0.43		
รวม	77.80	149			
2. ด้านสภาพแวดล้อมที่ดี และปลอดภัย					
ระหว่างกลุ่ม	2.07	2	1.03	2.10	0.12
ภายในกลุ่ม	72.40	147	0.49		
รวม	74.47	149			
3. ด้านความก้าวหน้า และมั่นคง					
ระหว่างกลุ่ม	7.92	2	3.96	5.87	0.04*
ภายในกลุ่ม	99.10	147	0.67		
รวม	107.03	149			

ตารางที่ 8 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน เป็นรายด้าน (ต่อ)

คุณภาพชีวิตการทำงาน	SS	df	MS	F	Sig.
4. ด้านโอกาสในการพัฒนาความสามารถของบุคคล					
ระหว่างกลุ่ม	2.42	2	1.21	2.30	0.10
ภายในกลุ่ม	77.21	147	0.52		
รวม	79.63	149			
5. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล					
ระหว่างกลุ่ม	3.30	2	1.65	2.76	0.67
ภายในกลุ่ม	89.05	147	0.59		
รวม	91.36	149			
6. ด้านการได้ทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม					
ระหว่างกลุ่ม	8.32	2	4.16	7.52	0.01*
ภายในกลุ่ม	81.31	147	0.55		
รวม	89.64	149			
7. ความสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวกับการทำงาน					
ระหว่างกลุ่ม	1.83	2	0.91	1.46	0.23
ภายในกลุ่ม	92.16	147	0.62		
รวม	93.99	149			
8. ด้านการได้รับการปกป้องสิทธิ					
ส่วนบุคคล และประชาธิปไตย					
ระหว่างกลุ่ม	3.74	2	1.87	3.28	0.40
ภายในกลุ่ม	83.92	147	0.57		
รวม	87.67	149			
ภาพรวม					
ระหว่างกลุ่ม	4.33	2	2.16	6.09	0.03*
ภายในกลุ่ม	52.24	147	0.35		
รวม	56.57	149			

ผลการเปรียบเทียบ คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) ที่รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน มีคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอ และยุติธรรม ด้านความก้าวหน้า และมั่นคง และด้านการได้ทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 9 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) จำแนกตามระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นรายด้าน

คุณภาพชีวิตการทำงาน	SS	df	MS	F	Sig.
1. ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม					
ระหว่างกลุ่ม	18.91	2	9.45	23.59	0.01*
ภายในกลุ่ม	58.89	147	0.41		
รวม	77.80	149			
2. ด้านสภาพแวดล้อมที่ดี และปลอดภัย					
ระหว่างกลุ่ม	4.55	2	2.27	4.79	0.10
ภายในกลุ่ม	69.92	147	0.47		
รวม	74.47	149			
3. ด้านความก้าวหน้า และมั่นคง					
ระหว่างกลุ่ม	15.10	2	7.55	12.07	0.01*
ภายในกลุ่ม	99.10	147	0.67		
รวม	107.03	149			
4. ด้านโอกาสในการพัฒนาความสามารถของบุคคล					
ระหว่างกลุ่ม	7.15	2	3.58	7.26	0.10
ภายในกลุ่ม	72.47	147	0.49		
รวม	79.63	149			
5. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล					
ระหว่างกลุ่ม	8.65	2	4.32	7.69	0.01*
ภายในกลุ่ม	82.70	147	0.56		
รวม	91.36	149			
6. ด้านการได้ทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม					
ระหว่างกลุ่ม	8.65	2	4.32	7.69	0.01*
ภายในกลุ่ม	82.70	147	0.56		
รวม	91.36	149			
7. ความสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวกับการทำงาน					
ระหว่างกลุ่ม	1.03	2	0.51	0.82	0.44
ภายในกลุ่ม	92.95	147	0.63		
รวม	93.99	149			

ตารางที่ 9 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) จำแนกตามระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นรายด้าน (ต่อ)

คุณภาพชีวิตการทำงาน	SS	df	MS	F	Sig.
8. ด้านการได้รับการปกป้องสิทธิ					
ส่วนบุคคล และประชาธิปไตย					
ระหว่างกลุ่ม	5.70	2	2.85	5.11	0.07
ภายในกลุ่ม	81.97	147	0.55		
รวม	87.67	149			
ภาพรวม					
ระหว่างกลุ่ม	7.62	2	3.81	11.45	0.01*
ภายในกลุ่ม	48.94	147	0.33		
รวม	56.57	149			

ผลการเปรียบเทียบ คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) ที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานต่างกัน มีคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตการทำงาน ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอ และยุติธรรม ด้านความก้าวหน้าและมั่นคง ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านการที่ได้ทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) มีประเด็นที่ควรนำมาอภิปราย ดังนี้

1. บุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) มีคุณภาพชีวิตการทำงานโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ พบว่าองค์กรได้สนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม การช่วยเหลือทางด้านสาธารณสุขในชุมชน อีกทั้งสามารถแสดงออกทางความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับงาน ผู้บังคับบัญชารับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ซึ่งทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีแก่บุคลากรและผู้บังคับบัญชา ทำให้บุคลากรรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร อย่างไรก็ตามปัจจัยเหล่านี้ อาจส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร ทำให้ระดับคุณภาพชีวิตการทำงานในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธัญจิรา บุญบันดล และจักรพันธ์ กิตตินรรัตน์ (2565) ได้ศึกษาเรื่อง อิทธิพลของลักษณะงานและคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของข้าราชการตำรวจ สำนักงานจรตารวจ ผลวิจัยพบว่า ข้าราชการตำรวจ สำนักงานจรตารวจ มีคุณภาพชีวิตการทำงานในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับสามารถอภิปรายได้ ดังต่อไปนี้

1.1 ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล บุคลากรในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) มีคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก เนื่องจากองค์กรจัดให้มีการทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อให้บุคลากรรู้จักการทำงานเป็นทีม เมื่อบุคลากรมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชาจะช่วยทำให้งานสามารถดำเนินไปได้ อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เป็นไปในแนวทางเดียวกันกับงานวิจัยของ วรพันธ์ ต้องใจ และวัลลภ รัฐจัตรานนท์ (2566) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของข้าราชการสำนักป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กรุงเทพมหานคร ผลวิจัยพบว่าข้าราชการสำนักป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยกรุงเทพมหานคร มีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล อยู่ในระดับมาก

1.2 ด้านการได้ทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม บุคลากรในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) มีคุณภาพชีวิตการทำงานโดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจาก องค์กรทำงานและมีนโยบายเกี่ยวกับการช่วยเหลือชุมชนด้านสาธารณสุขทำให้บุคลากรได้มีโอกาสในการทำงานที่ช่วยเหลือสังคม เป็นไปในแนวทางเดียวกันกับงานวิจัยของ ปาจริย์ รัตนเกื้อกุลกิจ และ เชิงชาญ จงสมชัย (2561) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรสำนักงานจังหวัดอ่างทอง ผลวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของบุคลากรสำนักงานจังหวัดอ่างทอง ด้านการได้ทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม อยู่ในระดับมาก

1.3 ด้านการได้รับการปกป้องสิทธิส่วนบุคคล และประชาธิปไตยในองค์กร บุคลากรในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) มีคุณภาพชีวิตการทำงานโดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้บังคับบัญชารับฟังความเห็นของบุคลากรในองค์กร โดยให้อิสระในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับงานที่รับผิดชอบ ซึ่งทำให้บุคลากรรู้สึกไม่ถูกปิดกั้นทางความคิด เป็นไปในแนวทางเดียวกันกับงานวิจัยของ อัจฉริยวุฒิ ชัยมาตย์ (2566) ได้ศึกษาแรงจูงใจกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร สำนักงานการท่องเที่ยวและกีฬา เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานด้านการได้รับการปกป้องสิทธิส่วนบุคคล และประชาธิปไตยในองค์กร อยู่ในระดับมาก

2. ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา ประเภทบุคลากร รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน อภิปรายได้ ดังต่อไปนี้

2.1 บุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่มีเพศแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยภาพรวม และรายด้าน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจาก เกณฑ์การกำหนดค่าตอบแทนของหน่วยงานราชการ ได้มีระบุไว้ชัดเจนสำหรับตำแหน่งข้าราชการ และพนักงานราชการ ตามกฎ ก.พ. ว่าด้วยการให้ข้าราชการพลเรือนสามัญได้รับเงินเดือน และประกาศคณะกรรมการบริหารพนักงานราชการ เรื่องค่าตอบแทนของพนักงานราชการ ในส่วนของพนักงานจ้างเหมาบริการได้มีการกำหนดระเบียบที่เกี่ยวข้องของสถาบันเพื่อพิจารณา ค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับภาระงานของตำแหน่ง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทิวาพร ภูมิภูติกุล และ ภิรดา ชัยรัตน์ (2566) ได้ศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการ กรณีศึกษา ทักษะสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ ผลการศึกษาพบว่า ข้าราชการทัณฑ์สถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ ที่มีเพศแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตการทำงานในภาพรวม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 บุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่มีอายุต่างกัน มีคุณภาพชีวิตการทำงานโดยภาพรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากบุคลากรที่อายุที่มากกว่ามีความรู้ความชำนาญในหน้าที่รับผิดชอบ มีประสบการณ์การทำงานและการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ อัมพรศรีประเสริฐสุข พัทรินทร์ ก่อเลิศวรพงศ์ พรเพ็ญ ไตรพงษ์ และยุทธพงษ์ สลักกิจไพศาล (2560) ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสายวิชาการ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรสายวิชาการ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ที่มีอายุแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตการทำงานการทำงานในภาพรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ .05

2.3 บุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจาก บุคลากรในองค์กรบางส่วนที่ตอบแบบสอบถามมีครอบครัว มีภาระต้องรับผิดชอบ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธนิตา จุลวนิชย์พงษ์ พวงทอง อินใจ กาญจนา พิบูลย์ ทะนงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข และวิชัย จุลวนิชย์พงษ์ (2565) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาภาครัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาภาครัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตการทำงานในภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ .05

2.4 บุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยภาพรวม ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจาก การเติบโตในสายงานสามารถใช้การประเมินผลงานเพื่อเลื่อนตำแหน่งได้ตามระยะเวลาที่หน่วยงานกำหนด สอดคล้องกับงานวิจัยของ กฤษดา ตามประดิษฐ์ และพิเชษฐ์ ชัยเลิศ (2565) ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของครูพลศึกษาในจังหวัดพะเยา ผลการศึกษาพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของครูพลศึกษาในจังหวัดพะเยา ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตการทำงานในภาพรวม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ .05

2.5 บุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่ประเภทบุคลากรแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจาก บุคลากรที่เป็นตำแหน่งข้าราชการมีสวัสดิการที่ดี เช่น บำนาญทุนการศึกษา การเบิกค่ารักษาพยาบาลที่ครอบคลุม สิทธิการลาที่มากกว่า เงินเดือนและค่าตอบแทนที่มากกว่า และความมั่นคงในหน้าที่มากกว่า พนักงานราชการ และพนักงานจ้างเหมาบริการ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปณัฏฐ์สรณ์ อินทร์ขลิบ วัลลภ รัฐฉัตรานนท์ และสมเกียรติ วันทะนะ (2560) ได้ศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ที่ประเภทบุคลากร หรือตำแหน่งงานที่แตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตการทำงานในภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ .05

2.6 บุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจาก บุคลากรที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงไม่ต้องการเสริมนอกเวลาของหน่วยงานทำให้มีเวลาอยู่กับครอบครัว หรือมีเวลาส่วนตัวได้มากกว่าบุคลากรที่รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อย ประกอบค่าครองชีพในปัจจุบันที่สูงมากขึ้นทำให้ระยะห่างระหว่างช่วงของรายได้มีผลต่อคุณภาพชีวิตในการทำงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิวตล ยาคาลัย จิตติ กิตติเลิศไพศาล และ ละมัย ร่มเย็น (2561) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างชีวิตการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กรของกำลังพลกรมทหารราบที่ 3 ผลการศึกษาพบว่า กำลังพลกรมทหารราบที่ 3 ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตในภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ .05

2.7 บุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เนื่องจาก บุคลากรที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานนานมีโอกาสในการเลื่อนตำแหน่งที่สูงขึ้น ประกอบกับหลักเกณฑ์การได้รับค่าตอบแทนประจำตำแหน่ง และค่าตอบแทนประจำที่เพิ่มมากขึ้นตามระยะเวลาในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภาวิน ชินะโชติ และทองฟู ศิริวงศ์ (2559) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในการทำงาน กับความสุขในการทำงานของพนักงานก่อนวัยเกษียณอายุ ในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า พนักงานก่อนวัยเกษียณอายุในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดนนทบุรี ที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานที่แตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตการทำงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปได้ดังต่อไปนี้

การวิจัย เรื่องคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) พบว่า อายุ สถานภาพสมรส ประเภทบุคลากร รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน มีความแตกต่างกับ ตัววัดคุณภาพชีวิตทั้ง 8 ด้าน ของ Richard E. Walton (1975) โดยองค์กรสามารถปรับและวางแผนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคลากรให้ตรงตามความต้องการ โดยผู้วิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานรายด้านเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับแรก ได้แก่

1. ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม องค์กรควรมีกองทุนเพื่อสนับสนุนช่วยเหลือด้านการเงินให้แก่บุคลากรที่ประสบปัญหาหนี้สินที่เกินกว่าภาระเงินจะใช้จ่ายโดยมีการปล่อยสินเชื่อในอัตราดอกเบี้ยที่ต่ำกว่าสถาบันการเงิน
2. ด้านสภาพแวดล้อมที่ดีและปลอดภัย องค์กรควรมีการสำรวจ วัสดุ และอุปกรณ์ที่ใช้ในสำนักงานให้เพียงพอต่อบุคลากรในการปฏิบัติงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการอำนวยความสะดวกสบายในการทำงาน และปรับปรุงสถานที่ปฏิบัติงานให้มีพื้นที่ใช้สอยพอเพียง และเหมาะสมกับจำนวนของบุคลากร เช่น การจัดพื้นที่ในการทำงาน การจัดการด้านสภาพแวดล้อม และระบบจัดการด้านการปลอดภัยต่อตัวบุคลากรและทรัพย์สินในที่ทำงาน
3. ด้านโอกาสในการพัฒนาความสามารถของบุคคล องค์กรควรมีการสนับสนุนด้านการศึกษาให้เหมาะสม และเท่าเทียมกับบุคลากรในทุกตำแหน่งงาน โดยมีการให้ทุนการศึกษา หรือให้ทุนบางส่วนแก่บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ในองค์กร ส่งเสริมเรื่องการเติบโตในสายอาชีพ การพัฒนาฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมความมั่นคงในอาชีพโดยการเพิ่มกองทุนและสวัสดิการต่าง ๆ ที่ยังไม่ครอบคลุม การส่งเสริมด้านแรงจูงใจ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยในรูปแบบเชิงคุณภาพ เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรให้ดีขึ้น
2. ควรพิจารณาขยายขอบเขตประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ เป็นกลุ่มตัวอย่างของบุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) เท่านั้น ซึ่งยังมีบุคลากรกลุ่มอื่นในส่วนภูมิภาคขององค์กรที่ยังไม่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงาน ซึ่งอาจจะช่วยให้ทราบถึงคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกที่ครบถ้วนและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น
3. ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตการทำงาน อาทิเช่น ความผูกพันต่อองค์กร แรงจูงใจในการทำงาน ความสุขในการทำงาน และความพึงพอใจในการทำงาน เพื่อให้เข้าใจถึงภาพรวมของปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานได้อย่างครอบคลุม และนำไปสู่การพัฒนาแนวทางนโยบายในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

References

- กฤษฎา ตามประดิษฐ์ และพิเชษฐ์ (2565). การศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของครูพลศึกษาในจังหวัดพะเยา. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยกีฬาแห่งชาติ*, 14(2), 29 – 40.
- กองสวัสดิการแรงงาน. (2547). คุณภาพชีวิตการทำงาน (Quality of Work Life). *อนุสารแรงงาน*, 11(4), 17–22.
- กองสวัสดิการสังคม. (2550). จปฐ. คืออะไร. ศูนย์ข้อมูลข่าวสารเมืองพัทยาคณะกรรมการอำนวยการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของ. สืบค้น 19 มกราคม 2568, จาก <http://info.pattaya.go.th>
- ทิวาพร ภูมิภูติกุล และ ภริดา ชัยรัตน์. (2566). คุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการ กรณีศึกษาที่ณพสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์. *วารสารราชภัฏเพชรบูรณ์สาร*, 25(1), 33 – 42.
- ธนิดา จุลวนิชย์พงษ์ พวงทอง อินใจ กาญจนนา พิบูลย์ ทนงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข และวิชัย จุลวนิชย์พงษ์ (2565). ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษาภาครัฐในเขตภาคตะวันออก. *วารสารบูรพาพาเวชสาร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 9(1), 42 – 57.
- ธัญจิรา บุญบันดล และ จักรพันธ์ กิตตินรรัตน์. (2565). อิทธิพลของลักษณะงานและคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของข้าราชการตำรวจ สำนักงานจรตารวจ. *วารสารวิชาการคณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช*, 1(2), 76 – 94.

- ปาจริย์ รัตนเกื้อกูลกิจ และ เชิงชาญ จงสมชัย. (2561). คุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรสำนักงานจังหวัดอ่างทอง. *วารสารวิชาการแพรวกาฬสินธุ์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์*, 5(2), 295 – 312.
- ปณัฏฐ์สรณ์ อินทร์ขลิบ วัลลภ รัฐฉัตรานนท์ และสมเกียรติ วันทะนะ. (2560). คุณภาพชีวิตการทำงาน ของบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี. *วารสารสหวิทยาการและความยั่งยืนปริทรรศน์ไทย*, 6(1), 44 – 51.
- ภาวิน ชินะโชติ และทองฟู ศิริวงศ์. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในการทำงาน กับความสุขในการทำงานของพนักงานก่อนวัยเกษียณอายุ ในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดนนทบุรี. *วารสารบริหารธุรกิจเทคโนโลยีมหานคร*, 13(2), 145 – 161.
- วรพันธ์ ดั่งใจ และวัลลภ รัฐฉัตรานนท์. (2566). ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของข้าราชการสำนักป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กรุงเทพมหานคร. *วารสารสหวิทยาการรัฐศาสตร์*, 1(2), 13 – 21.
- ศิวดล ยาคัลยา จิตติ กิตติเลิศไพศาล และ ละมัย ร่มเย็น. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างชีวิตการทำงาน กับความผูกพันต่อองค์กรของกำลังพลกรมทหารราบที่ 3. *วารสารบัณฑิตศึกษา*, 15(70), 29 – 39.
- อัจฉริยวุฒิ ชัยมาตย์. (2566). แรงจูงใจกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร สำนักงานการท่องเที่ยวและกีฬา เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี. *Procedia of Multidisciplinary Research*, 1(7), 1 – 10.
- อัมพรศรี ประเสริฐสุข พิศรินทร์ ก่อเลิศวรพงศ์ พรเพ็ญ ไตรพงษ์ และยุทธพงษ์ สีสากิจ ไพศาล. (2560). การศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสายวิชาการมหาวิทยาลัยสวนดุสิต. *วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 11(3), 221 – 233.
- Best, M. G. (1970). Kaersutite-peridotite inclusions and kindred megacrysts in basanitic lavas. *Arizona Contributions to Mineralogy and Petrology*, 27(1), 25-44.
- HREX.asia, (2019), *Human Resource Development in Digital Age*. Retrieved 21 June 2024, from <https://th.hrnote.asia/orgdevelopment/190425-human-resource-development-digital/>
- UNESCO. (1978). *Indicator of Environment Quality and Quality of life Research and Social Science*. Paris: UNESCO.
- Walton, R.E. (1975). Criteria for quality of working life. In L.E. Davis. A.B. Cherns. (eds.) *The quality of working life*. (pp. 91 – 104). New York: The Free Press.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3th ed.). New York: Harper & Row.

ผลของโปรแกรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อบริเวณสถานีนงานเพื่อลดอาการผิดปกติ
ทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ในแรงงานนอกระบบอาชีพผลิตสิ่งทอ
The effect of stretching exercises at workstation to reduce
Of musculoskeletal disorders among informal textile workers

วิภา ชุปปา^{1*}, วิศิษฐ์ ทองคำ², กุ๊เกียรติ ทุดโป², วิทยา อยู่สุข³, กาญจนา แซ่อิง¹ และกฤตภาส สีหะวงษ์¹
Wipa Chuppawa^{1*}, Wisit Thongkum², Kukiatt Tudpor², Wittaya Yoosuk³, Karnjana Sae-Ung¹
and Krittapart Sihawong

¹คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ, ²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม,

³คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Faculty of Liberal Arts and Science, Sisaket Rajabhat University, ²Faculty of Public Health,

Maharakham University, ³Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,

Praboromarajchanok Institute

(Received: July 9, 2025; Revised: August 8, 2025; Accepted: August 20, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษาผลของโปรแกรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อบริเวณสถานีนงานเพื่อลดอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ในแรงงานนอกระบบอาชีพผลิตสิ่งทอ เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อบริเวณสถานีนงานเพื่อลดอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ในแรงงานนอกระบบกลุ่มอาชีพผลิตสิ่งทอ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการการยืดเหยียดกล้ามเนื้อบริเวณสถานีนงาน ก่อนการปฏิบัติงาน ระหว่างปฏิบัติงาน และหลังการปฏิบัติงาน เป็นระยะเวลา 7 วัน สำหรับวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกการติดตามการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อ (Electromyography) ชนิดรับสัญญาณที่ผิวหนังรับสัญญาณ 8 ช่อง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยค่าคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อในการหดตัว (Muscle EMG activity) โดยใช้สถิติ Paired T-Test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%CI

ผลการศึกษาพบว่า หลังการใช้โปรแกรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อบริเวณสถานีนงาน โดยในเวลา 0, 15 และ 30 นาที บริเวณหลังส่วนล่าง และไหล่ ทั้งด้านซ้ายและด้านขวา ค่าร้อยละคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อในการหดตัวมีค่าลดลงสรุปแล้วโปรแกรมการการยืดเหยียดกล้ามเนื้อที่บริเวณสถานีนงานสามารถเพิ่มความแข็งแรงและความยืดหยุ่นให้กับกล้ามเนื้อ และช่วยลดความรุนแรงต่อการเกิดอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อได้ อันจะนำไปสู่แผนการจัดการ การบริหารความเสี่ยง และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องในกลุ่มแรงงาน เพื่อเป็นการลดความสูญเสียที่อาจจะเกิดขึ้นและให้กับกลุ่มแรงงานให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ, อาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ, แรงงานนอกระบบ, อาชีพผลิตสิ่งทอ

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding Author: Wipa Chuppawa e-mail: wipa.c@sskru.ac.th)

Abstract

This study the effect of stretching exercises at workstation to reduce of musculoskeletal disorders among informal textile workers. Quasi-experimental research aimed to investigate the effects of a workstation-based stretching program on reducing musculoskeletal disorders among 30 informal textile workers in Kalasin Province, Thailand. The intervention group participated in a stretching program conducted before, during, and after work for a duration of seven consecutive days. Data collection tools included a personal information questionnaire, a muscle stretching activity tracking form, and an 8-channel surface electromyography (EMG) device. The mean muscle EMG activity during muscle contraction was measured and compared using the paired t-test at a 95% confidence interval.

The results revealed that following the implementation of the stretching program, the percentage of EMG activity at 0,15and 30 minutes post-intervention decreased in the lower back and both left and right shoulder regions. In conclusion, the workstation-based stretching program improved muscle strength and flexibility and effectively reduced the severity of musculoskeletal disorders among the informal textile workers and management plan, risk management, and continuous monitoring and evaluation within the workforce to reduce potential losses and enable the workforce to work efficiently.

Keywords: Stretching exercises, Musculoskeletal disorders, Informal workers, Textile workers

บทนำ

ผลิตภัณฑ์สิ่งทอเป็นสินค้าที่สำคัญและสร้างรายได้ให้กับประเทศไทย สำหรับการผลิตรายได้จากภายในระบบและนอกระบบโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพทางเศรษฐกิจและการแข่งขันทางการค้าส่งผลกระทบต่อความมั่นคงในวิถีอาชีพของแรงงาน (วิภา ชูปวาและคณะ 2564 ; สุวิทย์ อินนามมา, 2553) แรงงานนอกระบบอาชีพผลิตสิ่งทอ เป็นอาชีพที่สำคัญอีกอาชีพหนึ่งที่มีลักษณะการทำงานที่ต้องใช้เวลาและความตั้งใจเพื่อให้ได้ผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพและสวยงาม รวมไปถึงมีสิ่งคุกคามสุขภาพที่แรงงานต้องสัมผัสตลอดระยะเวลาการปฏิบัติงาน (รัชณี จุมจีและคณะ, 2566; สงวน ธาณี และคณะ, 2566) มีการศึกษาปัญหาด้านอาชีวอนามัยของแรงงานกลุ่มดังกล่าวพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มประชากรทั้งหมดมีปัญหาอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ (Koiri, 2020)

ปัจจุบันมีรายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพความชุกอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ และได้คาดการณ์ถึงปี พ.ศ. 2593 ของระดับโลก ภูมิภาค และประเทศ พบว่ามีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น และเป็นสภาวะเนื่องจากความบกพร่องทางสุขภาพ (YLD) อันดับที่ 6 ของโลก (Tiffany and Manasi, 2023) ในประเทศไทย รายงานสถานการณ์การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ปี พ.ศ. 2563 - 2567 ของสำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน พบโรคที่เกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานเนื่องจากการทำงาน เป็นอันดับแรก ได้แก่ อาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ รองลงมาคือ โรคจากสาเหตุทางชีวภาพ โรคผิวหนัง และโรคหูตึง ตามลำดับ ทำให้นายจ้างต้องจ่ายเงินทดแทนแก่ลูกจ้างจากสาเหตุดังกล่าวตามสิทธิที่กฎหมายกำหนดไว้ (Workers' Compensation Fund Social Security Office, 2025) อาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อนั้นมีความสัมพันธ์กับอาชีพและลักษณะงานที่ทำ พบมากในแรงงานที่มีอิริยาบถการเคลื่อนไหวร่างกายที่ผิด

ธรรมชาติ หรือลักษณะงานที่มีการก้มเงย การยืนหรือนั่ง การออกแรงบิดส่วนต่างๆ ของร่างกาย ตลอดระยะเวลาการทำงาน รวมไปถึงการใช้อุปกรณ์ที่ไม่เหมาะสมกับผู้ใช้ (Thailand Institute of Occupational safety and Health, 2019)

จังหวัดกาฬสินธุ์เป็นแหล่งผลิตสิ่งทอที่สำคัญในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ทั้งผ้าไหมแพรวา ผ้ามัดหมี่ และผ้าฝ้าย ทำให้ประชาชนในพื้นที่มีอาชีพเกี่ยวกับการตัดเย็บที่หลากหลาย ทั้งรวมกลุ่มและการทำงานในครัวเรือน ออกแบบตัดเย็บและจำหน่ายเอง และบางกลุ่มนำผ้าที่ออกแบบแล้วจากโรงงานมาตัดเย็บที่บ้านของตนเอง ทำให้แรงงานต้องสัมผัสกับสภาพแวดล้อมและท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงาน (สุนิสา ชายเกลี้ยงและคณะ, 2560) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในกลุ่มแรงงานนอกระบบอาชีพผลิตสิ่งทอที่สัมผัสกับปัญหาสุขภาพจากการทำงาน จึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อเพื่อลดอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ และนำผลการศึกษาและองค์ความรู้ที่ได้มาช่วยในการลดอาการดังกล่าวที่อาจก่อให้เกิดความสูญเสียในระบบการทำงาน รวมไปถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล นำไปสู่การดูแลและป้องกันตนเอง ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานและคุณภาพชีวิตของแรงงานที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อบริเวณสถานีงาน เพื่อลดอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ในแรงงานนอกระบบอาชีพผลิตสิ่งทอ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อบริเวณสถานีงานเพื่อลดอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ในแรงงานนอกระบบอาชีพผลิตสิ่งทอ จังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง คือ แรงงานนอกระบบอาชีพผลิตสิ่งทอ จังหวัดกาฬสินธุ์ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างตามเขตสถานที่ โดย 1) มีลักษณะที่คล้ายกันทั้งในส่วนของคุณลักษณะทางภูมิศาสตร์ 2) มีลักษณะการดำรงชีวิตที่คล้ายคลึงกัน 3) มีท่าทางการทำงานที่คล้ายกัน 4) มีระยะเวลาปฏิบัติงานที่ใกล้เคียงกัน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) เป็นแรงงานนอกระบบอาชีพผลิตสิ่งทอ ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 3 เดือน 2) สามารถสื่อสารความหมายและเข้าใจภาษาไทยได้ 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และเกณฑ์คัดออก คือ แรงงานนอกระบบอาชีพผลิตสิ่งทอที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน โดยคำนวณจากสูตร คำนวณได้จากสูตร ดังนี้

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

โดย n = ขนาดตัวอย่างจากการคำนวณ

Z_α = สถิติ Z ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% มีค่าเท่ากับ 1.96

Z_β = อำนาจการทดสอบ มีค่าเท่ากับ 0.84

σ^2 = ความแปรปรวน มีค่าเท่ากับ 1.38

μ_1 = ค่าเฉลี่ย ความรุนแรงของอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อก่อนการทดลอง มีค่าเท่ากับ 5.74

μ_2 = ค่าเฉลี่ย ความรุนแรงของอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อหลังการทดลอง มีค่าเท่ากับ 5.15

$$= \frac{(1.96 + 0.84)^2 1.38}{(5.74 - 5.15)^2}$$

$$= 30.0$$

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อบริเวณสถานงาน(Department of Physical Therapy, 2025) กำกับติดตามตลอดระยะเวลา 7 วัน โดยวิธีการบริหารร่างกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อบริเวณสถานงาน 8 ท่าในส่วนต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ กล้ามเนื้อคอด้านหลัง กล้ามเนื้อคอด้านข้าง กล้ามเนื้อสะบักด้านใน กล้ามเนื้อสะบักด้านหลัง กล้ามเนื้อหน้าอก กล้ามเนื้อด้านหลังแขนท่อนล่าง กล้ามเนื้อด้านหน้าแขนท่อนล่าง และกล้ามเนื้อหน้าท้องและร่างกาย ก่อนปฏิบัติงาน ระหว่างปฏิบัติงาน และหลังปฏิบัติงาน เป็นระยะเวลาท่าละ 10 วินาที ทำซ้ำ 5 ครั้ง กำกับติดตามตลอดระยะเวลา 7 วัน ทั้งนี้ หากมีอาการปวด ชา ร้าว หรือความผิดปกติอื่นๆ ให้หยุดทำทันที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ประสิทธิภาพการทำงาน ระยะเวลาการทำงาน (ชั่วโมง/วัน) ระยะเวลาการทำงาน (วัน/สัปดาห์) และระยะเวลาในการหยุดพักระหว่างทำงาน (นาที/ครั้ง) และแบบบันทึกการติดตามการบริหารร่างกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อ

3. วัสดุอุปกรณ์ ได้แก่ เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อ (Electromyography) ชนิดรับสัญญาณที่ผิวหนัง (Surface Electromyography) รับสัญญาณ 8 ช่อง ยี่ห้อ NORAXON พร้อมอุปกรณ์ติดตั้ง

การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) จากนั้นเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ แล้วนำแบบสอบถามและเครื่องมือที่จะใช้มาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม โดยค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามค่าความเชื่อมั่น IOC (Index of Item – Objective Congruence) = 0.89 และการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) = 0.92

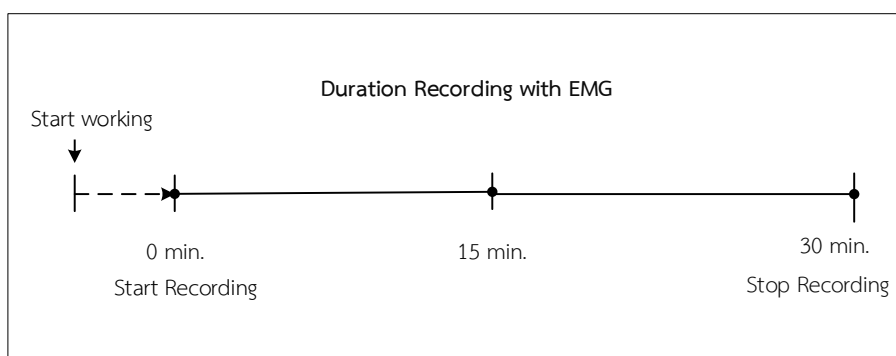
การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลยื่นต่อองค์การบริหารส่วนตำบล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ หลังจากนั้นประชุมชี้แจงรายละเอียดและวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกผู้ช่วยวิจัยเพื่อใช้เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อ (Electromyography) ดังนี้ (Błaszczyk and Ogurkowaska, 2022; Cardenas et.al., 2024; สมชาย รัตนทองคำ, 2555)

1. หาดำแหน่งกล้ามเนื้อ และติดขั้วรับสัญญาณคลื่นไฟฟ้า อิเล็กโทรดชนิดผิว (Surface electrode) บริเวณส่วนของกล้ามเนื้อทั้งทางด้านซ้ายและขวา และทำความสะอาดบริเวณที่ทำการติดแผ่นอิเล็กโทรดชนิดผิว ด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์ความเข้มข้น 70 เปอร์เซ็นต์ โดยการติดแผ่นอิเล็กโทรดชนิดผิว (Electrode) จะติดห่างจาก

Spinous process โดยตำแหน่งที่ใช้ตรวจวัดในการวิจัยครั้งนี้ 4 ตำแหน่ง ได้แก่ หลังส่วนล่าง (Spinal erectors) และ ไหล่ (Trapezius) ด้านซ้ายและด้านขวา

2. เวลาที่บันทึกในช่วงกลุ่มตัวอย่างมีการทำงาน 30 นาที จะถูกแบ่งการบันทึกออกเป็น 3 ช่วง คือ ช่วงนาที่ที่ 0, 15 และ 30 นาที แต่ละช่วงนาน 1 นาที
3. บันทึกข้อมูลจากเครื่อง EMG เป็นเวลา 30 นาทีในขณะที่กลุ่มตัวอย่างกำลังปฏิบัติงาน
- 4 นำผลสัญญาณทางไฟฟ้าที่ได้ไปวิเคราะห์ เป็นค่าร้อยละคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อในการหดตัว (Muscle EMG activity)
5. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลก่อนเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป



ภาพที่ 1 ระยะเวลาในการบันทึกผลคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา โดยการใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) สัดส่วน (Proportion) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เพื่ออธิบายคุณลักษณะของแรงงานนอกระบบอาชีพผลิตสิ่งทอ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป และค่าร้อยละคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อในการหดตัว
2. สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยค่าคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อในการหดตัว โดยใช้สถิติ Paired T-Test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 286-193/2565 ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงคุณธรรมและจริยธรรมในการวิจัยอย่างเคร่งครัด การเก็บรวบรวมข้อมูลใดไม่ว่าจะเป็นเอกสารและหลักฐานในการศึกษาวิจัยรูปแบบใดจะต้องได้รับอนุญาตและเต็มใจจากผู้ร่วมวิจัยทุกครั้ง เพื่อให้งานวิจัยเป็นงานที่มีความหนักแน่นและน่าเชื่อถือด้วยควมมีคุณธรรมและจริยธรรม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 93.30 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.50 – 24.90 คิดเป็นร้อยละ 56.70 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.30 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ชั่วโมง/วัน คิดเป็นร้อยละ 63.30

และ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 5 วัน/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 76.70 สำหรับระยะเวลาในการพักระหว่างปฏิบัติงาน มากกว่าหรือเท่ากับ 30 นาทีต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 73.30 ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของในแรงงานนอกระบบอาชีพผลิตสิ่งทอ (n = 30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n)	ร้อยละ(%)
เพศ		
ชาย	2	6.70
หญิง	28	93.30
อายุ		
≤ 50	15	50.00
> 50	15	50.00
Mean = 50.03, S.D. = 12.05, Min. = 27.00, Max. = 71.00		
ดัชนีมวลกาย		
< 18.50	5	16.70
18.50 – 24.90	17	56.70
25.00 – 29.90	4	13.30
≥ 30.00	4	13.30
ประสบการณ์ทำงาน (ปี)		
< 10	14	46.70
≥ 10	16	53.30
Mean = 11.63, S.D. = 8.71, Min. = 1.00, Max. = 30.00		
ระยะเวลาปฏิบัติงาน (ชม./วัน)		
< 5	11	36.70
≥ 5	19	63.30
Mean = 5.43, S.D. = 2.25, Min. = 1.00, Max. = 9.00		
ระยะเวลาปฏิบัติงาน (วัน/สัปดาห์)		
< 5	7	23.30
≥ 5	23	76.70
ระยะเวลาพักระหว่างปฏิบัติงาน (นาที)		
< 30	8	26.70
≥ 30	22	73.30
Mean = 37.83, S.D. = 18.03, Min. = 10, Max. = 60		

2. การวิเคราะห์การตรวจสัญญาณกระแสไฟฟ้ากล้ามเนื้อ

ผลการวิเคราะห์การตรวจสัญญาณไฟฟ้ากล้ามเนื้อ (Electromyography) ชนิดรับสัญญาณที่ผิวหนังของกลุ่มทดลอง โดยประเมินใช้ค่าร้อยละคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อในการหดตัว (Muscle EMG activity) ในเวลาที่ 0, 15, 30 นาที บริเวณตำแหน่งของร่างกาย ได้แก่ หลังส่วนล่าง (Spinal erectors) และไหล่ (Trapezius) ด้านซ้ายและด้านขวา ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลวิเคราะห์การตรวจสัญญาณไฟฟ้ากล้ามเนื้อ นาฬิกาที่ 0 15 และ 30 (n = 30)

ตำแหน่งร่างกาย นาฬิกา	ก่อนทดลอง (μ V)	หลังทดลอง (μ V)	MD	S.D.	SE	t	P-value
หลังส่วนล่าง (ซ้าย)							
0	464.07	351.52	-192.55	88.02	16.89	-9.86	<0.001
15	394.78	375.07	-149.73	73.30	14.21	-8.94	<0.001
30	272.43	280.52	-81.93	42.44	8.57	-7.61	<0.001
หลังส่วนล่าง (ขวา)							
0	298.23	285.32	-104.35	34.08	7.05	-14.81	<0.001
15	503.52	327.63	-136.14	134.14	23.12	-8.53	<0.001
30	496.56	417.28	-59.21	68.09	13.25	-5.82	<0.001
บ่า/ไหล่ (ซ้าย)							
0	575.01	580.66	-104.35	36.96	7.57	-13.22	<0.001
15	664.54	498.42	-136.14	37.38	7.65	-14.94	<0.001
30	436.28	416.07	-100.21	44.50	8.94	-11.04	<0.001
บ่า/ไหล่ (ขวา)							
0	1398.59	1386.32	-112.27	60.83	10.93	-9.61	<0.001
15	1342.87	1340.87	-102.00	50.12	9.97	-10.14	<0.001
30	1251.52	1340.88	-89.38	77.46	14.96	-6.16	<0.001

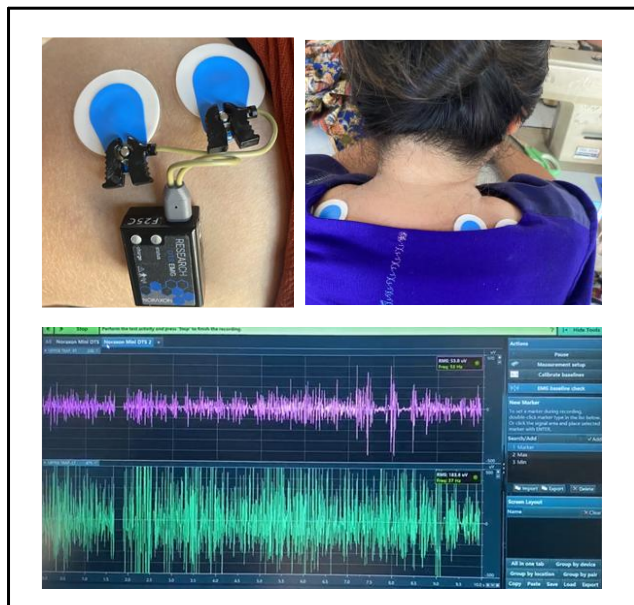
จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อในการหดตัวของกลุ่มตัวอย่าง ในเวลา 0, 15, 30 นาฬิกา ด้วยเครื่อง Electromyography (EMG) ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ตำแหน่งของร่างกาย 4 ตำแหน่ง ได้แก่ หลังส่วนล่าง (Spinal erectors) และไหล่ (Trapezius) ด้านซ้ายและด้านขวา ได้แก่ รายละเอียดดังนี้

1) ตำแหน่งที่ 1 หลังส่วนล่าง (ด้านซ้าย) นาฬิกาที่ 0, 15 และ 30 พบว่า ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมเพื่อลดความเสี่ยงอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ค่าคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อในการหดตัวของกลุ่มตัวอย่างลดลงอยู่ที่ 192.55, 149.73 และ 81.93 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) ตำแหน่งที่ 2 หลังส่วนล่าง (ด้านขวา) นาฬิกาที่ 0, 15 และ 30 พบว่า ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมเพื่อลดความเสี่ยงอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ค่าคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อในการหดตัวของกลุ่มตัวอย่างลดลงอยู่ที่ 104.35, 136.14 และ 59.21 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3) ตำแหน่งที่ 3 บ่า/ไหล่ (ด้านซ้าย) 0, 15 และ 30 พบว่า ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมเพื่อลดความเสี่ยงอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ค่าคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อในการหดตัวของกลุ่มตัวอย่างลดลงอยู่ที่ 104.35, 136.14 และ 100.21 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4) ตำแหน่งที่ 4 บ่า/ไหล่ (ด้านขวา) 0, 15 และ 30 พบว่า ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมเพื่อลดความเสี่ยงอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ค่าคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อในการหดตัวของกลุ่มตัวอย่างลดลงอยู่ที่ 112.27, 102.00 และ 89.38



ภาพที่ 2 ตำแหน่งวัดคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อและหน้าจอแสดงผล

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าโปรแกรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อบริเวณสถานีงาน ก่อนการปฏิบัติงาน ระหว่างการปฏิบัติงาน และหลังการปฏิบัติงานเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า หลังการใช้โปรแกรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อบริเวณสถานีงาน มีค่าร้อยละคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อในการหดตัวลดลง เนื่องจากลักษณะการปฏิบัติงานของแรงงานนอกระบบอาชีพผลิตสิ่งทอมีลักษณะท่าทางการทำงานซ้ำๆ และทำงานในลักษณะงานนั่งเป็นระยะเวลานาน เป็นสาเหตุที่มีผลทำให้กล้ามเนื้อเคลื่อนไหวได้น้อยลง นำไปสู่การหดรั้งกล้ามเนื้อจนนำไปสู่การบาดเจ็บ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อจึงเป็นการออกกำลังกายที่ควรทำควบคู่กันไประหว่างการปฏิบัติงาน เพื่อลดอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ (Kisner and Colby, 2007) จากการทบทวนวรรณกรรมมีงานวิจัยของ Parry et. al., 2019 ให้ข้อเสนอแนะว่าการยืดเหยียดกล้ามเนื้อที่สถานีงานช่วยการลดอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ เพิ่มความแข็งแรงและความทนทานต่อร่างกาย ทำได้ง่าย ค่าใช้จ่ายน้อย และรู้สึกดีขึ้นหลังจากได้ทำ จากงานวิจัยของ Boyette and Bell, 2021 ได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายด้วยวิธีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อที่สถานีงาน เพื่อป้องกันอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงาน พบว่า โปรแกรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อที่สถานีงานช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มไม่ได้รับโปรแกรม นอกจากนี้ งานวิจัยของ Soares C. et al. 2023 ได้ศึกษาโปรแกรมการลดอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อสำหรับการปฏิบัติงานในท่านั่ง พบว่า โปรแกรมการออกกำลังกายช่วยให้ผลประเมินด้านการยศาสตร์ดีขึ้นหลังการใช้โปรแกรม

ในขณะที่ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้นี้ยังพบว่า เมื่อระยะเวลาการปฏิบัติงานที่เพิ่มมากขึ้นค่าร้อยละคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อในการหดตัวมีค่าลดลงทั้งก่อนและหลังการทดลอง เนื่องจากการเป็นการประเมินค่าคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อในการหดตัว เมื่อค่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่วัดได้จากเครื่องวัดคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อมีค่ามาก แสดงว่ากล้ามเนื้อมัดนั้นมีความการหดตัวของกล้ามเนื้อมาก หากการหดตัวของกล้ามเนื้อมีค่าที่น้อยอาจเกิดเป็นความล้าของกล้ามเนื้อได้ (Chaiklieng S., 2023) โดยความล้าของกล้ามเนื้อเกิดจากการที่กล้ามเนื้อได้รับการกระตุ้นให้หดตัวเป็นเวลานานทำให้

ประสิทธิภาพความแรงในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลงจนไม่สามารถหดตัวต่อไปได้อีกแม้จะเพิ่มความแรงของตัวกระตุ้น จนในที่สุดจะอยู่ในสภาพหมดกำลังหรือหมดเรี่ยวแรง (Pornpailin and Sunisa, 2022)

นอกจากนี้ ยังพบว่าโปรแกรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อบริเวณสาคางนก่อนการปฏิบัติงาน ระหว่างการปฏิบัติงาน และหลังการปฏิบัติงานที่จะสามารถให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นต้องมีบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดกำกับติดตามตลอดระยะเวลาในการดำเนินการทดลองใช้โปรแกรม ทั้งนี้ มีงานวิจัยของ Okoye et al. 2022 ที่ศึกษาโปรแกรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อเนื่องร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม โดยเน้นให้ครอบครัวและชุมชนมีความรู้และสามารถแนะนำ ให้กำลังใจและกระตุ้นกลุ่มตัวอย่างให้มีความมั่นใจในตนเองสามารถใช้โปรแกรมได้ดีขึ้น และงานวิจัยของ หัสยาพร อินทยศ และฤทธิพล สมฤทธิ์ (2566) พบว่า การมีแรงสนับสนุนจากคนรอบข้าง ทั้งคนในชุมชน ครอบครัว และคณะผู้วิจัยคอยให้ข้อมูล ให้กำลังใจและสะท้อนคิด ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางดีขึ้น

โดยสรุปแล้ว การประเมินผลการใช้การตรวจสัญญาณไฟฟ้ากล้ามเนื้อ Electromyography ชนิดรับสัญญาณที่ผิวหนังของกลุ่มตัวอย่าง โดยประเมินใช้ค่าร้อยละคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อในการหดตัว (Muscle EMG activity) ในเวลาที่ 0, 15, 30 นาที ซึ่งบริเวณตำแหน่งของร่างกายที่พบความชุกของการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ได้แก่ หลังส่วนล่าง (Spinal erectors) และไหล่ (Trapezius) ด้านซ้ายและด้านขวา พบว่า หลังการใช้โปรแกรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อบริเวณสาคางน มีค่าร้อยละคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อในการหดตัวลดลง รวมถึงเมื่อระยะเวลาการปฏิบัติงานที่เพิ่มมากขึ้นค่าร้อยละคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อในการหดตัวมีค่าลดลงทั้งก่อนและหลังการทดลอง เนื่องจากระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่เพิ่มขึ้นความสัมพันธ์ต่อค่าร้อยละของคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อที่น้อยลงนำไปสู่ความล้าของกล้ามเนื้อของแรงงานกลุ่มดังกล่าว รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมช่วยให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ข้อเสนอแนะให้ผู้ปฏิบัติงานกำหนดเวลาการทำงาน และกำหนดช่วงเวลาหยุดพักครั้งละ 10-15 นาที ในทุก 30 นาที ซึ่งจะเป็นการช่วยลดความเมื่อยล้าที่สะสมจากการทำงาน รวมถึงการยืดเหยียดกล้ามเนื้อสม่ำเสมอจะเพิ่มความแข็งแรงและเพิ่มความยืดหยุ่นให้กับกล้ามเนื้อเป็นการลดความรุนแรงได้ นอกจากนี้ ควรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อเป็นการเฝ้าระวังอาการเจ็บป่วย รวมถึงสถานประกอบการสามารถนำโปรแกรมไปปรับใช้ตามบริบทของพื้นที่เพื่อช่วยลดปัญหาอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความพิการในอนาคตได้

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการศึกษาครั้งนี้ควรศึกษาข้อมูลในการทำงานเพิ่มเติม เช่น จำนวนจุดส่วนของร่างกายในการตรวจวัด บริเวณร่างกายส่วนล่าง ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เพิ่มขึ้น รวมไปถึงออกแบบและพัฒนาวัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของแรงงานควบคู่กับโปรแกรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนมากยิ่งขึ้น อันจะนำไปสู่แผนการจัดการ การบริหารความเสี่ยง และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องในกลุ่มแรงงาน เพื่อเป็นการลดความสูญเสียที่อาจจะเกิดขึ้นและให้กับกลุ่มแรงงานให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

References

- รัชนี จุมจิ, คมสันต์ ธงชัย, วิลาวัลย์ ซาตา, เพ็ญมาศ สุคนธจิตต์, จุฬาร คำรัตน์, คุณากร บุตรชัย. การประเมินความเสี่ยงจากการทำงานในแรงงานนอกระบบกลุ่มเย็บผ้ากรณีศึกษา ตำบลไผ่ใหญ่ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี. (2566). *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*, 12(2), 15-25.
- วิภา ชูปวา, นิรุวรรณ เทรินโบล, วิลาวัลย์ ซาตา, วิศิษฐ์ ทองคำ, ช่างชัย ชูปวา และสุพัตรา แก้วเมือง. (2564). คุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเจ็บปวดทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในกลุ่มแรงงานผลิตสิ่งทอ จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ*, 14(1), 165-175.
- สงวน ธานี, สมจิตต์ ลูประสงค์, ยมนา ชนะนิล และรวีวรรณ เผ่ากันหา. (2566). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของสตรีทอผ้าในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(4), 177-185.
- สมชาย รัตนทองคำ. (2555). การตรวจประสาท-กล้ามเนื้อด้วยไฟฟ้า. *เอกสารประกอบการบรรยาย วิชาไฟฟ้าบำบัดและเครื่องมือการภาพบำบัด*, Issue.
- สุนิสา ชายเกลี้ยง, ธวัชชัย คำป้อม และวรวรรณ ภูษาตา. (2560). การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพด้านการสัมผัสปัจจัยการยศาสตร์ ของแรงงานนอกระบบกลุ่มเย็บผ้าสำเร็จรูป. *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา*, 12(1), 99-111.
- สุวิทย์ อินนามมา. (2553). แรงงานนอกระบบ: วิถีชีวิต การทำงาน การดูแลสุขภาพและสังคม กรณีศึกษากลุ่มเย็บผ้าตำบลบ้านเม็ง อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 4(3), 379-392.
- หัตยาพร อินทยศ และฤทธิพล สมฤทธิ์. (2023). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงล้ม. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 6(2), e264520.
- Błaszczyk, A. and Ogurkowska, M. B. (2020). The use of electromyography and kinematic measurements of the lumbar spine during ergonomic intervention among workers of the production line of a foundry. *PeerJ.*, 10, e13072.
- Boyette, J., and Bell, J. (2021). A scoping review of the use of exercise-based upper extremity injury prevention programs for industrial workers. *J Hand Ther*, 34(2), 250-262.
- Cardenas, A., Andrew, K., Albert, W. J., Léger, M., Dion, C., and Cardoso, R. (2024). Effects of implementing an active sitting protocol compared to using a traditional office chair and standing workstation. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 101, 103587.
- Chaiklieng Sunisa. (2023). Effectiveness of ergonomics management on risk reduction of work-related musculoskeletal disorders among textile export industrial workers. *Human Factors for Apparel and Textile Engineering*, 86, 29-38.
- Department of Physical Therapy. (2025). 8 upper body stretches. Manarom hospital [Online]. Retrieved March 5, from: <https://www.manarom.com>.
- Kisner, C. and Colby, LA. (2007). *Therapeutic Exercise : Foundation and Techniques* (5, Ed.), Davis Plus.
- Koiri, P. (2020). Occupational health problems of the handloom workers: A cross sectional study of Sualkuchi, Assam, Northeast India. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 8(4), 1264-1271.

- Okoye, E. C., Onwuakagba, I. U., Akile, C. C., Okonkwo, U. P., Akosile, C. O., Mgbeojedo, U. G., Oyewumi, T. J., & Kubeyinje, O. S. (2022). Social Support, General Self-Efficacy, Fear of Falling, and Physical Activity Among Older Adults in a Middle-Income Country. *Gerontol Geriatr Med*, 8.
- Parry, P., Coenen, P., Shrestha, N., OSullivan, B., Maher, G., and Straker, M. (2019). Workplace interventions for increasing standing or walking for decreasing musculoskeletal symptoms in sedentary workers. *Cochrane Database Syst Rev*, 11.
- Pornpailin Tidagoon and Sunisa Chaiklieng. (2022). Electromyography in industrial workers: a systematic review. *Safety and environment review*, 31(2), 44-51.
- Soares, C., Shimano, N., Marcacine, R., Fernandes, L., de Castro, L., and de Walsh, P. (2023). Ergonomic interventions for work in a sitting position: an integrative review. *Rev Bras Med Trab*, 21(1), e2023770.
- Tiffany, K and Manasi, M. (2023). Global, regional, and national burden of other musculoskeletal disorders, 1990–2020, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Rheumatology*, 5(11), 670 – 682.
- Thailand Institute of Occupational Safety and Health Public Organization. (2019). Ergonomics Manual for Lifting and Handling Operations Improvement (1, Ed.). Chayakorn printing company limited, Bangkok.
- Workers' Compensation Fund Social Security Office. (2025). *Situations of work-related injuries or illnesses 2020 – 2024*. Ministry of Labor [Online]. Retrieved March 10, from: <https://www.sso.go.th/wpr/main>.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กอายุ 3-5 ปี
ของผู้ปกครองตำบลบ้านโชน อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์

Factors Related to Oral Health Care Behaviors in of Children Aged 3-5 Years
Among Parents in Ban Phot Subdistrict, Nong Phai District, Phetchabun Province

กัญจนพร วรรณ¹, ถาวร มาตัน²

Ganjanaporn Wanna¹, Tavorn Maton²

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโชน จังหวัดเพชรบูรณ์¹, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง²
Ban Phot Subdistrict Health Promoting Phetchabun¹, Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University²

(Received: May 1, 2025; Revised: August 11, 2025; Accepted: August 28, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยข้อมูลทั่วไป ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี ของผู้ปกครอง รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองในตำบลบ้านโชน อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยประยุกต์กรอบแนวคิด PRECEDE Framework มาใช้ในการวิเคราะห์ การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ปกครองของเด็กอายุ 3-5 ปี จำนวน 125 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติการทดสอบไคสแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ สภาวะสุขภาพช่องปากเด็ก และปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมองค์ความรู้ ทักษะ การเข้าถึงอุปกรณ์การดูแลสุขภาพช่องปาก การเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม และการสนับสนุนจากแหล่งข้อมูลและบุคคลรอบข้าง เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กในช่วง 3-5 ปี อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก, ผู้ปกครอง, เด็กอายุ 3-5 ปี, PRECEDE Framework

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: Ganjanaporn Wanna, E-mail: sanooker_zaa@hotmail.com)

Abstract

This study aimed to examine general demographic factors, predisposing, enabling, and reinforcing factors, as well as the oral health care behaviors of parents in children aged 3-5 years. It also investigated the relationship between these factors and parental oral health care behaviors in Ban Phot Subdistrict, Nong Phai District, Phetchabun Province. The PRECEDE Framework was applied for the analysis. This research was a descriptive cross-sectional study. The sample group consisted of 125 parents of children aged 3-5 years residing in the study area. Data were collected using a questionnaire and analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, and Pearson's correlation coefficients.

The findings revealed that general demographic factors, including the child's oral health condition, along with predisposing, enabling, and reinforcing factors, were significantly associated with parents' oral health care behaviors for their children at the 0.05 level of statistical significance. This

study highlights the importance of promoting knowledge, positive attitudes, access to oral health care products, dental care services and support from information sources and surrounding individuals to sustainably improve oral health care behaviors among young children aged 3-5 years.

Keywords: Oral health behavior, parents, children aged 3–5 years, PRECEDE Framework

บทนำ

สุขภาพช่องปากนับเป็นองค์ประกอบสำคัญของสุขภาพองค์รวม โดยเฉพาะในเด็กปฐมวัยซึ่งอยู่ในช่วงวัยแห่งการพัฒนาทักษะพื้นฐาน อาทิ การพูด การบดเคี้ยวอาหาร ตลอดจนการเรียนรู้พฤติกรรมด้านสุขภาพที่อาจส่งผลในระยะยาว องค์การอนามัยโลก (WHO, 2022) ระบุว่า โรคฟันผุยังคงเป็นปัญหาทางสุขภาพที่มีความชุกสูงในกลุ่มเด็กทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งโรคดังกล่าวเชื่อมโยงกับภาวะโภชนาการที่ไม่สมดุล การหยุดชะงักของการเรียนรู้ และคุณภาพชีวิตที่ลดลงในระยะยาว

ในบริบทของประเทศไทย (กรมอนามัย, 2566) รายงานว่า เด็กอายุ 3 ปี มีอัตราการเกิดโรคฟันผุอยู่ที่ร้อยละ 47.0 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 72.1 ในกลุ่มเด็กอายุ 5 ปี สะท้อนถึงปัญหาทันตสุขภาพในวัยเด็กที่ยังขาดการจัดการอย่างเป็นระบบ สาเหตุสำคัญของปัญหานี้ ได้แก่ การแปรงฟันที่ไม่ถูกวิธี การบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลในปริมาณสูง ตลอดจนการขาดการดูแลจากผู้ปกครองอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในกรณีที่ปล่อยให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเองตั้งแต่อายุยังน้อย โดยไม่มีการแปรงซ้ำหรือกำกับดูแลพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด

ในระดับพื้นที่ จังหวัดเพชรบูรณ์ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์, 2568) ซึ่งมีลักษณะเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ยังประสบปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะในบางตำบลซึ่งมีข้อจำกัดเชิงระบบสถานการณ์ในตำบลบ้านโนน อำเภอนองไผ่ พบข้อมูลจากการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนน ในปีงบประมาณ 2568 พบว่า เด็กในกลุ่มอายุดังกล่าวมีอัตราการเกิดโรคฟันผุสูงถึง ร้อยละ 55.20 (รายงานผลการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนน, 2568) ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนถึงข้อจำกัดของมาตรการส่งเสริมและป้องกันโรคในระดับท้องถิ่น ปัญหาโรคฟันผุในเด็กจึงมิได้เป็นเพียงประเด็นด้านสุขภาพช่องปากเท่านั้น หากแต่มีนัยสำคัญเชิงพัฒนาการเด็กในหลากหลายมิติ ทั้งด้านโภชนาการ การพูดสื่อสาร พฤติกรรมทางสังคม และภาวะสุขภาพในอนาคต การปล่อยให้ปัญหานี้ยืดเยื้ออาจนำไปสู่การสูญเสียฟันก่อนวัยอันควร การเรียงตัวผิดปกติของฟันแท้ รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายด้านทันตกรรมที่เพิ่มขึ้นในระยะยาว (American Academy of Pediatric Dentistry, 2525)

การแก้ไขปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยแนวทางที่เป็นระบบและบูรณาการ โดยกรอบแนวคิด PRECEDE Framework (Green & Kreuter, 2005) ซึ่งเป็นเครื่องมือทางพฤติกรรมศาสตร์ด้านการวางแผนสุขภาพ ได้รับการยอมรับว่าเหมาะสมในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยพิจารณาองค์ประกอบหลัก ได้แก่ ปัจจัยนำ ความรู้ ทักษะ ปัจจัยเอื้อ การเข้าถึงทรัพยากร บริการ หรือข้อมูลด้านสุขภาพ ปัจจัยเสริม การสนับสนุนจากครอบครัว บุคลากรสุขภาพ หรือแหล่งเรียนรู้ในชุมชน การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปีของผู้ปกครอง ในตำบลบ้านโนน อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด PRECEDE Framework เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนการวางแผนมาตรการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี มีในระดับพื้นที่ให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม และนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของเด็กในระยะยาวอย่างยั่งยืน

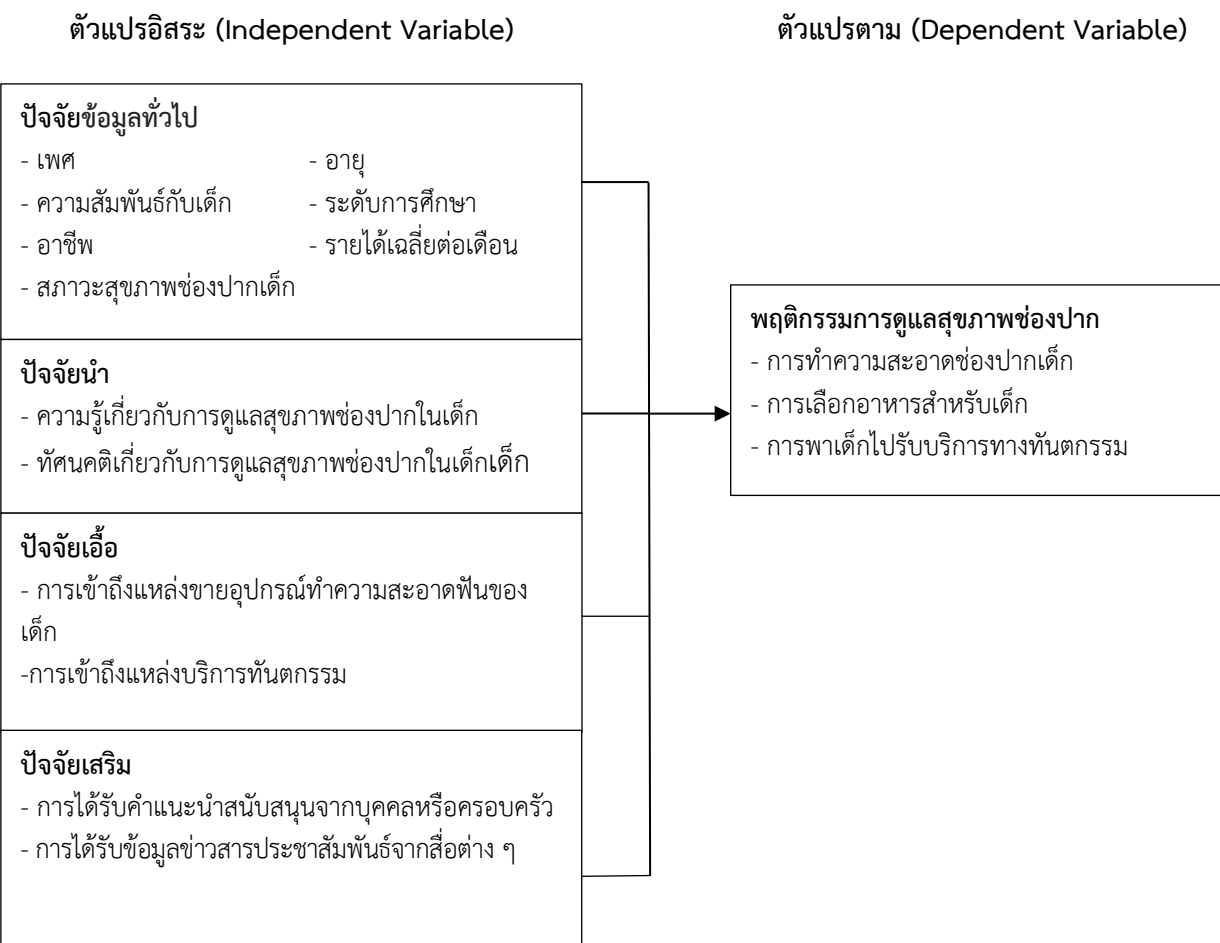
วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาปัจจัยข้อมูลทั่วไป ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กอายุ 3-5 ปี ของผู้ปกครอง ตำบลบ้านโพน อำเภอนongไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์
2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลทั่วไป ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กอายุ 3-5 ปีของผู้ปกครองเด็ก ตำบลบ้านโพน อำเภอนongไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์

สมมติฐานของการศึกษา

1. ปัจจัยข้อมูลทั่วไปมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็ก อายุ 3-5 ปีของผู้ปกครอง ตำบลบ้านโพน อำเภอนongไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์
2. ปัจจัยนำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็ก อายุ 3-5 ปีของผู้ปกครอง ตำบลบ้านโพน อำเภอนongไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์
3. ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็ก อายุ 3-5 ปีของผู้ปกครอง ตำบลบ้านโพน อำเภอนongไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์
4. ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็ก อายุ 3-5 ปีของผู้ปกครอง ตำบลบ้านโพน อำเภอนongไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey research) แบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กอายุ 3-5 ปี ของผู้ปกครอง ตำบลบ้านโนน อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ พื้นที่ศึกษามีรายงานผลการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากในปีงบประมาณ 2568 พบว่าเด็กในช่วงอายุดังกล่าวมีอัตราการเกิดโรคฟันผุสูงถึงร้อยละ 55.20 (รายงานผลการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนน, 2568) ปัญหานี้ไม่เพียงส่งผลต่อสุขภาพช่องปาก แต่ยังผลกระทบต่อหลายมิติของพัฒนาการเด็ก ทั้งด้านโภชนาการ การเจริญเติบโต การพูดสื่อสาร พฤติกรรมทางสังคม และคุณภาพชีวิต รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการสูญเสียฟันก่อนวัย การเรียงตัวฟันแท้ผิดปกติ และภาระค่าใช้จ่ายด้านทันตกรรมในระยะยาว (American Academy of Pediatric Dentistry, 2525)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย คือ ผู้ปกครองของเด็กอายุ 3-5 ปี ที่อาศัยอยู่จริงตามทะเบียนบ้านเลขที่ของตำบลบ้านโนน อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวนทั้งสิ้น 125 คน ใช้ประชากรทั้งหมด เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากทั้งหมด 13 หมู่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ปัจจัยข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับเด็กที่หลานเลี้ยงดู ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กที่เลี้ยงดู โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมข้อความ (Open End) จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของผู้ปกครอง จำนวน 15 ข้อ โดยมีข้อคำตอบถูก จำนวน 8 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 3, 6, 8, 9, 14 และ 15 และจำนวนข้อคำตอบผิด จำนวน 7 ข้อ คือ 4, 5, 7, 10, 11, 12 และ 13 เป็นแบบให้เลือกตอบว่า ตอบถูก หรือ ตอบผิด หรือไม่ทราบ โดยแบ่งกลุ่มโดยวิธีการกำหนดเกณฑ์ตามช่วงคะแนนตามแนวคิดของ Bloom (1971)

ตอบถูกต้อง	1	คะแนน
ตอบผิด	0	คะแนน
ตอบไม่ทราบ	0	คะแนน
ค่าเฉลี่ยคะแนน	ช่วงคะแนน	ระดับความรู้
ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป	12 - 15 คะแนน	สูง
ร้อยละ 60 - 79	9 - 11 คะแนน	ปานกลาง
น้อยกว่าร้อยละ 60	0 - 8 คะแนน	ต่ำ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยนำ ทักษะคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก จำนวน 10 ข้อ โดยมีข้อคำถามเชิงบวก 5 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 5 ข้อ ซึ่งลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ประยุกต์มาจากมาตราการวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยผู้ศึกษาประยุกต์มาใช้ กำหนดให้ แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับทัศนคติ	การให้คะแนนทางบวก	การให้คะแนนทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินผลระดับทัศนคติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็ก โดยแบ่งคะแนนเฉลี่ยระดับทัศนคติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็ก เป็น 3 ระดับ ทัศนคติระดับสูง ทัศนคติระดับปานกลาง ทัศนคติระดับต่ำ โดยพิจารณาระดับคะแนนตามแนวคิดของ Best ดังนี้โดยพิจารณาแบบรายข้อตามเกณฑ์ของ (Best JW, 1981)

$$\begin{aligned}\text{ค่าความต่างระดับ} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับทัศนคติ}} \\ &= \frac{5 - 1}{5} \\ &= 1.33\end{aligned}$$

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง มีทัศนคติระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง มีทัศนคติระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง มีทัศนคติระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย การเข้าถึงแหล่งขายอุปกรณ์ทำความสะอาดฟันของเด็ก, การเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม จำนวน 9 ข้อ ซึ่งลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ประยุกต์มาจากมาตราวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) โดยผู้ศึกษาประยุกต์มาใช้

กำหนดให้ แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

การเข้าถึงเป็นประจำ	หมายถึง	5
การเข้าถึงบ่อยครั้ง	หมายถึง	4
การเข้าถึงบางครั้ง	หมายถึง	3
การเข้าถึงนานๆครั้ง	หมายถึง	2
ไม่เคยการเข้าถึง	หมายถึง	1

โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินผลการแบ่งระดับการเข้าถึงแหล่งขายอุปกรณ์ทำความสะอาดฟันของเด็ก และการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม เป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ โดยพิจารณาระดับคะแนนตามแนวคิดของ Best ดังนี้โดยพิจารณาแบบรายข้อตามเกณฑ์ของ (Best JW, 1981)

$$\begin{aligned}\text{ค่าความต่างระดับ} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับทัศนคติ}} \\ &= \frac{5 - 1}{5} \\ &= 1.33\end{aligned}$$

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง การเข้าถึงอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง การเข้าถึง อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง การเข้าถึง อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลหรือครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์จากสื่อต่าง ๆ จำนวน 10 ข้อ ซึ่งลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ประยุกต์มาจากมาตราวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) โดยผู้ศึกษาประยุกต์มาใช้ กำหนดให้ แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ได้รับสนับสนุนเป็นประจำ	หมายถึง	5
ได้รับสนับสนุนบ่อยครั้ง	หมายถึง	4
ได้รับสนับสนุนเป็นบางครั้ง	หมายถึง	3
ได้รับสนับสนุนนาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	2
ไม่เคยได้รับการสนับสนุน	หมายถึง	1

โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินผลการแบ่งระดับการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลหรือครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์จากสื่อต่าง ๆ เป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ โดยพิจารณาระดับคะแนนตามแนวคิดของ Best ดังนี้โดยพิจารณาแบบรายข้อตามเกณฑ์ของ (Best JW, 1981)

$$\begin{aligned}\text{ค่าความต่างระดับ} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับทัศนคติ}} \\ &= \frac{5 - 1}{5} \\ &= 1.33\end{aligned}$$

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง ได้รับสนับสนุนอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง ได้รับสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง ได้รับสนับสนุนอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี ของผู้ปกครอง จำนวน 20 ข้อประกอบด้วย การทำความสะอาดช่องปากเด็ก มีจำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 7 และ 8 ข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 5, 6, 9 และ 10 การเลือกอาหารสำหรับเด็ก มีจำนวน 6 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 11, 13, 14, 15 และ 16 ข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 12 และการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก มีจำนวน 4 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 17 และ 18 ข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 19 และ 20 ซึ่งลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ประยุกต์มาจากมาตราการวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) โดยผู้ศึกษาประยุกต์มาใช้ กำหนดให้ แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับพฤติกรรม	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	5
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	4
ปฏิบัติบางครั้ง	3
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	2
ไม่เคยปฏิบัติเลย	1

โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินผลการแบ่งระดับการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กอายุ 3-5 ปี ของผู้ปกครอง คะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก เป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ โดยพิจารณาระดับคะแนนตามแนวคิดของ Best ดังนี้โดยพิจารณาแบบรายข้อตามเกณฑ์ของ (Best JW, 1981)

$$\begin{aligned}\text{ค่าความต่างระดับ} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับทัศนคติ}} \\ &= \frac{5 - 1}{5} \\ &= 1.33\end{aligned}$$

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง พฤติกรรมระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง พฤติกรรมระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง พฤติกรรมระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาและปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์แล้ว นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยมีผู้เชี่ยวชาญระเบียบวิธีวิจัยและสุขศึกษา ผู้เชี่ยวชาญบริบทพื้นที่และงานส่งเสริมสุขภาพของปาระดับอำเภอ และผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาชีพทันตกรรมและการบริการคลินิก พิจารณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ได้ ความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และนำเครื่องมือไปทดสอบ (Try Out)

การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปทดลองใช้ (Try out) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ปกครองเด็กในโรงเรียนชั้นอนุบาลในพื้นที่ใกล้เคียง ที่มีลักษณะคุณสมบัติคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 คน โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) และ KR – 20 ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามรวมทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 0.858 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือแต่ละส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 3 ปัจจัยนำ ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก	เท่ากับ 0.733
ส่วนที่ 4 ปัจจัยเอื้อ การเข้าถึงอุปกรณ์และสถานบริการทันตกรรม	เท่ากับ 0.746
ส่วนที่ 5 ปัจจัยเสริมการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลและสื่อ	เท่ากับ 0.747
ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโดยผู้ปกครอง	เท่ากับ 0.871

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ นำเสนอในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้นและผู้วิจัยได้ขอจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ รหัสโครงการวิจัย CPH-EC-041/2568 ลงวันที่ 20 มีนาคม 2568

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดทำหนังสือขออนุญาตในการจัดเก็บข้อมูลวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองไผ่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพน อำเภอนองไผ่ เพื่อขออนุญาตศึกษาวิจัยและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยในประชากรกลุ่มตัวอย่าง
2. ประสานงานกับฝ่ายผู้นำชุมชนทุกหมู่บ้าน อาสาสมัครชุมชน ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และกำหนดช่วงเวลาในการสำรวจข้อมูลพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กอายุ 3-5 ปีของผู้ปกครอง ที่อยู่จริงในเขตพื้นที่ตำบลบ้านโพน อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์
3. นัดหมายผู้ปกครองที่เป็นผู้ดูแลเด็กที่มีอายุ 3-5 ปี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาขอความยินยอมจากประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
4. แจกแบบสอบถามให้แก่ผู้ปกครองเด็กเป็นรายบุคคล โดยให้ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ผู้ปกครองมีอิสระในการตอบแบบสอบถาม โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงระยะเวลาตามกำหนดการที่ได้ชี้แจง โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลวันที่ 1 มกราคม 2568 - 30 กุมภาพันธ์ 2568
5. ตรวจสอบความสมบูรณ์เรียบร้อยของคำตอบในแบบสอบถามให้ครบถ้วนทุกฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาเป็นการบรรยายข้อมูล โดยวิธีแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยข้อมูลทั่วไป ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กอายุ 3-5 ปี ของผู้ปกครอง ใช้ทดสอบค่า Chi-Square test และ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยข้อมูลทั่วไป จากการศึกษาผู้ปกครองของเด็กอายุ 3-5 ปี ในตำบลบ้านโนน อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ (N = 125) พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75.20 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือช่วงอายุ 46-57 ปี (ร้อยละ 32.00) สถานภาพความสัมพันธ์กับเด็ก พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นบิดา หรือมารดา (ร้อยละ 52.80) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 55.20) ด้านอาชีพ พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 73.60) รายได้เฉลี่ยต่อครอบครัวอยู่ที่ 7,379.12 บาทต่อเดือน โดยรายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 3,000 - 5,000 บาท (ร้อยละ 40.00) ในด้านสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็ก พบว่า เด็กส่วนใหญ่มีภาวะฟันผุ จำนวน 64 คน (ร้อยละ 51.20)

2. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยนำด้านความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี ของผู้ปกครอง ตำบลบ้านโนน อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ (N = 125) พบว่าอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 91.20 ข้อคำถามที่ตอบถูกมากที่สุดคือ การหลีกเลี่ยงไม่ให้เด็กกิน ลูกอม ขนมหวาน ขนมกรุบกรอบ น้ำหวาน และน้ำอัดลม จะช่วยลดการเกิดโรคฟันผุได้ ตอบถูก จำนวน 124 คน คิดเป็นร้อยละ 99.20 ($\mu = 0.99$, S.D. = 0.089) ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่น้อยที่สุดคือ โรคฟันผุมีสาเหตุมาจากเชื้อโรคในช่องปาก ตอบผิด จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 53.60 ($\mu = 0.46$, S.D. = 0.501) และด้านทัศนคติการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี ของ ผู้ปกครอง พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 99.20 ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติมากที่สุดคือ การแปรงฟันให้เด็กสะอาดอย่างสม่ำเสมอเป็นวิธีที่ดีในการป้องกันโรคฟันผุ ($\mu = 4.36$, S.D. = 0.712) และข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติน้อยที่สุดคือ เมื่อเด็กมีอาการปวดฟันไม่ต้องพาไปหาหมอฟัน ปล่อยทิ้งไว้ให้อาการปวดฟันหายเอง ($\mu = 1.61$, S.D. = 0.634)

3. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงแหล่งขายอุปกรณ์ทำความสะอาดฟันของเด็กโดยผู้ปกครอง อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 72.80 ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ร้านค้าที่ท่านหรือเด็กไปซื้อแปรงสีฟัน หรือยาสีฟันสำหรับเด็ก สามารถเดินทางได้สะดวก ($\mu = 4.26$, S.D. = 0.662) ส่วนข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ร้านสะดวกซื้อที่อยู่บริเวณใกล้บ้านของท่านมีความหลากหลายของผลิตภัณฑ์ให้เลือกซื้ออุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก ($\mu = 3.94$, S.D. = 0.513) และด้านการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม พบว่าอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 84.80 ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านสามารถใช้สิทธิ เช่น บัตรทอง ประกันสังคม หรือสิทธิข้าราชการ ในการรักษาทางทันตกรรมของรัฐให้แก่เด็กของท่าน ($\mu = 4.66$, S.D. = 0.474) ส่วนข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ท่านสามารถจ่ายค่ารักษาได้ หากจำเป็นต้องจ่ายเงินเพื่อรักษา เพิ่มเติม นอกเหนือจากสิทธิที่เบิกได้ให้แก่เด็กของท่าน ($\mu = 3.99$, S.D. = 0.678)

4. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสริมด้านการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลหรือครอบครัวพบว่าอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 100 ($\mu = 4.57$, SD = 0.325) และข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลหรือครอบครัวของเด็กมากที่สุด คือ ท่านพาเด็กไปรับบริการทางทันตกรรมกับทันตบุคลากรอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง ($\mu = 4.62$, S.D. = 0.486) ส่วนข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลหรือครอบครัวของเด็กน้อยที่สุด คือ ท่านได้รับความรู้ หรือคำแนะนำในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากแก่เด็กจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\mu = 4.46$, S.D. = 0.575) และด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์จากสื่อต่าง ๆ พบว่าอยู่ในระดับสูง คิดเป็น

ร้อยละ 72.00 โดยมีข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์จากสื่อต่าง ๆ มากที่สุด คือ ท่านมักตามใจเด็กในการเลือกดูรายการโทรทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก ($\mu = 4.38$, S.D. = 0.534) และข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ท่านเคยค้นหาข้อมูลความรู้หรือข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากหรือโรคฟันผุจากอินเทอร์เน็ตโทรศัพท์มือถือ หรือ เครื่องมือสื่อสารอื่นๆ ($\mu = 3.79$, S.D. = 0.558)

5. ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี ของผู้ปกครอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 67.20 เมื่อพิจารณารายข้อคำถาม ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมมากที่สุด คือ ท่านให้เด็กดื่มนมรสจืดแทนการดื่มนมรสหวานและนมเปรี้ยว ($\mu = 4.66$, S.D. = 0.494) ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรม น้อยที่สุด คือ ท่านตรวจดูความสะอาดช่องปากของเด็กทุกครั้งหลังการแปรงฟัน ($\mu = 1.67$, S.D. = 0.606)

6. ผลการหาความสัมพันธ์ปัจจัยข้อมูลทั่วไป พบว่า สภาวะสุขภาพช่องปากเด็กมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี ของผู้ปกครอง ตำบลบ้านโพน อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การทดสอบความสัมพันธ์ไคสแควร์ (Chi-Square) ระหว่างปัจจัยข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี ของผู้ปกครอง (N = 125)

ปัจจัย	พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ ของผู้ปกครอง		
	χ^2	P - value	แปลผล
ปัจจัยข้อมูลทั่วไป			
เพศ	0.915	0.339	ไม่มีความสัมพันธ์
ความสัมพันธ์กับเด็ก	0.018	0.893	ไม่มีความสัมพันธ์
ระดับการศึกษา	0.072	0.789	ไม่มีความสัมพันธ์
อาชีพ	1.568	0.334	ไม่มีความสัมพันธ์
สภาวะสุขภาพช่องปากเด็ก	15.006	< 0.001*	มีความสัมพันธ์

ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

7. ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโดยผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี ของผู้ปกครอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และทัศนคติ ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี ของผู้ปกครอง ตำบลบ้านโพน อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้ากับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี ของผู้ปกครอง ตำบลบ้านโพน อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ (N = 125)

ปัจจัยนำเข้า	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ ของผู้ปกครอง		
	r	P - value	แปลผล
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก เด็กโดยผู้ปกครอง	0.273	0.002*	มีความสัมพันธ์
ทัศนคติด้านการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก	0.379	< 0.001*	มีความสัมพันธ์

ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

8. ปัจจัยเอื้อ การเข้าถึงแหล่งอุปกรณ์ทำความสะอาดฟันของเด็ก และการเข้าถึงแหล่งบริการทางทันตกรรม พบว่า ส่วนของปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงแหล่งอุปกรณ์ทำความสะอาดฟันของเด็กมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี ของผู้ปกครอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงแหล่งบริการทางทันตกรรมมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี ของผู้ปกครอง ตำบลบ้านโพน อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี ของผู้ปกครอง ตำบลบ้านโพน อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ (N = 125)

ปัจจัยเอื้อ	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ ของผู้ปกครอง		
	r	P - value	แปลผล
ปัจจัยเอื้อ	0.699	< 0.001*	มีความสัมพันธ์
การเข้าถึงแหล่งอุปกรณ์ทำความสะอาด ฟันของเด็ก	0.759	< 0.001*	มีความสัมพันธ์
การเข้าถึงแหล่งบริการทางทันตกรรม	0.295	0.001*	มีความสัมพันธ์

ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

9. ปัจจัยเสริม การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลและครอบครัวและการได้รับข่าวสารประชาสัมพันธ์จากสื่อต่าง ๆ พบว่า ปัจจัยเสริมด้านการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลและครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี ของผู้ปกครอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และปัจจัยเสริมด้านการได้รับข่าวสารประชาสัมพันธ์จากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี ของผู้ปกครอง ตำบลบ้านโพน อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปีของผู้ปกครอง ตำบลบ้านโพน อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ (N = 125)

ปัจจัยเสริม	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ ของผู้ปกครอง		
	r	P - value	แปลผล
ปัจจัยเสริม	0.510	< 0.001*	มีความสัมพันธ์
การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลและครอบครัว	0.416	< 0.001*	มีความสัมพันธ์
การได้รับข่าวสารประชาสัมพันธ์จากสื่อต่าง ๆ	0.371	< 0.001*	มีความสัมพันธ์

ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผู้ตอบแบบสอบถามปัจจัยข้อมูลทั่วไป พบว่าผู้ปกครองของเด็กอายุ 3-5 ปี ในตำบลบ้านโพน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.20) อายุ 46-57 ปี (ร้อยละ 32.00) มีสถานะเป็นบิดาหรือมารดา (ร้อยละ 52.80) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 55.20) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 73.60) และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,000-5,000 บาท (ร้อยละ 40.00) ข้อมูลเหล่านี้จัดอยู่ในกลุ่มปัจจัยนำตามกรอบแนวคิด PRECEDE Framework ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของผู้ปกครอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐพงศ์ คงใหม่ และคณะ (2562) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ตำบลชะม่วง อำเภอกวนขนุน จังหวัดพิจิตร พบว่า มีลักษณะข้อมูลปัจจัยทั่วไปที่คล้ายกัน และรวมทั้งสอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE Framework ที่นำมาใช้วัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของผู้ปกครอง

2. จากผลการศึกษา พบว่าผู้ปกครองของเด็กอายุ 3-5 ปี ในตำบลบ้านโพน ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับสูง (ร้อยละ 91.20) และส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติระดับปานกลาง ร้อยละ 58.55 รองลงมา คือมีระดับทัศนคติระดับสูง ร้อยละ 40.79 และมีระดับทัศนคติต่ำ ร้อยละ 0.66 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของสุระศักดิ์ ภักดี และคณะ (2561) ซึ่งพบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูงร้อยละ 68.90 และส่วนใหญ่มีทัศนคติระดับปานกลางร้อยละ 52.50 รองลงมาคือระดับสูงร้อยละ 47.10 และระดับต่ำมีเพียงร้อยละ 0.40 และยังสะท้อนว่าความรู้เพียงอย่างเดียว อาจยังไม่เพียงพอต่อการยกระดับทัศนคติและการปฏิบัติให้สอดคล้องอย่างยั่งยืน จึงควรออกแบบมาตรการที่เสริมพลังด้านทัศนคติและปัจจัยเอื้อ/เสริม (เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว การเข้าถึงสื่อและบริการ) ควบคู่กับการให้ความรู้ตามกรอบ PRECEDE ในบริบทพื้นที่ของการศึกษา

3. จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเอื้อซึ่งสะท้อนถึงระดับการเข้าถึงแหล่งจำหน่ายอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากและแหล่งบริการทันตกรรมสำหรับเด็กอายุ 3-5 ปี ในตำบลบ้านโพน อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 73.60) สอดคล้องกับการศึกษาของฮันนิเพ่ บุระกะ และคณะ (2567) ที่พบว่า ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครอง โดยเฉพาะในประเด็นการเข้าถึงบริการทันตกรรม แม้ผลการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดยะลาจะอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.22) แต่อาจมีความแตกต่างจากบริบทพื้นที่และสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้ ปัจจัยเอื้อจัดเป็นองค์ประกอบสำคัญตามแนวคิด PRECEDE Framework ที่ส่งผลต่อการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในเด็กปฐมวัย

4. ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองเด็กอายุ 3-5 ปี ในตำบลบ้านโพน อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ในระดับสูง (ร้อยละ 100) โดยกิจกรรมที่มีระดับการได้รับสนับสนุนสูงสุดคือการพาเด็กไปรับบริการทันตกรรมอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง ขณะที่การค้นหาข้อมูลสุขภาพช่องปากผ่านอินเทอร์เน็ตหรืออุปกรณ์สื่อสารมีระดับต่ำที่สุด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของสมพร แก้วทองและคณะ (2565) ที่พบว่าปัจจัยเสริมมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่อง

ปากของเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งสะท้อนถึงการทำงานเชิงบูรณาการของนโยบายสาธารณสุขในบริบทท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ

5. ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมการพาเด็กไปรับบริการทางทันตกรรมของผู้ปกครองในตำบลบ้านโพน อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ ส่วนใหญ่จัดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 97.60 (จำนวน 122 คน) โดยพฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การให้เด็กดื่มนมรสจืดแทนการดื่มนมหวานและนมเปรี้ยว รองลงมาคือ การปล่อยให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเอง ส่วนพฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การตรวจดูความสะอาดช่องปากของเด็กหลังการแปรงฟัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการวิจัยของ จิระพิพรรธ (2563) พบว่าการพาเด็กไปใช้บริการทันตกรรมในกลุ่มผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดสมุทรสาครยังไม่สม่ำเสมอครบถ้วนทุกมิติ และมีปัจจัยกำหนดทั้งระดับครอบครัวและการเข้าถึงบริการ ส่งสัญญาณว่ามาตรการในพื้นที่ควรมุ่งเสริมแรงการกำกับดูแลของผู้ปกครองควบคู่กับการสื่อสารเชิงปฏิบัติ (เช่น เทคนิคตรวจความสะอาดหลังแปรง) และการเชื่อมต่อบริการเชิงรุก เพื่อยกระดับความสม่ำเสมอและคุณภาพของการดูแลในชีวิตประจำวันให้มากขึ้น

6. ผลการศึกษาพบว่า สภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กที่ผู้ปกครองดูแล มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของผู้ปกครอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธิตา อารังวงศ์สวัสดิ์ (2563) ที่พบว่าสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในอำเภอบึงสามพัน จังหวัดนครราชสีมา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.015$) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าลักษณะการพบฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนมีความคล้ายคลึงกันทั้งสองพื้นที่ ส่งผลให้ผลการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาดังกล่าว

7. ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กโดยผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

($r = 0.273$, $p = 0.002$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสมพร แก้วทองและคณะ (2565) ที่พบว่าทัศนคติของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ($r = 0.379$, $p < 0.001$) รวมทั้งปัจจัยนำด้านทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมดังกล่าว ($r = 0.171$, $p = 0.035$) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กในพื้นที่ศึกษา

8. ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี ของผู้ปกครอง ($r = 0.699$, $p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเฉพาะการเข้าถึงแหล่งอุปกรณ์ทำความสะอาดฟันที่มีความสัมพันธ์สูงสุด ($r = 0.759$, $p < 0.001$) ขณะที่การเข้าถึงบริการทางทันตกรรมมีความสัมพันธ์ระดับต่ำแต่ยังมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.379$, $p = 0.001$) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยนฤชิต ทองรุ่งเรืองและคณะ (2565) ที่พบความสัมพันธ์ปัจจัยเอื้อ ที่เกี่ยวกับทรัพยากรและการสนับสนุน เช่น การได้รับคำแนะนำจากผู้ดูแล/ครู และทักษะผู้ปกครองในการแปรงฟันให้เด็ก มีความเชื่อมโยงอย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมช่วยแปรงฟันของผู้ปกครองในเด็กปฐมวัย โดยกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำมีโอกาสช่วยแปรงฟันมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับคำแนะนำอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนว่าการเพิ่ม ความพร้อมของทรัพยากร ควบคู่กับ การชี้แนะเชิงปฏิบัติเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับพฤติกรรมดูแลช่องปากของเด็กในชุมชนของเราเช่นกัน

9. ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี ของผู้ปกครอง ($r = 0.510$, $p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเฉพาะการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลและครอบครัว ($r = 0.416$, $p < 0.001$) และการได้รับข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์จากสื่อต่าง ๆ ($r = 0.371$, $p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรนภา จบศรี (2565) ซึ่งพบว่าการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการด้านสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งปัจจัยสนับสนุนจากสังคม เช่น ครอบครัว และการรับข้อมูลข่าวสาร ผ่านสื่อหรือการเข้าถึงบริการ ต่างมีบทบาทส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีของผู้ปกครอง ดังนั้นจึงชี้ให้เห็นว่า กลไกเหล่านี้นับเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

การนำผลวิจัยไปใช้

1. ระดับนโยบาย

ควรส่งเสริมและสนับสนุนการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร และการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กผ่านสื่อสาธารณะอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลและการรับรู้ของผู้ปกครองในวงกว้าง

2. ระดับปฏิบัติงาน

ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ปกครองและเด็กในชุมชน เช่น การตรวจสุขภาพช่องปากและอบรมให้ความรู้ เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมและการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง

3. ระดับการศึกษา

ควรพัฒนาหลักสูตรและสื่อการเรียนการสอนที่เน้นความรู้และทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กสำหรับผู้ปกครองและบุคลากรสาธารณสุข เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและพฤติกรรมที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมชุมชนที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก รวมถึงใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและกว้างขึ้น

References

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 9 พ.ศ. 2566. <http://hdl.handle.net/11228/6086>
- จิระพิพรรธ รัตนฐาภทร. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการพาเด็กไปใช้บริการทันตกรรม: ศึกษาเฉพาะผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของจังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 13(1), 414–421. จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/254901/173161>
- ฉัตรนภา จบศรี. (2565). ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน: กรณีศึกษาในอำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยนเรศวร. จาก <https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/5168/3/62062013.pdf>
- ธิดา อารวงค์สวัสดิ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของผู้ปกครองและสถานะสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนในอำเภอบึงสามพัน จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 14(33), 71–87. จาก <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2020.5>
- ณัฐ ทองรุ่งเรือง, จิตติมา จัยเจริญ และเพ็ญพิศ ธีระวิทย์. (2556). Factors related with the parents' behavior of helping their children aged 1-5 years old in brushing teeth in Nonsang district, Nongbualamphu Province. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 28(1), 16–22. จาก <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/SRIMEDJ/article/download/11087/10021>
- ณัฐพงศ์ คงใหม่, อุบลทิพย์ ไชยแสง, สลิล กากำแหง และนิวัติ ไชยแสง. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ตำบลชะมวง อำเภอกวนขนุน จังหวัดพัทลุง. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 2(2), 26–42. จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/article/view/182889>
- สมพร แก้วทอง, เปมิกา ฌิมคง, อมลวรรณ แก้วละมุล, ดุษฎี เจริญสุข และวรรณวิมล เมฆวิมลกิ่งแก้ว. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*, 7(2), 56–70. จาก <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/JAHS/article/download/220/106>

- สุรศักดิ์ ภัคดี และรุจิรา ดวงสงค์. (2561). ความรู้ ทักษะเกี่ยวกับโรคฟันผุและการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในเขตอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 21(2), 186–193. จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/250269>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์. (2568). รายงานสถานการณ์สุขภาพจังหวัดเพชรบูรณ์ พ.ศ. 2568. เพชรบูรณ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนน. (2568). รายงานผลการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี ปีงบประมาณ 2568. เพชรบูรณ์: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนน.
- อนิพัทธ์ บุระกะ, และคณะ. (2567). ปัจจัยเอื้อและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในจังหวัดยะลา (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- American Academy of Pediatric Dentistry. (2025). *Policy on early childhood caries (ECC): Consequences and preventive strategies*. In *The reference manual of pediatric dentistry* (pp. 353–357). Chicago, IL: American Academy of Pediatric Dentistry. https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/p_eccconsequence
- Best, J. W. (1981). *Research in education* (4th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bloom, B. S. (1971). *Mastery learning: Theory and practice*. New York, NY: Holt, Rinehart & Winston.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- World Health Organization. (2022). *Oral health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

ประสิทธิผลการให้ทันตสุขศึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
สำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา
Effectiveness of Oral Health Education via LINE Application to Promote Oral
Health for Homebound Elderly in Mueang Yala District, Yala Province

ธัญญารัตน์ เรือนทอง¹, อุบลทิพย์ ไชยแสง^{2*}, ฐิติกา กิมิเส², อรุณี เมธีววรรณะ² และสลิล กากำแหง²
Thanyarat Ruantong¹, Ubontip Chaisang^{2*}, Thitika Kimise², Arunee Meteewattana²
and Salil Kajkumhaeng²

โรงพยาบาลสวนผึ้ง¹, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา²
Suanphueng Hospital¹, Sirindhorn College of Public Health, Yala Province²
(Received: November 19, 2024; Revised: August 8, 2025; Accepted: August 20, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลการให้ทันตสุขศึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 40 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แอปพลิเคชันไลน์ สื่อวีดิทัศน์ในเรื่องของการให้ทันตสุขศึกษาแก่ผู้สูงอายุติดบ้าน แบบสอบถามความรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired Sample t – test

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากหลังได้รับความรู้ทันตสุขศึกษา สูงกว่าก่อนได้รับความรู้ทันตสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ หลังได้รับความรู้ทันตสุขศึกษามีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก สูงกว่าก่อนได้รับความรู้ทันตสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการให้ทันตสุขศึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์เป็นแนวทางที่มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้และปรับปรุงพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดบ้าน ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงสามารถนำแนวทางนี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวได้

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุติดบ้าน, แอปพลิเคชันไลน์, ทันตสุขศึกษา

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding Author: Ubontip Chaisang, e-mail: Ubontip.chaisang@yala.ac.th)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate the effectiveness of delivering dental health education via the LINE application in promoting oral health among homebound elderly individuals in Mueang Yala District, Yala Province. A purposive sampling technique was employed to select 40 participants. Data were collected using three instruments: the LINE application, educational video media tailored for homebound elderly individuals, and structured questionnaires assessing oral health knowledge and self-care behaviors. Data analysis was conducted using descriptive statistics (percentage, mean, and standard deviation) and paired sample t-test.

The findings indicated that the mean post-intervention score for oral health knowledge was significantly higher than the pre-intervention score, with a statistical significance level of 0.05. The results show that providing dental health education via the LINE application is an effective approach

to increase knowledge and improve oral health care behavior among homebound elderly. Therefore, relevant agencies can apply this approach to promote oral health in this target group.

Keywords: Homebound elderly, LINE application, Oral health education

บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรครั้งสำคัญ คือ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสัดส่วน จำนวนประชากรในวัยทำงานและวัยเด็กลดลง เนื่องจากอัตราการเกิดของประชากรลดลงอย่างมาก อีกทั้งอัตราการตายของประชากรลดลงด้วย ทำให้ประชากรไทยโดยเฉลี่ยมีอายุยืนยาวขึ้น ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่ "สังคมสูงวัยระดับสุดยอด" เนื่องจากมีประชากรอายุเกิน 60 ปี มากถึงร้อยละ 28 สังคมปัจจุบันนอกจากเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว ยังเป็นสังคมสารสนเทศอีกด้วย โลกเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมยุคใหม่ที่ต้องใช้ความรู้พื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อช่วยในการทำงานให้สะดวกรวดเร็วเพิ่มขึ้น เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารได้เข้ามามีบทบาท สำคัญในชีวิตประจำวันของทุกคนทั้งวัยเด็ก วัยรุ่น วัยทำงาน ไม่เว้นแม้แต่วัยชราหรือกลุ่มผู้สูงอายุ (ภูษิต ประคองสาย, 2565)

ระบบสุขภาพจัดแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มเพื่อใช้จำแนกตามภาวะพึ่งพิงโดยคัดกรองจากความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันโดยใช้แบบประเมิน ADL ซึ่งประชากรผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุติดบ้านมีมากขึ้น ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านนี้มีโรคประจำตัวหลายโรค โดยมีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้หรือมีภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้มีกลุ่มอาการของผู้สูงอายุที่มีผลต่อทางด้านร่างกาย เช่น เคลื่อนไหวยากลำบาก ปัญหาด้าน จิตใจ เช่น มีภาวะซึมเศร้า ปัญหาด้านสติปัญญา เช่น ภาวะหลงลืม และสมองเสื่อม จึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมด้านสุขภาพให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกวิธีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ (ศศิธร ชิดน้ายิ, วราภรณ์ ยศทวี, นัยนา อินธิโชติ และมณฑา อุดมเลิศ, 2562)

สุขภาพช่องปากนับเป็นเรื่องสำคัญที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ จากการสำรวจสุขภาพช่องปากโดยรวมของประเทศไทย พบว่า กลุ่มวัยสูงอายุ 60-74 ปี และ 80-85 ปี มีฟันถาวรเฉลี่ย 19.6 ซี่ต่อคน ร้อยละ 60.9 มีฟันถาวรใช้งานได้น้อย 20 ซี่ และ ร้อยละ 43.7 มีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ และพบว่าผู้สูงอายุตอนต้นมีปัญหาสุขภาพช่องปากโดยที่ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 74.3 ซึ่งปัญหาเหล่านี้หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่ความเจ็บปวดและสูญเสียฟันได้(กระทรวงสาธารณสุข, 2567) จากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพจังหวัดยะลา ปี 2566 พบว่าผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ คิดเป็นร้อยละ 63.83 และมีอัตราฟันหลังใช้งานที่เหมาะสม (ไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ) ร้อยละ 32.31 (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) และจากการสำรวจสุขภาพช่องปากโดยรวมของผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดยะลา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ คิดเป็นร้อยละ 81.31 อัตราฟันหลังใช้งานที่เหมาะสม (ไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ) ร้อยละ 42.61 (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) โดยเมื่อเทียบกับสุขภาพช่องปากโดยรวมของอำเภอเมือง พบว่า มีฟันแท้ใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ มีค่าเฉลี่ยมากกว่าระดับประเทศ และจังหวัด และมีฟันหลังใช้งานที่เหมาะสม (ไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ) โดยฟันที่เหลือใช้งานได้น้อยกว่าระดับประเทศ จึงทำให้เห็นถึงปัญหาเกี่ยวเนื่องไปถึงปัญหาทันตสุขภาพช่องปากในระดับเบื้องต้นของกลุ่มผู้สูงอายุ (กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

แอปพลิเคชันเพื่อการสื่อสารเป็นแอปพลิเคชันสำหรับ สนทนาบนอุปกรณ์การสื่อสารรูปแบบต่างๆ และยังเป็นแอปพลิเคชันประเภทหนึ่งที่มีความนิยมอย่างมากในทุกๆ ช่วงวัย ในปัจจุบัน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นอีกกลุ่มคน ที่หันมาใช้แอปพลิเคชัน เพื่อใช้เป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสารกับลูกหลานและกลุ่มเพื่อน เนื่องจากสะดวกรวดเร็วและทันสมัย จากการศึกษาพฤติกรรมการใช้และผลที่ได้รับต่อชีวิตจากแอปพลิเคชันไลน์ของกลุ่มสูงอายุ พบว่า วัตถุประสงค์ของผู้สูงอายุคือ มีความทันสมัยสะดวกรวดเร็วต่อการติดต่อสื่อสารกับเพื่อน ลูกหลาน หรือคนที่อยู่ห่างไกล เมื่อใช้งานมาเป็นระยะหนึ่งผู้สูงอายุจะใช้ไลน์ในการติดต่อสื่อสารเป็นประจำทุกวัน เนื่องจากมีเวลาว่างจาก

การเข้าสู่ช่วงวัยเกษียณอายุงานและว่างงานผู้สูงอายุจึงมักจะใช้ไลน์ในการติดต่อสื่อสารกับกลุ่มเพื่อนและครอบครัว นอกจากนี้ผู้สูงอายุมักมีการรับข่าวสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (จันทร์จิราพร ทองประสิทธิ์, 2563)

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดจาก ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของ Bandura ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมผ่านกระบวนการสังเกตและเลียนแบบ ซึ่งเป็นทฤษฎีที่มีแนวคิด มาจากการเรียนรู้จากผู้อื่น โดยได้รับประสบการณ์จากการฟัง ดูอ่านงานผู้อื่นมากกว่าทำด้วยตนเอง ซึ่งอาจเป็นการรับเอาพฤติกรรมของผู้อื่นเป็นแบบแผนในการกำหนดพฤติกรรมตนเอง โดยมีกระบวนการของการเรียนรู้แยกย่อย ๆ ได้เป็น 4 กระบวนการ ได้แก่ 1) กระบวนการสร้างความสนใจ 2) กระบวนการสร้างความคงทน 3) กระบวนการแสดงออกเป็นผลรูปภาพ และ 4) กระบวนการสร้างแรงจูงใจ โดยผู้วิจัยจะนำเสนอขั้นตอนการศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์เพื่อให้ผู้สูงอายุใช้เป็นแบบอย่างในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งผู้สูงอายุติดบ้านส่วนใหญ่มักคำนึงถึงสุขภาพช่องปากของตนเองและประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อลดปัญหาการสูญเสียฟันและปัญหาการเกิดโรคในช่องปากซึ่งตรงกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) การที่บุคคลใดก็ตามจะมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค จะต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์หรือคุณค่าของการปฏิบัติการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน (Rosenstock, 1974) เช่นการศึกษาของ ปณิธาน สนพะเนา (2562) ศึกษาวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญที่ควรดูแลสุขภาพช่องปาก เนื่องจากเป็นวัยที่มักพบปัญหาในช่องปาก เช่น โรคปริทันต์โรคฟันผุ ฟันสึก รวมถึงผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้น้อยและไม่ได้ ควรจำเป็นต้องมีความรู้ รวมทั้งทักษะที่ถูกต้อง และเหมาะสมสำหรับการดูแลสุขภาพช่องปาก

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ตระหนักถึงการส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดบ้านให้มีสุขภาพช่องปากที่ดีเพื่อลดการสูญเสียฟัน และการบาดเจ็บที่เพิ่มขึ้น ทำให้ได้สารอาหารครบ 5 หมู่ ร่างกายผู้สูงอายุติดบ้านแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยได้ง่าย ในผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อความสะดวกในการเข้าถึงความรู้เกี่ยวกับทันตกรรมได้ง่ายผู้วิจัยจึงนำการใช้สมาร์ทโฟนในการสื่อสารและเป็นเครื่องมืออำนวยความสะดวกที่จะช่วยเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจเรื่องทันตศึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ให้กับผู้สูงอายุติดบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดยะลา

วัตถุประสงค์วิจัย

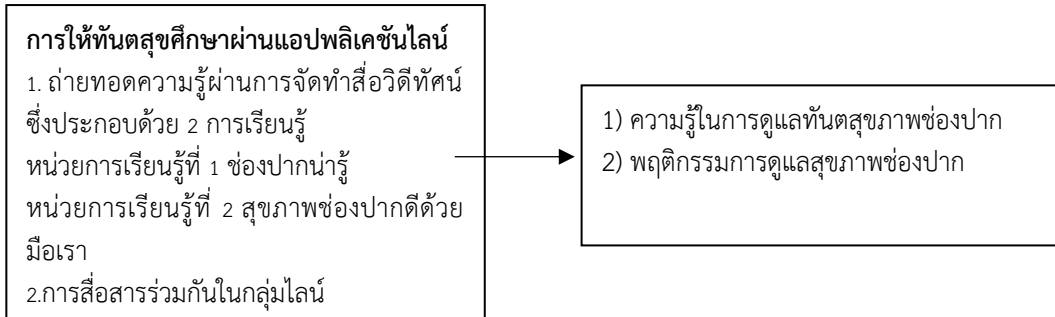
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากก่อนและหลังได้รับการให้ทันตศึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ของผู้สูงอายุติดบ้าน อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก ก่อนและหลังได้รับการให้ทันตศึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ของผู้สูงอายุติดบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดยะลา

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดบ้านหลังได้รับการให้ทันตศึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์สูงกว่าก่อนได้รับการให้ทันตศึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดบ้านหลังได้รับการให้ทันตศึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์สูงกว่าก่อนได้รับการให้ทันตศึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม Bandura (1977) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่มีแนวคิด มาจากการเรียนรู้จากผู้อื่น โดยได้รับประสบการณ์จากการฟัง ดู อ่านงานผู้อื่นมากกว่าทำด้วยตนเอง ซึ่งอาจเป็นการรับเอาพฤติกรรมของผู้อื่นเป็นแบบแผนในการกำหนดพฤติกรรมตนเอง โดยมีกระบวนการของ การเรียนรู้แยกย่อย ๆ ได้เป็น 4 กระบวนการ ได้แก่ 1) กระบวนการสร้างความสนใจ 2) กระบวนการสร้างความคงทน 3) กระบวนการแสดงออกเป็นผลผลิตภาพ และ 4) กระบวนการสร้างแรงจูงใจ ตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยใช้รูปแบบการวัดผลก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มเดียว (One-Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการให้ทันตสุขศึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 161 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

กลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.2 โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size, d) เท่ากับ 0.5, กำหนดค่าระดับนัยสำคัญ (alpha) เท่ากับ 0.05 และกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of Test) เท่ากับ 0.95 ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำที่ 34 คน เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการติดตาม ซึ่งคาดว่าจะคิดเป็นร้อยละ 15 (6 คน) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 40 คนประชากร

มีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า เกณฑ์ในการคัดออก และเกณฑ์การยกเลิก/ถอนตัวออกจากการวิจัย ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

- 1) ได้รับการประเมินกิจวัตรประจำวัน(ADL) ซึ่งอยู่ในกลุ่มติดบ้าน (5-11 คะแนน)
- 2) มีความสามารถใช้โทรศัพท์หรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถเข้าถึงแอปพลิเคชันไลน์ได้ด้วยตนเอง
- 3) สามารถ อ่าน เขียน ได้ยิน มองเห็น และเข้าใจภาษาไทยได้
- 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยการให้ทันตสุขศึกษาส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านผ่านแอปพลิเคชันไลน์

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

- 1) ประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) มีค่าคะแนนเปลี่ยนแปลงต่ำกว่า 5 คะแนนจะถือว่าผู้สูงอายุรายนั้นเป็นผู้สูงอายุติดเตียงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
- 2) ผู้สูงอายุติดบ้านเข้าร่วมการวิจัยไม่ครบจำนวนที่กำหนดหรือไม่สามารถศึกษาความรู้จากแอปพลิเคชันไลน์ได้ครบทุกหน่วยการเรียนรู้
- 3) มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาหรือสมองเสื่อมในระดับที่รุนแรง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการรับรู้และทำความเข้าใจเนื้อหาการวิจัย
- 4) มีความบกพร่องทางกายภาพของแขนหรือมืออย่างรุนแรง ซึ่งขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก
- 5) ได้รับการรักษาเพิ่มเติมทางทันตกรรมที่ซับซ้อน หรือการผ่าตัดในช่องปากภายในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา

เกณฑ์การขอยกเลิก/ถอนตัวออกจากการวิจัย (Discontinuation Criteria)

- 1) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ขอลถอนตัวระหว่าง เข้าร่วมการวิจัย และปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย
- 2) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดยะลา เกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือได้รับอันตราย ระหว่างการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยนี้ คือ การให้ทันตสุขศึกษาและการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ดำเนินการกิจกรรม

การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพช่องปาก โดยการบรรยายประกอบด้วยสื่อ ในหัวข้อช่องปากน่ารู้ และสุขภาพช่องปากดีด้วยมือเรา ประกอบด้วยโครงสร้างและส่วนประกอบภายในช่องปาก หน้าที่ของฟัน ความรู้เรื่องโรคฟันผุ โรคเหงือกอักเสบ การดูแลฟันปลอม การเลือกยาสีฟันและแปรงฟันให้เหมาะสมกับช่วงวัยรวมถึงการสื่อสารระหว่างกันในกลุ่มไลน์

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุและแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากมีการดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ลักษณะของคำตอบเป็นข้อความให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่างให้ครบถ้วน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุดในปัจจุบัน อาชีพ โรคประจำตัว รวมจำนวนทั้งหมด 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 15 ข้อ 15 คะแนน แบบเลือกคำตอบ ถูก ผิด ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิด 0 คะแนน คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0 ถึง 15 คะแนน การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยอ้างอิงตามหลักการของ Bloom (1975) ความรู้สูง ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป (ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้น

ไป) ความรู้ปานกลางร้อยละ 60.00-79.99 (ตั้งแต่ 9- 11 คะแนน) และความรู้น้อย ร้อยละ 59.99 (ต่ำกว่า 9 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 10 ข้อ แบ่งคะแนน เป็น 4 ระดับ การแปลความหมายและอธิบายตัวแปรโดยใช้เกณฑ์แบ่งระดับชั้นคะแนนเฉลี่ยตามหลักการของ Best (1977 อ้างถึงใน จิระพร ยอดท่าหว่า, 2553) ได้แก่

ระดับคะแนน 3.26-4.00 หมายถึงการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับดีที่สุด

ระดับคะแนน 2.51-3.25 หมายถึง การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับดี

ระดับคะแนน 1.76-2.50 หมายถึง การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับปานกลาง

ระดับคะแนน 1.00-1.75 หมายถึง การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยด้านทันตสาธารณสุขจำนวน 2 คน และด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 คน เพื่อตรวจสอบด้านเนื้อหา ความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมในด้านเนื้อหา รวมทั้งเกณฑ์การให้คะแนน และการแปลความหมาย แล้วนำมาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยพิจารณาจากแต่ละข้อว่า มีความสำคัญในการนำไปประเมินผลของการพัฒนาความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดบ้าน คำนวณค่า Item Objective Congruence (IOC) เท่ากับ 0.87

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุติดบ้านที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แต่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อนำข้อมูลมา วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยใช้วิธีการ หาค่าสัมประสิทธิ์แห่งความเชื่อมั่นของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kr20) และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.71

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาคผลการทดสอบ เท่ากับ 0.76

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือน สิงหาคมถึง เดือน กันยายน 2567 ตามระยะการทดลอง ดังนี้

ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตในการประเมิน ADL เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและตอบแบบสอบถาม แบบทดสอบและแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้และพฤติกรรมก่อนให้ทันตสุขศึกษาสำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน

ระยะทดลอง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการให้ทันตสุขศึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ตามแผนการสอนที่กำหนด โดยส่งคลิปวิดีโอและสื่อการเรียนรู้ต่าง ๆ ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง และมีการสื่อสารแลกเปลี่ยนในกลุ่มไลน์ เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

ระยะหลังการทดลอง เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาการให้ทันตสุขศึกษาแล้ว ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอีกครั้ง (Post-test) จากนั้นจึงรวบรวมข้อมูลทั้งหมดเพื่อนำไปวิเคราะห์ผลการวิจัยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุดในปัจจุบัน อาชีพ และโรคประจำตัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาความถี่ และร้อยละ อายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากก่อนและหลังให้ทันตสุขศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลการให้ทันตสุขศึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ของผู้สูงอายุติดบ้าน โดยใช้สถิติ Paired Sample t - test เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ก่อน และ หลังได้รับการให้ทันตสุขศึกษา โดยได้ ทำการทดสอบ ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของข้อมูลโดยมีการทดสอบการแจกแจงข้อมูลเป็น ปกติ (Test of Normality) โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่า ข้อมูลส่วนใหญ่อยู่รอบ ๆ เส้นตรง

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบอย่างละเอียด โดยรับรองข้อมูลส่วนตัวของผู้ให้จะเป็นความลับ โดยจะเปิดเผยได้เฉพาะกรณีภาพรวมของการวิจัยและใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น และวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เลขที่ 2567/264

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป ผู้สูงอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.00) มีอายุระหว่าง 61-84 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 70.08 มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 40.00) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 72.5) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุติดบ้านมีระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่คือระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 50.0) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 62.50) มีโรคประจำตัวและมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 (ร้อยละ 60.0) และส่วนใหญ่จะพบว่าผู้สูงอายุติดบ้านมีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 57.5)

ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้สูงอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากก่อนได้รับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (10.38 ± 1.21) โดยข้อที่ตอบถูกมากที่สุดคือ ฟันกรามมีหน้าที่ในการบดเคี้ยวอาหารเพื่อช่วยให้อาหารย่อยง่าย ร้อยละ 100.0 รองลงมา คือ การกินหมากพลูทำให้ฟันแข็งแรงและช่วยป้องกันฟันผุร้อยละ 90.0 และข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือ การสูบบุหรี่หรือใบจากเป็นประจำทำให้เกิดโรคปริทันต์ และควรทำความสะอาดฟันปลอมด้วยยาสีฟัน ร้อยละ 45.0

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดบ้าน กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ก่อนได้รับความรู้ทันตสุขศึกษาอยู่ในระดับมาก (2.27 ± 0.38) โดยค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากมากที่สุดคือ มีการทำความสะอาดฟันปลอมเป็นประจำทุกวันมี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ (2.95 ± 0.85) รองลงมา คือ ท่านมีการหลีกเลี่ยงการทานอาหารที่แข็ง และเหนียวมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ (2.39 ± 0.94) หลังได้รับความรู้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับมาก (2.91 ± 0.26)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ก่อนได้รับความรู้ทันตสุขภาพ มีความรู้ในการดูแลทันตสุขภาพระดับปานกลาง ร้อยละ 72.5 หลังจากได้รับความรู้ทันตสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุติดบ้านในเขตอำเภอเมืองยะลา มีความรู้ในการดูแลทันตสุขภาพระดับดี

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก ระหว่างก่อนและหลังได้รับรู้ความรู้

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดบ้าน ก่อนและหลังได้รับทันตสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (N=40)

ความรู้	N	Mean	S.D.	t	P - value
ก่อนได้รับความรู้	40	10.37	± 1.21	-10.21	0.00
หลังได้รับความรู้	40	12.75	± 1.26		

จากตารางที่ 1 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับทันตสุขภาพ (12.75±1.26) สูงกว่าก่อนได้รับทันตสุขภาพ (10.37±1.21) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t(39) = -10.21, p < .001$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้าน อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา ก่อนและหลังได้รับความรู้ทันตสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (N=40)

พฤติกรรม	N	Mean	S.D.	t	P - value
ก่อนได้รับความรู้	40	2.27	± 0.38	-12.28	0.00
หลังได้รับความรู้	40	2.91	± 0.26		

จากตารางที่ 2 สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างหลังได้รับความรู้ทันตสุขภาพมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก (2.91 ±0.26) สูงกว่าก่อนได้รับความรู้ทันตสุขภาพ (2.27 ±0.38) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p \leq 0.001$)

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย ตามลำดับวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากก่อนและหลังได้รับการให้ทันตสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ของผู้สูงอายุติดบ้าน อำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา

จากการศึกษาความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดบ้านในเขตอำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลสุขภาพช่องปาก หลังได้รับความรู้ทันตสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับความรู้ทันตสุขภาพค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับดี และพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก หลังสูงกว่าก่อนได้รับความรู้ทันตสุขภาพซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวีรพันธ์ ใจแก้ว (2565) ได้ทำการศึกษาผลของการให้ทันตสุขภาพผ่านสื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาข้อมูลในครั้งนี้พบว่าความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดบ้าน หลังได้รับความรู้ทันตสุขภาพข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ฟันกรามมีหน้าที่ในการบดเคี้ยวอาหารเพื่อช่วยให้อาหารย่อยง่าย ซึ่งผู้สูงอายุติดบ้านส่วนใหญ่ให้ความสำคัญ และมักคำนึงถึงการเคี้ยวอาหารโดยจะใช้ฟันกรามในการเคี้ยวเพื่อช่วยให้อาหารย่อยง่ายและละเอียดเพื่อลดการเกิดอาการอาหารไม่ย่อยและกรดไหลย้อนซึ่งสอดคล้องกับวิจัยของกิตติคุณ บัวบาน (2560)

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก โรงพยาบาลแม่ระมาดการศึกษา การที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ เหล่านี้มีสุขภาพช่องปากที่ดี จึงควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมความรู้ให้มีการดูแลสุขภาพช่องปากที่จะส่งผลให้ สามารถเก็บรักษาฟันแท้ไว้ได้ตลอดอายุขัย และแอปพลิเคชันไลน์ยังเป็นช่องทางการสื่อสารที่สามารถทบทวนเนื้อหาได้ตามที่ผู้สูงอายุต้องการตามเวลาที่สะดวกของผู้สูงอายุแต่ละราย

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ก่อนและหลังได้รับการให้ทันตสุขศึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ของผู้สูงอายุติดบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดยะลา

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดบ้านหลังได้รับทันตสุขศึกษา (2.91 ± 0.26) สูงกว่าก่อนได้รับทันตสุขศึกษา (2.27 ± 0.38) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรรัชชล ลุนาวิน และคณะ (2563) ที่พบว่าโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุได้

พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นนี้สามารถอธิบายได้ด้วย ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura โดยเมื่อผู้สูงอายุได้รับความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ ทำให้เกิดการรับรู้ถึงความเสี่ยงของโรคในช่องปากและประโยชน์ของการแปรงฟันอย่างถูกต้อง (Rosenstock, 1974) ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Motivational Processes) ประกอบกับการเรียนรู้จากแบบอย่างที่น่าเสนอผ่านวีดิทัศน์ ทำให้ผู้สูงอายุเห็นแนวทางในการปฏิบัติที่ถูกต้องและนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปณิธาน สนพะเนา (2562) ที่เน้นย้ำถึงความสำคัญของการแปรงฟันอย่างถูกต้องเพื่อลดการสูญเสียฟันในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากเป็นกลุ่มวัยที่มีอัตราการสูญเสียฟันจากโรคฟันผุ และปริทันต์อย่างมาก ดังนั้นการดูแลเพื่อคงสภาพฟันให้อยู่อย่างถาวร จึงเป็นวิธีที่ควรปฏิบัติโดยเน้นที่การแปรงฟันอย่างถูกต้อง เหมาะสม หากมีอาการขึ้นที่ผิดปกติ ควรรีบไปพบทันตบุคลากรเพื่อประเมินวินิจฉัย และทำการรักษาต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

1. หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้สร้างกลุ่มการให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์เพื่อเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือเสริมสร้างความรู้ด้านทันตสุขศึกษาให้กับผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆหรือกลุ่มวัยอื่นได้

2. ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านสามารถนำสื่อไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพช่องปากให้ดีขึ้นและสามารถนำความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากไปเผยแพร่แก่ประชาชนในชุมชนหรือผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อที่จะทำได้ซึ่งผลของการให้ทันตสุขศึกษามีความชัดเจนยิ่งขึ้น
2. ควรมีการขยายผลการศึกษาไปยังกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาการดูแลสุขภาพช่องปาก กลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง ในพื้นที่ที่แตกต่างกัน เช่นผู้สูงอายุในชนบท เพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้ดีขึ้น

References

- กระทรวงสาธารณสุข. (2566, 9 กรกฎาคม). ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก. <https://yla.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat>.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2567, 5 สิงหาคม). ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก. <https://yla.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat>.
- กิตติคุณ บัวบาน. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก. *วารสารโรงพยาบาลแม่ระมาด*, 16(45-56), 46.
- ปณิธาน สนพะเนา. (2562). วิธีการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 5(1), 11 – 22.
- ภูษิต ประคองสาย. (2565, 8 มีนาคม). *สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย*. <https://www.dop.go.th/th/know/15/926>.
- วีรพันธ์ ใจแก้ว. (2565) ผลของการให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้ทัศนคติและ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 อำเภอชนบท จังหวัด ขอนแก่น. *วารสารวิจัยและพัฒนา ด้านสุขภาพ*, 15(2), 195-197.
- วรรณชล ลุนาวิน, บัวรณ ศรีชัยกุล และจตุพร เหลืองอุบล. (2563). ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดย ประยุกต์ทฤษฎีกำกับตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตตำบลวังยางอำเภอวังยาง จังหวัดนครพนม. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*, 9(2), 80 - 92.
- ศศิธร ชิดน่ายี, วราภรณ์ ยศทวี, นัยนา อินธิโชติ, มณฑา อุดมเลิศ. (2562). ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านโดยใช้รูปแบบภาคีเครือข่าย *WE CAN DO by TIM Experience of Homebound Elderly Care by Using WE CAN DO by TIM*, 11(2), 104.
- Bandura, Albert. (1977). *Social learning theory*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Bloom, Benjamin S.J. (ed). (1975). *Taxonomy of Education Objective, Hand Book 1: Cognitive Domain*. New York : David Mckay.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Rosenstock, I.M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs* 2: 329 – 386.

ความเป็นจริงและความคาดหวังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อบริบทการถ่ายโอนภารกิจ
ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 1
Realities and Expectations of Village Health Volunteers Regarding the Transfer
of Sub-district Health Promoting Hospitals to the Local Administrative
Organizations in Health Region 1

ปิยชนม์ อุดดง^{1*}, นกชา สิงห์วีระธรรม², พัลลภ เชี่ยวชัยสกุล²

Piyachon Auddong^{1*}, Noppcha Singweratham², Pallop Siewchaisakul²

โรงพยาบาลป่าซาง^{1*}, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่²

Pasang Hospital¹, Faculty of Public Health Chiang Mai University²

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความเป็นจริงและความคาดหวังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อบริบทการถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เขตสุขภาพที่ 1 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ อสม. ที่ปฏิบัติงานอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของรพ.สต. ถ่ายโอน ในเขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 420 คน โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามความเป็นจริงและความคาดหวังของ อสม. มีค่า ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของแบบสอบถาม (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ครอนบาค เท่ากับ 0.83 โดยเก็บแบบสอบถามผ่าน ช่องทางออนไลน์โดยใช้กูเกิ้ลฟอร์มในช่วงเดือน มีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ.2568 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Paired Sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า ความเป็นจริงภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.95$, $SD = 0.53$) และความคาดหวังภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.08$, $SD = 0.59$) โดยด้านงบประมาณ มีระดับความเป็นจริงต่ำกว่าคาดหวัง มีความเป็นจริง ($M = 3.73$, $SD = 0.65$) และความคาดหวัง ($M = 4.07$, $SD = 0.68$) ส่วนด้านบุคลากร/เจ้าหน้าที่มีระดับความเป็นจริงสูงกว่าความคาดหวัง ($M = 4.06$, $SD = 0.61$) และความคาดหวัง ($M = 4.01$, $SD = 0.62$) การเปรียบเทียบระดับความเป็นจริงและความคาดหวัง ด้านอาคารสถานที่ (ภายนอกอาคาร) ด้านครุภัณฑ์/วัสดุ ด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ด้านบุคลากร/เจ้าหน้าที่ ด้านงบประมาณ ด้านลักษณะการจัดบริการด้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ความคาดหวังของ อสม. ที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพสามารถสะท้อนภารกิจการถ่ายโอน รพ.สต. ให้กับ อปท. ที่ส่งเสริมการจัดบริการที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ความเป็นจริง, ความคาดหวัง, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: Piyachon Auddong, E-mail: piyachon_au@cmu.ac.th)

Abstract

A cross-sectional study was conducted with the objective of examining and comparing the reality and expectations of Village Health Volunteers (VHVs) regarding the context of transferring Sub-district Health Promoting Hospitals (SHPHs) to local administrative organizations (LAOs) in Health Region 1. The sample consisted of 420 VHVs working within the catchment areas of transferred SHPHs in Health Region 1, selected using multi-stage sampling. Data was collected using a self-administered questionnaire developed by the researcher, comprising two sections: (1) general information, and (2) reality and expectations of the VHVs. The questionnaire demonstrated content validity with an Index of Item-Objective Congruence (IOC) ranging from 0.67 to 1.00, and reliability with a Cronbach's alpha coefficient of 0.83. Data collection was conducted via Google Forms during March to April 2025, and data was analyzed using descriptive statistics and paired sample t-tests.

The findings revealed that the overall of the reality (mean = 3.95, SD = 0.53), and the overall expectation (mean = 4.08, SD = 0.59) was at high level. Specifically, in terms of budgeting, the reality was lower than the expectation (mean = 3.73, SD = 0.65 vs. mean = 4.07, SD = 0.68). Regarding personnel/staff, the reality was slightly higher than the expectation (mean = 4.06, SD = 0.61 vs. mean = 4.01, SD = 0.62). Comparison of reality and expectations across various dimensions, including infrastructure (external buildings), equipment/materials, medicines and non-medicine supplies, personnel/staff, budgeting, service characteristics of VHVs were statistically significant differences ($p < .05$). The expectations of the VHVs, as integral actors within the health system, reflect the mission of transferring SHPH to LAOs policy in a manner that appropriately supports the delivery of services to the needs of the population.

Keywords: Realities, Expectations, Local Administrative Organizations, Village Health Volunteers

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพ (Health care system) เป็นระบบการจัดบริการสุขภาพให้เกิดความครอบคลุมและเข้าถึง ประกอบไปด้วย ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ถือเป็นหน่วยงานในระดับปฐมภูมิ ที่มีบทบาทหลักในการจัดการดูแลสุขภาพแบบปฐมภูมิในชุมชน มีหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และดูแลรักษาพยาบาลพื้นฐาน ทำงานร่วมกับ ในช่วงที่ผ่านมาได้มีนโยบายการถ่ายโอนภารกิจของ รพ.สต. ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตาม พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพจากส่วนกลางสู่ท้องถิ่น เพื่อให้ท้องถิ่นมีบทบาทในการดูแลสุขภาพประชาชนมากยิ่งขึ้น โดยกระบวนการถ่ายโอนเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 จนถึงปัจจุบัน ในเขตสุขภาพที่ 1 มีการถ่ายโอน รพ.สต. แล้วจำนวน 605 แห่ง (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2567) ในการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการทำงานของ รพ.สต. หลายด้าน เช่น โครงสร้างการบริหาร บทบาทหน้าที่ การจัดสรรทรัพยากร รวมถึงคุณภาพของบริการที่อาจลดลง และนำไปสู่การลดความสำคัญของภารกิจด้านสาธารณสุข (จิรุตม์ ศรีรัตน

บัลล์ และคณะ, 2567) ทั้งนี้รพ.สต. ถือเป็นหน่วยงานที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด โดยทำงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างต่อเนื่อง

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคลากรภาคประชาชนที่กระทรวงสาธารณสุขส่งเสริมให้มีบทบาทในการสนับสนุนงานสาธารณสุขในระดับชุมชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ทำหน้าที่เป็นผู้เชื่อมโยงระหว่าง รพ.สต. และประชาชน ทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร การส่งเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพเบื้องต้น และการเข้าถึงบริการสุขภาพในหมู่บ้าน ด้วยความที่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกันกับผู้รับบริการ อสม. จึงมีความเข้าใจบริบท สภาพปัญหา และความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนอย่างลึกซึ้ง (ชัย ศุภวงศ์ และคณะ, 2552) โดยทำงานร่วมกับบุคลากรใน รพ.สต. ทั้งภายใน รพ.สต. และในระดับชุมชน

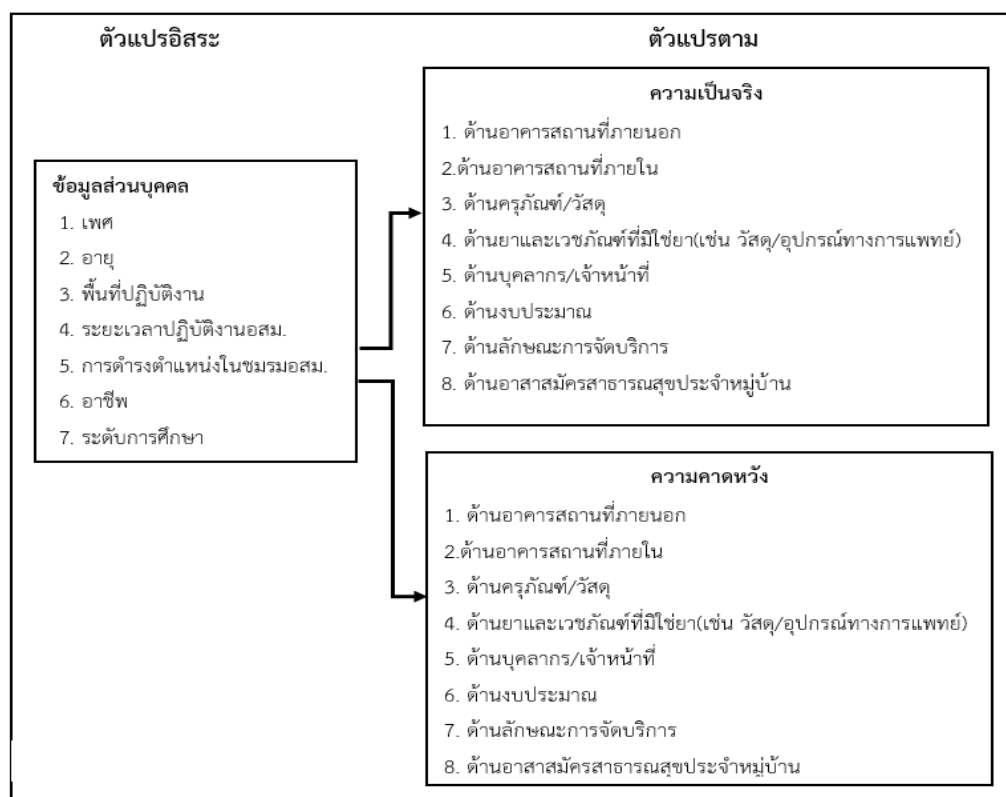
การถ่ายโอนภารกิจของ รพ.สต. ไปยัง อบต. ตามนโยบายกระจายอำนาจอาจทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ และรูปแบบการดำเนินงาน รวมถึงความสัมพันธ์ในการปฏิบัติงานระหว่าง รพ.สต. กับ อสม. ทั้งนี้ การสะท้อนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการถ่ายโอนในจึงถึงได้ว่าเป็นประเด็นที่ทำท้ายที่ทำให้สามารถสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังการถ่ายโอน ทั้งนี้ อสม. ถือเป็นภาคประชาชนที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับ รพ.สต. มากที่สุดที่มีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยงการจัดบริการสุขภาพจากรพ.สต. ไปยังชุมชน ดังนั้นการศึกษารุ่นนี้จึงมุ่งเน้นการสะท้อนความเป็นจริงและความคาดหวังของ อสม. ต่อบริบทการถ่ายโอนภารกิจของ รพ.สต. ให้แก่ อบต. ในเขตสุขภาพที่ 1 เพื่อให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการถ่ายโอนภารกิจในระดับพื้นที่ โดยจะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายและปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานของ รพ.สต. ภายใต้อาคารใหม่ ให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความเป็นจริงและความคาดหวังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อบริบทการถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 1
2. เพื่อเปรียบเทียบความเป็นจริงและความคาดหวังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อบริบทการถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความเป็นจริงและความคาดหวังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อบริบทการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในด้านสถานที่ ด้านครุภัณฑ์/วัสดุ ด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านลักษณะการจัดบริการ และด้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดงานวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติงานอยู่ในเขตพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 605 แห่ง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2551 ถึง งบประมาณ 2567 จำนวน 65,435 คน

กลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของ Daniel (2010) ได้จำนวน 420 คน โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) ขั้นตอนที่ 1 แบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของจำนวน อสม. แยกตามรายจังหวัด 7 จังหวัด ได้แก่ เชียงราย เชียงใหม่ พะเยา แพร่ น่าน และลำปาง ขั้นตอน

ที่ 2 คัดเลือก รพ.สต. ที่ถ่ายโอน ในแต่ละจังหวัด ด้วยวิธีสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ คือ รพ.สต. ในจังหวัด ต้องมีขนาดเท่ากัน มีประชากรในเขตรับผิดชอบใกล้เคียงกัน จากนั้นใช้วิธีการสุ่ม ขั้นตอนที่ 3 สุ่มกลุ่ม ตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบความสะดวก (Convenience sampling) ในแต่ละ รพ.สต. เพื่อตอบแบบสอบถามจนได้กลุ่ม ตัวอย่างครบตามกำหนด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การวิจัย

ขนาด สจ.	จังหวัด	รพ.สต.ถ่ายโอน (แห่ง)			กลุ่มตัวอย่าง (คน)
		S	M	L	
XL-EXTRA	เชียงใหม่	1	1	1	60
XL	เชียงราย	-	3	2	100
L	ลำปาง		2		65
	น่าน	1	1		65
M	ลำพูน		1	1	44
	แพร่		2		43
	พะเยา		1		43
รวม		2	11	3	420

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือ คือ แบบสอบถาม เรื่อง ความเป็นจริงและความคาดหวังของ อสม. ต่อบริบทการถ่ายโอนภารกิจของ รพ.สต. ให้แก่ อบท. ในเขตสุขภาพที่ 1 โดยเครื่องมือวิจัยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อคำถามเกี่ยวกับ ความเป็นจริงและความคาดหวังจำนวน 8 ด้าน ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ ประกอบด้วย 1) อาคารสถานที่ (ภายนอกอาคาร) 2) อาคารสถานที่ (ภายในอาคาร) 3) ครุภัณฑ์/วัสดุ 4) ยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา (เช่น วัสดุ/อุปกรณ์ทางการแพทย์) 5) บุคลากร/เจ้าหน้าที่ 6) งบประมาณ 7) ลักษณะการจัดบริการ และ 8. การปฏิบัติงาน โดยเป็นลักษณะเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ จากระดับ 5 หมายถึง ความเป็นจริง/ ความหวังอยู่ในระดับดีมากจนถึงระดับ 1 หมายถึง ความเป็นจริง/ ความคาดหวังอยู่ในระดับน้อยที่สุด โดยการแปลผลคะแนนจากแบบสอบถาม มีการนำคะแนนของผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ย โดยใช้หลักเกณฑ์การแปลค่าเฉลี่ยในการให้ความหมายคะแนนเฉลี่ย (ประคอง กรรณสูตร, 2542) ดังนี้คะแนนเฉลี่ย ระดับความคิดเห็น

- 4.50 – 5.00 หมายถึง ความเป็นจริง/ ความคาดหวังที่คาดหวังมากที่สุด
- 3.50 – 4.49 หมายถึง ความเป็นจริง/ ความคาดหวังที่คาดหวังมาก
- 2.50 – 3.49 หมายถึง ความเป็นจริง/ ความคาดหวังที่คาดหวังปานกลาง
- 1.50 – 2.49 หมายถึง ความเป็นจริง/ ความคาดหวังที่คาดหวังมาน้อย
- 1.00 – 1.49 หมายถึง ความเป็นจริง/ ความคาดหวังที่คาดหวังน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับงานปฐมนุญ ผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติงานของ อสม. และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) ระหว่าง 0.67 – 1.00 และได้ดำเนินการปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะ โดยนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ในเขต รพ.สต.ถ้ำอินไปยัง อบท. ในเขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน อสม. ในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล เพื่อแนะนำตัว พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก อสม. ตามจำนวน กลุ่มตัวอย่างที่ ในเขตสุขภาพที่ 1 และดำเนินการกระจายชุดข้อมูลแบบสอบถาม และดำเนินการเก็บผ่านช่องทางออนไลน์โดยใช้กูเกิ้ลฟอร์ม โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อคำถามแต่ละข้อ เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) โดยวิธีแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเป็นจริงและความคาดหวังโดยใช้สถิติ Paired Sample t-test ทดสอบการแจกแจงเป็นโค้งปกติของข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov-smirnov พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Sig = .200) โดยพิจารณาค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ ET 013/2568 ลงวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง (Informed Consent) โดยรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทุกคนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

ผลการวิจัย

1. ความเป็นจริงและความคาดหวังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อบริบทการถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 1

1.1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. อย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.00 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 40.48 ปฏิบัติงานอยู่ที่จังหวัดเชียงราย ร้อยละ 23.81 มีระยะเวลาปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 11-20 ปี ร้อยละ 40.24 ส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งอยู่ในชมรม อสม. ร้อยละ 79.05 เป็นคณะกรรมการชมรม อสม. ร้อยละ 13.10 อาชีพหลัก

คือ เกษตรกรรม ร้อยละ 50.00 การปฏิบัติงานร่วมกับ รพ.สต.แบ่งตามขนาด พบ ขนาด M มี อสม. มากที่สุด ร้อยละ 64.29 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ คือ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 39.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ แยกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=420)

ข้อมูลทั่วไป (n=420)		จำนวน	ร้อยละ
1.เพศ			
ชาย		67	16.00
หญิง		353	84.00
2.อายุ			
ต่ำกว่า 40 ปี		19	4.52
40 – 49 ปี		54	12.86
50 – 59 ปี		154	36.67
60 – 69 ปี		170	40.48
70 ปีขึ้นไป		23	5.47
3.จังหวัดที่ปฏิบัติงานขนาดรพ.สต.			
เชียงราย		100	23.81
เชียงใหม่		60	14.29
พะเยา		43	10.24
แพร่		43	10.24
น่าน		65	15.48
ลำปาง		65	15.48
ลำพูน		44	10.48
4.ระยะเวลาปฏิบัติงาน			
ไม่เกิน 10 ปี		95	22.62
11 - 20 ปี		169	40.24
21 - 30 ปี		101	24.05
31 ปี ขึ้นไป		55	13.10
5.ตำแหน่งในชมรม อสม.			
ประธานชมรมอสม.		19	4.52
รองประธานชมรมอสม.		14	3.33
คณะกรรมการชมรมอสม.		55	13.10
ไม่มี		332	79.05
6.อาชีพ			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ		30	7.14
เกษตรกรรม		210	50.00
รับจ้าง		120	28.57
ค้าขาย		44	10.48
อื่นๆ เช่น เลี้ยงสัตว์ พนักงานของรัฐ/เอกชน		16	3.81

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ แยกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=420) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป (n=420)	จำนวน	ร้อยละ
7.ขนาดรพ.สต.		
S (ขนาดเล็ก)	56	13.33
M (ขนาดกลาง)	270	64.29
L (ขนาดใหญ่)	94	22.38
9.ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	164	39.05
มัธยมศึกษาตอนต้น	90	21.43
มัธยมศึกษาตอนปลาย เทียบเท่า หรือ ปวช.	144	34.29
อนุปริญญา หรือ ปวส.	15	3.57
ปริญญาตรี ขึ้นไป	7	1.67

ความเป็นจริงและความคาดหวัง ของ อสม. แยกตามรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับสูง ทั้ง 8 ด้าน โดยความเป็นจริงสูงสุด คือ ด้านที่ 5 ความคิดเห็นด้านบุคลากร/เจ้าหน้าที่ มีค่าเฉลี่ยรวม เท่ากับ 4.06 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.61 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ความเป็นจริงในการประสานงานของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับหน่วยงานอื่น ๆ เช่น อำเภอสสอ./สสจ./รพช./อบต. มีระดับสูงที่สุด มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.69 และความคาดหวังสูงสุด คือ ด้านที่ 7 ความคิดเห็นด้านลักษณะการจัดบริการ มีค่าเฉลี่ยรวม เท่ากับ 4.13 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.60 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ความคาดหวังให้มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ดี ส่งต่อจาก รพ.สต. ไปโรงพยาบาล ได้อย่างสะดวก รวดเร็ว มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.65 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความแตกต่างของความเป็นจริงและความคาดหวังจำแนกตามรายด้าน

รายด้าน	ความเป็นจริง		ความคาดหวัง	
	M	S.D.	M	S.D.
ด้านที่ 1 อาคารสถานที่ ภายนอก				
1. ปรับปรุง ซ่อมแซม โครงสร้างภายนอกที่มีการชำรุดให้ใหม่ น่าใช้	3.99	0.70	4.06	0.68
2. ปรับปรุงถนน เช่น เพิ่มความกว้าง ผิวถนน	3.88	0.74	4.00	0.71
3. ปรับปรุงรั้วด้านข้างและด้านหลัง ด้วยวัสดุที่มีความแข็งแรง และความคงทนถาวร	3.90	0.74	4.04	0.70
4. ปรับปรุงระบบแสงสว่าง ในตอนกลางคืน	3.94	0.71	4.02	0.69
5. ปรับปรุงสถานที่จอดรถให้มีความเพียงพอ	3.95	0.78	4.07	0.73
รวม	3.93	0.62	4.04	0.64

ตารางที่ 2 แสดงความแตกต่างของความเป็นจริงและความคาดหวังจำแนกตามรายด้าน (ต่อ)

รายด้าน	ความเป็นจริง		ความคาดหวัง	
	M	S.D.	M	S.D.
ด้านที่ 2 อาคารสถานที่ ภายใน				
1. ปรับปรุง ซ่อมแซม โครงสร้างภายในอาคาร	3.97	0.76	4.00	0.71
2. ปรับจุดบริการให้เกิดความสะดวกกับผู้รับบริการทั่วไปและผู้พิการ	4.07	0.68	4.03	0.70
3. ปรับปรุงพื้นที่ใช้สอย การจัดการบริการแต่ละด้าน แยกเป็นสัดส่วนที่เหมาะสม สะดวกต่อการเข้าถึงบริการ	4.05	0.68	4.04	0.67
4. ปรับสภาพแวดล้อมภายใน รพ.สต. มีความปลอดภัยต่อรับบริการ	4.04	0.66	4.03	0.68
5. รพ.สต. ได้รับการปรับพื้นผิวอาคารให้เรียบและสะอาด พื้นไม่มีรอยแตก ไม่ลื่น	4.00	0.72	4.04	0.69
รวม	4.02	0.62	4.03	0.65
ด้านที่ 3 ครุภัณฑ์/วัสดุ				
1. ซ่อมแซมครุภัณฑ์สำนักงาน เช่น โต๊ะทำงาน ให้สามารถใช้งานได้	3.95	0.73	4.05	0.68
2. จัดหาครุภัณฑ์สำนักงานให้เพียงพอต่อการให้บริการ	3.97	0.77	4.04	0.69
3. ซ่อมแซมครุภัณฑ์ทางการแพทย์ เช่น เครื่องวัดความดัน ให้สามารถใช้งานได้	4.01	0.70	4.06	0.68
4. จัดหาครุภัณฑ์ทางการแพทย์ใหม่เพียงพอต่อการให้บริการ	3.93	0.72	4.07	0.69
5. มียานพาหนะใหม่(รถยนต์) สภาพพร้อมใช้งาน	3.58	0.96	3.97	0.80
รวม	3.88	0.64	4.04	0.65
ด้านที่ 4 ยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา				
1. มียาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา (เช่น ผ้าก๊อซ ถุงมือ เครื่องวัดความดัน เป็นต้น) ที่มีมาตรฐานและคุณภาพ	3.99	0.69	4.10	0.68
2. มียาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ที่เพียงพอสำหรับการให้บริการแก่ประชาชน	3.93	0.71	4.10	0.66
3. มียาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาที่สะอาด ปลอดภัย ผ่านการตรวจสอบคุณภาพสม่ำเสมอ	3.99	0.75	4.07	0.69
4. มียาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาที่ใหม่ และทันสมัย	3.85	0.80	4.06	0.70
5. มียาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาที่ตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการได้อย่างครอบคลุม	3.86	0.80	4.07	0.71
รวม	3.92	0.66	4.08	0.64

ตารางที่ 2 แสดงความแตกต่างของความเป็นจริงและความคาดหวังจำแนกตามรายด้าน (ต่อ)

รายด้าน	ความเป็นจริง		ความคาดหวัง	
	M	S.D.	M	S.D.
ด้านที่ 5 บุคลากร/เจ้าหน้าที่				
1. มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	4.04	0.68	4.10	0.66
2. มีเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. เพิ่มขึ้น เช่น นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาล แพทย์แผนไทย หมอพื้นนักรักษาสุขภาพ	3.96	0.73	4.11	0.67
3. เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพมีความสามารถในการให้บริการครอบคลุมทุกด้าน	4.05	0.67	4.13	0.65
4. เจ้าหน้าที่ให้บริการดี สุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส	4.10	0.71	4.14	0.67
5. การประสานงานของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับหน่วยงานอื่น ๆ เช่น อำเภอ สสอ./สสจ./รพช./อบต.	4.14	0.69	4.13	0.65
รวม	4.06	0.61	4.01	0.62
ด้านที่ 6 งบประมาณ				
1. ได้รับงบประมาณปรับปรุงโครงสร้างของอาคารสถานที่ ของ รพ.สต. ให้น่าอยู่ น่าใช้	3.67	0.76	4.09	0.72
2. ได้รับงบประมาณในการดูแลซ่อมแซม อุปกรณ์/วัสดุครุภัณฑ์ ให้ใหม่และพร้อมใช้งาน	3.70	0.71	4.07	0.70
3. ได้รับงบประมาณจัดซื้ออุปกรณ์เวชภัณฑ์ยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาให้เพียงพอต่อผู้รับบริการ	3.75	0.69	4.07	0.69
4. ได้รับงบประมาณสำหรับการฝึกอบรมและพัฒนาทักษะของบุคลากรในด้าน การดูแลสุขภาพ	3.78	0.72	4.08	0.71
5. ได้รับงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมการประชุมคณะทำงาน (เช่น ประชุมย่อย อสม. เฉพาะเรื่อง เป็นต้น)	3.77	0.75	4.06	0.70
รวม	3.73	0.65	4.07	0.68
ด้านที่ 7 ลักษณะการจัดบริการ				
1. คุณภาพการบริการประชาชนภายหลังจากถ่ายโอนรพ.สต. เช่น การรอตรวจ และรอรับยา เร็วขึ้น	4.00	0.67	4.17	0.63
2. มีบริการตรวจสุขภาพประจำปีและโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่รองรับความต้องการของประชาชนในทุกกลุ่มวัย	4.03	0.68	4.17	0.66
3. ผู้สูงอายุและผู้พิการที่ต้องดูแลระยะยาวได้รับการดูแลจาก รพ.สต. สม่ำเสมอตามความต้องการ	4.06	0.69	4.10	0.68
4. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ดี ส่งต่อจาก รพ.สต. ไปโรงพยาบาล ได้อย่างสะดวก รวดเร็ว	4.07	0.68	4.14	0.65
5. มีการจัดบริการแบบองค์รวม เช่น บริการทันตกรรม แพทย์แผนไทย กายภาพบำบัด และสุขภาพจิต	3.95	0.72	4.10	0.67
รวม	4.02	0.60	4.13	0.60

ตารางที่ 2 แสดงความแตกต่างของความเป็นจริงและความคาดหวังจำแนกตามรายด้าน (ต่อ)

รายด้าน	ความเป็นจริง		ความคาดหวัง	
	M	S.D.	M	S.D.
ด้านที่ 8 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)				
1. สนับสนุนอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานของอสม. เช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว เครื่องชั่งน้ำหนัก หน้ากากอนามัย ยาและอุปกรณ์ทำแผล เป็นต้น	4.01	0.74	4.14	0.72
2. สนับสนุน ให้มีการพัฒนาศักยภาพ ฝึกอบรม อสม. ให้มีความเชี่ยวชาญเพิ่มขึ้น	4.07	0.70	4.10	0.69
3. ได้รับการสนับสนุนจาก รพ.สต. อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการให้คำแนะนำและข้อมูลวิชาการ รวมถึงการให้การช่วยเหลือในกรณีที่ต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน	4.09	0.70	4.13	0.69
4. ได้รับความร่วมมือที่ดีขึ้นระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น รพ.สต., อปท., และ ภาครัฐอื่น ๆ ในการดำเนินงาน	4.05	0.69	4.12	0.69
5. มีความชัดเจนในบทบาทหน้าที่และขอบเขตการทำงานหลังการถ่ายโอน ไม่เกิดความสับสนเกี่ยวกับภาระงานที่เปลี่ยนไป	4.04	0.70	4.11	0.68
รวม	4.05	0.64	4.12	0.65

2) เปรียบเทียบระหว่างความเป็นจริงและความคาดหวังของอสม. ต่อบริบทการถ่ายโอนภารกิจของ รพ.สต.ให้แก่ อปท. เขตสุขภาพที่ 1

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความเป็นจริงและระดับความคาดหวัง ด้วยสถิติ Paired Sample t-test พบว่าระดับความเป็นจริงและระดับที่คาดหวังทั้งรายด้าน และภาพรวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ทั้งหมด 7 ด้าน ยกเว้นด้านที่ 2 คือ อาคารสถานที่ภายในอาคารที่ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความเป็นจริงและความคาดหวังของ อสม. จำนวน 420 คน แยกตามรายด้าน

ความคิดเห็น	ความเป็นจริง			ความคาดหวัง			T	P-value
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ		
1. อาคารสถานที่ (ภายนอกอาคาร)	3.93	0.62	มาก	4.04	0.64	มาก	-3.43	<0.001*
2. อาคารสถานที่ (ภายในอาคาร)	4.02	0.62	มาก	4.03	0.65	มาก	-0.90	0.928
3. ครุภัณฑ์/วัสดุ	3.88	0.64	มาก	4.04	0.65	มาก	-0.56	<0.001*
4. ยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา วัสดุ/อุปกรณ์ทางการแพทย์)	3.92	0.66	มาก	4.08	0.64	มาก	-5.65	<0.001*
5. บุคลากร/เจ้าหน้าที่	4.06	0.61	มาก	4.01	0.62	มาก	-2.64	<0.009*
6. งบประมาณ	3.73	0.65	มาก	4.07	0.68	มาก	-10.20	<0.001*
7. ลักษณะการจัดบริการ	4.02	0.60	มาก	4.13	0.60	มาก	-4.51	<0.001*
8. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	4.05	0.64	มาก	4.12	0.65	มาก	-2.86	<0.004*
ภาพรวม	3.95	0.53	มาก	4.08	0.59	มาก	-3.4	<0.001*

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

อภิปรายผล

ความเป็นจริงและความคาดหวังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อบริบทการถ่ายโอนภารกิจของ รพ.สต. ให้แก่ อบต. ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้ อสม. เป็นภาคประชาชนที่ดำเนินการภายใต้กระทรวงสาธารณสุขที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เป็นผู้ให้การสนับสนุน และติดตามการปฏิบัติงานของ อสม. อย่างใกล้ชิด มีหน้าที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และให้การดูแลรักษาพื้นฐานแก่ชุมชนผ่านการทำงานร่วมกับ รพ.สต. (กระทรวงสาธารณสุข, 2554) โดยความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นหรือสิ่งที่สามารถสังเกตเห็นได้จากการปฏิบัติงานหรือสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งสะท้อนถึงผลการดำเนินงานในสถานการณ์จริงการทำงานจริง (Creswell, 2014) และความคาดหวังเป็นผลลัพธ์ในอนาคตจะเกิดขึ้นตามที่ต้องการ ซึ่งอาจมีผลต่อการแสดงออกทางทัศนคติหรือการกระทำของบุคคลนั้น ๆ (สกวเดือน ปณสมิทธิ์, 2540) ทั้งนี้ในบริบทของการถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจัดสรรทรัพยากรและจัดบริการที่น่าจะส่งผลต่อรูปแบบบริการของ รพ.สต. (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2567)

ระดับความเป็นจริงสูงกว่าความคาดหวัง ในด้านบุคลากร/เจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะในการประสานงานของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่พบว่ามีความสัมพันธ์ที่ดีกับหน่วยงานอื่น ๆ เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาล (รพ.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบจากการถ่ายโอนในระยะที่ 1 ที่พบปัญหาในการประสานงานของ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. กับหน่วยงานอื่น ๆ โดยเฉพาะ สสอ. และ รพช. (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2567) ทั้งนี้เนื่องจาก อสม. อาจไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรับรู้เรื่องการประสานงานระหว่างหน่วยงานของกรมการปกครองกระทรวงมหาดไทย และ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จึงสะท้อนความเป็นจริงสูงกว่าความคาดหวัง แสดงให้เห็นว่า อสม. รับรู้ถึงการทำงานของเจ้าหน้าที่ที่มีความใส่ใจ มีประสิทธิภาพ การที่ความเป็นจริงสูงกว่าความคาดหวัง แสดงถึงความเชื่อมั่นและความไว้วางใจต่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ ช่วยสร้างความสัมพันธ์และ

แรงจูงใจให้อสม.ร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างราบรื่น (จุฬาลักษณ์ ป้องเจริญ และยุคนธ์ เมืองช้าง, 2562) แต่ในทางกลับกัน

ความเป็นจริงด้านงบประมาณอยู่ในระดับต่ำกว่าความคาดหวัง โดยพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของความเป็นจริงอยู่ที่ ($M = 3.73$, $SD = 0.65$) ขณะที่ความคาดหวังอยู่ที่ ($M = 4.07$, $SD = 0.68$) โดยเฉพาะในเรื่องงบประมาณสำหรับการปรับปรุงโครงสร้างอาคารสถานที่ของตำบล (รพ.สต.) ให้น่าอยู่และเหมาะสมกับการใช้งาน อีกทั้งค่าใช้จ่ายหลักในการดำเนินงานของ รพ.สต.ที่ถ่ายโอน เช่น ค่าบริหารจัดการและค่าสาธารณูปโภค ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานงบประมาณผ่านองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ซึ่งเป็นหน่วยต้นสังกัดตามระดับขนาด S M และ L ในวงเงิน 400,000 บาท 650,000 บาท และ 1,000,000 บาทตามลำดับ (ชูเกียรติ รักบำเหน็จ, จุไรลักษณ์ เอี้ยวพันธ์, เกียรติกร อัครสาร, กุลธิดา สมศรี, ธนภัทร สิทธิธำรงชัย, ศุภิกา ตริรัตน์ไพบูลย์, 2567) ซึ่งยังต่ำกว่าที่กำหนดไว้ใน แนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอมาัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ที่ระบุไว้ที่ 1,000,000 บาท 1,500,000 บาท และ 2,000,000 บาทตามลำดับ (สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี, 2564) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความคาดหวังของอสม.ที่ต้องการให้มีการจัดสรรงบประมาณอย่างเพียงพอและสอดคล้องกับภารกิจที่เพิ่มขึ้นของ รพ.สต. ภายใต้การถ่ายโอน เพื่อให้สามารถดูแลประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติยังพบว่า รพ.สต.ที่อยู่ภายใต้การถ่ายโอนแล้ว มักได้รับงบประมาณสนับสนุนน้อยกว่ารพ.สต.ที่ยังไม่ถ่ายโอน ส่งผลให้การดำเนินงานบางประการเกิดข้อจำกัด แม้นโยบายการถ่ายโอนจะถูกบัญญัติไว้ชัดเจนในรัฐธรรมนูญ (ปुरुห์ รุจนธำรง และคณะ, 2567)

ผลการเปรียบเทียบระดับความเป็นจริงและความคาดหวังใน พบว่า 7 ด้าน ได้แก่ ด้านอาคารสถานที่ (ภายนอกอาคาร) ด้านครุภัณฑ์/วัสดุ ด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ขาด ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านลักษณะการจัดบริการ และด้านของอสม. มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในทุกด้านที่กล่าวมาข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่า อสม. มีทัศนคติที่ชัดเจนต่อการเปลี่ยนแปลงภายใต้บริบทของการถ่ายโอนภารกิจในช่วงระยะแรกของการถ่ายโอน (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2567) ทั้งนี้ ความแตกต่างที่พบอาจมาจากประสบการณ์ของ อสม. ที่เคยทำงานภายใต้ระบบเดิมของกระทรวงสาธารณสุข และมีความคาดหวังสูงต่อประสิทธิภาพของระบบใหม่ภายใต้การดูแลของ อบต. โดยเฉพาะในเรื่องคุณภาพบริการและความเพียงพอของทรัพยากร เช่น บุคลากร เวชภัณฑ์ และงบประมาณ ดังนั้น หน่วยงานระดับนโยบายและ อบต. ควรพิจารณาการจัดสรรทรัพยากรให้สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงในพื้นที่ พร้อมทั้งส่งเสริมกลไกความร่วมมือกับ อสม. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบสุขภาพภายใต้โครงสร้างการถ่ายโอนในระยะยาว

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความเป็นจริงและความคาดหวังในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านของการถ่ายโอนภารกิจการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบต. รวมถึงข้อจำกัดด้านบุคลากรและงบประมาณในระยะแรกของการถ่ายโอน อีกทั้งการถ่ายโอนในบางพื้นที่ยังเป็นการถ่ายโอนบางส่วนที่อาจจะยังไม่สามารถสะท้อนเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะแรกของการเปลี่ยนแปลง

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านบุคลากรและการประสานงานควรมีการเสริมสร้างความร่วมมือระหว่าง อสม. และบุคลากรของหน่วยบริการสุขภาพ ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และหน่วยงานระดับอำเภอ และจังหวัด เพื่อให้เกิดความสอดคล้องในการปฏิบัติงาน

2. ควรมุ่งเน้นการพัฒนา อสม. ให้สามารถปรับตัวและทำงานร่วมกับหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการสนับสนุน อปท. ในการบริหารภารกิจด้านสาธารณสุข ให้เป็นไปตามมาตรฐาน ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่ดีขึ้นและยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพการทำงานที่เกิดจากการเชื่อมโยงระหว่าง รพ.สต. กับโรงพยาบาลอื่น ๆ ในพื้นที่ ว่ามีการปรับปรุงหรือพัฒนา ให้มีความรวดเร็วและประสิทธิภาพมากขึ้นหลังจากการถ่ายโอนภารกิจหรือไม่

2. ควรมีการศึกษาการเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานในมิติอื่นๆ ของ รพ.สต. ภายใต้การถ่ายโอนภารกิจ ไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ เช่น ประชาชน ผู้นำชุมชน เพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

References

- กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ.2554*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- เจริญลักษณ์ ป้องเจริญ, ยุคนธ์ เมืองช้าง. (2562). *แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี*. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 29(1), 60–70.
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, นกษา สิงห์วีระธรรม, มโน มณีฉาย, ดาวรุ่ง คำวงศ์, นิตยธิดา ภักธีรกุล, สุพัศตรา เสนสาย , ทักษิณา วชิรบุรุษ, พัลลภ เขียวชัยสกุล, บุญนริศ สายสุ่ม, อุทัยวรรณ แก้วพิจิตร. (2566). *การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 : ระยะที่ 1 การประเมินสัญญาณเตือนของผลกระทบต่อสถานะสุขภาพ*. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 18(2), 152-172
- ชัย ศุภวงศ์, สมศักดิ์ ชุนห์ศรี, ลัดดา ดำริการเลิศ, สุพัศตรา ศรีวนิชกร, เกษม เวชสุทรานนท์, ศุภกิจ ศิริลักษณ์. (2552). *คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. นนทบุรี: บริษัททีเคพีจำกัด.
- ชูเกียรติ รักบำเหน็จ, จุไรลักษณ์ เอี้ยวพันธ์, เกียรติกร อัตรสาร, กุลธิดา สมศรี, ธนภัทร สิทธิธำรงชัย และศุภิกา ตริรัตน์ ไพบูลย์. (2567). *ข้อเสนอเพื่อการจัดสรรงบประมาณและการบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้งกรณีที่ไม่ถ่ายโอนและกรณีที่ต้องถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น*. สำนักการพิมพ์สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. กรุงเทพมหานคร.
- ปรุพท์ รุจนาธ, นกษา สิงห์วีระธรรม, วิน เตชะเคหะกิจ, นภัทร บุญเทียม, พรทิพย์ แก้วสิงห์, อำพล บุญเพียร, อิศักดิ์ วงศ์ใหญ่, ญาณันธร, ھرรรษา ชื่นชูผล. (2567). *ข้อเสนอเชิงนโยบาย มุ่งสู่ความเสมอภาค เท่าเทียม เป็นธรรม ยกระดับการจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพฯ ให้กับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป อปท. กรุงเทพฯ, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข*.
- ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์, จิณกร โนรี, นงลักษณ์ พะโกยยะ, เพ็ญภา หงส์ทอง, อินทิรา นิมนวล, ปุณยวีร์ เสงศิริ, (2567). *ผลกระทบของการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อระบบสุขภาพปฐมภูมิ : กรณีศึกษานโยบายสามหมอก ใน 5 จังหวัด*. นนทบุรี : สถาบันการวิจัยระบบสาธารณสุข.

- สกวเดือน ปณสมิทธิ์. (2540). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการรื้อปรับระบบของพนักงานธนาคาร*. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2567). *จำนวนและร้อยละ ของ รพ.สต. จำแนกตามปีที่ถ่ายโอนเปรียบเทียบกับรายเขต*.
สืบค้นเมื่อ 14 สิงหาคม, 2567. จาก <https://hsiu.hsri.or.th/index.php>
- สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. (2564).
แนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามย์เฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed.). SAGE Publications.