



# วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม JOURNAL OF PUBLIC HEALTH AND INNOVATION

ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 กันยายน- ธันวาคม 2568 VOL.5 NO.3 SEPTEMBER - DECEMBER 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 3 กันยายน – ธันวาคม 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 3 กันยายน – ธันวาคม 2568

**ที่ปรึกษา**

อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก  
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์  
ทันตแพทยศาสตร์ ศรีไทย

**บรรณาธิการ**

ดร.สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์  
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

**ผู้ช่วยบรรณาธิการ**

ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

**กองจัดการ**

ดร.นพดล ทองอร่าม  
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

**กองบรรณาธิการ**

ศาสตราจารย์ ดร.สถิกร พงศ์พานิช  
ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุนัน พฤตมิถุน  
รองศาสตราจารย์ ดร.วงศา เล้าศิริวงศ์  
รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง  
รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ สูดหนองบัว  
รองศาสตราจารย์ ดร.สมัทนา กลางคาร  
รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์  
รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ ลักษณ์จักรกุล  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพ.ณัฐวุธ แก้วสุทธา  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราศิริ  
อาจารย์ ดร.พิทยา ศรีเมือง  
อาจารย์ ดร.อรรณพ สนธิไชย  
อาจารย์ ดร.ภคิน ไชยช่วย  
อาจารย์ ดร.สุกษี ผาอาจ

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

**กำหนดออก**

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

**เจ้าของ**

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

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

## บทบรรณาธิการวารสาร

วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม ฉบับนี้เป็นฉบับประจำปีที่ 5 ฉบับที่ 3 ปีพุทธศักราช 2568 เล่มสุดท้ายส่งท้ายปีงูเล็ก เตรียมต้อนรับปีม้าทางวารสารยังคงมีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานวิจัยและเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้และส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับผลงานทางวิชาการด้านวิทยาศาสตร์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ การพยาบาล การสาธารณสุข สิ่งแวดล้อม นวัตกรรมสุขภาพ และการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ สร้างเครือข่ายการเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ และองค์ความรู้ระหว่างวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรีกับหน่วยงานภายนอกในส่วนภาครัฐและเอกชน เราก็คงจะพัฒนาเข้าสู่คุณภาพมาตรฐานของวารสารในขั้นต่อไปและหวังว่าบทความในวารสารนี้จะเป็นประโยชน์แก่นักศึกษา อาจารย์ นักวิชาการ นักสาธารณสุข ทั้งในประเทศและต่างประเทศ 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 งานวิจัยหรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขชุมชนและสุขภาพตลอดจนข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาปรับปรุงวารสารให้เหมาะสม ท่านผู้อ่านสามารถแจ้งมายังกองบรรณาธิการได้จักขอบคุณยิ่ง

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

สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์  
บรรณาธิการ

## บรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ

บทบรรณาธิการวารสาร

## บทความวิจัย (Original Article):

ผลกระทบของฟันเทียมทั้งปากต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก.....E281067  
 ของผู้ป่วยที่มารับ บริการที่โรงพยาบาลดอนเจดีย์จังหวัดสุพรรณบุรี

The impact of complete dentures on the quality of life in the dimension  
 of oral health of patients receiving services at Donchedi Hospital,  
 Suphanburi Province

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกัน.....E281680  
 ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

Factors related to health literacy and dementia prevention behaviors  
 among older adults at risk of dementia in Photharam district, Ratchaburi  
 Province

การติดตามผลการใส่ฟันเทียมทั้งปากของผู้สูงอายุ ในโครงการฟันเทียม.....E282075  
 พระราชทานโรงพยาบาลหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี : 3-5 ปี ภายหลังการรักษา

Follow-up on Complete Denture Use in Elderly Patients Under the Royal  
 Dental Prosthesis Project at Nongyasai Hospital, Suphanburi Province: 3–5  
 Years Post-Treatment

ผลการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD ต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลและ.....E282281  
 การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด โรงพยาบาลสุรินทร์

The Effects of DMETHOD Discharge Planning on Caregiver Behavior  
 and Readmission of Pediatric Asthma Patients At Surin Hospital

การพัฒนาแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยมีส่วนร่วมของชุมชน.....E280161  
 : กรณีศึกษาร้านหินตั้ง ตำบลโนนฆ้อง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

Development of a Solid Waste Management Model Through Community  
 Participation: A Case Study of Ban Hin Tang, Nonkhong Sub-District, Ban  
 Fang District, Khon Kaen Province

ผลของโปรแกรมตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับ.....	E282732
การส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มวัยทำงาน อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม	
Effect of a Self-Efficacy-Based Oral Health Literacy Program on Oral Health Care Behaviors among Working-Age Adults in Si Songkhram District Nakhon Phanom Province	
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก.....	E281777
ในนักศึกษาทันตสาธารณสุขวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี	
Health literacy about e-cigarettes related to Oral health in Dental Public Health Students at Sirindhorn College of Public Health Suphanburi	
การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	E283693
โดยประยุกต์ใช้ การตลาดเชิงสังคมผ่านเทคโนโลยี เพื่อลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเติม ของวัยรุ่น: กรณีศึกษานำร่องในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย	
Development of a Health Belief Model-Based Perception Promotion Program through a Technology-Assisted Social Marketing to Reduce Sugar-Sweetened Beverage Consumption among Adolescents: A Pilot Study in Late Adolescents	
พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยการติดอาวุธ.....	E283349
ทางปัญญาในการผลิตผลงานวิชาการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดขอนแก่น	
Develop The Potential of Village Health Volunteers (VHVs) by Armed with Intellectual Weapons to Produce Academic Work to Solve Health Problems in Urban Areas, Khon Kaen Province	
ความแตกต่างระหว่างเพศต่อความรุนแรงของความปวดและผลกระทบ.....	E283832
ของความปวดในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง	
Sex Differences in Pain Severity and Pain Interference Among Elderly Cancer Patients	



## คำแนะนำการส่งบทความ

### คำแนะนำการเตรียมและส่งบทความ

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

### ข้อกำหนดและชนิดของเรื่องจะตีพิมพ์

1. เป็นผลงานวิชาการ ประเภทบทความ ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. ผลงานวิชาการและงานวิจัยจะได้รับการพิจารณากลับกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควรไม่น้อยกว่า 2 คน
4. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์
  - อาจารย์และเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ตีพิมพ์เรื่องละ 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 ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรง กับชื่อผู้นิพนธ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์และ e-mail ในส่วนล่างสุด

4. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ต่อบทคัดย่อ

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

6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16

7. การใช้ตัวเลขคำย่อและวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning

8. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

### 8.1 บทความวิจัย (ภาษาไทย)

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

## 8.2 บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ)

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

## 9. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

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

10. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 7<sup>th</sup> 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](mailto: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](mailto:j-phin@phcsuphan.ac.th)

V

**สมัครส่งบทความลงตีพิมพ์ ในวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม**  
**(การกรอกใบสมัครโปรดใช้วิธีการพิมพ์)**

เรียน บรรณาธิการวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม

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

ชื่อ - นามสกุล.....

ตำแหน่งทางวิชาการ

ศาสตราจารย์  รองศาสตราจารย์  ผู้ช่วยศาสตราจารย์  อาจารย์

นักวิชาการสาธารณสุข  อื่นๆ (โปรดระบุ).....

สถานที่ทำงาน

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

E-mail .....

มีความประสงค์ขอส่งผลงานบทความเรื่อง :

ชื่อบทความ .....

กองบรรณาธิการสามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่  สถานที่ระบุข้างต้น  ที่อยู่ดังต่อไปนี้

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

E-mail .....

กรณีที่ไม่สามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ กองบรรณาธิการสามารถติดต่อบุคคลดังต่อไปนี้

ชื่อ - นามสกุล.....

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

E-mail .....

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าของบทความ

**ส่งใบสมัครและบทความได้ที่**

กองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

77 หมู่ 4 ตำบลทับตี่เหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี 72000

โทรศัพท์ 035-454049 ต่อ 5107 โทรสาร 035-454050

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

ผลกระทบของฟันเทียมทั้งปากต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่มารับ  
บริการที่โรงพยาบาลดอนเจดีย์จังหวัดสุพรรณบุรี

The impact of complete dentures on the quality of life in the dimension of  
oral health of patients receiving services at Donchedi Hospital, Suphanburi  
Province.

ดิลก นุมหันต์

Dilok Numahunt

โรงพยาบาลดอนเจดีย์,สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

Donchedi Hospital, Suphanburi Provincial Public Health Office

(Received: July 16, 2025; Revised: December 7, 2025; Accepted: December 20, 2025)

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบของการใส่ฟันเทียมทั้งปากต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้งานฟันเทียมทั้งปาก การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analysis study) โดยใช้แบบสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ได้รับฟันเทียมทั้งปาก จำนวน 243 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป การใช้งานฟันเทียม และการประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OHIP-EDENT) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ไคสแควร์ การถดถอยโลจิสติก การวิเคราะห์อรรถประโยชน์ สถิติ independent t-test ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังใช้งานฟันเทียมทั้งปากอยู่ร้อยละ 84.8 และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับดีมาก โดยคะแนนอรรถประโยชน์เฉลี่ยอยู่ที่ 0.915 SD = 0.114 ด้านปัญหาที่พบมากที่สุด ได้แก่ ต้องเลือกหรือหลีกเลี่ยงอาหารบางชนิดร้อยละ 58 การบดเคี้ยวอาหารยากร้อยละ 41.6 และฟันเทียมหลวมร้อยละ 30 ขณะที่ผลกระทบด้านจิตสังคมพบในระดับต่ำมาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนอรรถประโยชน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สิทธิการรักษาพยาบาล ( $p = 0.024$ ) และระยะเวลาการใช้ฟันเทียม ( $p = 0.011$ ) ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญสรุปได้ว่า การใส่ฟันเทียมทั้งปากส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะในด้านจิตสังคม อย่างไรก็ตาม การใช้งานจริงยังมีความท้าทายบางประการ จึงควรมีการส่งเสริมการดูแลฟันเทียมและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

**คำสำคัญ:** การใช้งานฟันเทียม, คุณภาพชีวิต, ฟันเทียมทั้งปาก, สุขภาพช่องปาก, มิติสุขภาพช่องปาก  
ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding Author: Dilok Numahunt ,E-mail:diloknu@hotmail.com)

## Abstract

This study aimed to investigate the impact of complete denture wearing on oral health-related quality of life among patients receiving services at Don Chedi Hospital, Suphan Buri Province, and to examine factors associated with complete denture use. This research employed a cross-sectional analytical study design. Data were collected via telephone interviews from 243 participants who had received complete dentures. Research instruments included a general information questionnaire, denture usage assessment, and the Oral Health Impact Profile for edentulous patients (OHIP-EDENT). Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, logistic regression, utility analysis and independent t-test. The results revealed that the majority of participants 84.8% were still using their complete dentures, and overall oral health-related quality of life was very good, with a mean utility score of 0.9153 (SD = 0.11433). The most common problems reported were the need to select or avoid certain foods 58.0%, difficulty in chewing 41.6%, and loose dentures 30.0%. Psychosocial impacts were reported at a very low level. Factors significantly associated with utility scores were type of health insurance ( $p = 0.024$ ) and duration of denture use ( $p = 0.011$ ), while other factors showed no significant associations. In conclusion, wearing complete dentures has a positive effect on oral health-related quality of life, particularly in the psychosocial domain. However, some practical challenges in denture use remain. Therefore, continuous promotion of denture care and follow-up are recommended to improve effectiveness and enhance patients' quality of life.

**Keywords:** complete denture, denture use, quality of life, OHIP-EDENT, oral health

## บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ส่งผลให้ประเด็นสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับวัยสูงอายุ โดยเฉพาะ “สุขภาพช่องปาก” กลายเป็นโจทย์สำคัญของระบบสาธารณสุข ทั้งในมิติการดำเนินชีวิต การบริโภคอาหาร การสื่อสาร และคุณภาพชีวิตโดยรวม (กรมอนามัย, 2564) การสูญเสียฟันทั้งปากเป็นปัญหาที่พบได้ในผู้สูงอายุจำนวนมาก ซึ่งเชื่อมโยงกับภาวะทุพโภชนาการ การจำกัดชนิดอาหาร และผลกระทบทางจิตสังคม เช่น ความมั่นใจและการเข้าสังคม (Boudrias & McMillan, 2004; Smith & Anderson, 2020) การใส่ฟันเทียมทั้งปากจึงเป็นมาตรการสำคัญในการทดแทนการสูญเสียฟัน เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพการบดเคี้ยวและลดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปาก (Oral Health-Related Quality of Life; OHRQoL) (Boudrias & McMillan, 2004; Smith & Anderson, 2020)

สำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก เครื่องมือ OHIP-EDENT ได้รับการพัฒนาและประเมินความตรง/ความเชื่อมั่นอย่างแพร่หลาย และถูกใช้อย่างกว้างขวางในการวิจัยด้านทันตสาธารณสุขเพื่อสะท้อนผลกระทบเชิงหน้าที่ อากาการ ความเจ็บปวด และจิตสังคมจากปัญหาช่องปาก (Slade & Spencer, 1994) ในประเทศไทย งานศึกษาหลายพื้นที่รายงานข้อมูลคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับ

สุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก อาทิ ลำปาง (ชุตินา สังขเวส, 2560) เชียงใหม่ (ปราณี บุญญฤทธิพิงศ์ & กนกวรรณ สุทธิโต, 2562) ฉะเชิงเทรา (สถาพร, 2551) นครสวรรค์ ภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทาน (เบญจมาศ, 2556) นครปฐม (บุษกร ธีรณัฐลักษณ์, 2561) และสงขลา (อารยา ลิมาภรณ์ วัฒนชัย, 2565) ซึ่งช่วยสะท้อนภาพรวมของผลลัพธ์การรักษาและประสบการณ์ของผู้ใช้ฟันเทียมในบริบทบริการสาธารณสุขไทย

เชิงนโยบาย ประเทศไทยมีการขยายการเข้าถึงบริการฟันเทียมในระบบหลักประกันสุขภาพและผ่านโครงการพระราชทานมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้มากขึ้น (กรมอนามัย, 2564; เบญจมาศ, 2556; บุษกร ธีรณัฐลักษณ์, 2561) อย่างไรก็ตาม ความท้าทายด้านคุณภาพและความต่อเนื่องของการดูแลหลังใส่ฟันเทียมเช่น ปัญหาฟันเทียมหลวม จุดกดเจ็บ เศษอาหารติด และการต้องหลีกเลี่ยงอาหารบางชนิดยังคงถูกกล่าวถึงในวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ และล้วนส่งผลต่อประสบการณ์ใช้งานจริง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Boudrias & McMillan, 2004; Smith & Anderson, 2020; ชุตินา สังขเวส, 2560; ปราณี บุญญฤทธิพิงศ์ & กนกวรรณ สุทธิโต, 2562)

แม้มีหลักฐานจากหลายจังหวัดของไทย แต่ “ข้อมูลเชิงประจักษ์จากบริบทบริการของจังหวัดสุพรรณบุรี” โดยเฉพาะผู้รับบริการที่โรงพยาบาลดอนเจดีย์ ยังมีจำกัดเมื่อเทียบกับพื้นที่อื่น การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งประเมินผลกระทบของการใส่ฟันเทียมทั้งปากต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากด้วยเครื่องมือ OHIP-EDENT และสำรวจปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้งานฟันเทียมในผู้รับบริการที่โรงพยาบาลดอนเจดีย์ เพื่อเติมเต็มช่องว่างองค์ความรู้ในพื้นที่ และสนับสนุนการออกแบบระบบติดตาม/ดูแลหลังใส่ฟันเทียมให้เหมาะกับบริบทผู้สูงอายุไทย (Slade & Spencer, 1994; กรมอนามัย, 2564)

ยิ่งไปกว่านั้น การมีหลักฐานเชิงพื้นที่จะช่วยให้ผู้ให้บริการและผู้กำหนดนโยบายสามารถกำหนดแนวทางคัดกรอง แนะนำการดูแลตนเอง และปรับกระบวนการทำฟันเทียม/ติดตามผลให้สอดคล้องกับความต้องการจริงของผู้สูงอายุ รวมทั้งประเมินความคุ้มค่าของบริการผ่านมิติคุณภาพชีวิตที่สะท้อน “ประสบการณ์ของผู้ป่วย” ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น (Slade & Spencer, 1994; กรมอนามัย, 2564; อารยา ลิมาภรณ์วัฒนชัย, 2565)

## วัตถุประสงค์

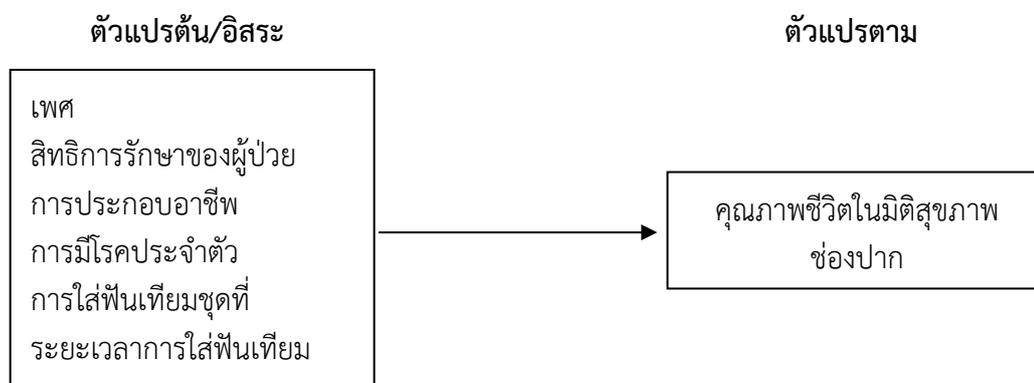
1. เพื่อศึกษาผลกระทบของฟันเทียมทั้งปากที่มีต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากที่มารับบริการที่โรงพยาบาลดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี

## สมมติฐานการวิจัย

การใส่ฟันเทียมทั้งปากมีผลในแง่บวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในมิติสุขภาพช่องปาก

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analysis study)



## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analysis study)

## ประชากร

ผู้ที่มารับบริการใส่ฟันเทียมทั้งปากที่โรงพยาบาลดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2567 ทุกคนจำนวน 412 คน

## กลุ่มตัวอย่าง

ใช้กลุ่มประชากร เกณฑ์การคัดเข้าในการศึกษาคือ ผู้ที่มารับบริการใส่ฟันเทียมทั้งปากที่โรงพยาบาลดอนเจดีย์ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2567 และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เกณฑ์การคัดออกคือผู้สูงอายุที่เสียชีวิต ผู้ที่ไม่ยินดีตอบแบบสอบถามหรือติดต่อไม่ได้ ไม่รับโทรศัพท์เกิน 3 ครั้งในเวลาที่ต่างกัน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกระบวนการศึกษาหาความรู้จากข้อมูลเอกสารต่าง ๆ ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (Check Lists) ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สิทธิการรักษาของผู้ป่วย การประกอบอาชีพ โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 การใช้งานฟันเทียมมีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (Check Lists) ประกอบด้วย การใช้งานฟันเทียม(ใช้อยู่หรือไม่) วัตถุประสงค์การใช้งาน ฟันเทียมที่ใช้เป็นชุดแรกหรือไม่ ระยะเวลาการใช้งานฟันเทียม

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ผลกระทบของฟันเทียมทั้งปากต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก Oral Health Impact Profile for Edentulous Patients (OHIP-EDENT) ของ Slade, G. D., & Spencer, A. J. (1994) มีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (Check Lists) โดยจะใช้เกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับของลิเคิร์ต (Likert Scale) คือ

0 = ไม่เคยเกิดเหตุการณ์หรือผลกระทบดังกล่าวในช่วงเดือนที่ผ่านมา

1 = เกิดเหตุการณ์หรือผลกระทบนาน ๆ ครั้งหรือ 1-2 ครั้ง ในช่วงเดือนที่ผ่านมาหรือ 2-3 สัปดาห์ต่อครั้ง

2 = เกิดเหตุการณ์หรือผลกระทบบางครั้งหรือ 3-4 ครั้งในช่วงเดือนที่ผ่านมาหรือ 1 ครั้งต่อสัปดาห์

3 = เกิดเหตุการณ์หรือผลกระทบบ่อยครั้งหรือ 2-4 ครั้งต่อสัปดาห์

4 = เกิดเหตุการณ์หรือผลกระทบบ่อยมากในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาหรือ > 5 ครั้งต่อสัปดาห์หรือทุกวัน

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ใช้เกณฑ์ให้คะแนน -1, 0, +1 และคำนวณค่า IOC รายข้อ ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.50-1.00 ทุกข้อ และได้ทดลองใช้กับกลุ่มนำร่องจำนวน 30 คนเพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.902 แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนทำการเก็บข้อมูลมีการฝึกผู้สัมภาษณ์เกี่ยวกับการบันทึกคำตอบและการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและก่อนทำการสัมภาษณ์ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอม โดยใช้ข้อมูลร่วมระหว่างปฐมภูมิและทฤษฎีภูมิ โดยข้อมูล ปฐมภูมิใช้แบบสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ส่วนทฤษฎีภูมิใช้ฐานข้อมูลการรักษาของโรงพยาบาลเพื่อระบุตัว “ประชากรเป้าหมาย” ทั้งหมดที่ ได้รับบริการใส่ฟันเทียมทั้งปากระหว่าง 1 ต.ค. 2558-30 ก.ย. 2567 รวม 412 ราย และทำการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ระหว่างวันที่ 5 มิถุนายนถึง 8 กรกฎาคม 2568

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการใช้งานฟันเทียมด้วยการวิเคราะห์เบื้องต้นด้วยสถิติไคสแควร์ แล้วหาความสัมพันธ์โดยการถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression)
3. การวิเคราะห์อรรถประโยชน์ตามคุณภาพชีวิต (Utility Analysis for Quality of Life) โดยนำข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต (OHIP EDENT) มาเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปากทั้งด้านปัญหาการใช้งานฟันเทียม จิตสังคมและพฤติกรรม
4. ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับคะแนนอรรถประโยชน์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต (OHIP- EDENT) โดยการทดสอบด้วยสถิติ independent t-test

### จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่ 36/2568 ลงวันที่ 27 มีนาคม 2568 ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่างอย่างชัดเจน ทั้งวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษาระยะเวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ รวมถึงสิทธิในการปฏิเสธหรือยกเลิกการเข้าร่วมในการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือการรับบริการใดๆ พร้อมทั้งรับรองว่าข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น โดยจะไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือข้อมูลส่วนบุคคลใด ๆ ที่สามารถระบุตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถามได้

### ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป พบว่าจำนวนผู้มารับบริการใส่ฟันเทียมทั้งปากที่โรงพยาบาลดอนเจดีย์ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2567 จำนวน 412 คน คงเหลือตามเกณฑ์ 243 คน คิดเป็นร้อยละ 59 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65 เพศชายร้อยละ 35 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.6 และร้อยละ 0.4 ที่นับถือศาสนาอิสลาม ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 70-79 ปีร้อยละ 41.6 รองลงมาคือช่วงอายุ 60-69 ปีร้อยละ 26.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 86.8 และอีกร้อยละ 13.2 ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงหรือรัฐวิสาหกิจ ไม่ประกอบอาชีพร้อยละ 64.4 ส่วนผู้ที่ประกอบอาชีพร้อยละ 35.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 88.1 ขณะที่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 11.9 ใส่ฟันเทียมเพื่อช่วยในการเคี้ยวอาหารร้อยละ 97.5 และมีเพียงร้อยละ 2.5 ที่ใส่ฟันเทียมเพื่อช่วยการบดเคี้ยวอาหารและความสวยงาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับฟันเทียมเป็นชุดแรกร้อยละ 63.0 ขณะที่อีกร้อยละ 37.0 เคยได้รับฟันเทียมมาแล้วก่อนหน้านี้ จำนวนตัวอย่างที่มีระยะเวลาเริ่มใส่ฟันเทียมชุดปัจจุบัน น้อยกว่า 5 ปีร้อยละ 49 ในขณะที่มากกว่า 5 ปี มีร้อยละ 51

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (n=243)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	158	65.0
ชาย	85	35.0
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	242	99.6
อิสลาม	1	0.4
<b>ช่วงอายุ</b>		
ต่ำกว่า 50 ปี	2	0.8
50 - 59	19	7.8
60 - 69	65	26.8
70 - 79	101	41.6
80 - 89	52	21.4
<b>ช่วงอายุ</b>		
90 - 100	4	1.6
<b>สิทธิการรักษา</b>		
เบิกจ่ายตรง/รัฐวิสาหกิจ	32	13.2
บัตรสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง)	211	86.8
<b>อาชีพ</b>		
ไม่ประกอบอาชีพ	159	64.6
ประกอบอาชีพ	84	35.4
<b>การมีโรคประจำตัว</b>		
ไม่มีโรคประจำตัว	29	11.9
มีโรคประจำตัว	214	88.1
<b>การใช้งานฟันเทียม</b>		
ไม่ใช้งาน	37	15.2
ยังใช้งานอยู่	206	84.8
<b>วัตถุประสงค์การใส่ฟันปลอม</b>		
เพื่อช่วยในการเคี้ยวอาหาร	237	97.5
เพื่อช่วยในการเคี้ยวอาหารและความสวยงาม	6	2.5

**ตารางที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคล (n=243) ต่อ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>ฟันเทียมชุด</b>		
ชุดแรก	153	63.0
ไม่ใช่ชุดแรก	90	37.0
<b>ระยะเวลาการใส่ฟันเทียม</b>		
น้อยกว่า 5 ปี	119	49.0
5 ปีขึ้นไป	124	51.0

เมื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับการใช้ฟันเทียม โดยใช้การสถิติไค-สแควร์ เพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่ศึกษาได้แก่ เพศ สิทธิการรักษา อาชีพ การมีโรคประจำตัว ฟันเทียมชุดที่ และระยะเวลาการใส่ฟันเทียม ไม่มีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ฟันเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการใช้ฟันเทียม (n=243) ใช้สถิติไคสแควร์

ข้อมูลส่วนบุคคล	ไม่ได้ใช้งานฟันปลอม (ร้อยละ)	ใช้งานฟันปลอม (ร้อยละ)	X <sup>2</sup>	df	P-Value
<b>เพศ</b>					
หญิง	21 (13.3)	137 (86.7)	1.31	1	0.25
ชาย	16 (18.8)	69 (81.2)			
<b>สิทธิการรักษา</b>					
เบิกจ่ายตรง/รัฐวิสาหกิจ	7 (21.9)	25 (78.1)	1.26	1	0.26
บัตรทอง	30 (14.2)	181 (85.8)			
<b>อาชีพ</b>					
ไม่ประกอบอาชีพ	25 (15.7)	134 (84.3)	0.09	1	0.77
ประกอบอาชีพ	12 (12.9)	72 (87.1)			
<b>การมีโรคประจำตัว</b>					
ไม่มีโรคประจำตัว	4 (13.8)	25 (86.2)	0.05	1	0.82
มีโรคประจำตัว	33 (15.4)	181 (84.6)			
<b>ฟันเทียมชุด</b>					
ชุดแรก	21 (13.7)	132 (86.3)	0.72	1	0.40
ไม่ใช่ชุดแรก	16 (17.8)	74 (82.2)			
<b>ระยะเวลาการใส่ฟันเทียม</b>					
น้อยกว่า 5 ปี	23 (19.3)	96 (80.7)	3.04	1	0.08
5 ปีขึ้นไป	14 (11.3)	110 (88.7)			

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่ศึกษากับการใช้ฟันเทียมโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่ศึกษาได้แก่ เพศ สิทธิการรักษา อาชีพ การมีโรคประจำตัว ฟันเทียมชุดที่ และระยะเวลาการใส่ฟันเทียม ไม่มีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ฟันเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการใส่ฟันเทียม ใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ข้อมูลส่วนบุคคล	Odds Ratio (95%CI)	P-Value
<b>เพศ</b>		0.25
หญิง	1	
ชาย	0.6 (0.32,1.35)	
<b>สิทธิการรักษา</b>		0.26
เบิกจ่ายตรง/รัฐวิสาหกิจ	1	
บัตรทอง	1.69 (0.61,4.25)	
<b>อาชีพ</b>		0.77
ไม่ประกอบอาชีพ	0.89 (0.42,1.88)	
ประกอบอาชีพ	1	
<b>การมีโรคประจำตัว</b>		0.82
ไม่มีโรคประจำตัว	1	
มีโรคประจำตัว	0.88 (0.29,2.69)	
<b>ฟันเทียมชุด</b>		0.40
ชุดแรก	1	
ไม่ใช่ชุดแรก	0.74 (0.36,1.50)	
<b>ระยะเวลาการใส่ฟันเทียม</b>		0.84
น้อยกว่า5ปี	1	
5ปีขึ้นไป	1.88 (0.92,3.86)	

จากการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสัมภาษณ์ OHIP-EDENT พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยประสบปัญหาต่างๆจากการใส่ฟันเทียมในเกือบทุกข้อคำถาม โดยเฉพาะในมิติเชิงจิตสังคมและพฤติกรรม ร้อยละ 98.4 ระบุว่า “ไม่เคยรู้สึกงอแงต่อคนรอบตัวหรือบุคคลในครอบครัวลดลง”, ร้อยละ 96.3 ระบุว่า “ไม่เคยรู้สึกเขินอายหรือไม่เคยต้องหลีกเลี่ยงการออกไปนอกบ้าน”, ร้อยละ 95.1 ระบุว่า “ไม่เคยรู้สึกพอใจต่อการใช้ชีวิตตามปกติลดลง”

ในขณะเดียวกัน ยังพบว่าในกลุ่มตัวอย่างบางส่วนประสบปัญหาในบางมิติ โดยเฉพาะในด้านการใช้งานจริงของฟันเทียม ร้อยละ 58.0 เคย “ต้องเลือกหรือหลีกเลี่ยงอาหารบางชนิด”, ร้อยละ 46.9 เคย “ใส่ฟันเทียมแล้วมีเศษอาหารติด”, ร้อยละ 41.6 ระบุว่า “เคยมีปัญหาในการบดเคี้ยวอาหารบางชนิด” (ร้อยละ 18.5 และ 11.5 ระบุว่ามีปัญหาในระดับ “เล็กน้อย” และ “ปานกลาง” ตามลำดับ), ปัญหาเรื่อง “ฟันเทียมหลวมไม่กระชับ” พบว่าร้อยละ 30 มีประสบการณ์ในระดับใดระดับหนึ่งโดยเฉพาะระดับปานกลางถึงมาก(รวมร้อยละ 18.6), ร้อยละ 21.4 ระบุว่าเคย “ไม่สามารถรับประทานอาหารได้”, ร้อยละ 18.9 เคย “รู้สึกอึดอัด ไม่สะดวกสบายขณะใส่ฟันเทียม”, ร้อยละ 17.7 เคย “มีความรู้สึกวิตกกังวลกับปัญหาจากการใส่ฟันเทียม”, ร้อยละ 9.9 ระบุว่าเคยมี “จุดกดเจ็บหรือแผลในช่องปากจากฟันเทียม”

**ตารางที่ 4** จำนวนของกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากโดยใช้แบบสัมภาษณ์ OHIP EDENT หน่วยเป็น ราย (ร้อยละ)

หัวข้อ	ระดับผลกระทบ				
	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	บ่อยมาก
ท่านเคยใส่ฟันเทียมแล้วบดเคี้ยวอาหารบางชนิดยาก บ้างหรือไม่	142 (58.5)	45 (18.5)	28 (11.5)	18 (7.4)	10 (4.1)
ท่านเคยใส่ฟันเทียมแล้วมีเศษอาหารติดตามฟันเทียม (ขณะรับประทานอาหาร) บ้างหรือไม่	129 (53.1)	85 (35.0)	21 (8.6)	8 (3.3)	0 (0)
ท่านเคยรู้สึกว่ามี ฟันเทียมหลวมไม่กระชับบ้างหรือไม่	170 (70)	28 (11.5)	23 (9.4)	15 (6.2)	7 (2.9)
ท่านเคยใส่ฟันเทียมแล้วมีอาการเจ็บหรือปวดภายในช่องปาก (เนื่องจากฟันเทียม) บ้างหรือไม่	172 (70.8)	31 (12.7)	15 (6.2)	14 (5.8)	11 (4.5)
ท่านเคยใส่ฟันเทียมแล้วรับประทานอาหารบางชนิดไม่สะดวกสบายบ้างหรือไม่	162 (66.6)	35 (14.4)	23 (9.5)	17 (7.0)	6 (2.5)
ท่านเคยมีจุดกดเจ็บหรือแผลในช่องปาก (เนื่องจากฟันเทียม) บ้างหรือไม่	219 (90.1)	12 (4.9)	6 (2.5)	4 (1.7)	2 (0.8)
ท่านเคยใส่ฟันเทียมแล้วรู้สึกอึดอัด ไม่สะดวกสบาย บ้างหรือไม่	197 (81.1)	12 (4.9)	14 (5.8)	16 (6.6)	4 (1.6)
ท่านเคยรู้สึกวิตกกังวลกับปัญหาจากฟันเทียมบ้างหรือไม่	200 (82.3)	22 (9.1)	11 (4.5)	8 (3.3)	2 (0.8)
ท่านเคยใส่ฟันเทียมแล้วรู้สึกประหม่าหรือไม่มั่นใจบ้างหรือไม่	230 (94.7)	5 (2.1)	6 (2.5)	1 (0.4)	1 (0.4)
ท่านเคยใส่ฟันเทียมแล้วต้องเลือกหรือหลีกเลี่ยงอาหารบางชนิดบ้างหรือไม่	102 (42.0)	78 (32.1)	53 (21.8)	6 (2.5)	4 (1.6)
ท่านเคยใส่ฟันเทียมแล้วไม่สามารถรับประทานอาหารได้ บ้างหรือไม่	191 (78.6)	27 (11.1)	7 (2.9)	12 (4.9)	6 (2.5)
ท่านเคยใส่ฟันเทียมแล้วต้องหยุดการรับประทานอาหาร บ้างหรือไม่	208 (85.6)	15 (6.2)	10 (4.1)	7 (2.9)	3 (1.2)
ท่านเคยใส่ฟันเทียมแล้วรู้สึกอารมณ์เสียบ้างหรือไม่	211 (86.9)	16 (6.6)	13 (5.3)	2 (0.8)	1 (0.4)
ท่านเคยใส่ฟันเทียมแล้วรู้สึกเขินอายบ้างหรือไม่	234 (96.3)	4 (1.7)	3 (1.2)	2 (0.8)	0 (0.0)
ท่านเคยใส่ฟันเทียมแล้วต้องหลีกเลี่ยงการออกไปนอกบ้านบ้างหรือไม่	234 (96.3)	4 (1.7)	2 (0.8)	3 (1.2)	0 (0.0)
ท่านเคยใส่ฟันเทียมแล้วรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของคุณลดลงในครอบครัว ลดลงบ้างหรือไม่	239 (98.3)	4 (1.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
ท่านเคยใส่ฟันเทียมแล้วรู้สึกหงุดหงิดหรือฉุนเฉียวง่ายกับผู้อื่นบ้างหรือไม่	233 (95.9)	8 (3.3)	2 (0.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
ท่านเคยใส่ฟันเทียมแล้วการทำงาน และกิจกรรมอย่าง สนุกร่วมกับผู้อื่นยากขึ้นบ้างหรือไม่	230 (94.7)	9 (3.7)	2 (0.8)	2 (0.8)	0 (0.0)

**ตารางที่ 4** จำนวนของกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากโดยใช้แบบสัมภาษณ์ OHIP EDENT หน่วยเป็น ราย (ร้อยละ) ต่อ

หัวข้อ	ระดับผลกระทบลิเคิร์ต(Likert scale)				
	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	บ่อยมาก
ท่านเคยใส่ฟันเทียมแล้วรู้สึกพอใจต่อการใช้ชีวิตตามปกติลดน้อยลงบ้างหรือไม่	231 (95.1)	10 (4.1)	2 (0.8)	0 (0.0)	0 (0.0)

จากผลการศึกษาพบว่าค่าคะแนนบรรณประโยชน์เฉลี่ยที่แปลงมาจากคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอยู่ที่ 0.915 (SD = 0.114) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนบรรณประโยชน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สิทธิการรักษาพยาบาล ( $p = 0.024$ ) และระยะเวลาการใส่ฟันเทียม ( $p = 0.011$ ) ส่วนปัจจัยเพศ การประกอบอาชีพ การมีโรคประจำตัว และจำนวนชุดของฟันเทียมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

**ตารางที่ 5** ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับคะแนนบรรณประโยชน์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต (OHIP- EDENT) โดยการทดสอบด้วยสถิติ independent t-test

	Mean	SD	P-Value (95%CI)
<b>เพศ</b>			
หญิง	0.916	0.117	0.895
ชาย	0.914	0.110	(-0.028,0.032)
<b>สิทธิการรักษา</b>			
เบิกจ่ายตรง/รัฐวิสาหกิจ	0.872	0.145	0.024*
บัตรประกันสุขภาพ	0.922	0.108	(-0.091,-0.006)
<b>การประกอบอาชีพ</b>			
ไม่ประกอบอาชีพ	0.918	0.108	0.642
ประกอบอาชีพ	0.911	0.125	(-0.038,0.023)
<b>การมีโรคประจำตัว</b>			
ไม่มีโรคประจำตัว	0.902	0.134	0.507
มีโรคประจำตัว	0.917	0.112	(-0.060,0.030)
<b>ฟันเทียมชุด</b>			
ชุดแรก	0.918	0.107	0.611
ไม่ใช่ชุดแรก	0.910	0.127	(-0.022,0.038)
<b>ระยะเวลาการใส่ฟันเทียม</b>			
น้อยกว่า 5 ปี	0.896	0.132	0.011*
5 ปีขึ้นไป	0.934	0.092	(-0.066,-0.009)

\* ทดสอบนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value} < 0.05$

## อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้พบว่า การใส่ฟันเทียมทั้งปากสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปาก ในระดับ “ดีมาก” (ค่าอัตราประโยชน์เฉลี่ย 0.915, SD = 0.114) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า การใส่ฟันเทียมทั้งปากส่งผลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้รับบริการ นอกจากนี้ อัตราการ “ยังคงใช้งาน” อยู่ที่ร้อยละ 84.8 สะท้อนการยอมรับการรักษาและความต่อเนื่องในการใช้ที่ค่อนข้างสูงในบริบทโรงพยาบาลชุมชน ผลลัพธ์ที่ได้สอดคล้องกับหลักฐานที่ชี้ว่า ฟันเทียมทั้งปากช่วยเพิ่มสมรรถภาพการบดเคี้ยว ลดผลกระทบเชิงหน้าที่/อาการ และยกระดับมิติจิตสังคม (Boudrias & McMillan, 2004; Smith & Anderson, 2020) การใช้เครื่องมือ OHIP-EDENT ซึ่งพัฒนามนกรอบแนวคิด Oral Health Impact Profile (Slade & Spencer, 1994; Allen & Locker, 2002) ทำให้ประเมินผลกระทบหลากหลายมิติได้อย่างเป็นระบบ ในไทยงานศึกษาเชิงพื้นที่หลายจังหวัดรายงานทิศทางคล้ายกัน ทั้งระดับความพึงพอใจปานกลางถึงสูงและการคงใช้งานฟันเทียมเมื่อมีการติดตาม/ปรับแต่งที่เหมาะสม (ชุตินา, 2560; ปราณี & กนกวรรณ, 2562; สถาพร, 2551; เบญจมาศ, 2556; บุษกร, 2561; อารยา, 2565) สอดรับกับภาพรวมเชิงนโยบายที่ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยและเพิ่มการเข้าถึงบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ (กรมอนามัย, 2564)

แม้ดัชนีอัตราประโยชน์โดยรวมจะอยู่ในระดับสูงและผลกระทบด้านจิตสังคมต่ำมาก (เช่น ความเขินอาย/การหลีกเลี่ยงสังคม/ความอดทนต่อครอบครัวลดลงพบได้น้อย) แต่ยังพบ “ข้อจำกัดเชิงการใช้งานจริง” ที่สำคัญ ได้แก่ การต้องเลือก/หลีกเลี่ยงอาหารบางชนิด เศษอาหารติด การเคี้ยวยาก และความหลวมของฟันเทียม ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของทั้งต่างประเทศและไทยที่ชี้ว่า ความพอดี ความสบาย และคุณภาพทางคลินิกของฟันเทียมเป็นตัวกำหนดประสบการณ์การใช้งานมากกว่าปัจจัยประชากรศาสตร์ (Boudrias & McMillan, 2004; Smith & Anderson, 2020; ชุตินา, 2560; ปราณี & กนกวรรณ, 2562)

ผลการทดสอบพบว่า สิทธิการรักษาพยาบาล และ ระยะเวลาในการใส่ฟันเทียม มีความสัมพันธ์กับค่าอัตราประโยชน์อย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีคะแนนสูงกว่าผู้ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง/รัฐวิสาหกิจ อาจสะท้อนความคาดหวังต่อบริการและประสบการณ์การรับบริการที่แตกต่างกันในระบบสุขภาพไทย (กรมอนามัย, 2564) ขณะที่ผู้ที่ใส่ฟันเทียม 5 ปีขึ้นไป มีคะแนนสูงกว่าผู้ที่ใส่ฟันเทียมมาน้อยกว่า 5 ปี สอดคล้องกับแนวคิดเรื่อง การปรับตัวและการเรียนรู้การใช้งาน ซึ่งช่วยลดผลกระทบที่รู้สึกได้เมื่อเวลาผ่านไป (Boudrias & McMillan, 2004; Smith & Anderson, 2020)

การทดสอบโคสแควร์และการถดถอยโลจิสติก (logistic regression) ไม่พบปัจจัยพื้นฐาน (เพศ สิทธิ อาชีพ โรคประจำตัว ฟันเทียมชุดที่ ระยะเวลา) ที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการใช้งาน (ใช้อยู่/ไม่ใช้งาน) ซึ่งอาจสะท้อนว่า ตัวกำหนดหลักอยู่ที่คุณภาพทางคลินิกและประสบการณ์เฉพาะราย มากกว่าปัจจัยพื้นฐาน

ผลวิจัยสนับสนุนการจัดบริการฟันเทียมในผู้สูงอายุภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ (กรมอนามัย, 2564) พร้อมชี้เป้าการพัฒนา 3 ประการ (1) ระบบติดตามหลังใส่ฟันเทียมที่เป็นระบบ เพื่อลดความหลวม จุดกดเจ็บ และเศษอาหารติด (2) การให้คำปรึกษาการดูแลตนเองและการเลือกอาหาร ที่เป็นมิตรกับฟันเทียม (3) การคัดกรองเชิงรุก สำหรับผู้ที่รายงานการเคี้ยวยากหรือไม่สบายขณะใส่ เพื่อปรับแต่งเชิงคลินิกให้เร็วที่สุด ทั้งหมดนี้สอดคล้องกับงานติดตามผลในไทยที่ชี้ว่าการดูแลต่อเนื่องมีส่วนต่อการคงใช้งานและความพึงพอใจ (เบญจมาศ, 2556; บุษกร, 2561; อารยา, 2565)

โดยสรุป ผลการศึกษานี้ ยืนยันสมมติฐาน ว่าการใส่ฟันเทียมทั้งปากมีผลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะด้านจิตสังคม ขณะเดียวกันยังชี้ให้เห็นประเด็นปรับปรุงเชิงปฏิบัติ การติดตามหลังใส่ การปรับแต่งทางคลินิกและการให้คำปรึกษาเชิงพฤติกรรมเพื่อแก้ปัญหาในการใช้งานจริง และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการให้ดียิ่งขึ้น (Slade & Spencer, 1994; Allen & Locker, 2002; Boudrias & McMillan, 2004; Smith & Anderson, 2020; กรมอนามัย, 2564; และงานศึกษาเชิงพื้นที่ของไทยที่เกี่ยวข้อง)

### การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในหลายมิติ ทั้งในด้านการให้บริการทางทันตกรรมแก่ผู้สูงอายุ ด้านวิชาการ และด้านการกำหนดนโยบายสาธารณสุข ดังนี้

#### 1. ด้านการบริการสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่าผู้รับบริการใส่ฟันเทียมทั้งปากยังประสบปัญหาด้านการใช้งาน เช่น การบดเคี้ยวอาหารบางชนิดยาก ฟันเทียมหลวม และมีแผลกดเจ็บในช่องปาก แม้โดยรวมคุณภาพชีวิตจะอยู่ในระดับดีมาก ข้อมูลเหล่านี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทันตกรรมฟันเทียมในสถานพยาบาล โดยการพัฒนาระบบการทำฟันเทียมให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลมากขึ้น มีระบบติดตามผลหลังการใส่ฟันเทียมอย่างเป็นระบบเพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะราย รวมถึงส่งเสริมให้มีการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้งาน การดูแลรักษาฟันเทียมและการเลือกบริโภคอาหารเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้งาน และยืดอายุการใช้งานของฟันเทียม

#### 2. ด้านวิชาการและการศึกษา

ข้อมูลจากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นฐานข้อมูลในการเรียนการสอนในรายวิชาทันตกรรมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเรื่องการใส่ฟันเทียมทั้งปากและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

#### 3. ด้านนโยบายและระบบบริการสุขภาพ

จากผลการศึกษาที่พบว่า สิทธิการรักษาพยาบาลและระยะเวลาในการใช้ฟันเทียมมีความสัมพันธ์กับระดับอรรถประโยชน์อย่างมีนัยสำคัญ สามารถนำไปใช้ประกอบการกำหนดนโยบายพัฒนาแนวทางการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการใส่ฟันเทียม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

#### 1. ขยายขอบเขตของกลุ่มตัวอย่างให้กว้างขึ้น

การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการใส่ฟันเทียมทั้งปากที่โรงพยาบาลดอนเจดีย์เท่านั้น ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมถึงประชากรในพื้นที่อื่นหรือผู้ที่ไม่ได้เข้ารับบริการในสถานพยาบาลของรัฐ ดังนั้นการวิจัยในอนาคตควรขยายขอบเขตของกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมทั้งในเขตเมือง ชนบท และภาคต่าง ๆ เพื่อเพิ่มความเป็นตัวแทนของประชากรและสามารถเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างภูมิภาคได้

#### 2. ศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยเชิงคุณภาพ

แม้จะพบว่าปัจจัยพื้นฐาน เช่น เพศ อาชีพ หรือโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้งานฟันเทียมอย่างมีนัยสำคัญ แต่การศึกษาปัจจัยเชิงคุณภาพ เช่น ประสบการณ์ตรงในการใช้งาน ความรู้ทัศนคติ และการรับรู้เกี่ยวกับฟันเทียม อาจช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมและปัญหาในการใช้งานฟันเทียมได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

#### 3. ติดตามผลในระยะยาว

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ซึ่งให้ข้อมูล ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง หากต้องการเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตและอรรถประโยชน์จากการใส่ฟันเทียมในระยะยาว ควรดำเนินการวิจัยแบบติดตามผลเพื่อดูแนวโน้มของปัญหา และการปรับตัวของผู้ใช้ฟันเทียมในแต่ละช่วงเวลา

#### 4. ประเมินผลของการติดตามหลังการใส่ฟันเทียม

ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลของการติดตามหลังการใส่ฟันเทียม เช่น การให้คำแนะนำ การติดตามผล และการแก้ไขฟันเทียมที่มีปัญหา เพื่อประเมินผลต่อความพึงพอใจ การใช้งาน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

### References

- กรมอนามัย. (2564). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ประจำปี 2564. กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก <https://www.anamai.moph.go.th>
- ชัยรัตน์ ทับทอง. (2558). การประเมินความพึงพอใจและผลกระทบของฟันเทียมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข*, 20(2), 60–67. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThDPHJo/article/view/150801>
- ชุตินา สันชะเวส. (2560). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 26(5), 899–908.
- ปราณี บุญญฤทธิพงษ์, & กนกวรรณ สุทธิโต. (2562). คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากในจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 40(3), 56–65.
- บุษกร ธีรณัฐลักษณ์. (2561). การติดตามผลการใส่ฟันเทียมทั้งปากของผู้สูงอายุในโครงการฟันเทียมพระราชทานโรงพยาบาลพุทธมณฑลจังหวัดนครปฐม: 3–5 ปี ภายหลังจากการรักษา. *วารสารแพทย์ เขต 4-5*, 37(1), 22–32.
- เบญจมาศ สือพัฒน์ธิดา. (2556). ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตภายหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปากในโครงการฟันเทียมพระราชทานที่โรงพยาบาลโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข*,

18(1), 36–48. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThDPHJo/article/view/152809>

สถาพร จันทร. (2551). คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา. วิทยาสารทันตสาธารณสุข, 13(3), 158–167. สืบค้นจาก <https://thaidj.org/index.php/smj/article/view/10149>

อารยา ลิมาภรณ์วณิชย์. (2565). การประเมินผลการให้บริการฟันเทียมถอดได้ด้านการใช้งานและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสงขลา. วารสารวิชาการเขต 12, 33(2), 61–71.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม  
ในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี  
FACTORS RELATED TO HEALTH LITERACY AND DEMENTIA PREVENTION BEHAVIORS  
AMONG OLDER ADULTS AT RISK OF DEMENTIA IN PHOTHARAM DISTRICT,  
RATCHABURI PROVINCE

ชนิษฐา สระทองพร้อม, สุนิสา จันทร์แสง\*

Ckhanidtha Sratongprom, Sunisa Chansaeng\*

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข  
Sirindhorn College of Public Health Suphanburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok  
Institute, Ministry of Public Health

(Received: August 13, 2025; Revised: December 7, 2025; Accepted: December 20, 2025)

### บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ 360 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เช่น ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Chi-square และ Pearson's correlation

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.17 อายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 75–84 ปีร้อยละ 47.78 การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมร้อยละ 71.67 มีรายได้ต่ำกว่า 3,799 บาทร้อยละ 81.39 และไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 56.94 มีโรคประจำตัวร้อยละ 56.39 กลุ่มตัวอย่างมีระดับด้านความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 183.91, SD = 38.28) ในด้านการสื่อสารที่ได้คะแนนสูงที่สุดร้อยละ 28.61 และในด้านการรู้เท่าทันสื่อที่มีระดับความรู้ที่น้อยที่สุดร้อยละ 46.11 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมก็อยู่ในระดับกลางร้อยละ 51.90 กิจกรรมที่ทำเป็นประจำคือการทำอาหารกินเองร้อยละ 29.72 และการออกกำลังกายในที่อากาศปลอดโปร่งร้อยละ 28.06

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลส่วนใหญ่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดังกล่าว ยกเว้นบางประเด็น เช่น อายุที่สัมพันธ์เชิงลบ ( $r = -.159, p = .002$ ) รายได้ที่สัมพันธ์เชิงบวกเล็กน้อย ( $r = .155, p = .003$ ) และการมีโรคประจำตัว ( $\chi^2 = 6.257, p = .044$ ) ส่วนด้านความรู้ด้านสุขภาพมีความเชื่อมโยงเชิงบวกอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในด้านการตัดสินใจ ( $r = .541, p < .001$ ) การเข้าถึงข้อมูลและบริการ ( $r = .455, p < .001$ ) และความรู้ความเข้าใจ ( $r = .452, p < .001$ ) ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวกับการตัดสินใจและการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เพื่อให้สามารถป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

**คำสำคัญ :** ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม, ผู้สูงอายุ

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: Sunisa Chansaeng, E-mail: sunisa@phcuphan.ac.th)

## Abstract

This study was an analytical cross-sectional study aimed at investigating factors associated with dementia prevention behaviors among older adults at risk of dementia in Photharam District, Ratchaburi Province. The sample consisted of 360 older adults. Data were collected using a questionnaire and analyzed using descriptive statistics, such as percentage, mean, and standard deviation. The relationships were examined using Chi-square and Pearson's correlation statistics.

The study revealed that the majority of participants were female (59.17%). Nearly half (47.78%) were between 75 and 84 years of age. Most had completed primary education (71.67%), had a monthly income of less than 3,799 baht (81.39%), and were unemployed (56.94%). Additionally, more than half (56.39%) reported having at least one chronic disease. Overall, the participants demonstrated a moderate level of health literacy (Mean = 183.91, SD = 38.28). Among the subdomains, communication had the highest score (28.61%), while media literacy showed the lowest level (46.11%). Dementia prevention behaviors were also found to be at a moderate level (51.90%). The most commonly practiced activities included cooking their own meals (29.72%) and engaging in outdoor exercise (28.06%).

The analysis of factors associated with dementia prevention behaviors among older adults at risk of dementia revealed that most personal factors were not significantly related to such behaviors, except for a few variables. Age showed a negative correlation ( $r = -.159$ ,  $p = .002$ ), income demonstrated a slight positive correlation ( $r = .155$ ,  $p = .003$ ), and the presence of chronic diseases was also significantly associated ( $\chi^2 = 6.257$ ,  $p = .044$ ). In contrast, health literacy exhibited a clear positive relationship with dementia prevention behaviors, particularly in the domains of decision-making ( $r = .541$ ,  $p < .001$ ), access to health information and services ( $r = .455$ ,  $p < .001$ ), and comprehension ( $r = .452$ ,  $p < .001$ ). Therefore, relevant agencies should promote improved health literacy among older adults, especially in areas related to decision-making and access to health information, in order to enhance effective dementia prevention.

**Keywords:** Health literacy, Dementia prevention behaviors, Elderly

## บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม กำลังกลายเป็นปัญหาใหญ่มากขึ้นเรื่อย ๆ ในสังคมผู้สูงวัยเพราะ ไม่ใช่เป็นเพียงเรื่องความจำเสื่อม หรือความคิด แต่กระทบถึงการใช้ชีวิตประจำวัน ไปจนถึงความสามารถในการดูแลตัวเอง ในปี 2562 พบว่า มีผู้สูงอายุที่ต้องเผชิญกับภาวะสมองเสื่อมประมาณ 57 ล้านคน และคาดว่าใน ปี 2593 จำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยโดยโรคสมองเสื่อมอาจสูงถึง 153 ล้านคน (Nichols, 2022) ในปี 2567 ผู้สูงอายุในประเทศไทยที่เป็นภาวะสมองเสื่อมมีมากถึง 800,000 คน หรือ ในผู้สูงอายุ 100 คน จะพบถึง 8 คนป่วยด้วยโรคนี้ จากรายงานตามช่วงวัย พบว่า กลุ่มอายุ 60-79 ปี มีผู้ป่วยรายใหม่อยู่ที่ประมาณ 17,409 คน (คิดเป็นอัตราป่วย 155.99 ต่อแสนประชากร) ส่วนกลุ่มที่อายุ 80 ปีขึ้นไป อัตราป่วย คือ 10,452 รายใหม่ หรือประมาณ 575.64 ต่อแสนประชากร จากปัญหานี้หากไม่มีมาตรการป้องกันหรือช่วยเหลือ จำนวนผู้ป่วยก็คงมีแต่จะเพิ่มขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ซึ่งกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยตรง และครอบครัว ชุมชน ตลอดจนระบบสาธารณสุข

ภาวะสมองเสื่อม คืออาการที่สมองของคนเราเริ่มเสื่อมลง เซลล์สมอง ทำงานได้แยกลง ส่งผลต่อทั้งความจำ การคิด การตัดสินใจ หรือเปลี่ยนบุคลิก อารมณ์ สาเหตุของภาวะเกิดจากโรคที่ทำลายเซลล์สมองโดยตรง เช่น โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคหลอดเลือดในสมองก็มีผลเหมือนกัน นอกจากนี้ ปัจจัยภายนอกอย่างการบาดเจ็บที่ศีรษะซ้ำ ๆ ดื่มแอลกอฮอล์หนัก ๆ หรือขาดสารอาหารก็เป็นตัวกระตุ้นได้เช่นกัน การไม่ฝึกสมอง หรือการไม่เข้าร่วมทำกิจกรรมในชุมชนผลกระทบของภาวะสมองเสื่อม นอกจากตัวผู้สูงวัย ส่งผลกระทบถึงครอบครัว ผู้ดูแล ไปจนถึงเศรษฐกิจของสังคม ปัจจัยเช่น อายุ พันธุกรรม ไม่สามารถเปลี่ยนได้ แต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ หลีกเลี้ยงบุหรี่และแอลกอฮอล์ หาโอกาสฝึกสมอง อย่างการอ่านหนังสือ เล่นเกมฝึกความคิด หรือเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ รวมถึงการหาเพื่อนคุยในชมรมหรือกลุ่มสุขภาพต่าง ๆ สามารถช่วยลดความเสี่ยงการเกิดภาวะสมองเสื่อมคิดเป็นร้อยละ 40.00 (Livingston, 2017) การเริ่มดูแลตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมช่วยให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น ลดภาระให้ครอบครัว และยังช่วยสังคมได้ด้วย (Alzheimer's Association, 2024)

ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ และแน่นอนว่าประเด็นเรื่อง “ภาวะสมองเสื่อม” เป็นหนึ่งในหัวข้อใหญ่ที่ต้องให้ความสำคัญอย่างจริงจัง กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายในการสนับสนุนความรอบรู้ในผู้สูงอายุเช่น ด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม มีทั้งแอปพลิเคชัน สื่อวิดีโอ หรือโครงการให้ความรู้ผ่านช่องทางออนไลน์ (กรมอนามัย, 2566) ผู้สูงวัยบางคนไม่ถนัดเทคโนโลยี แต่ก็มียุทธศาสตร์คอยช่วยให้การเข้าถึงข้อมูลบริการได้สะดวกขึ้น และการสนับสนุนกิจกรรมกระตุ้นสมองในชุมชน เช่น การจัดให้มีเกมฝึกความจำ หรือเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ อย่างการทำอาหารสุขภาพหรือฝึกทักษะงานฝีมือ กิจกรรมเหล่านี้ไม่ได้แค่ช่วยกระตุ้นสมองเท่านั้น แต่ยังช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีส่วนร่วมกับคนในชุมชนมากขึ้น ส่วนด้านการดูแลกลุ่มที่เริ่มมีความเสี่ยงมีการจัดทำ คู่มือส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและป้องกันภาวะสมองเสื่อม เครื่องมือทดสอบ MMSE-Thai 2002 ที่ใช้ในโรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุขต่าง ๆ (สำนักวิชาการสาธารณสุข, 2565) นโยบายทั้งหมดเหล่านี้ แม้จะยังไม่ทั่วถึงทุกพื้นที่ แต่ก็ถือเป็นก้าวสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุจำนวนมาก

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) ได้อธิบายไว้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไม่ได้หมายถึงแค่รู้ว่าอะไรดีต่อสุขภาพเท่านั้น แต่มันยังช่วยให้ผู้สูงวัยเข้าถึงข้อมูลที่เป็นได้มากขึ้น การ

ตัดสินใจได้ดีขึ้น และการเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังอย่างภาวะสมองเสื่อมด้วย (อรรวรรณ นามมนตรี, 2561) ความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 6 ส่วนคือ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การเข้าถึงบริการ การสื่อสารและตัดสินใจ การดูแลตัวเอง และการรู้เท่าทันสื่อ แบ่งเป็น 3 ระดับ ตั้งแต่ความเข้าใจพื้นฐาน ไปจนถึงขั้นที่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างมีเหตุผล (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2560) บริบทของผู้สูงอายุในประเทศไทยบ้าง พบว่าปัจจัยต่าง ๆ มีผลต่อความรอบรู้ เช่น การศึกษาส่งผลให้การรับข้อมูลไม่เหมือนกัน (นัชชา เรืองเกียรติกุล, 2565) การอาศัยอยู่ร่วมกันคนในครอบครัวก็ส่งผลการเข้าถึงบริการสุขภาพก็ อายุ และเพศก็เกี่ยวข้องเช่นกัน ปาจรา โพธิ์หัง (2564) ผู้หญิงมีแนวโน้มให้ความสำคัญกับสุขภาพมากกว่า ส่วนผู้ชายอาจไม่เข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพบ่อยจากงานของศุภานันท์ เหลลาคำ (2565) การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำให้ความรู้ด้านสุขภาพดีขึ้น ขณะที่อรุณโรจน์ รุ่งเรือง กับพุดพิงค์ สัตย์วงศ์ทิพย์ (2566) พบว่าคนที่ออกจากบ้าน ไปเจอผู้คน ไปงานวัด หรือร่วมกิจกรรมในชุมชนบ่อย ๆ มีแนวโน้มรักษาความสามารถด้านความจำได้ดีกว่า พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ปัทมา ปานมาก (2561) ที่ยืนยันว่า การออกกำลังกายเป็นประจำช่วยกระตุ้นสมอง และลดความเสี่ยงได้จริง หรือวรารัตน์ ทิพย์รัตน์ กับทิม (2564) ที่พบว่า การออกกำลังกายสม่ำเสมอจะช่วยให้เลือดไปเลี้ยงสมองมากขึ้น และเสริมสร้างการจดจำ ทิพย์รัตน์ สิทธิวงศ์ และ รัชชิต สุทธิพงษ์ (2567) ก็พบเช่นเดียวกันว่า กิจกรรมทางกายไม่เพียงแต่ช่วยให้ร่างกายแข็งแรง แต่ยังมีผลดีต่อระบบประสาทและความจำโดยตรงอีกด้วย

จังหวัดราชบุรีกำลังเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรอย่างชัดเจน โดยเฉพาะเรื่องสังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากปัจจุบันมีผู้สูงอายุในจังหวัดมากถึง 184,858 คน คิดเป็นประมาณร้อยละ 22.00 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งเป็นสัดส่วนที่มาก และจากรายงานของฐานข้อมูลระบบสุขภาพ HDC ปี 2567 พบว่า มีผู้สูงอายุในราชบุรีที่เข้ารับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมจำนวน 78,652 คน และในกลุ่มนี้คิดเป็นร้อยละ 42.50 ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ในระดับอำเภอโพธารามก็มีแนวโน้ม ผู้สูงอายุในพื้นที่นี้มีจำนวน 28,930 คน จากการคัดกรอง 21,842 คน พบว่า 2,396 คน หรือร้อยละ 11.61 มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม สะท้อนถึงปัญหาในระบบสุขภาพของพื้นที่ ข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับระดับความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพของผู้สูงอายุยังมีไม่เพียงพอ หรือแม้กระทั่งการไม่มีฐานข้อมูลเรื่องพฤติกรรมเชิงลึก เช่น ความรู้เกี่ยวกับการบริหารสมอง อาหารที่ส่งผลต่อระบบประสาท หรือกิจกรรมที่ช่วยลดความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม ซึ่งกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลเฉพาะทางมากที่สุด เพราะหากปล่อยไว้โดยไม่มีมาตรการใด ๆ มารองรับ กลุ่มนี้อาจพัฒนาเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมเต็มรูปแบบได้ในอนาคตอันใกล้ การศึกษาที่เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มเสี่ยงจึงมีความสำคัญมาก ไม่ใช่เพียงเพื่อเฝ้าระวังหรือชะลอโรคเท่านั้น แต่ยังสามารถช่วยให้เกิดแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ในอำเภอโพธาราม

ด้วยสถานการณ์ที่ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้น ทำให้การศึกษาปัจจัยกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงพฤติกรรมที่ช่วยป้องกันโรคสมองเสื่อมเป็นสิ่งสำคัญ การศึกษารุ่นนี้มีเป้าหมายเพื่อให้เห็นภาพที่ชัดเจนมากขึ้นเกี่ยวกับระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม เพื่อส่งเสริมสุขภาพในระดับชุมชนมีทิศทางที่ชัดเจนขึ้น ตรงกับบริบทการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในพื้นที่ เป็นกุญแจสำคัญในการลดความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมลงได้จริง รวมถึงสามารถทราบแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้สูงวัยมีความรู้และพฤติกรรมดูแลสมองของ

ตัวเองได้มากขึ้น ช่วยชะลอการเกิดโรค เพิ่มคุณภาพชีวิต และที่สำคัญยังช่วยลดภาระของระบบสาธารณสุขในอนาคตอย่างเป็นรูปธรรม

### วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบททางประชากรในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี
2. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและระดับของพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

### ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

#### ประชากร

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี  
กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี 360 ราย  
วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน(Multi-stage sampling)

#### เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. ต้องเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอโพธารามมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน
2. ได้รับการประเมิน MMSE-Thai 2002 แล้ว และผลคะแนนอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงสมองเสื่อมตามระดับการศึกษา
3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ เข้าใจคำถาม และตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง
4. ไม่เป็นผู้มีปัญหาด้านการพูด มองเห็น หรือได้ยินจนกระทบต่อการตอบแบบสอบถาม

#### เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อมในระยะรุนแรง
2. ผู้มีปัญหาทางจิตเวช ภาวะซึมเศร้า หรืออาการเจ็บป่วยรุนแรงอื่น ๆ
3. รวมถึงผู้ที่มีปัญหาด้านการสื่อสารที่รบกวนความสามารถในการให้ข้อมูล
4. กรณีข้อมูลบางส่วนขาดหายหรือไม่สมบูรณ์ จะไม่นำมาใช้ในการวิเคราะห์

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ออกแบบแบบสอบถาม โดยอ้างอิงจากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบเป็นคำถามปลายปิด 9 ข้อ เพื่อเก็บรายละเอียดเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ รวมถึงลักษณะครอบครัวและประวัติสุขภาพ เช่น ในครอบครัวเป็นโรคสมองเสื่อมหรือไม่โรคประจำตัว เป็นต้น

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในส่วนนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามจำนวน 57 ข้อ โดยอ้างอิงจากกรอบแนวคิดของ Nutbeam (2009) และแบบวัดที่ดัดแปลงจากงานของอังคินันท์ อินทรกำแหง (2560) ตัวแบบสอบถามครอบคลุม 6 มิติ ได้แก่ ความรู้และความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม เป็นแบบสอบถาม 16 ข้อนี้ ครอบคลุมพฤติกรรม 3 ด้าน คือ การออกกำลังกาย การบริหารสมอง และการมีส่วนร่วมทางสังคม

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลผู้วิจัย ได้ลงพื้นที่เก็บข้อมูล เริ่มจากการเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบล แนะนำตัวอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน พร้อมทั้งขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมศึกษา การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เอกสารเลขที่ PHCSP 2568-029 ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับเอกสารยินยอมอย่างชัดเจน ผู้วิจัยจะอธิบายเนื้อหาในแบบฟอร์มก่อนเสมอ และเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย กลุ่มตัวอย่างจะได้รับแบบสอบถามเพื่อกรอกด้วยตนเอง ส่วนผู้ที่อ่านหนังสือไม่ถนัดหรือมีปัญหาด้านการมองเห็น ผู้วิจัยก็จะช่วยอ่านให้และบันทึกคำตอบแทน โดยยึดคำตอบตามที่ผู้ให้ข้อมูลตอบจริง ใช้เวลาประมาณ 15-30 นาทีต่อคน หลังจากเก็บข้อมูลเสร็จในแต่ละพื้นที่ ผู้วิจัยจะตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามในทันที หากพบว่ามีคำตอบบางข้อยังเว้นว่าง ก็จะขออนุญาตสอบถามเพิ่มเติมจากกลุ่มตัวอย่าง เพื่อลดปัญหาข้อมูลไม่สมบูรณ์ในภายหลัง และเมื่อตรวจเช็คจนมั่นใจแล้วว่าแต่ละชุดสมบูรณ์ดี จึงจึงรวบรวมเข้าสู่ขั้นตอนถัดไปคือการวิเคราะห์ข้อมูล

## การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูล และประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS

1. สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์บริบททางประชากร ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าสูงสุด ต่ำสุด รวมถึงส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม โดยใช้สถิติ Chi-square และ Pearson's correlation

### ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.17 อาศัยอยู่กับคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 48.89 ในส่วนของระดับการศึกษา กลุ่มที่จบการศึกษาระดับประถมมีจำนวนมากที่สุดร้อยละ 71.67 ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีมากที่สุดร้อยละ 56.94 รองลงมาคือกลุ่มรับจ้างทั่วไปร้อยละ 16.67 และกลุ่มเกษตรกรร้อยละ 11.67 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 3,799 บาท คิดเป็นร้อยละ 81.39 ลักษณะครอบครัวที่มีความหลากหลายส่วนใหญ่ร้อยละ 53.61 อาศัยอยู่ในลักษณะครอบครัวเดี่ยว การมีสมาชิกในครอบครัวสายตรงที่เคยป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมร้อยละ 10.28 ในด้านสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุราวร้อยละ 56.39 มีโรคประจำตัวที่วินิจฉัยดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่าง (n=360)

ลักษณะประชากร	จำนวน (n=360)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	147	40.83
หญิง	213	59.17
<b>อายุ (ปี)</b>		
อายุ 60-74 ปี	106	29.44
อายุ 75-84 ปี	172	47.78
อายุ ≥85 ปี	82	22.78
(MIN=64, MAX=97, MEAN=78,SD=6.75)		
<b>สถานภาพ</b>		
โสด	42	11.67
คู่/สมรส	176	48.89
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกัน	142	39.44
<b>การศึกษา</b>		
ไม่ได้รับการศึกษา	39	10.83
ประถมศึกษา	258	71.67
มัธยมศึกษา/ปวช.	37	10.28
อนุปริญญา/ปวส.	10	2.78
ปริญญาตรี	14	3.89
สูงกว่าปริญญาตรี	2	0.56
<b>อาชีพ</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	205	56.94
เกษตรกร	42	11.67
รับจ้าง	60	16.67
ราชการหรือรัฐวิสาหกิจเกษียณ	27	7.50
ค้าขาย	24	6.67
อื่นๆระบุ (ทำงานหัตถการ)	2	0.56

**ตารางที่ 1** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่าง (n=360)

ลักษณะประชากร	จำนวน (n=360)	ร้อยละ
<b>รายได้ (บาท/เดือน)</b>		
< 3,7990 บาท	293	81.39
3,800-9,999 บาท	37	10.28
10,000-19,999 บาท	18	5.00
20,000 – 29,999 บาท	7	1.94
≥ 30,000 บาท	5	1.39
(MIN = 0 , MAX = 50,000, M = 2,946, SD = 5,909)		
<b>ลักษณะครอบครัว</b>		
ครอบครัวเดี่ยว	193	53.61
ครอบครัวขยาย		
- ครอบครัวขยายที่มีสัมพันธ์ต่อกัน	40	11.11
- ครอบครัวขยายที่มีความอิสระต่อกัน	27	7.50
ครอบครัวลักษณะพิเศษ		
- ครอบครัวที่ไม่มีบุตร	47	13.06
- ครอบครัวบุตรบุญธรรม	5	1.39
- ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังไม่มีผู้ดูแล	45	12.50
<b>การมีครอบครัวสายป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม</b>		
มี	37	10.28
ไม่มี	323	89.72
<b>โรคประจำตัว</b>		
ไม่มีโรคประจำตัว	157	43.61
มีโรคประจำตัว	203	56.39

**ตารางที่ 2** ตารางแสดงจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย การวิเคราะห์ระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม จำแนกระดับความรู้ (n = 360)

ลำดับ	ความรู้ด้านสุขภาพ	ไม่ดี (<60%)	ดี (60-79%)	ดีที่สุด (≥80%)	Mean	SD	ความหมาย
1	ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ	138 (38.33)	152 (42.22)	70 (19.44)			
2	การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ	124 (34.44)	152 (42.22)	84 (23.33)			
3	การสื่อสารด้านสุขภาพ	74 (20.56)	183 (50.83)	103 (28.61)			มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและเหมาะสม
4	การจัดการสุขภาพตนเอง	97 (26.94)	162 (45.00)	101 (28.06)	183.91	38.28	
5	การตัดสินใจด้านสุขภาพ	83 (23.06)	227 (63.06)	50 (13.89)			
6	การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพ	166 (46.11)	173 (48.06)	21 (5.83)			

จากตารางที่ 2 การวิเคราะห์ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความรู้ด้านสุขภาพ ระดับที่ดีที่สุดที่มากที่สุด คือ ด้านการสื่อสารด้านสุขภาพ จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 28.61 และด้านการจัดการสุขภาพตนเอง จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 28.06 ด้านที่มีผู้ตอบว่าดี มากที่สุด ได้แก่ ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ จำนวน 227 คน คิดเป็นร้อยละ 63.06 และด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพ เป็นด้านที่มีผู้ตอบในระดับไม่ดี มากที่สุด จำนวน 166 คน คิดเป็นร้อยละ 46.11 โดยภาพรวม ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมในกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ยรวมอยู่ที่ 183.91 (SD = 38.28) ซึ่งอยู่ในระดับเพียงพอและเหมาะสม

**ตารางที่ 3** ตารางแสดงจำนวน และร้อยละ พฤติกรรมในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม จำแนกเป็นระดับพฤติกรรม (n = 360)

ระดับของพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับสูง (38 – 48 คะแนน)	31	8.60
พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระดับปานกลาง (27–37 คะแนน)	187	51.90
พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระดับต่ำ (16–26 คะแนน)	142	39.40

(  $\bar{X}$  = 29.14 , S.D. = 6.34 , Min = 16, Max = 48 )

จากการตารางที่ 3 การวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับ ปานกลาง จำนวน 187 คน คิดเป็น ร้อยละ 51.90 รองลงมาคือกลุ่มที่มีพฤติกรรมในระดับ ต่ำ จำนวน 142 คน คิดเป็น

ร้อยละ 39.40 และกลุ่มที่มีพฤติกรรมในระดับ สูง มีเพียง 31 คน คิดเป็น ร้อยละ 8.60 โดยคะแนนรวมของพฤติกรรมป้องกันการภาวะสมองเสื่อมในช่วง 16-48 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 29.14 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.34

**ตาราง 4** วิเคราะห์ความสัมพันธ์สัมพันธระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมป้องกันการภาวะสมองเสื่อม (n = 360)

ปัจจัย	df	$\chi^2$	p-value
เพศ	1	1.631	.201
สถานภาพ	2	4.748	.093
การศึกษา	3	1.739	.628
อาชีพ	2	.449	.799
ลักษณะครอบครัว	4	4.383	.357
ครอบครัวป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม	1	1.803	.220
โรคประจำตัว	2	6.257	.044

\* p < .05 มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมป้องกันการภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่า ในภาพรวม ปัจจัยส่วนบุคคลส่วนใหญ่ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะของครอบครัว และการมีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม ไม่แสดงความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับพฤติกรรมป้องกันการภาวะสมองเสื่อม (p > .05) และพบว่าปัจจัยด้านโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\chi^2 = 6.257, p = .044$ )

**ตารางที่ 5** วิเคราะห์ความสัมพันธ์สัมพันธระหว่างปัจจัย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมป้องกันการภาวะสมองเสื่อม (n = 360)

ปัจจัยที่ศึกษา	r	P-value	ระดับความสัมพันธ์
อายุ (ปี)	-.159**	.002	มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ
รายได้ (บาท/เดือน)	.155**	.003	มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ
ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ	.452**	<.001	มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	.455**	<.001	มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
การสื่อสารด้านสุขภาพ	.295**	<.001	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ
การตัดสินใจด้านสุขภาพ	.541**	<.001	มีความสัมพันธ์ระดับสูง
การจัดการตนเองด้านสุขภาพ	.436**	<.001	มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพ	.401**	<.001	มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

\*r = Pearson's correlation coefficient, \*p < .01

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation) ระหว่างระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม พบว่า โดยรวมแล้วความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 องค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างสูงกับพฤติกรรม ได้แก่ ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ ( $r = .541, p < .001$ ) องค์ประกอบอื่น ๆ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ, การเข้าถึงข้อมูล, การจัดการตนเอง, และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง ( $r \approx .401 - .455$ ) กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ ด้านการสื่อสารด้านสุขภาพ พบว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำที่สุด ( $r < .295, p < .001$ ) นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ( $r = -.145, p = .006$ ) ในขณะที่ รายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ ( $r = .145, p = .006$ )

### อภิปรายผล

ปัจจัยส่วนบุคคลและความรู้ด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง พบว่า ปัจจัยของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญ คืออายุ รายได้ และการมีโรคประจำตัว กลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน มักจะให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนมากกว่า ซึ่งอาจเป็นเพราะพวกเขาต้องติดตามอาการอยู่แล้ว เลยมีแรงกระตุ้นมากขึ้นในการหาทางป้องกันโรคต่างๆ รวมถึงภาวะสมองเสื่อมด้วย ประเด็นนี้ก็สอดคล้องกับข้อค้นพบของ วิลลิสตัน บัญเสถียร (2565) ว่าผู้ที่มีโรคเรื้อรังจะมีพฤติกรรมการดูแลตัวเองที่เข้มข้นกว่าผู้ที่ไม่มียโรค ในขณะที่ตัวแปรอายุ เป็นที่สัมพันธ์ในทางลบ หมายความว่ายิ่งอายุมากขึ้น ก็ยังมีแนวโน้มที่พฤติกรรมการป้องกันจะลดลง เพราะวัยที่สูงขึ้นก็มักมาพร้อมกับข้อจำกัดทางร่างกาย เช่น เดินเหินไม่สะดวก ความจำลดลง หรือรู้สึกเหนื่อยง่าย งานของ ตติยา ฤทธิช่วย (2563) ก็พบผลลัพธ์ไปในทิศทางเดียวกัน ส่วนเรื่องรายได้ ก็มีผลในทางบวก กลุ่มที่มีรายได้มากกว่า มักสามารถเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ หรือเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ง่ายกว่า ซึ่งอาจช่วยให้พวกเขาวิธีป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ดีกว่า ในข้อมูลรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม หมายถึงคนที่มีรายได้มาก จะมีทางเลือกในการดูแลสุขภาพมาก เช่น สามารถซื้ออาหาร หรือเดินทางไปเข้ารับบริการสุขภาพ งานศึกษาของ Makino และคณะ (2025) ก็สะท้อนในลักษณะเดียวกัน นอกเหนือจากนั้น ปัจจัยพื้นฐานอื่น ๆ อย่างเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ หรือแม้แต่โครงสร้างครอบครัว กลับไม่พบความสัมพันธ์อย่างชัดเจนในบริบทนี้ อาจเพราะปัจจัยเหล่านี้มีบทบาทรองลงมาเมื่อเทียบกับแรงจูงใจส่วนบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมโดยรอบอย่างที่กำลังศึกษา กองแก้ว (2567) ชี้ให้เห็นตัวแปรพื้นฐานพวกนี้อาจไม่ได้มีอิทธิพลมากเท่ากับพฤติกรรมที่มาจากแรงผลักดันภายในของแต่ละคน ส่วนระดับความรู้ด้านสุขภาพ ของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม โดยรวมอยู่ในระดับ "ดี" โดยเฉพาะในเรื่องของ "การตัดสินใจ" และ "การจัดการตนเอง" ซึ่งทั้งสองด้านนี้มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ทำให้คิดถึงแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในเชิงปฏิบัติ หรือ interactive and critical health literacy ว่า เป็นทักษะสำคัญที่ทำให้คนวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพได้ดี และตัดสินใจเรื่องสุขภาพอย่างเหมาะสม ขณะเดียวกันงานของ Makino และคณะ (2025) ก็ยืนยันว่าผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพสูง มักจะสามารถ

วางแผนและตัดสินใจได้ดีเกี่ยวกับการดูแลสมอง การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในมิติของการตัดสินใจ และการจัดการตนเองมีส่วนอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในกลุ่มผู้สูงอายุ

ดังนั้น ในแผนงานส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ อาจต้องหันมาเน้นการพัฒนาทักษะด้านสุขภาพเหล่านี้ให้มากขึ้น ควบคู่ไปกับการสร้างโอกาสในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลและกิจกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับศักยภาพของแต่ละคนในพื้นที่ เช่น การจัดกิจกรรมในชุมชน การฝึกอบรมผสม ผู้ดูแล เพื่อให้ช่วยถ่ายทอดความรู้แบบเข้าใจง่าย และตรงกับชีวิตจริงของผู้สูงอายุ

### การนำผลการวิจัยไปใช้

1. การพัฒนาระบบส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแบบบูรณาการ หน่วยงานสาธารณสุขควรพัฒนาหลักสูตรและกิจกรรมที่เน้นทักษะการตัดสินใจเรื่องสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลดิจิทัล และการใช้สื่อสมัยใหม่ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม โดยอาศัยความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำสุขภาพระดับหมู่บ้าน และชมรมผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของการดูแลสมองในชีวิตประจำวัน

2. การสนับสนุนกลุ่มเสี่ยงเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ ให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย (ต่ำกว่า 3,799 บาท/เดือน) และอายุมาก (75-84 ปี) ด้วยการจัดบริการและข้อมูลสุขภาพที่เข้าถึงได้ง่าย เพื่อลดช่องว่างความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ซึ่งจะช่วยป้องกันปัญหาเรื้อรังในระยะยาวและเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้อย่างยั่งยืน

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ควรขยายขอบเขตการวิจัยไปยังพื้นที่อื่น ที่มีบริบทแตกต่างจากเดิม เช่น จังหวัดชนบทหรือเมืองใหญ่ เพื่อเปรียบเทียบแนวโน้มและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในหลากหลายกลุ่มประชากร

2. แนะนำให้ศึกษาเชิงลึกด้านจิตสังคมและแรงจูงใจ เช่น บทบาทของสมาชิกในครอบครัว การสนับสนุนจากสังคม หรือสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยซ่อนเร้นที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพแบบไม่รู้ตัว

3. การใช้รูปแบบวิจัยเชิงทดลองหรือวิจัยปฏิบัติการ จะช่วยให้สามารถประเมินผลของโปรแกรมหรือกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในระยะยาวได้อย่างเป็นรูปธรรม และนำไปสู่การพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมต่อการใช้งานจริงในพื้นที่ต่าง ๆ

## References

- กระทรวงสาธารณสุข. (2567). รายงานสถานการณ์โรคสมองเสื่อมในประเทศไทย ปี 2567. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย. (2566). โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. สืบค้นจาก <https://www.anamai.moph.go.th/>.
- ทิพรัตน์ สิทธิวงศ์, และรัชชิต สุทธิพงษ์. (2567). ผลของกิจกรรมทางกายต่อระบบประสาทในผู้สูงอายุ. *วารสารเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 20(1), 75–84.
- นัชชา เรืองเกียรติกุล. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมือง. *วารสารสาธารณสุขชุมชน*, 49(3), 215–227.
- ปัทมา ปานมาก. (2561). ผลของการออกกำลังกายต่อความสามารถทางสมองของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 40(3), 23–30.
- ปาจรา โปธิหัง. (2564). ปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสารสังคมและสุขภาพ*, 17(2), 101–113.
- วรรัตน์ ทิพย์รัตน์, และคณะ. (2564). การออกกำลังกายกับการเสริมสร้างความจำในผู้สูงอายุ. *วารสารสุขภาพจิต*, 28(1), 51–62.
- ศุภานันท์ เหลาคำ. (2565). ผลของการให้ความรู้โดยบุคลากรสาธารณสุขต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพัฒนา*, 5(1), 41–53.
- สำนักวิชาการสาธารณสุข. (2565). *คู่มือส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- อรรวรรณ นามมนตรี. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 36(2), 1–15.
- อังศิรินทร์ อินทรกำแหง. (2560). การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุไทย. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 10(1), 23–34.
- อรุณโรจน์ รุ่งเรือง, และพุดพิงศ์ สัตย์วงศ์ทิพย์. (2566). กิจกรรมทางสังคมและความสามารถในการจดจำของผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 12(2), 115–128.
- Alzheimer’s Association. (2024). *Dementia statistics*. Retrieved from <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/facts-figures>
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., ... & Mukadam, N. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*, 390(10113), 2673–2734.
- Makino, M., et al. (2025). Health literacy and preventive behavior for dementia among elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 40(2), 102–115.
- Nichols, E. (2022). Global, regional, and national burden of Alzheimer’s disease and other dementias, 1990–2019: A systematic analysis. *The Lancet Neurology*, 21(11), 1078–1090.



Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.

การติดตามผลการใส่ฟันเทียมทั้งปากของผู้สูงอายุ ในโครงการฟันเทียมพระราชทาน  
โรงพยาบาลหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี : 3-5 ปี ภายหลังการรักษา  
Follow-up on Complete Denture Use in Elderly Patients Under  
the Royal Dental Prosthesis Project at Nongyasai Hospital,  
Suphanburi Province: 3–5 Years Post-Treatment

อนิรัฐ เท็ดปฐวีพงศ์

Anirat Therdpattawepong

โรงพยาบาลหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี

Nongyasai Hospital Suphanburi Province

(Received: August 28, 2025; Revised: December 6, 2025; Accepted: December 20, 2025)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ เพื่อประเมินคุณภาพฟันเทียมทั้งปาก คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้งสอง ในผู้สูงอายุ 73 คน (อายุเฉลี่ย  $71.38 \pm 7.89$  ปี) ที่ใส่ฟันเทียมจากโครงการฟันเทียมพระราชทานระยะเวลา 3-5 ปี เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินคุณภาพฟันเทียม และแบบวัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OIDP) โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และการทดสอบของฟิชเชอร์ ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาคุณภาพฟันเทียมที่พบบ่อยที่สุดคือ การยึดอยู่ (ร้อยละ 45.2) ความเสถียร (ร้อยละ 34.2) และการสบฟัน (ร้อยละ 31.5) ด้านคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก พบว่า ร้อยละ 53.4 ได้รับผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตอย่างน้อยหนึ่งด้าน โดยการกินอาหารเป็นกิจกรรมที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด (ร้อยละ 41.1) อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีคุณภาพชีวิตในระดับดีมาก (ร้อยละ 46.6) และดี (ร้อยละ 31.5) ทั้งนี้ คุณภาพฟันเทียมด้านการยึดอยู่ ความเสถียร ความสูงของฟันเทียม และการออกเสียง และการสบฟัน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการติดตามเพื่อประเมินและแก้ไขปัญหาฟันเทียมอย่างสม่ำเสมอมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

**คำสำคัญ:** ฟันเทียมทั้งปาก, คุณภาพฟันเทียม, คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก, ผู้สูงอายุ, โครงการฟันเทียมพระราชทาน

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: Anirat Therdpattawepong, E-mail: aniratt1@hotmail.com)

## Abstract

The objectives of this descriptive cross-sectional study were to evaluate the quality of complete dentures, assess the oral health-related quality of life (OHRQoL), and analyze the association between these variables. The sample consisted of 73 elderly participants (mean age  $71.38 \pm 7.89$  years) who had worn complete dentures from the Royal Denture Project for 3-5 years. Research instruments included a general information questionnaire, a denture quality assessment checklist, and the Oral Impacts on Daily Performance (OIDP) index. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, and Fisher's exact test. The findings revealed that the most prevalent denture quality issues were inadequate retention (45.2%), stability (34.2%), and occlusion (31.5%). Regarding OHRQoL outcomes, 53.4% of participants reported at least one impact on their daily performance, with eating being the most affected activity (41.1%). Nevertheless, the majority had 'very good' (46.6%) or 'good' (31.5%) OHRQoL. A significant association was found between OHRQoL and denture quality in terms of retention, stability, vertical dimension and phonetics, and occlusion ( $p < 0.001$ ). This suggests that the functional aspects of dentures are crucial determinants of OHRQoL, highlighting the need for regular follow-up systems for the assessment and maintenance of ill-fitting dentures to preserve the quality of life in this population.

**Keywords:** Complete denture, Denture quality, Oral health-related quality of life, Elderly, Royal Denture Project

## บทนำ

การสูญเสียฟันเป็นปัญหาทันตสุขภาพที่สำคัญและเป็นปัญหาหลักของผู้สูงอายุทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย จากผลสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 พ.ศ. 2566 ซึ่งเห็นว่าการสูญเสียฟันยังคงเป็นปัญหาหลัก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ 80-85 ปี ซึ่งมีฟันถาวรใช้งานได้เฉลี่ยเพียง 11.7 ซี่ต่อคน และร้อยละ 23.1 ของผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีภาวะสูญเสียฟันทั้งปาก (สำนักงานทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2567) ภาวะไร้ฟันส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทั้งในด้านการบดเคี้ยวอาหาร การพูดออกเสียง การแสดงออกทางสังคม และภาพลักษณ์ ซึ่งล้วนมีความสำคัญต่อภาวะโภชนาการ สุขภาพกาย และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (จุฑารัตน์ หาญอาษา, 2567; สำนักงานทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2567)

เพื่อแก้ไขปัญหานี้ โครงการ "ฟันเทียมพระราชทาน" ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2548 และประสบความสำเร็จในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุจำนวนมาก โดยมีผู้สูงอายุในอำเภอหนองหญ้าไซได้รับฟันเทียมพระราชทานจำนวน 1,244 คน (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป.) อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จของการใส่ฟันเทียมมิได้ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ได้ใส่ฟันเทียมเท่านั้น แต่ยังรวมถึงคุณภาพของฟันเทียม การดูแลรักษา และการติดตามอย่างสม่ำเสมอในระยะยาว (แพร จิตตินันท์ และคณะ, 2567)

การใช้งานฟันเทียมเป็นเวลานานทำให้สันกระดูกและเนื้อเยื่อรองรับฟันเทียมเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงปีแรกหลังการใส่ฟันเทียมจะมีการละลายของสันกระดูกอย่างรวดเร็วและเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ไม่อาจย้อนกลับได้ (El Maroush et al., 2019) การเปลี่ยนแปลงของสันกระดูกและเนื้อเยื่อรองรับฟันเทียมนำไปสู่ปัญหาต่างๆ เช่น ฟันเทียมหลวม ซึ่งเป็นผลมาจากการละลายของสันกระดูกที่เพิ่มขึ้นตามอายุและระยะเวลาการสูญเสียฟัน โดยเฉพาะในขากรรไกรล่าง (Ahmed et al., 2025) อีกทั้งขากรรไกรล่างมีพื้นที่ในการยึดเกาะน้อยกว่าและมีอัตราการละลายตัวของกระดูกที่เร็วกว่า (Al-Rafee, 2020) นอกจากนี้ยังพบปัญหาแผลกดทับ การแตกหักของฐานฟันเทียม และปัญหาความไม่พึงพอใจด้านการบดเคี้ยว ซึ่งมักพบในการศึกษาติดตามผลระยะยาว (Alves et al., 2018; Araújo et al., 2018) โดยเฉพาะในช่วง 3-5 ปีหลังการใส่ เป็นช่วงที่มักพบปัญหาเหล่านี้ (พิมพ์วิภา เศรษฐวรพันธุ์ และคณะ, 2557; ศิริพร ศรีบัวทอง, 2558) สิ่งที่น่ากังวลคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 80 มักเลือกที่จะแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง หรือทนใช้งานฟันเทียม มีเพียงร้อยละ 20 เท่านั้นที่กลับมาพบทันตแพทย์เมื่อมีปัญหา (แพร จิตตินันท์ และคณะ, 2567) พฤติกรรมนี้ส่งผลให้การติดตามผลในระยะยาวเป็นไปได้ยาก และอาจนำไปสู่ปัญหาที่รุนแรงขึ้นโดยไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที

มีการศึกษาหลายชิ้นเกี่ยวกับโครงการฟันเทียมพระราชทานที่เน้นความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OHRQoL) (ณฤดี ลัมปวงทิพย์, 2560; จุฑารัตน์ หาญอาษา, 2567) โดยใช้ดัชนี Oral Impacts on Daily Performance (OIDP) (Adulyanon & Sheiham, 1997) ดัชนี OIDP ได้รับการประเมินความเที่ยงตรงในประชากรไทย (Adulyanon et al., 1996; Srisilapanan & Sheiham, 2001) และมีจุดเด่นในการวัดผลกระทบจากสภาวะช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน 8 กิจกรรม ครอบคลุมทั้งมิติกายภาพ จิตใจ และสังคม (Adulyanon & Sheiham, 1997) การศึกษาเหล่านี้มักพบว่าผู้ป่วยที่ใส่ฟันเทียมมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญภายหลังได้รับฟันเทียมชุดใหม่ (Tariq et al., 2024) โดยคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์โดยตรงกับเสถียรภาพของฟันเทียมและความพึงพอใจของผู้ป่วย (Araújo et al., 2018) และการยึดอยู่และความเสถียรของฟันเทียมเป็น

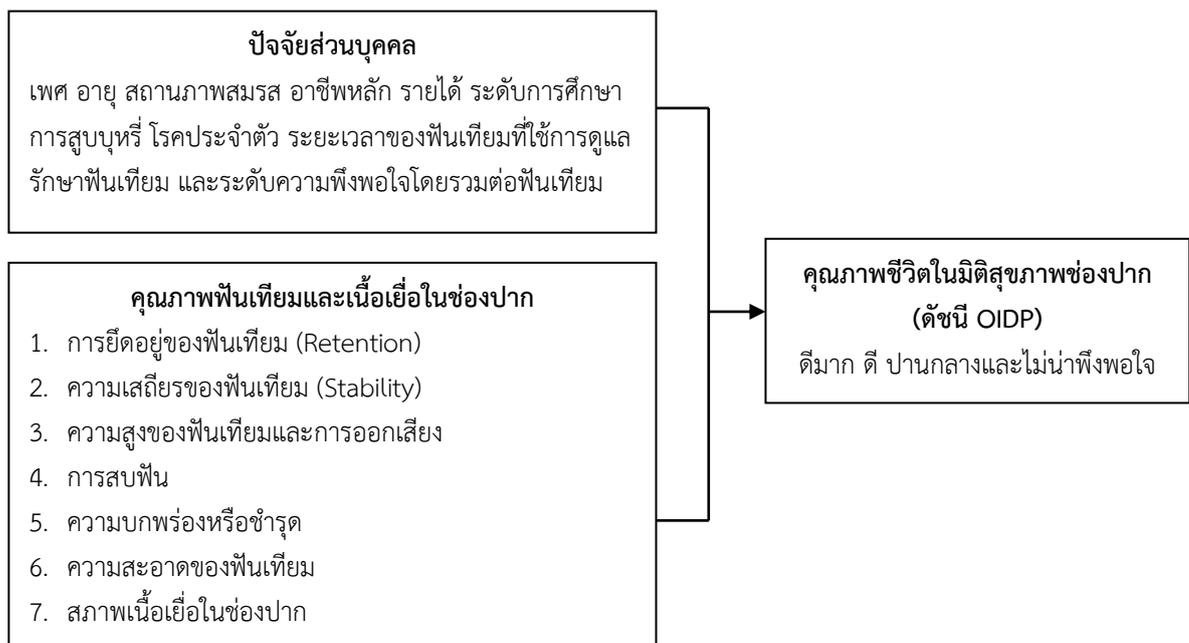
ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ที่ใช้ฟันเทียมทั้งปากมากที่สุด (ณฤดี ลิ้มปวงทิพย์, 2560)

แม้จะมีความสำเร็จในการใส่ฟันเทียมจำนวนมากในอำเภอหนองหญ้าไซ แต่การติดตามผลระยะยาวยังมีน้อย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่กลับมาพบทันตแพทย์ตามนัด และมักจะมาเมื่อมีปัญหา ประกอบกับข้อกำหนดในชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ระบุให้ใส่ฟันเทียมอย่างน้อย 5 ปีจึงจะเบิกทำขึ้นใหม่ได้ ยิ่งทำให้การประเมินผลในช่วง 3-5 ปีมีความจำเป็นอย่างยิ่ง (ศิริพร ศรีบัวทอง, 2558)

### วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อประเมินคุณภาพฟันเทียมทั้งปากและสภาพเนื้อเยื่อในช่องปากของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมพระราชทานมาแล้ว 3-5 ปี
2. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุหลังใส่ฟันเทียมมาแล้วเป็นเวลา 3 -5 ปี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพฟันเทียมทั้งปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

### กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive Cross-sectional Study)

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียมทั้งปากจากโรงพยาบาลหนองหญ้าไซ ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 89 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรของ Daniel and Cross (2013) โดยอ้างอิงข้อมูลการศึกษาของรัชนิวรรณ ภูมิสะอาด และวรายา มณีลังกา (2564) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05 ซึ่งได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 73 คน

### เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย (Inclusion Criteria)

1. ผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากจากโรงพยาบาลหนองหญ้าไซ ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565
2. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

### เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

1. ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถติดต่อได้ ย้ายภูมิลำเนา ป่วยหนัก เสียชีวิต หรือเลิกใส่ฟันเทียม

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์และแบบประเมิน 3 ส่วน ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป สำหรับเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา) ข้อมูลด้านสุขภาพ (การสูบบุหรี่ โรคประจำตัว) และข้อมูลเกี่ยวกับฟันเทียม (ระยะเวลาการใช้งาน การดูแลรักษา ความพึงพอใจโดยรวมต่อฟันเทียม) โดยประเมินความพึงพอใจโดยรวมด้วยมาตรวัดลิเคิร์ต 5 ระดับ คือ พอใจมากที่สุด(4) พอใจมาก(3) พอใจปานกลาง(2) พอใจน้อย(1) และไม่พอใจ(0) การแปลผลจะพิจารณาจากค่าเฉลี่ยและการกระจายของคะแนนแบบสัมภาษณ์โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด แบ่งระดับความพึงพอใจเป็น 2 ระดับ คือ ไม่พอใจ (ตอบ 0 1 หรือ 2) และพอใจ (ตอบ 3 หรือ 4)

2. แบบประเมินคุณภาพฟันเทียม อ้างอิงจากงานวิจัยของพจมาน ศรีนวรรตน์ และ เพ็ญประภา ฤชวรารักษ์ (2540) และพิมพ์วิภา เศรษฐวรพินธุ์ และคณะ (2557) โดยตรวจคุณภาพฟันเทียม 7 ประเด็น ดังนี้

- 2.1 การยึดอยู่ของฟันเทียม (Retention) พิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้ “เหมาะสม” คือ ฟันเทียมไม่หลุด เมื่ออ้าปากกว้างประมาณ 20 มิลลิเมตร และมีแรงต้านต่อการหลุด เมื่อตั้งในทิศทางตรงข้ามกับการใส่ “ไม่เหมาะสม” คือ ฟันเทียมหลุด เมื่ออ้าปากกว้างประมาณ 20 มิลลิเมตร หรือไม่มีแรงต้านต่อการหลุด เมื่อตั้งในทิศทางตรงข้ามกับการใส่

- 2.2 ความเสถียรของฟันเทียม (Stability) พิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้ “เหมาะสม” คือ ฟันเทียมไม่ขยับหรือหลุดออก เมื่อกดนิ้วทดสอบบริเวณฟันหลังด้านซ้าย และขวา และเมื่อกดทดสอบบริเวณปลายฟันหน้า “ไม่เหมาะสม” คือ ฟันเทียมขยับหรือหลุดออก เมื่อกดนิ้วทดสอบบริเวณฟันหลังด้านซ้าย และขวา หรือเมื่อกดทดสอบบริเวณปลายฟันหน้า

2.3 ความสูงของฟันเทียมและการออกเสียง พิจารณาความเหมาะสมจากค่าระยะปลอดการสบ (Free-way Space) โดยกำหนดจุดบนไบหน้า 2 จุด ที่ปลายจมูกและคาง วัดระยะมิติแนวตั้งขณะพัก (Rest Vertical Dimension) และมิติแนวตั้งขณะสบฟัน (Occlusal Vertical Dimension) นำค่าที่ได้มาหาผลต่าง เป็นค่าระยะปลอดการสบ “เหมาะสม” คือ ค่าระยะปลอดการสบ ตั้งแต่ 2 ถึง 4 มิลลิเมตร “ไม่เหมาะสม” คือ ค่าระยะปลอดการสบ น้อยกว่า 2 หรือมากกว่า 4 มิลลิเมตร

2.4 การสบฟัน ใช้วิธีบันทึกตำแหน่งจุดสบฟัน (Occlusal Contact) จากการกัดสบของฟันเทียมทั้งปากในตำแหน่งศูนย์ (Centric Relation) โดยใช้กระดาษกัดสบความหนา 60 ไมครอน ให้ผู้สูงอายุกัด 5 ครั้ง แล้วนับจุดสบฟันตามจำนวนซี่ฟันที่มีการสบฟันระหว่างฟันบนและล่าง “เหมาะสม” คือ มีจุดสบฟันหลังสมำเสมอทั้งด้านซ้ายและขวา และมีตำแหน่งจุดสบฟันหลังรวมกันอย่างน้อย 5 จุด “ไม่เหมาะสม” คือ มีจุดสบฟันหลังไม่สมำเสมอด้านซ้ายหรือขวา หรือมีตำแหน่งจุดสบฟัน น้อยกว่า 5 จุด หรือฟันสึกเป็นหน้าราบ ไม่มีร่องฟันเลย

2.5 ความบกพร่องหรือชำรุด พิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้ “เหมาะสม” คือ ไม่พบความบกพร่องและการชำรุด เช่น ฐานฟันเทียมหรือปีกฟันเทียมไม่แตกหัก ซี่ฟันเทียมไม่หัก หรือหลุด “ไม่เหมาะสม” คือ พบความบกพร่องและการชำรุด

2.6 ความสะอาดของฟันเทียม ตรวจสอบทั้งด้านนอกและด้านในของฟันเทียม “เหมาะสม” คือ ฟันเทียมสะอาด ไม่พบ แผ่นคราบจุลินทรีย์ คราบบูหรี คราบหมาก หรือ หินน้ำลาย “ไม่เหมาะสม” คือ พบแผ่นคราบจุลินทรีย์ คราบบูหรี คราบหมาก หรือหินน้ำลาย

2.7 สภาพเนื้อเยื่อในช่องปาก หมายถึง สภาพเนื้อเยื่อที่รองรับฟันเทียม และเนื้อเยื่อในช่องปาก ได้แก่ ริมฝีปาก กระพุ้งแก้ม พื้นช่องปากและลิ้น “เหมาะสม” คือ ไม่พบความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปาก เช่น รอยแดงหรือแผลจากการกดทับของฟันเทียม (Epulis Fissuratum) การเกิดเนื้อเยื่อนุ่ม (Flabby Tissue) มุมปากอักเสบ (Cheilitis) “ไม่เหมาะสม” คือ พบความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปาก

3. แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OIDP) ใช้แบบสอบถาม Oral Impacts on Daily Performance (OIDP) ของ Adulyanon และ Sheiham (1997) เพื่อประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา โดยสัมภาษณ์ครอบคลุม 8 กิจกรรมหลักใน 3 มิติ (กายภาพ จิตใจ และสังคม) มีเกณฑ์การให้คะแนนความรุนแรง และ คะแนนความถี่ ในแต่ละกิจกรรม มีดังนี้

คะแนน	ความรุนแรงของผลกระทบ (Severity)	ความถี่ของผลกระทบ (Frequency)
0	ไม่กระทบกระเทือน	ไม่เคยมีใน 6 เดือน
1	น้อยมาก	น้อยกว่า 1 ครั้งต่อเดือน
2	น้อย	1-2 ครั้งต่อเดือน
3	ปานกลาง	1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
4	รุนแรง	3-4 ครั้งต่อสัปดาห์
5	รุนแรงมาก	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน

การคำนวณคะแนนรายกิจกรรม นำคะแนนความรุนแรงคูณกับคะแนนความถี่ (คะแนนเต็ม 25 คะแนนต่อกิจกรรม) และคะแนนรวม (OIDP Score) รวมคะแนนจากทั้ง 8 กิจกรรม (คะแนนเต็ม 200 คะแนน) นำมาคำนวณเทียบเป็นร้อยละ

การแปลผลระดับคุณภาพชีวิต แบ่งระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากออกเป็น 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

- ระดับดีมาก คือ ผู้ที่มีค่าคะแนน OIDP เท่ากับ 0
- ระดับดี ปานกลาง และไม่น่าพึงพอใจ คือ ผู้ที่มีค่าคะแนน OIDP มากกว่า 0 แบ่งระดับโดยใช้การวิเคราะห์การกระจายความถี่และใช้ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์เป็นจุดตัด ดังนี้
- ระดับดี คือ คะแนนอยู่ระหว่าง 0 ถึง เปอร์เซ็นไทล์ที่ 50
- ระดับปานกลาง คือ คะแนนอยู่ระหว่าง เปอร์เซ็นไทล์ที่ 50 ถึง 75
- ระดับไม่น่าพึงพอใจ คือ คะแนนสูงกว่า เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยทั้งด้านความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability) ดังนี้

1. ความตรง (Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้ง 3 ฉบับ ไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยพิจารณาความสอดคล้องของข้อความถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย และทำการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ผลการประเมินพบว่า เครื่องมือทุกชุดมีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ดังนี้ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป (IOC = 0.95), แบบประเมินคุณภาพฟันเทียม (IOC = 1.00) และแบบวัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OIDP) (IOC = 1.00)

2. ความเที่ยง (Reliability) เนื่องจากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยเพียงคนเดียว (Single Examiner) ผู้วิจัยจึงได้ทำการตรวจสอบความเที่ยงของการวัดซ้ำ (Intra-examiner Reliability) โดยทำการศึกษาทดลองนำร่อง (Pilot Study) ในผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างและใส่ฟันเทียมมาแล้ว 2-3 ปี จำนวน 10 ราย โดยเว้นระยะเวลาห่าง 1 สัปดาห์ และวิเคราะห์ความสอดคล้องด้วยสถิติ Weighted Kappa Coefficient ( $K_w$ ) ผลการทดสอบพบว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นในระดับดีถึงดีเยี่ยม ดังนี้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ( $K_w = 0.90$ ) แบบประเมินคุณภาพฟันเทียม ( $K_w = 0.83$ ) แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต (OIDP) ( $K_w = 0.81$ ) ภาพรวมของเครื่องมือทั้งหมด ( $K_w = 0.86$ )

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสืบค้นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Health Record) ของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมระหว่างปี พ.ศ.2563-2565 โดยได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองหญ้าไซให้สืบค้นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากรายชื่อผู้สูงอายุทั้งหมด ติดต่อผู้สูงอายุทางโทรศัพท์และไปรษณียบัตร เพื่อนัดสัมภาษณ์ตรวจสอบสภาพฟันเทียม และเนื้อเยื่อในช่องปากที่โรงพยาบาล หรือรพ.สต. หรือที่บ้าน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำเข้าเครื่องประมวลผล แล้ววิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อหาความสัมพันธ์ด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$  ในกรณีทีละเม็ดข้อตกลงทางสถิติ จะดำเนินการทดสอบด้วย Fisher's exact test

### จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่ 31/2568 ลงวันที่ 27 มีนาคม 2568 ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับพร้อมทั้งชี้แจงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับอย่างเคร่งครัดในรูปแบบไฟล์ดิจิทัลที่มีรหัสผ่านป้องกัน และเอกสารกระดาษจะถูกเก็บในตู้ที่มีกุญแจล็อก เข้าถึงได้เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยจะดำเนินการทำลายข้อมูลทั้งหมดภายในระยะเวลา 1 ปี ภายหลังจากได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัย โดยเอกสารจะถูกทำลายด้วยเครื่องทำลายเอกสาร และข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จะถูกลบออกจากฐานข้อมูลและระบบคอมพิวเตอร์อย่างถาวรตามมาตรฐานความปลอดภัยทางสารสนเทศ

### ผลการวิจัย

ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้สูงอายุจำนวนทั้งสิ้น 73 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.4 มีอายุระหว่าง 56-94 ปี อายุเฉลี่ย  $71.38 \pm 7.89$  ปี อยู่ในช่วงอายุ 66-75 ปี ร้อยละ 42.5 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 61.6 และส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 93.2 ด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ว่างงาน ร้อยละ 49.3 และไม่มีรายได้ ร้อยละ 46.6 ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 71.2 และมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 74.0 โดยโรคที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 56.2 สำหรับการใช้ฟันเทียม พบว่าส่วนใหญ่ใช้มาเป็นระยะเวลา 3-4 ปี ร้อยละ 53.4 และนิยมทำความสะอาดโดยใช้แปรงกับสบู่หรือน้ำยาล้างจาน ร้อยละ 56.2 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=73)

ตัวแปร	รายละเอียด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	34	46.6
	หญิง	39	53.4
อายุ (ปี)	น้อยกว่า 65 ปี	18	24.7
	66 - 75 ปี	31	42.5
	76 - 85 ปี	20	27.4
	86 ปีขึ้นไป	4	5.5
สถานภาพสมรส	โสด	5	6.8
	สมรส/อยู่ด้วยกัน	45	61.6
	หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	23	31.6
อาชีพหลัก	เกษตรกร	19	26
	รับจ้างทั่วไป	8	11
	อื่นๆ (ค้าขาย, แม่บ้าน, ข้าราชการบำนาญ)	10	13.7
	ว่างงาน	36	49.3
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	ไม่มีรายได้	34	46.6
	น้อยกว่า 5,000 บาท	29	39.7
	5,000 บาทขึ้นไป	10	13.7
ระดับการศึกษา	ไม่เคยเรียน/ไม่จบการศึกษา	5	6.8
	ประถมศึกษา	68	93.2
การสูบบุหรี่	ไม่เคยสูบ	52	71.2
	เคยสูบ/ยังสูบบุหรี่อยู่	21	28.8
โรคประจำตัว	ไม่มี	19	26
	มี (1 โรคขึ้นไป)	54	74
	โรคที่พบมากที่สุด:		
	- ความดันโลหิตสูง	41	56.2
- เบาหวาน / ไชมันในเลือดสูง	22	30.1	
ระยะเวลาการใช้ฟันเทียม	3 - 4 ปี	39	53.4
	4 - 5 ปี	18	24.7
	5 - 6 ปี	16	21.9
วิธีการทำความสะอาดฟันเทียม	ใช้แปรงกับสบู่/น้ำยาล้างจาน	41	56.2
	ใช้แปรงกับยาสีฟัน	23	31.5
	ล้างน้ำเปล่า/น้ำยาสำหรับฟันเทียม/ไม่ทำ	12	16.5
	ความสะอาด		

จากผลสำรวจความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้ฟันเทียม พบว่าผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 32.9 และพอใจปานกลาง ร้อยละ 31.5 เมื่อจัดกลุ่มใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจโดยรวม ร้อยละ 57.5 และไม่พึงพอใจ ร้อยละ 42.5 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจ

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่พอใจ	6	8.2
พอใจน้อย	2	2.7
พอใจปานกลาง	23	31.5
พอใจมาก	24	32.9
พอใจมากที่สุด	18	24.7

ผลการประเมินคุณภาพฟันเทียม 7 ด้าน พบว่าการยึดอยู่ของฟันเทียมเป็นประเด็นที่พบที่ไม่เหมาะสมมากที่สุด อยู่ที่ร้อยละ 45.2 รองลงมาคือ ความเสถียรของฟันเทียมร้อยละ 34.2 และการสบฟันร้อยละ 31.5 ในขณะที่ด้านอื่นๆอยู่ในเกณฑ์เหมาะสมในสัดส่วนที่สูง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สภาพเนื้อเยื่อในช่องปากที่เหมาะสมถึงร้อยละ 97.3 ตามมาด้วยความบกพร่องหรือชำรุดร้อยละ 87.7 และความสูงของฟันเทียมและการออกเสียง ร้อยละ 84.9 ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามคุณภาพฟันเทียม

หัวข้อประเมิน	คุณภาพฟันเทียม	
	เหมาะสมจำนวนคน (ร้อยละ)	ไม่เหมาะสมจำนวนคน (ร้อยละ)
การยึดอยู่ของฟันเทียม (retention)	40 (54.8)	33 (45.2)
ความเสถียรของฟันเทียม (stability)	48 (65.8)	25 (34.2)
ความสูงของฟันเทียมและการออกเสียง	62 (84.9)	11 (15.1)
การสบฟัน (occlusal contact)	50 (68.5)	23 (31.5)
ความบกพร่องหรือชำรุด	64 (87.7)	9 (12.3)
ความสะอาดของฟันเทียม	56 (76.7)	17 (23.3)
สภาพเนื้อเยื่อในช่องปาก	71 (97.3)	2 (2.7)

สำหรับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OHRQoL) พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 53.4 ได้รับผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างน้อยหนึ่งด้าน โดยกิจกรรมที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือ การกินอาหาร ร้อยละ 41.1 รองลงมาคือ การพูดหรือการออกเสียง ร้อยละ 23.3 ขณะที่กิจกรรมด้านการทำความสะอาดช่องปาก การนอนหลับ การยิ้ม และการเข้าสังคม ไม่พบว่ามีผู้ได้รับผลกระทบ ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ความถี่และความรุนแรงของผลกระทบของสภาวะช่องปากต่อคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ (n=73)

กิจกรรม	จำนวนผู้มีผลกระทบ (ร้อยละ)	ความถี่ ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	ความรุนแรง ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	ความถี่ $\times$ ความรุนแรง ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD
1. การกินอาหาร	30 (41.1)	1.48 $\pm$ 2.04	1.33 $\pm$ 1.87	5.38 $\pm$ 8.62
2. การพูดหรือการออกเสียงให้ชัดเจน	17 (23.3)	0.42 $\pm$ 1.24	0.38 $\pm$ 1.09	1.32 $\pm$ 3.49
3. การทำความสะอาดช่องปากหรือฟันเทียม	0 (0.0)	0 $\pm$ 0.0	0 $\pm$ 0.0	0 $\pm$ 0.0
4. การนอนหลับพักผ่อน	0 (0.0)	0 $\pm$ 0.0	0 $\pm$ 0.0	0 $\pm$ 0.0
5. การรักษาอารมณ์จิตใจตามปกติ	11 (15.1)	0.25 $\pm$ 0.91	0.22 $\pm$ 0.79	1.40 $\pm$ 4.81
6. การยิ้ม หัวเราะ อวดฟันได้โดยไม่อาย	0 (0.0)	0 $\pm$ 0.0	0 $\pm$ 0.0	0 $\pm$ 0.0
7. การดำเนินชีวิตทั่วไป	6 (8.2)	0.25 $\pm$ 0.91	0.22 $\pm$ 0.79	0.74 $\pm$ 2.94
8. การติดต่อญาติ เพื่อน	0 (0.0)	0 $\pm$ 0.0	0 $\pm$ 0.0	0 $\pm$ 0.0

การประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก พบว่าค่าเฉลี่ย OIDP ของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 4.45 $\pm$ 6.87 ค่าคะแนน OIDP สูงสุดเท่ากับ 32.5 ต่ำสุดเท่ากับ 0 และจากการวิเคราะห์การกระจายความถี่ของคะแนนดัชนี OIDP ที่มากกว่า 0 ตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 เท่ากับ 7.5 และเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 เท่ากับ 12.0 เมื่อพิจารณาระดับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก พบว่าร้อยละ 46.6 ของผู้สูงอายุไม่มีผลกระทบ (OIDP score = 0) หรือมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากระดับดีมาก ส่วนผู้ที่มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากระดับดี ปานกลาง และไม่น่าพึงพอใจ มีสัดส่วนร้อยละ 31.5 9.6 และ 12.3 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก แบ่งตามระดับช่วงของคะแนนดัชนี OIDP (n=73)

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก	OIDP score	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดีมาก	0	34	46.6
ดี	0.1 - 7.5	23	31.5
ปานกลาง	7.6 - 12.0	7	9.6
ไม่น่าพึงพอใจ	> 12.1	9	12.3

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าความพึงพอใจโดยรวมต่อฟันเทียมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (p<0.001) ดังตารางที่ 6 และคุณภาพฟันเทียม

ใน 4 ด้าน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.001$  ได้แก่ การยึดอยู่ ความเสถียร ความสูงของฟันเทียมและการออกเสียง และการสบฟัน โดยผู้สูงอายุที่มีฟันเทียม "ไม่เหมาะสม" ในด้านเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตในระดับไม่น่าพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มที่มีฟันเทียม "เหมาะสม" อย่างชัดเจน ในทางกลับกัน คุณภาพฟันเทียมด้านความชำรุด (Fracture), ความสะอาด (Sanitary) และสภาพเนื้อเยื่อในช่องปาก (Soft Tissue) ไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ )

**ตารางที่ 6** ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจโดยรวมและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (n=73)

ความพึงพอใจโดยรวม	คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก				P-value
	ไม่น่าพอใจ	ปานกลาง	ดี	ดีมาก	
ไม่พึงพอใจ	8	4	13	6	0.000*
พึงพอใจ	1	3	10	28	

\* Fisher's Exact Test

**ตารางที่ 7** ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพฟันเทียมและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (n=73)

คุณภาพฟันเทียม	คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก				P-value
	ไม่น่าพอใจ	ปานกลาง	ดี	ดีมาก	
<b>Retention</b>					
เหมาะสม	1 (1.4)	0 (0)	9 (12.3)	30 (41.1)	0.000*
ไม่เหมาะสม	8 (11.0)	7 (9.6)	14 (19.2)	4 (5.5)	
<b>Stability</b>					
เหมาะสม	1 (1.4)	1 (1.4)	15 (20.5)	31 (42.5)	0.000*
ไม่เหมาะสม	8 (11.0)	6 (8.2)	8 (11.0)	3 (4.1)	
<b>Free-way Space</b>					
เหมาะสม	3 (4.1)	6 (8.2)	20 (27.4)	33 (45.2)	0.000*
ไม่เหมาะสม	6 (8.2)	1 (1.4)	3 (4.1)	1 (1.4)	
<b>Occlusion</b>					
เหมาะสม	1 (1.4)	3 (4.1)	16 (21.9)	30 (41.1)	0.000*
ไม่เหมาะสม	8 (11.0)	4 (5.5)	7 (9.6)	4 (5.5)	
<b>Fracture</b>					
เหมาะสม	7 (9.6)	6 (8.2)	21 (28.8)	30 (41.1)	0.716
ไม่เหมาะสม	2 (2.7)	1 (1.4)	2 (2.7)	4 (5.5)	
<b>Sanitary</b>					
เหมาะสม	7 (9.6)	3 (4.1)	17 (23.3)	29 (39.7)	0.115
ไม่เหมาะสม	2 (2.7)	4 (5.5)	6 (8.2)	5 (6.8)	
<b>Soft_Tissue</b>					
เหมาะสม	8 (11.0)	7 (9.6)	23 (31.5)	33 (45.2)	0.489
ไม่เหมาะสม	1 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.4)	

\* Fisher's Exact Test

## อภิปรายผล

จากการติดตามผลการใส่ฟันเทียมทั้งปากในผู้สูงอายุภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทาน ในระยะ 3-5 ปีหลังการรักษา พบว่า ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดยังใช้งานฟันเทียมอย่างต่อเนื่อง แต่มีบางรายที่ใส่เฉพาะเวลาออกสังคมไม่ได้ใส่ทุกวัน เนื่องจากไม่สามารถปรับตัวให้ใส่ฟันเทียมได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เมื่อได้รับฟันเทียมแล้วใส่ได้ไม่มีปัญหาจึงไม่กลับมาตรวจเช็ค แต่มีบางรายกลับมาแก้ไขปัญหาเจ็บเวลาเคี้ยวตามนัดตรวจหลังใส่ เมื่อได้รับการแก้ไขปัญหา ก็ไม่เคยกลับมาพบทันตแพทย์อีก โดยให้เหตุผลว่ามีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ต้องจ้างคนพามา ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ คือ ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพและมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ นภาพร ศรีบุญเรือง (2559) พบว่าหลังจากใส่ฟันเทียม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.1) ไม่มีปัญหาจึงไม่กลับมาแก้ไข แต่กลุ่มที่มีปัญหาและไม่กลับมาแก้ไข มักเกิดจากฟันเทียมหลวมหรือเจ็บ และยังพบว่าผู้สูงอายุบางส่วนกลับไปใช้ฟันเทียมถาวรเพราะปัญหาการปรับตัว ดังนั้นการให้บริการฟันเทียมเชิงรุกจะช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้สะดวกขึ้นและเพิ่มให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ผลการประเมินคุณภาพฟันเทียมแสดงให้เห็นว่า ปัญหาหลักคือการยึดอยู่และความเสถียรของฟันเทียม พบว่าไม่เหมาะสมถึงร้อยละ 45.2 และ 34.2 ตามลำดับ และพบปัญหาในฟันเทียมล่างมากกว่าฟันเทียมบน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Limpuangthip et al. (2019) และศิริพร ศรีบัวทอง (2558) ที่พบว่าปัญหาการยึดอยู่และความไม่เสถียรของฟันเทียม เป็นปัญหาที่พบบ่อยและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของอุศิรา กลัดจำนงค์ (2565) ที่พบว่าปัญหาฟันเทียมขาดการยึดอยู่เป็นปัญหาที่พบบ่อยในกลุ่มตัวอย่างเช่นกัน ปรากฏการณ์นี้เป็นผลโดยตรงจากการละลายของสันกระดูกขากรรไกร ซึ่งการศึกษาของ Al-Rafee (2020) และ El Maroush et al. (2019) สนับสนุนว่าอัตราการละลายของสันกระดูกในขากรรไกรล่างสูงกว่าขากรรไกรบนอย่างชัดเจน เนื่องจากขากรรไกรล่างมีพื้นที่รองรับแรงน้อยกว่าและต้องรับแรงกดจากการบดเคี้ยวมากกว่า นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีโรคประจำตัวอย่างน้อยหนึ่งโรค ร้อยละ 74 และเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 30.1 ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดการละลายของสันกระดูกขากรรไกรมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป สอดคล้องกับ El Maroush et al. (2019) ที่ระบุว่าปัจจัยทางระบบและภาวะโภชนาการมีผลเร่งอัตราการละลายของสันกระดูก อย่างไรก็ตาม การที่ความบกพร่องหรือชำรุด ความสะอาด และสภาพเนื้อเยื่อในช่องปากไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุมีความสามารถในการปรับตัวหรือทนต่อปัญหาเหล่านี้ได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Sivakumar et al. (2015) ที่ระบุว่า การประเมินความสำเร็จของฟันเทียมไม่ควรพิจารณาเพียงแค่ปัจจัยทางคลินิก เช่น การยึดอยู่หรือความเสถียรเพียงอย่างเดียว แต่ควรพิจารณามุมมองทางจิตสังคมและความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยร่วมด้วย เนื่องจากผู้ป่วยมักเกิดความเคยชินกับฟันเทียมเดิมแม้จะมีข้อบกพร่องทางกายภาพเกิดขึ้นตามระยะเวลาที่ตาม

ในด้านคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.6 ไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก และอีกร้อยละ 31.5 มีคุณภาพชีวิตดี บ่งชี้ว่าโดยรวมแล้วผู้สูงอายุมีความพึงพอใจและมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปรานต์กมล ภู่อารีย์ (2559) ที่พบว่าผู้สูงอายुर้อยละ 47.4 มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากระดับดี อย่างไรก็ตาม การที่กิจกรรมการรับประทานอาหารเป็นสิ่งที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด (ร้อยละ 41.1) แสดงถึงปัญหาหลักที่ผู้สูงอายุเผชิญอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอนงค์ ผุดผ่อง (2557) และ

จุฬารัตน์ หาญอาษา (2567) ที่พบว่ากรกินอาหารเป็นกิจกรรมที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดเช่นกัน ปัญหาในการบดเคี้ยวอาหารอาจนำไปสู่ข้อจำกัดในการเลือกชนิดอาหารที่บริโภค ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการและสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุได้ การศึกษาของ ปิยอนงค์ วรรณขาว (2566) พบว่าหลังการรักษาทางทันตกรรมประดิษฐ์ ค่ะแนน OI DP ลดลง หรือคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยเฉพาะด้านการรับประทานอาหาร

ถึงแม้ผลการศึกษาในครั้งนี้จะไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างความสะอาดของฟันเทียมกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก แต่การดูแลสุขอนามัยของฟันเทียมยังคงเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญในการป้องกันการติดเชื้อและพยาธิสภาพของเนื้อเยื่อในระยะยาว นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งยังขาดความเข้าใจในการดูแลฟันเทียมที่ถูกต้อง โดยพบว่าร้อยละ 31.5 ยังคงใช้ยาสีฟันในการทำมาสะอาด ซึ่งสารขัดถูในยาสีฟันจะทำให้ผิวฟันเทียมสึกกร่อน เกิดรอยขีดข่วน และกลายเป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรคได้ง่าย (ดารกา เศรษฐวานิช, 2564) ดังนั้น การให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลฟันเทียมอย่างถูกวิธีเป็นสิ่งจำเป็น โดยควรแนะนำให้ทำความสะอาดฟันเทียมหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ ถอดฟันเทียมทำความสะอาดโดยใช้แปรงสีฟันขนอ่อนกับน้ำสบู่หรือน้ำยาล้างจาน ห้ามใช้ผงขัดหรือยาสีฟันเพราะอาจทำให้ผิวฟันเทียมสึกกร่อน และควรถอดฟันเทียมแช่น้ำก่อนนอนเพื่อให้เหงือกได้พัก (ปณิธาน สนพะเนา, 2562)

การยึดอยู่ ความเสถียร ความสูงของฟันเทียม และการสบฟัน เป็นปัจจัยสำคัญต่อการใช้ฟันเทียมเคี้ยวอาหาร ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ณฤดี ลิมปวงทิพย์, 2560) และงานวิจัยของ ธิวาพร มงคลแดง (2565) ซึ่งเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ สรุปผลชัดเจนว่าปัจจัยด้านความเสถียรภาพและการยึดอยู่ของฟันเทียมทั้งบนและล่าง รวมถึงการสบฟัน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ดังนั้น การติดตามผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมมาตรวจเพื่อประเมินและแก้ไขมีความจำเป็นอย่างยิ่ง และเงื่อนไขในการทำฟันเทียมชุดใหม่ได้เมื่อใช้งานครบ 5 ปี ควรมีปรับเงื่อนไขให้สามารถทำใหม่ได้กรณีที่สภาพฟันเทียมมีปัญหาต่อการใช้งานหรือมีการเปลี่ยนแปลงของสันกระดูกขากรรไกร เป็นต้น

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ซึ่งไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลได้ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมาจากโรงพยาบาลหนองหญ้าไซเพียงแห่งเดียว ซึ่งอาจจำกัดการสรุปผลไปสู่ประชากรผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมพระราชทานในพื้นที่อื่น ๆ ของประเทศได้ การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์อาจมีอคติจากการระลึกได้ (Recall Bias) หรือการตอบคำถามเพื่อเอาใจผู้สัมภาษณ์ อย่างไรก็ตาม การใช้ผู้สัมภาษณ์คนเดียวและการทดสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือได้ช่วยลดอคติเหล่านี้

### การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย มีข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและงานทันตสาธารณสุขดังนี้

1. คุณภาพฟันเทียม ทันตแพทย์และทันตบุคลากรควรให้ความสำคัญกับการประเมินและปรับปรุงคุณภาพของฟันเทียมในด้านการยึดอยู่ ความเสถียร ความสูงของฟันเทียมและการออกเสียง และการสบฟัน เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

2. การให้ความรู้และส่งเสริมการดูแลรักษาฟันเทียม แม้ว่าความสะอาดของฟันเทียมและสภาพเนื้อเยื่อในช่องปากจะไม่แสดงความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิตในการศึกษานี้ แต่การให้ความรู้และส่งเสริมวิธีการทำความสะอาดฟันเทียมที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ รวมถึงการดูแลเนื้อเยื่อในช่องปาก ยังคงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อป้องกันปัญหาแทรกซ้อนในระยะยาว

3. ส่งเสริมการกลับมาพบทันตแพทย์เพื่อติดตามผล เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักไม่กลับมาพบทันตแพทย์ตามนัดเมื่อมีปัญหาเล็กน้อย ควรพัฒนากลยุทธ์เชิงรุกเพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมาพบทันตแพทย์เพื่อตรวจติดตามผลเป็นประจำ เช่น การจัดระบบการนัดหมายที่ยืดหยุ่น การเยี่ยมบ้าน หรือการจัดกิจกรรมทันตสุขศึกษาในชุมชน เพื่อให้สามารถตรวจพบและแก้ไขปัญหาฟันเทียมได้ตั้งแต่ระยะแรกก่อนที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างรุนแรง

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาติดตามผลในระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพฟันเทียมและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมอย่างครอบคลุมมากขึ้น

## References

- จุฑารัตน์ หาญอาษา. (2567). คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้งานฟันเทียมของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการของกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลรณรงค์ จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 17(1), 142–154. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/266318/182523>
- ณฤดี ลิ้มปวงทิพย์. (2560). คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ที่ใช้ฟันเทียมทั้งปากและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 40(2), 185–196. <https://www.jdat.org/data/upload/file-106-20220301111618.pdf>
- ดวงพร ศิริเทพมนตรี. (2552). คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ หลังใส่ฟันเทียมพระราชทาน. *เวชระชาสาร*, 52(1), 39–47. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/VMED/article/download/329/268/546>
- ดารกา เศรษฐวานิช. (2564). การดูแลฟันเทียมชนิดถอดได้. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 7(1), 1–15. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/248008>
- ธิดาพร มงคลแดง. (2565). การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของปัจจัยด้านคุณภาพฟันเทียมที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ในผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ฐานพลาสติก [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่]. CMU Intellectual Repository. <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:163646>
- นภาพร ศรีบุญเรือง. (2559). การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ฟันเทียมพระราชทาน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทาน อำเภอเมือง ลำปาง [การค้นคว้าอิสระ ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. TU Digital Collections. [https://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2016/TU\\_2016\\_5717035199\\_4349\\_3904.pdf](https://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2016/TU_2016_5717035199_4349_3904.pdf)
- บังอร กล้าสุวรรณ, & ปิยะนุช เอกก้านตรง. (ม.ป.ป.). ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อโครงการฟันเทียมพระราชทาน เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 10 และ 12. ศูนย์อนามัยที่ 6. [http://203.157.71.148/Information/center/research-52/11\\_2552.pdf](http://203.157.71.148/Information/center/research-52/11_2552.pdf)
- บุญเอื้อ ยงวานิชกร, & ปิยะดา ประเสริฐสม. (2554). ความสัมพันธ์ของปัจจัยสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข*, 16(1), 57–73. <https://ppdental.anamai.moph.go.th/elderly/academic/abs28.pdf>
- ปณิธาน สนพะเนา. (2562). วิธีการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 5(1), 4–12. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/article/view/247516>
- ปรารค์กมล ภู่อารีย์. (2559). คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มารับบริการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานอะคริลิก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร [การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. [https://ir.stou.ac.th/bitstream/123456789/12851/1/fulltext\\_154874.pdf](https://ir.stou.ac.th/bitstream/123456789/12851/1/fulltext_154874.pdf)

- ปิยอนงค์ วรรณขาว. (2566). การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและในมิติสุขภาพในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรมประดิษฐ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. Chula Digital Collections. <https://doi.org/10.58837/CHULA.THE.2023.562>
- พจมาน ศรีนวรรตน์, & เพ็ญประภา ฤชวรารักษ์. (2540). การติดตามผลการรักษาผู้ป่วยใส่ฟันปลอมทั้งปาก: 3-5 ปี ภายหลังการรักษา. *วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์มหิดล*, 17, 61–68.
- แพรว จิตตินันท์, กันทิมา อัครภากร, ศรีัญญา จิรชนานันท์, พินธสา เขียววานิช, สุธิดา สกุลณี, & ดุลยรัตน์ โถวประเสริฐ. (2567). ประเมินผลโครงการฟันเทียมพระราชทานจังหวัดนนทบุรี พ.ศ. 2558 - 2562. *วารสารทันตสาธารณสุข*, 29(1), 112–129. [https://doi.nrct.go.th/admin/doc/doc\\_659404.pdf](https://doi.nrct.go.th/admin/doc/doc_659404.pdf)
- พิมพ์วิภา เศรษฐวรพันธ์, ทรงชัย ฐิตโสมกุล, & ไพฑูรย์ ดาวสดใส. (2557). คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก และความสัมพันธ์กับคุณภาพฟันเทียมและประสิทธิภาพการบดเคี้ยวที่ประเมินด้วยดัชนี OHIP-EDENT ในรูปแบบภาษาไทย. *วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์*, 64(1), 26–46. <https://ppdental.anamai.moph.go.th/elderly/academic/full123.pdf>
- รัชนีวรรณ ภูมิสะอาด, & วรยา มณีลังกา. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการทำฟันเทียม ณ โรงพยาบาลข้าสูง อำเภอลำปาง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารทันตภิบาล*, 32(1), 89–102. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TDNJ/article/view/248760>
- ศิริพร ศรีบัวทอง. (2558). การติดตามผลการใช้งานฟันเทียมเมื่อเวลา 5 ปี ในโครงการฟันเทียมพระราชทาน: กรณีศึกษาในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลนครปฐม. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 34(1), 80–91. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/reg45/article/view/119542/91400>
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2567). รายงานผลการดำเนินงานใส่ฟันเทียมโครงการฟันเทียมพระราชทานปี 2548-2566. <https://ppdental.anamai.moph.go.th/elderly/formcheckpatient65.php>
- สำนักงานทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2567). รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- สุปราณี ดาโลดม, นนทลี วีรชัย, วรางคณา เวชวิธ, & สุธา เจียรรมณีโชติชัย. (2551). การประเมินผลโครงการฟันเทียมพระราชทานเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 5 ธันวาคม 2550. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข*, 13(2), 70–83. <https://ppdental.anamai.moph.go.th/elderly/english/pdf/article0701.pdf>
- อนงค์ ผุดผ่อง. (2557). ผลกระทบของสภาวะช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอกอนสารชัยภูมิ. *ชัยภูมิเวชสาร*, 34(2), 49–55. <https://thaidj.org/index.php/CMJ/article/view/7395/6785>
- อุศิรา กลัดจำนงค์. (2565). ผลการรักษาฟันฟุสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุไร้ฟันด้วยการใส่ฟันเทียมทั้งปาก. *วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี*, 31(2), 180–192. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/article/view/259675/176161>

- Adulyanon, S., Vourapukjaru, J., & Sheiham, A. (1996). Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 24(6), 385–389. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.1996.tb00884.x>
- Adulyanon, S., & Sheiham, A. (1997). Oral impacts on daily performances. In G. D. Slade (Ed.), *Measuring oral health and quality of life* (pp. 151–160). University of North Carolina, Dental Ecology.
- Ahmed, A. R., Bashir, A., Waqas, M., Darvesh, S. A., Das, G., Alanesi, W. A., & Chaturvedi, S. (2025). Assessment of residual ridge resorption in mandible of edentulous patients. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*, 17, 277–284. <https://doi.org/10.2147/CCIDE.S516058>
- Al-Rafee, M. A. (2020). The epidemiology of edentulism and the associated factors: A literature review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(4), 1841–1843. [https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc\\_1181\\_19](https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1181_19)
- Alves, A. C., Cavalcanti, R. V. A., Calderon, P. S., Pernambuco, L., & Alchieri, J. C. (2018). Quality of life related to complete denture. *Acta Odontológica Latinoamericana*, 31(2), 91–96. [https://actaodontologicalat.com/wp-content/uploads/2018/10/aol\\_2018\\_31\\_2\\_91.pdf](https://actaodontologicalat.com/wp-content/uploads/2018/10/aol_2018_31_2_91.pdf)
- Araújo, M. M. C., Martins, M. R., Soares, A. R. S., Carvalho, L. R. A., Gomes, V. E., Ferreira, E. F., Cota, L. O. M., Senna, M. I. B., & Ferreira, R. C. (2018). Relationship between quality of complete dentures and user satisfaction at 1 and 5 years postinsertion. *The International Journal of Prosthodontics*, 31(3), 271–279. <https://doi.org/10.11607/ijp.5477>
- Daniel, W. W., & Cross, C. L. (2013). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (10th ed.). John Wiley & Sons.
- El Maroush, M. A., Benhamida, S. A., Elgendy, A. A., & Elsaltani, M. H. (2019). Residual ridge resorption, the effect on prosthodontics management of edentulous patient: An article review. *International Journal of Scientific Research and Management*, 7(09), MP-2019-260-267. <https://ijsrm.net/index.php/ijsrm/article/view/2366/1908>
- Limpuangthip, N., Somkotra, T., & Arksornnukit, M. (2019). Impacts of Denture Retention and Stability on Oral Health-Related Quality of Life, General Health, and Happiness in Elderly Thais. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2019, 3830267. <https://doi.org/10.1155/2019/3830267>
- Sivakumar, I., Sajjan, S., Ramaraju, A. V., & Rao, B. (2015). Changes in oral health-related quality of life in elderly edentulous patients after complete denture therapy and possible role of their initial expectation: A follow-up study. *Journal of Prosthodontics*, 24(6), 452–456. <https://doi.org/10.1111/jopr.12238>

- Srisilapanan, P., & Sheiham, A. (2001). The prevalence of dental impacts on daily performances in older people in Northern Thailand. *Gerodontology*, *18*(2), 102–108. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2001.00102.x>
- Tariq, S., Shoaib, A., Chaudhary, F. A., Habib, S. R., & Javed, M. Q. (2024). Impact of complete dentures treatment on oral health-related quality of life (OHRQoL) in edentulous patients: A descriptive case series study. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, *40*(9), 2130–2135. <https://doi.org/10.12669/pjms.40.9.9402>

ผลของการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD ต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลและการกลับมารักษาซ้ำ  
ของผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด โรงพยาบาลสุรินทร์

The Effects of DMETHOD Discharge Planning on Caregiver Behavior  
and Readmission of Pediatric Asthma Patients at Surin Hospital

นเรศินี หวลระลึก, ณกานดา ยมศรีเคน

Nareasinee Huanraluk, Nakanda Yumsrikaen

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

Faculty of Nursing, Surin Rajabhat University

(Received: September 05, 2025; Revised: December 15, 2025; Accepted: December 20, 2025)

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD ต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลและการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ดูแลและเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหอบหืด จำนวน 30 คู่ ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ การวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืด ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.906 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ผลการวิจัยพบว่า (1) หลังการวางแผนจำหน่าย ผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (2) หลังการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ ไม่กลับมารักษาซ้ำร้อยละ 100 ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การวางแผนจำหน่ายโดยใช้รูปแบบ DMETHOD มีศักยภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมผู้ดูแล และลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคหอบหืดในเด็ก ดังนั้นสถานพยาบาลควรพิจารณานำรูปแบบดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

**คำสำคัญ:** วางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD, พฤติกรรมของผู้ดูแล, การกลับมารักษาซ้ำ, โรคหอบหืด

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding Author: Nareasinee Huanraluk janarea2323@gmail.com)

## Abstract

This one-group pretest-posttest quasi-experimental study aimed to evaluate the effects of the DMETHOD discharge planning model on the behavior of caregivers and the rate of readmission among pediatric asthma patients at Surin Hospital. The sample consisted of 30 caregiver-child pairs, where the children were diagnosed with asthma and received treatment at the Pediatric Clinic of Surin Hospital. Research instruments included the DMETHOD discharge planning protocol, a general information questionnaire, and a caregiver behavior questionnaire for pediatric asthma, which demonstrated a content validity index of 1.00 reliability of 0.906 Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon Signed Rank Test. The results revealed that: (1) After the discharge planning, caregivers of pediatric asthma patients at Surin Hospital showed a statistically significant increase in patient care behavior scores at the .001 level. (2) Following the discharge planning 100% of the pediatric asthma patients at Surin Hospital did not have readmissions. The findings indicate that discharge planning using the DMETHOD model has the potential to promote caregiver behavior and reduce the rate of asthma recurrence in children. Therefore, healthcare facilities should consider adapting this model to suit the context of each local area.

**Keywords:** DMETHOD Discharge Planning, Caregiver Behavior, Readmission, Asthma

## บทนำ

โรคหอบหืดเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ที่พบบ่อยที่สุดในเด็ก เกิดจากการอักเสบและการตีบแคบของทางเดินหายใจขนาดเล็กในปอดทำให้เกิดอาการหอบหืด ซึ่งอาจมีอาการไอ หายใจมีเสียงหวีด หายใจถี่ และแน่นหน้าอกร่วมกัน (WHO, 2567) อัตราการเกิดโรคหอบหืดในเด็กทั่วโลกประมาณร้อยละ 9.1 (GAN, 2022) พบในเด็กชาย (7.0%) มากกว่าเด็กหญิง (5.4%) (American Lung Association, 2025) สำหรับในประเทศไทย มีผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดประมาณ 1.519 ล้านคน หรือมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรวัยเด็ก (เดชา พัฒนะพัฒนา, วริษฐา ไชยศิริ และธนภฤต ทองกร, 2566) โดยอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคหอบหืดจำนวนมากกว่าร้อยละ 80 จะมีอาการเกิดขึ้นเป็นครั้งแรกภายในอายุ 5 ปี และถ้ายังมีอาการชัดเจนหลังจากที่เด็กอายุ 6 ปีไปแล้วส่วนใหญ่จะเป็นโรคหอบหืดเรื้อรัง แม้ว่าโรคหอบหืดจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ก็สามารถควบคุมโรค ไม่ให้อาการรุนแรงได้ (พนารัตน์ เมืองเจริญ, 2566) ผลกระทบของโรคหอบหืดในเด็กนั้นมีทั้งต่อตัวเด็ก ผู้ดูแลเด็กในครอบครัว มีผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะในเด็กที่ควบคุมโรคไม่ได้ คุณภาพชีวิตจะต่ำกว่าเด็กทั่วไป สำหรับในรายที่ควบคุมโรคไม่ได้เด็กจะมีอาการหอบหืดบ่อยๆ และมีอาการเลวร้ายลง รวมถึงเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ ปอดแฟบ มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด และมีภาวะหัวใจล้มเหลว(จันทร์มาศ ตันตาปกุล, 2567) และส่งผลให้ผู้ดูแลต้องขาด

งานเพื่อมาดูแลเด็กที่เจ็บป่วย นอกจากนี้ยังทำให้ค่ารักษาพยาบาลในระบบสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นด้วย (GINA, 2025)

จากการศึกษาประสบการณ์การดูแลเด็กก่อนวัยเรียนโรคหอบหืดที่ควบคุมโรคไม่ได้ของผู้ดูแล (กานต์รวี โบราณมูล และศิริภาณี อิ่มน้ำขาว, 2566; ธัญธนาภา สีสถาน และ สุวรา ทองเลิศ, 2567) พบว่าผู้ดูแลมีปัญหาในการดูแลเด็กหลายประการ ได้แก่ มีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับโรคหอบหืด เช่น คิดว่าเป็นโรคติดต่อ เป็นโรคที่รักษาให้หายขาดได้ ทำให้วิธีการดูแลไม่ถูกต้อง ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลเด็กเมื่อมีอาการกำเริบ เช่น ไม่ทราบวิธีพ่นยาที่ถูกต้อง ไม่รู้ว่าต้องขอความช่วยเหลือจากใครทำให้เด็กมีอาการรุนแรงจนต้องไปโรงพยาบาล ผู้ดูแลบางรายลืมนำยาให้เด็กเนื่องจากติดธุระหรือทำงานยุ่งทำให้เด็กขาดยา มีผลให้อาการกำเริบ ผู้ดูแลมีความยากลำบากในการลดหรือหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นโรคหอบหืดของเด็ก เช่น ไม่สามารถห้ามคนในครอบครัวสูบบุหรี่ได้ เด็กไปสัมผัสฝุ่นควันในชุมชน ติดเชื้อหวัดจากเพื่อนที่โรงเรียน เป็นต้น ผู้ดูแลบางรายไม่พาเด็กไปพบแพทย์ตามนัดเนื่องจากบ้านอยู่ไกล เดินทางลำบาก หรือกลัวโควิด-19 ทำให้เด็กขาดการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ผู้ดูแลยังต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนในการดูแลเด็ก เช่น ให้คนในครอบครัวช่วยกันเลิกสูบบุหรี่ ให้คนในชุมชนช่วยกันลดฝุ่นควัน ให้ร้านค้าไม่ขายน้ำเย็นให้เด็ก เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ดูแลยังขาดความรู้ความเข้าใจ และต้องการการสนับสนุนในการดูแลเด็กโรคหอบหืด จึงควรได้รับการให้ความรู้ คำแนะนำที่ถูกต้อง รวมถึงการประสานความร่วมมือกับครอบครัวและชุมชน เพื่อให้การดูแลเด็กโรคหอบหืดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น

ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหอบหืดระหว่างปี 2564-2566 พบผู้ป่วยโรคหอบหืดที่รับการรักษาหอผู้ป่วยกุมารเวชโรงพยาบาลสุรินทร์จำนวน 210, 199 และ 181 รายตามลำดับอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันมีจำนวน 36, 43 และ 51 ราย ตามลำดับหากมีการวางแผนจำหน่ายที่ดีจะลดการกลับมารักษาซ้ำได้ การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการที่สำคัญประกอบด้วย การวินิจฉัยการประเมิน การ ตั้งเป้าหมาย การวางแผน การปฏิบัติ การประสานงาน การประเมินผล เพื่อให้การดูแลที่มีคุณภาพและต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาล ชุมชน และ ผู้ดูแล โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ญาติ ทีมสหสาขาวิชาชีพ และ ทีมสุขภาพ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล มีนโยบาย เรื่องการ วางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) (มาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5, 2565) ระบุไว้ว่า ทีมผู้ให้บริการต้องมีกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาความต้องการหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (ธัญธนาภา สีสถาน, สุวรา ทองเลิศ, 2567) จากการศึกษาพบว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามรูปแบบ DMETHOD ส่งเสริมให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่อย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลที่มาตรวจตามนัด และดูแลต่อเนื่องไปถึงที่บ้าน (สุมนา แจ้งวัง, เกศกัญญา ไชยวงศาและ ศิริनुช เปรมโต, 2567) การวางแผนจำหน่ายจึงเป็นกระบวนการสำคัญที่จะทำให้ผู้ดูแลมีความพร้อมและสามารถดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ถ้าผู้ดูแลได้รับการวางแผนจำหน่ายที่ดี จะทำให้ผู้ดูแลมีความพร้อมและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ และลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องได้ (ธัญธนา

ภา สีสถาน, สุวรา ทองเลิศ, 2567) แต่อย่างไรก็ตามพบว่ายังไม่มีการศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ DMETHOD ในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดมากนัก

จากข้อมูลเวชระเบียนระหว่างปี 2564-2566 พบผู้ป่วยโรคหอบหืดที่ได้รับการรักษาหอผู้ป่วยกุมารเวช โรงพยาบาลสุรินทร์จำนวน 210,199 และ 181 รายตามลำดับอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันมีจำนวน 36 ราย, 43 ราย และ 51 ราย คิดเป็นอัตราดังนี้ร้อยละ 17.14 ร้อยละ 21.60 และ ร้อยละ 28.17 ตามลำดับและพบปัญหาจากรูปแบบการวางแผนจำหน่ายเดิมพบว่ายังไม่มีประสิทธิภาพ เพียงพอที่จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เนื่องจาก ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนทำให้เกิดความหลากหลายในการปฏิบัติ การให้ความรู้บางครั้งไม่ครอบคลุม และตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลโดยเฉพาะทักษะที่สำคัญ แม้ว่าการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบ DMETHOD ที่ครอบคลุมความรู้เรื่องโรค การใช้ยา การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้าน การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การส่งเสริมสุขภาพ การมาตรวจตามนัดและเรื่องอาหารซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอย่างต่อเนื่องและช่วยลดการกลับมารักษาซ้ำได้ แต่ยังคงพบว่ายังไม่มีการศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ DMETHOD ในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดมากนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของโรงพยาบาลสุรินทร์ที่ยังไม่ทราบผลจากรูปแบบการวางแผนจำหน่ายเดิมอย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD ต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลและการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดในโรงพยาบาลสุรินทร์ เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดให้มีความต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงที่บ้าน การวิจัยนี้คาดว่าจะช่วยพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงที่บ้าน นอกจากนี้ ยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมมากขึ้น มีพฤติกรรมในการดูแลเด็กโรคหอบหืดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยเด็กสามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้นรวมถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในที่สุด

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD ต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลและการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด โรงพยาบาลสุรินทร์

#### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ ระหว่างก่อนและหลังการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD
2. เพื่อศึกษาการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ หลังการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD

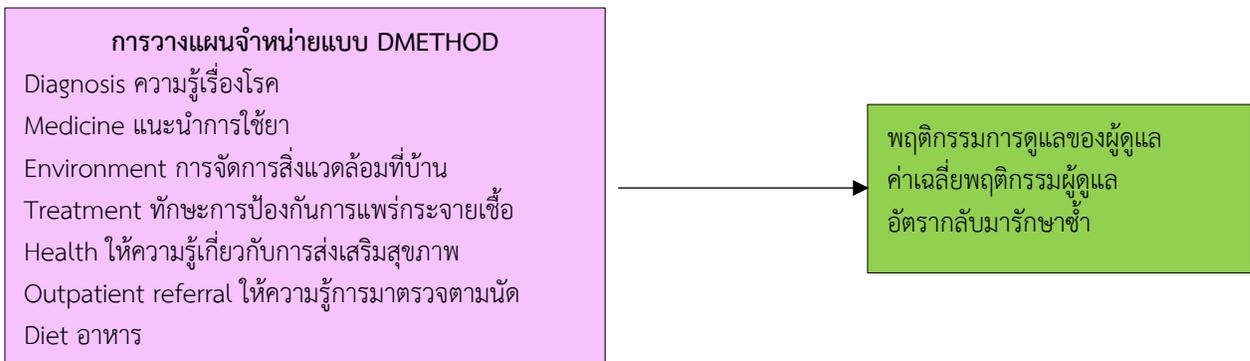
#### สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลเพิ่มขึ้น

2. หลังการวางแผนจำหน่ายแบบDMETHODผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดโรงพยาบาลสุรินทร์ไม่กลับมา  
รักษาซ้ำ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

โรคหอบหืดในเด็กเป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ทำให้หลอดลมมีความไวต่อสิ่งกระตุ้น  
ต่างๆ (bronchial hyper reactivity) เกิดอาการตีบแคบของหลอดลม มีอาการแน่นหายใจมีเสียงหวีด  
(wheezing) หายใจลำบาก มีอาการบวมของเยื่อหลอดลมเสมหะมากในหลอดลม อาการดังกล่าวจะหายได้  
เอง หรือจากการให้การรักษา การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Planning) เป็นกระบวนการที่ช่วยให้  
ผู้ดูแลสามารถดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดได้อย่างเหมาะสมที่บ้าน ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงในการกลับมา  
รักษาซ้ำ การวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD ซึ่งได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรค การใช้ยา การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้าน  
การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การส่งเสริมสุขภาพ การมาตรวจตามนัดและอาหารที่มีประโยชน์เหมาะสม  
เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลที่สำคัญในเรื่องความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค มีการพ่นยาที่ถูกต้อง  
สม่ำเสมอตามเวลา การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นอาการและการมาตามนัดอย่างต่อเนื่อง



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยใช้รูปแบบกลุ่มเดียววัด  
ก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ดูแลเด็กและผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น  
โรคหอบหืดมีอายุระหว่าง 1-7 ปี ที่เข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์  
ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2568 ถึง วันที่ 30 กรกฎาคม 2568 จำนวน 310 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยนี้มี ผู้ดูแลเด็กและผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดมีอายุระหว่าง 1-7 ปี เลือกเข้าสู่กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยพิจารณาจากลักษณะของกลุ่มเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่มีคุณสมบัติดังนี้

### เด็กโรคหอบหืด

1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหอบหืดมีความรุนแรงของโรคระดับปานกลาง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคปอดอักเสบ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง โรคหัวใจ เป็นต้น

2) เด็กที่มีอายุระหว่าง 1-7 ปี และผู้ดูแลมารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์

### ผู้ดูแล

1) เป็นบิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยายหรือญาติพี่น้องที่เลี้ยงดูเด็กโรคหอบหืดและเป็นผู้ให้การดูแลเด็กอย่างใกล้ชิดมีเวลาอยู่กับเด็กช่วยเหลือป้องกันและรักษาและส่งเสริมสุขภาพของเด็ก

2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร มีความสามารถพูดและได้ยินตามปกติ รวมถึงให้การยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G\* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences between two dependent means (matched paired) เลือก One tailed กำหนดค่าอิทธิพลของงานวิจัยเรื่องผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบซ้ำในผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวจากโรคหอบหืดในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โรงพยาบาลสงขลา (ละออง นิชรานนท์, 2562) เท่ากับ 3.078 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่างเพียง 4 คน ซึ่งทำให้งานวิจัยไม่น่าเชื่อถือจึงปรับค่าขนาดอิทธิพลเป็นขนาดกลาง คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คนเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถควบคุมการออกจากกลุ่มขณะทำการทดลองได้จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ การวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD ประกอบด้วย 1) Diagnosis ความรู้เรื่องโรค 2) Medicine แนะนำการใช้ยา 3) Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้าน 4) Treatment ทักษะการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 5) Health ให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ 6) Outpatient referral ให้ความรู้การมาตรวจตามนัด และ 7) Diet การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค เครื่องมือนี้พัฒนาขึ้นโดยการประยุกต์และดัดแปลงจากแนวคิดของเนตรชนก จุละวรรณโณและกิตติพร เนาว์สุวรรณ (2025) โดยผู้วิจัยได้ปรับให้เหมาะสมกับบริบทมีการพิจารณาความตรงของเครื่องมือโดยอาจารย์พยาบาลสาขาเด็ก 2 ท่านและพยาบาลวิชาชีพแผนกกุมารเวชกรรม 1 ท่านมีค่าIOC เท่ากับ 1

### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ข้อมูลทั่วไป ถามรายละเอียดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่น อายุ อาชีพ เป็นต้น

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากงานวิจัยเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหืด (สินีนากู เนาว์สุวรรณ, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, 2560) จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับจากมากที่สุดให้ 4 คะแนนถึงน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน

สำหรับการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ติดตามประเมินผลโดยทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชัน หลังกลับจากโรงพยาบาลแล้ว 28 วัน

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ใช้สร้างขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยเป็นอาจารย์พยาบาลสาขาเด็ก 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพแผนกกุมารเวชกรรม 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้การวิเคราะห์ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ได้ค่าเท่ากับ 1 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าเท่ากับ 0.906

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

#### ขั้นก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลสุรินทร์และทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ขอความร่วมมือกับบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลสุรินทร์ในการคัดกรองและตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์ของผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืด

#### ขั้นทดลอง

ผู้วิจัยเชิญผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืดเข้าร่วมโครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะได้รับรวมถึงการพิทักษ์สิทธิให้รับทราบพร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืดทำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด ด้วยตนเอง(Pretest)ในกรณีที่ผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืดไม่สะดวกอ่านหนังสือไม่ออกและเขียนหนังสือไม่ได้ใช้วิธีสัมภาษณ์
2. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืด พูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ถึงปัญหา อุปสรรคในการดูแลเด็กโรคหอบหืด
3. ผู้วิจัยให้การวางแผนจำหน่ายแบบDMETHOD ตามตารางข้างล่างเป็นรายๆพร้อมสาธิตและให้ผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืดสาธิตย้อนกลับ สอบถามปัญหาหรือข้อสงสัย ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ในรายที่ไม่พร้อมได้นัดหมายติดตามเยี่ยมให้ข้อมูลที่บ้าน ตารางที่ 1

**ตาราง 1** แผนจำหน่ายแบบDMETHOD

DMETHOD	รายละเอียด
Diagnosis ความรู้เรื่องโรค	อธิบายเรื่องโรคหอบหืดพร้อมรูปภาพประกอบจากสื่อ
Medicine แนะนำการใช้ยา	อธิบายประโยชน์และชนิด และผลข้างเคียงของยา
Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้าน	ให้คำแนะนำการจัดการสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นอาการหืดกำเริบ
Treatment ทักษะการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	คำแนะนำการปฏิบัติตัวหากมีอาการหืดกำเริบ
Health ให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	อธิบายให้ครอบครัวรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด
Outpatient ให้ความรู้การมาตรวจตามนัด	อธิบาย ถึงความสำคัญของการมาพบแพทย์ตามนัด
Diet อาหาร	หลีกเลี่ยงอาหารที่แพ้ หรือกระตุ้นอาการหืดกำเริบ

**ขั้นหลังการทดลอง**

การติดตามประเมินผลผู้วิจัยให้ผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืด ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดของผู้ดูแล (Posttest) โดยสอบถามอาการและการรักษาเพิ่มเติมทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์ หลังการจำหน่ายวันที่ 7 และวันที่ 14 และผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืดสามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ทุกเมื่อเมื่อมีปัญหาโดยทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ หลังการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ความถี่และร้อยละ
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ ระหว่างก่อนและหลังการวางแผนจำหน่าย โดยใช้สถิติ สถิติ Wilcoxon Signed Rank test เนื่องจากทดสอบการแจกแจงโค้งปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk Test พบว่าข้อมูลไม่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2019)

**จริยธรรมการวิจัย**

โครงการวิจัยได้รับจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากโรงพยาบาลสุรินทร์เลขที่ 50/2568 ลงวันที่ 28 มีนาคม 2568 ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 6 เดือน ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

**ผลการวิจัย**

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นมารดาของผู้ป่วย ร้อยละ 66.7 รองลงมาเป็นญาติ ร้อยละ 26.7 มีช่วงอายุ 25-73 ปี อายุเฉลี่ย 42.13 ปี (SD= 13.14) ผู้ดูแลประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 30 รองลงมาเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 26.70 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 30 ระดับประถมศึกษาและระดับปริญญาตรี ร้อยละ 26.70 ส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีรายได้เพียงพอสำหรับหาสิ่งของได้ตามต้องการ ร้อยละ 46.70 ผู้ดูแลเด็กได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด ร้อยละ 96.70 ส่วนข้อมูลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด จำนวน 30 คน มีช่วงอายุ 2-7 ปี อายุเฉลี่ย 4.73 ปี (SD= 0.28) ส่วนใหญ่ มีประวัติการนอนโรงพยาบาล ร้อยละ 90 มีประวัติพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน ร้อยละ 70

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ ระหว่างก่อนและหลังการวางแผนจำหน่าย

**ตาราง 2** ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืดก่อนและหลังการวางแผนจำหน่าย (N = 30 จำแนกรายข้อ)

พฤติกรรมของผู้ดูแล	ก่อนวางแผนจำหน่าย		หลังวางแผนจำหน่าย	
	M	SD	M	SD
ทำความสะอาดบ้านและห้องนอนของเด็กอย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดฝุ่นละอองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	3.67	0.54	3.97	0.18
หลีกเลี่ยงการใช้พรม และเครื่องนอนที่กักเก็บฝุ่น เช่น หมอน, ผ้าห่ม	3.23	0.86	3.93	0.25
งดใช้สเปรย์น้ำหอม และสารเคมีที่มีกลิ่นฉุนภายในบ้าน	3.40	0.77	3.93	0.25
ท่านป้องกันไม่ให้เด็กสัมผัสกับสัตว์เลี้ยงที่มีขน เช่น แมว, สุนัข	3.10	0.99	3.80	0.41
ท่านป้องกันไม่ให้เด็กสัมผัสกับสิ่งที่กระตุ้นอาการ เช่น เกสรดอกไม้	3.13	0.94	3.80	0.41
ท่านหลีกเลี่ยงไม่ให้เด็กอยู่ใกล้ผู้สูบบุหรี่ หรือในพื้นที่ที่มีควันบุหรี่	3.07	0.98	3.60	0.56
ท่านสังเกตและจดบันทึกอาการของเด็กเมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติ	3.17	0.87	3.93	0.25
ท่านให้เด็กใช้ยาตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่อย่างเคร่งครัด	3.63	0.72	4.00	0.00
ท่านทำความสะอาดและตรวจสอบเครื่องพ่นยา (Inhaler) ให้พร้อมใช้งานอยู่เสมอ	3.53	0.86	4.00	0.00
ท่านสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และแจ้งแพทย์ทันทีเมื่อพบสิ่งผิดปกติ เช่น ผื่นแดง, ไข้	3.47	0.86	4.00	0.00

**ตาราง 2** ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืดก่อนและหลังการวางแผนจำหน่าย (N = 30 จำแนกรายข้อ) (ต่อ)

พฤติกรรมของผู้ดูแล	ก่อนวางแผนจำหน่าย		หลังวางแผนจำหน่าย	
	M	SD	M	SD
ท่านช่วยเด็กฝึกการหายใจ และการใช้เครื่องมือช่วยหายใจอย่างถูกวิธี	2.97	1.10	4.00	0.00
ท่านสามารถสังเกตอาการเตือนเบื้องต้นเมื่อเด็กเริ่มมีอาการหอบหืด เช่น ไอบ่อย, หอบ	3.50	0.86	3.37	0.62
ท่านรู้วิธีปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อเด็กมีอาการหอบหืดเฉียบพลัน ได้แก่ การให้ยาเมื่อมีอาการ	3.37	0.96	3.97	0.18
ท่านมีแผนรับมือสำหรับกรณีเด็กมีอาการกำเริบ และเตรียมข้อมูลการติดต่อแพทย์ไว้ล่วงหน้า	3.27	1.02	3.97	0.18
ท่านให้กำลังใจเด็ก และช่วยลดความวิตกกังวลเมื่อเด็กมีอาการหอบหืด	3.50	0.82	3.73	0.52
ท่านได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการดูแลเด็กหลังจากออกจากโรงพยาบาล	3.50	0.78	3.77	0.43
ท่านมีแผนการใช้ยา และวิธีการติดตามอาการของเด็กหลังจากออกจากโรงพยาบาล	3.63	0.67	3.77	0.43
ท่านสามารถอธิบายแนวทางการป้องกันไม่ให้อาการกำเริบหลังกลับบ้านได้	3.33	0.84	3.87	0.35
ท่านมีข้อมูลการติดต่อแพทย์หรือโรงพยาบาลที่สามารถขอความช่วยเหลือ เมื่อเด็กมีอาการฉุกเฉิน	3.30	0.95	3.70	0.47
ท่านเตรียมแผนสำรองไว้กรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน และสามารถพาเด็กไปโรงพยาบาลได้ทันที	3.59	0.78	3.70	0.47

**ตาราง 2** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ ระหว่างก่อนและหลังการวางแผนจำหน่ายโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

ตัวแปร	M	SD	IQR	Z	p-value (1-tailed)
ก่อนการวางแผนจำหน่าย	67.37	10.39		4.71	<.001
หลังการวางแผนจำหน่าย	76.67	2.46			

หลังการวางแผนจำหน่าย ผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

## 2. การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ หลังการวางแผนจำหน่าย

ตัวแปร	ไม่มารับรักษาซ้ำ	
	จำนวน	ร้อยละ
หลังการวางแผนจำหน่าย	30	100.00

หลังการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด โรงพยาบาลสุรินทร์ ไม่กลับมารักษาซ้ำร้อยละ 100

### การอภิปรายผล

1. ผู้ทำหน้าที่ดูแลเด็ก จากข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดในการศึกษานี้ พบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลหลักเป็นมารดาและญาติของผู้ป่วย ซึ่งสะท้อนถึงลักษณะของครอบครัวไทยที่มักมีสมาชิกหลายรุ่นอายุอาศัยอยู่ร่วมกัน และมีการพึ่งพาอาศัยกันในการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย (Chuaychoosakoon et al., 2021) การที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดาและญาติ อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด ได้แก่ มารดามักจะมีความผูกพันใกล้ชิดกับบุตรและรู้จักบุตรเป็นอย่างดี ทำให้สามารถสังเกตอาการผิดปกติและให้การดูแลได้อย่างทันทั่วทั้งที่ (Karim et al., 2020) อย่างไรก็ตาม การเป็นมารดาวัยเยาว์ที่ขาดความรู้และประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตร อาจทำให้มารดามีพฤติกรรมดูแลที่ไม่เหมาะสม เช่น การให้ยาไม่ถูกต้องหรือละเลยอาการสำคัญที่ควรได้รับการรักษา ส่วนในกรณีที่ผู้ดูแลเป็นญาติ ซึ่งอาจมีข้อจำกัดบางประการในการดูแลผู้ป่วยเด็ก เนื่องจากสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยตามวัย ความรู้ที่อาจไม่ทันสมัย รวมถึงความเชื่อดั้งเดิมที่อาจขัดแย้งกับแนวทางการรักษาในปัจจุบัน (Kaewjanta et al., 2019) การที่ผู้ดูแลเป็นญาติ จึงอาจทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย

2. พฤติกรรมของผู้ดูแล ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด3อันดับคือการทำความสะอาดบ้านและห้องนอนของเด็กเพื่อลดฝุ่นละออง สัปดาห์ละ1ครั้ง ให้เด็กใช้ยาตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่อย่างเคร่งครัด และมีแผนการใช้ยาและวิธีการติดตามอาการของเด็กหลังจากออกจากโรงพยาบาลน่าจะมาจากเหตุผล เกิดจากประสบการณ์การดูแลเด็กของผู้ดูแลบ่อยครั้งรวมถึงการได้รับความรู้จากโรงพยาบาล มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยสุด3 อันดับคือ การช่วยเด็กฝึกหายใจและการใช้เครื่องมือช่วยหายใจอย่างถูกวิธี การหลีกเลี่ยงไม่ให้เด็กอยู่ใกล้ผู้สูบบุหรี่หรือในพื้นที่ที่มีควันบุหรี่ และการป้องกันไม่ให้เด็กสัมผัสกับสัตว์เลี้ยงที่มีขน เช่น แมว สุนัข น่าจะมาจากเหตุผลว่าเด็กจะอยู่ไม่เนิ่นมีความอยากรู้อยากเห็นมีอารมณ์แปรปรวนง่าย หลังการทดลองพบว่าผู้ดูแลที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย แบบ DMETHOD จะมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นทำให้มีความมั่นใจมีความพร้อมที่จะดูแลเด็กโรคหอบหืดและมีมุมมองที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหอบหืด

3. การวางแผนการจำหน่ายแบบ DMETHOD ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า การวางแผนจำหน่ายมีผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก 67.37 (SD = 10.40) ก่อนเข้ารับการวางแผน เป็น 76.67 (SD = 2.47) หลังการวางแผนจำหน่าย ซึ่งผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen et al. (2020) ที่พบว่า การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ดูแลในช่วงก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ และมี

พฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสมมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน อันจะช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ (Nkoy et al., 2019; Ramratnam et al., 2017) เมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมของผู้ดูแลในแต่ละด้าน พบว่า หลังได้รับการวางแผน จำหน่าย ผู้ดูแลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการทำความสะอาดและตรวจสอบความพร้อมของเครื่องพ่นยา การสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและแจ้งแพทย์ทันที รวมถึงการช่วยเหลือเด็กในการฝึกหายใจและใช้อุปกรณ์ช่วยหายใจอย่างถูกวิธี ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เปลี่ยนแปลงจากระดับที่ไม่เคยปฏิบัติ ไปสู่การปฏิบัติเป็นประจำ ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการที่ผู้ดูแลได้รับความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นผ่านกระบวนการวางแผนจำหน่าย ซึ่งเน้นการให้ข้อมูลและคำแนะนำที่ตรงกับปัญหาและความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ละราย (Auger et al., 2018) การที่ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา การจัดการอาการ และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมโรคและป้องกันภาวะกำเริบของโรคหอบหืด (Cloutier et al., 2020)

ข้อจำกัดในการวิจัยคือการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กจากโรงพยาบาลเดียว ผลการวิจัยอาจไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดในวงกว้างได้ จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มประชากรที่หลากหลายและมีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อยืนยันผลการวิจัยที่พบ นอกจากนี้การประเมินพฤติกรรมของผู้ดูแลใช้วิธีการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองถ้าถามขณะอยู่โรงพยาบาลยังไม่เกิดพฤติกรรมบางอย่างจริง ซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนจากความเข้าใจคำถามที่แตกต่างกันหรือการให้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ในอนาคตอาจพิจารณาใช้วิธีการ ประเมินเชิงคุณภาพร่วมด้วย เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตการปฏิบัติจริง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดและ ครอบคลุมมากขึ้น

### การนำผลการวิจัยไปใช้

1. พัฒนาการวางแผนจำหน่ายในด้านข้อมูลการดูแลของผู้ดูแลทางสื่อออนไลน์และสามารถใช้ในการนำร่องสู่การพัฒนา รูปแบบการวางแผนจำหน่ายโรคอื่น ๆ ต่อไป
2. ติดตามผลในระยะยาวโดยการประเมินผลพฤติกรรมดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ด้วยวิธีวิดีโอคอล เป็นการประเมินหรือเป็นการเพิ่มรูปแบบรวมถึงช่องทางการสนับสนุนการดูแลของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ด้านการวิจัย ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างและมีกลุ่มควบคุมศึกษาในหน่วยงานที่มีความหลากหลาย เพื่อให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ สามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ ติดตามผลระยะยาว ผสมผสานวิธี ประเมินเชิงปริมาณและคุณภาพ เปรียบเทียบรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่หลากหลาย ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ดูแล และประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ เพื่อพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพและส่งเสริมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังอื่นๆในระบบสุขภาพต่อไป

## References

- กานต์รวี โบราณมูล และศิริภาณี อิ่มน้ำข้าว. (2566). ประสบการณ์การดูแลเด็กก่อนวัยเรียนโรคหืดที่ควบคุมโรคไม่ได้ของผู้ดูแล. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 16(3), 88-100.
- จันทรมาศ ตันตาศกุล. (2567). ผลลัพธ์ทางคลินิกหลังพัฒนาคุณภาพการดูแลเด็กโรคหืดในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของจังหวัดกระบี่. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 18 (2), 512-525
- ัญชนาภา สีสถานและสุวรา ทองเลิศ. (2567). ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 9(2), 69-78
- เนตรชนก จุละวรรณโณและกิตติพร เนาว์สุวรรณ. (2025). ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลสะเตา. *วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา*, 5(1), 1-13.
- พนารัตน์ เมืองเจริญ. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดกำเริบกรณีศึกษา. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(4), 1004-1008.
- สุนนา แจ้งวังและคณะ ผลของการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ DMETHOD ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้าน โภชนาการและระดับเพอร์ริตินในผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาการให้เลือด *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน* ปีที่ 9(3), 327-336
- สินีนางู เนาว์สุวรรณและกิตติพร เนาว์สุวรรณ. (2560). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหืด. *วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา*. 18 (1) , 28-38
- Auger, K. A., Shah, S. S., Tubbs-Cooley, H. L., Sucharew, H. J., Gold, J. M., Wade-Murphy, S., Statile, A. M., Kahn, R. S., Mangeot, C., Simmons, J. M., & Kuhnell, P. (2018). Effects of a 1-time nurse-led telephone call after pediatric discharge: The H2O II randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*, 172(9), e181482. doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.1482
- Chuaychoosakoon, C., Parinyaphol, P., & Chontawan, R. (2021). Family management for children with chronic illnesses in Thai families: An integrative review. *Nursing & Health Sciences*, 23(1), 77-88. doi.org/10.1111/nhs.12774
- Chen, S., Shan, Y., Zhao, J., Wu, T., Zhu, C., Bu, X., & Feng, W. (2020). The effect of WeChat-based education and rehabilitation program on anxiety, depression, quality of life, loss of follow-up and survival in non-small cell lung cancer patients who underwent surgical resection. *European Journal of Oncology Nursing*, 45, 101707. doi.org/10.1016/j.ejon.2019.101707

- Cloutier, M. M., Baptist, A. P., Blake, K. V., Brooks, E. G., Bryant-Stephens, T., DiMango, E., Dixon, A. E., Elward, K. S., Hartert, T., Krishnan, J. A., Ouellette, D. R., Pace, W. D., Schatz, M., Skolnik, N. S., Stout, J. W., Teach, S. J., Umscheid, C. A., Walsh, C. G., & Akinbami, L. J. (2020). Focused updates to the asthma management guidelines: A report from the National Asthma Education and Prevention Program Coordinating Committee Expert Panel Working Group. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, *146*(6), 1217–1270. doi.org/10.1016/j.jaci.2020.10.003
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2<sup>nd</sup>). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, *39*(2), 175-191.
- Kaewjanta, N., Pavarajarn, S., Srisaenpang, P., Saenyakul, P., & Pinyopasakul, W. (2019). Enhancing self-management of Thai caregivers for older persons with chronic illnesses. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, *23*(4), 329-341.
- Karim, T., Muhit, M., & Khandaker, G. (2020). The role of maternal education and parenting style on self-esteem and self-efficacy of children with cerebral palsy in Bangladesh. *Disability and Rehabilitation*, *42*(26), 3764-3770. doi.org/10.1080/09638288.2019.1616328
- Nkoy, F., Fassl, B., Stone, B., Uchida, D. A., Johnson, J., Reynolds, C., Valentine, K., Koopmeiners, K., Kim, E. H., Savitz, L., Maloney, C. G., & Halbern, S. (2019). Improving pediatric asthma care and outcomes across multiple hospitals. *Pediatrics*, *144*(6), e20190285. doi.org/10.1542/peds.2019-0285
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2005). *Fundamental of Nursing*. 6th ed. St.Louis: Mosby. Ramratnam, S. K., Bacharier, L. B., & Guilbert, T. W. (2017). Severe asthma in children. *Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, *5*(4), 889–898. doi.org/10.1016/j.jaip.2017.04.031

การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน: กรณีศึกษาบ้านหินตั้ง  
ตำบลโนนฆ้อง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

Development of a Solid Waste Management Model Through Community  
Participation: A Case Study of Ban Hin Tang, Nonkhong Sub-District, Ban Fang  
District, Khon Kaen Province

ทศรีย สีสองเมือง<sup>1</sup>, ธีรศักดิ์ พาจันทร<sup>2\*</sup>

Tassaree Seesongmuang<sup>1</sup>, Teerasak Phajan<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>นักศึกษาลัทธิศาสตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์  
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Student of the Master of Public Health, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province, Faculty of Public Health  
and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute Ministry of Public Health

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

<sup>2</sup>Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,  
Praboromarajchanok Institute Ministry of Public Health

(Received: June 9, 2024, Revised: November 11, 2025, Accepted: December 28, 2025)

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชน 2) พัฒนารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วม และ 3) ประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการวิจัยตามกรอบแนวคิดของ Kemmis & McTaggart ที่บ้านหินตั้ง ตำบลโนนฆ้อง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ศึกษาบริบทและปัญหา (35 คน) พัฒนารูปแบบด้วยกระบวนการ PAOR (68 คน) และประเมินผล (141 คน) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ แบบสอบถาม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา และเปรียบเทียบปริมาณขยะก่อนและหลังโดยวิเคราะห์ค่าร้อยละการเปลี่ยนแปลง ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ชุมชนประสบปัญหาหลัก 3 ประการ คือ ขาดความรู้ความเข้าใจในการคัดแยกขยะ (ร้อยละ 93.75) ไม่เคยมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล (ร้อยละ 84.38) และปริมาณขยะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 78.13) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นชื่อ “รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมบ้านหินตั้ง” มีธนาคารขยะเพื่อมาปณกิจเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) ส่งเสริมการคัดแยกขยะในครัวเรือน 2) เสริมสร้างความรู้และแรงจูงใจ และ 3) สร้างเครือข่ายความร่วมมือ ขับเคลื่อนด้วยวงจร PAOR อย่างต่อเนื่อง

ผลการประเมินพบว่า ปริมาณขยะทุกประเภทลดลง โดยขยะอันตรายลดลงร้อยละ 100.00 ขยะอินทรีย์ลดลงร้อยละ 30.00-56.52 ขยะรีไซเคิลลดลงร้อยละ 57.14-75.00 และขยะทั่วไปลดลงร้อยละ 76.36 ประชาชนมีพฤติกรรมการจัดการขยะในระดับดีมาก (ร้อยละ 60.28) การมีส่วนร่วมในระดับสูง (ร้อยละ 99.29) และความพึงพอใจในระดับสูง (ร้อยละ 97.16)

ดังนั้น รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการลดปริมาณขยะและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมชุมชน สามารถเป็นต้นแบบสำหรับชุมชนอื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

**คำสำคัญ:** การจัดการขยะมูลฝอย, การมีส่วนร่วมของชุมชน, การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, ธนาคารขยะ, การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding Author; Teerasak Phajan, Email: teerasak@scphkk.ac.th)

## Abstract

This participatory action research aimed to 1) study problems and needs regarding solid waste management, 2) develop a participatory solid waste management model, and 3) evaluate the developed model. The study was conducted using the Kemmis & McTaggart framework at Ban Hin Tang, Non Khong Subdistrict, Ban Fang District, Khon Kaen Province. The research comprised three phases: studying context and problems (35 informants), developing the model using the PAOR process (68 participants), and evaluation (141 participants). Data were collected through interviews, questionnaires, and participant observation. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and percentage change analysis for comparing waste quantities before and after implementation. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The results revealed three main problems: lack of knowledge and understanding in waste separation (93.75%), no participation in monitoring and evaluation (84.38%), and continuously increasing waste quantity (78.13%). The developed model, named "Ban Hin Tang Participatory Solid Waste Management Model," centered on a Waste Bank for Funeral Assistance Fund, comprising three components: 1) promoting household waste separation, 2) enhancing knowledge and motivation, and 3) building collaborative networks, driven by the continuous PAOR cycle.

The evaluation found that all waste types decreased: hazardous waste by 100.00%, organic waste by 30.00-56.52%, recyclable waste by 57.14-75.00%, and general waste by 76.36%. Participants demonstrated excellent waste management behavior (60.28%), high participation (99.29%), and high satisfaction (97.16%).

In conclusion, the developed model effectively reduced waste quantity and changed community behavior, serving as a prototype for other communities with similar contexts.

**Keywords:** solid waste management, community participation, participatory action research, waste bank, behavior change

## บทนำ

ปัจจุบันขยะมูลฝอยเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชนทั่วโลก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิกฤตสิ่งแวดล้อมหลัก 3 ประการ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ มลพิษ และการสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ (UN Environment Programme, 2024) ในประเทศไทยมีปริมาณขยะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2566 เกิดขยะ 26.95 ล้านตัน อัตราการเกิดขยะ 1.12 กิโลกรัม/คน/วัน แต่มีขยะถูกกำจัดไม่ถูกต้อง 7.47 ล้านตัน และนำกลับมาใช้ประโยชน์เพียง 9.31 ล้านตัน สะท้อนปัญหาการจัดการขยะที่ต้นทางและระบบจัดการที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ (กรมควบคุมมลพิษ, 2566)

จังหวัดขอนแก่น มีรายงานสถานการณ์ปริมาณขยะมูลฝอยเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2565–2567 จำนวน 467,821.55 ตัน/ปี, 517,405.75 ตัน/ปี และ 507,241.80 ตัน/ปี ตามลำดับ ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 8.42% เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2565 (สำนักงานสิ่งแวดล้อมและควบคุมมลพิษที่ 10 (ขอนแก่น), 2568) โดยมีปริมาณขยะตกค้าง 0.511 ล้านตันต่อปี แต่นำกลับใช้ประโยชน์ได้เพียง 0.146 ล้านตัน และมีขยะถูกกำจัดไม่ถูกต้อง 0.161 ล้านตัน (กรมควบคุมมลพิษ, 2566) การจัดการขยะที่ไม่เหมาะสมก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะการเผาขยะก่อให้เกิดมลพิษทางอากาศและเพาะพันธุ์เชื้อโรค (กรมควบคุมมลพิษ, 2555; กรมควบคุมโรค, 2566) โดยเฉพาะพื้นที่บ้านหินตั้ง ตำบลโนนฆ้อง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ที่ประสบปัญหาการจัดการขยะอย่างต่อเนื่อง รูปแบบการจัดการแบบเดิมเป็นระบบ “เก็บ-ขน-ทิ้ง” โดยเทศบาลตำบลโนนฆ้อง มีลักษณะ 1) ประชาชนไม่มีส่วนร่วม เป็นเพียงผู้ทิ้งขยะรอให้เทศบาลมาเก็บ 2) ไม่มีการคัดแยกขยะที่ต้นทาง ทำให้สูญเสียโอกาสในการนำกลับมาใช้ประโยชน์ 3) สถานที่กำจัดอยู่ในเขตป่าสงวน 4) เกิดการเผาไหม้บ่อยๆเป็นประจำ ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 5) ใช้งบประมาณสูงแต่ปัญหายังคงเรื้อรัง และ 6) ขาดการมีส่วนร่วมที่แท้จริงจากชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เกี่ยวกับการจัดการขยะในประเทศไทย ยังเน้นให้ภาครัฐเป็นผู้ดำเนินการหลัก ประชาชนมีบทบาทเพียง ผู้ปฏิบัติตามนโยบาย เช่น การคัดแยกขยะหรือเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์เป็นระยะ ขณะที่บทบาทเชิงรุกของชุมชน เช่น การวางแผน การตัดสินใจ หรือการเชื่อมโยงมิติสุขภาพกับสิ่งแวดล้อม ยังมีจำกัด (สุภาวดี เสนาฤทธิ์, 2566; สุทาร์ตน์ ชูดอกและเขมิกา สงวนพวก, 2564) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) จึงมีความสำคัญในการสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน เนื่องจากเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน สร้างความเป็นเจ้าของและพัฒนาศักยภาพในการจัดการปัญหาด้วยตนเอง (Kemmis & McTaggart, 2005)

อย่างไรก็ตาม ยังขาดการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการขยะที่เน้นการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของชุมชน โดยเฉพาะ 1) การเชื่อมโยงกับระบบสวัสดิการท้องถิ่นที่มีอยู่ 2) การใช้กระบวนการ PAOR (Plan-Act-Observe-Reflect) อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง และ 3) การประเมินผลระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ซึ่งเป็นช่องว่างทางความรู้ที่สำคัญและจำเป็นต้องศึกษา

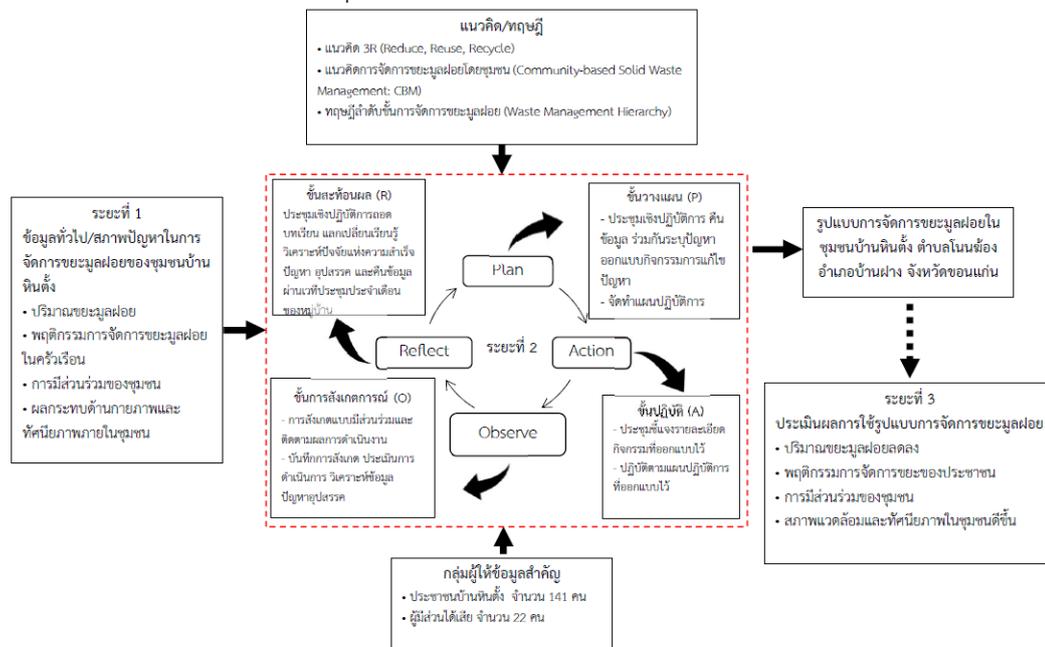
ด้วยเหตุนี้ การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนา “รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน” ในพื้นที่บ้านหินตั้ง ตำบลโนนฆ้อง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ที่ขับเคลื่อนด้วยวงจร PAOR อย่างเป็นระบบ มุ่งเน้นให้ชุมชนมีบทบาทหลักในการจัดการขยะทุกขั้นตอน ตั้งแต่ต้นทางถึงปลายทาง ผสานกับการเชื่อมโยงกับระบบสวัสดิการชุมชนที่มีอยู่ เพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทและสามารถใช้ได้อย่างยั่งยืน พร้อมทั้งประเมินผลระยะยาวเพื่อยืนยันความยั่งยืนของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหา และความต้องการในการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนบ้านหินตั้ง ตำบลโนนฆ้อง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหินตั้ง ตำบลโนนฆ้อง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหินตั้ง ตำบลโนนฆ้อง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (2005) ซึ่งประกอบด้วยวงจร 4 ขั้นตอน คือ Plan (วางแผน) Act (ปฏิบัติ) Observe (สังเกต) และ Reflect (สะท้อนผล) เป็นกรอบในการดำเนินงาน เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาและพัฒนาความรู้ร่วมกัน โดยมุ่งพัฒนารูปแบบการจัดการขยะที่เหมาะสมกับบริบทบ้านหินตั้ง เพื่อลดปริมาณขยะและสร้างชุมชนต้นแบบด้านการจัดการขยะที่ยั่งยืน (ภาพที่ 1)



### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (2005) ประกอบด้วย 4 กระบวนการ คือ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect)

#### พื้นที่ทำการวิจัย

การวิจัยดำเนินการที่บ้านหินตั้ง หมู่ที่ 7 ตำบลโนนฆ้อง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น เนื่องจากเป็นที่ตั้งของบ่อขยะที่รองรับขยะจาก 4 หมู่บ้าน มีปัญหาขยะสะสมและไฟไหม้บ่อขยะประจำปี ประชาชนไม่คัดแยกขยะต้นทางและขาดการมีส่วนร่วม สอดคล้องกับนโยบาย “จังหวัดสะอาด” ที่มุ่งเน้นการจัดการขยะต้นทาง โดยชุมชนมีความพร้อมร่วมพัฒนารูปแบบการจัดการขยะให้มีประสิทธิภาพ

**ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย** การวิจัยระหว่างเดือนมกราคม-พฤษภาคม 2568 แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้  
**ระยะที่ 1** ศึกษาบริบทของชุมชน ทบทวน วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาขยะมูลฝอยในชุมชน (มกราคม 2568)

### 1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในบ้านหินตั้ง หมู่ที่ 7 ตำบลโนนฆ้อง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 141 ครัวเรือน

**กลุ่มตัวอย่าง** จำนวน 35 คน ประกอบด้วย 1) ผู้แทนครัวเรือน จำนวน 27 คน (คุ่มละ 3 คน จาก 9 คุ่ม) 2) ผู้มีส่วนได้เสีย จำนวน 7 คน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาเทศบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และแกนนำชุมชน และ 3) พนักงานเก็บขยะ จำนวน 1 คน

### 1.2 วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง: เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

#### เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในบ้านหินตั้งอย่างน้อย 1 ปี 3) เป็นผู้มิบทบาทในการจัดการขยะของครัวเรือน และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

#### เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1) ไม่สามารถสื่อสารหรือให้ข้อมูลได้ และ 2) ย้ายออกจากพื้นที่ระหว่างการวิจัย

### 1.3 เครื่องมือการวิจัย

1) แนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป สถานการณ์ขยะในชุมชน การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะ และความต้องการในการจัดการขยะ และ 2) แบบบันทึกปริมาณขยะแยกประเภท (ขยะอินทรีย์ ขยะรีไซเคิล ขยะอันตราย และขยะทั่วไป)

### 1.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รายงานปริมาณขยะ แผนจังหวัดสะอาด และแผนพัฒนาท้องถิ่น 2) สัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล ใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อคน จนข้อมูลอิ่มตัว (Data saturation) และ 3) เก็บข้อมูลปริมาณขยะด้วยการชั่งน้ำหนักสัปดาห์ละครั้ง เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

### 1.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยการจดหมวดหมู่และสร้างข้อสรุป

**ระยะที่ 2** การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน (กุมภาพันธ์-เมษายน 2568)

### 2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในบ้านหินตั้ง หมู่ที่ 7 ตำบลโนนฆ้อง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 141 ครัวเรือน

**กลุ่มตัวอย่าง** จำนวน 68 คน ประกอบด้วย 1) ผู้แทนครัวเรือน จำนวน 50 คน และ 2) ผู้มีส่วนได้เสีย จำนวน 18 คน ได้แก่ ผู้นำชุมชน ตัวแทนจากเทศบาลตำบลโนนฆ้อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และแกนนำด้านสิ่งแวดล้อม

## 2.2 วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง: เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

### เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในบ้านหินตั้งอย่างน้อย 1 ปี 3) สนใจเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาารูปแบบการจัดการขยะ และ 4) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย

### เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง และ 2) ย้ายออกจากพื้นที่ระหว่างการศึกษาวิจัย

## 2.3 เครื่องมือการวิจัย

1) แนวคำถามสนทนากลุ่ม (Focus group discussion guide) 2) แบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant observation form) และ 3) แบบถอดบทเรียน (Lesson learned form)

## 2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการตามกระบวนการ PAOR ดังนี้ 1) Plan (วางแผน) จัดประชุมคืนข้อมูลจากระยะที่ 1 วิเคราะห์ปัญหาหารือกับชุมชน สนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการขยะ และจัดทำแผนปฏิบัติการ 2) Act (ปฏิบัติ) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในพื้นที่ เป็นระยะเวลา 3 เดือน 3) Observe (สังเกต) ติดตามเยี่ยมเดือนละ 2 ครั้ง สังเกตแบบมีส่วนร่วม บันทึกกิจกรรมและปัญหาที่พบ และ 4) Reflect (สะท้อนผล) จัดประชุมถอดบทเรียน สรุปปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรค ปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะ

## 2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ: วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยการถอดความจากการสนทนากลุ่ม จัดหมวดหมู่ประเด็น และสังเคราะห์เป็นรูปแบบการจัดการขยะ

## ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอย (พฤษภาคม 2568)

### 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ประชาชนผู้แทนครัวเรือนที่อาศัยอยู่ในบ้านหินตั้ง หมู่ที่ 7 ตำบลโนนฆ้อง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 141 ครัวเรือน

**กลุ่มตัวอย่าง** แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้แทนครัวเรือน จำนวน 141 คน โดยศึกษาจากประชากรทั้งหมด (Census) ครัวเรือนละ 1 คน ได้แก่ หัวหน้าครัวเรือนหรือสมาชิกในครัวเรือนที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดการขยะ

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้มีส่วนได้เสีย จำนวน 8 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

### เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
2. มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในบ้านหินตั้งอย่างน้อย 1 ปี
3. เข้าร่วมกิจกรรมการจัดการขยะตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น
4. ยินยอมตอบแบบสอบถามโดยสมัครใจ

### เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการจัดการขยะในระยะที่ 2
2. ย้ายออกจากพื้นที่ระหว่างการศึกษาวิจัย

### 3. ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

#### 3.2 เครื่องมือการวิจัย

1. แบบบันทึกปริมาณขยะแยกประเภท
2. แบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะ ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการขยะที่พัฒนาขึ้น ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการจัดการขยะ 4 ด้าน และส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โดยส่วนที่ 2-4 ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ต่ำที่สุด (1) ถึงมากที่สุด (5) ส่วนที่ 5 เป็นคำถามปลายเปิด การแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์ของ Best (1986) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง ระดับสูง/ดีมาก ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง ระดับปานกลาง/ดี และค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง ระดับต่ำ/ควรปรับปรุง
3. แนวคำถามสนทนากลุ่มเพื่อประเมินผล

#### 3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เปรียบเทียบปริมาณขยะก่อนและหลังการใช้รูปแบบ
2. เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากผู้แทนครัวเรือน จำนวน 141 คน
3. จัดสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้เสีย จำนวน 8 คน

#### 3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบปริมาณขยะก่อนและหลังการใช้รูปแบบโดยวิเคราะห์ค่าร้อยละการเปลี่ยนแปลง
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดการวิจัย ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 สำหรับความเที่ยง (Reliability) ทดลองใช้แบบสอบถามกับประชาชนตำบลป่ามะนาว อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ที่มีบริบทใกล้เคียง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ด้านการมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ และ พฤติกรรมการจัดการขยะ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.75, 0.78 และ 0.82 ตามลำดับ สำหรับการทดสอบข้อคำถามเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความสอดคล้องครอบคลุมข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัยและกรอบแนวคิด

#### จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน SIDCER FERCAP งานวิจัยนี้ได้รับอนุมัติเอกสารรับรองเลขที่ HE671070 เมื่อวันที่ 23 ธันวาคม 2567

## ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยและความต้องการในการจัดการขยะจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 32 คน ประกอบด้วย ผู้แทนครัวเรือน 26 คน และผู้มีส่วนได้เสีย 6 คน ร่วมกับการสำรวจภาคสนาม สรุปผลได้ดังนี้

### 1. สภาพปัญหาในการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนบ้านหินตั้ง

ปริมาณและองค์ประกอบของขยะมูลฝอย จากการสำรวจการทิ้งขยะมูลฝอย พบว่าขยะมูลฝอยมีน้ำหนักเฉลี่ย 8.23 กิโลกรัมต่อถัง ประกอบด้วยขยะทั่วไป 3.66 กิโลกรัม (ร้อยละ 44.47) ขยะรีไซเคิล 3.57 กิโลกรัม (ร้อยละ 43.38) ขยะอินทรีย์ 0.88 กิโลกรัม (ร้อยละ 10.69) และขยะอันตราย 0.12 กิโลกรัม (ร้อยละ 1.46)

### 2. ปัญหา อุปสรรคและความต้องการในการจัดการขยะมูลฝอย

พบว่าปัญหาและอุปสรรคที่พบมากที่สุด คือ การขาดความรู้ความเข้าใจในการคัดแยกขยะ (ร้อยละ 93.75) รองลงมาคือ ไม่เคยมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล (ร้อยละ 84.38) และปริมาณขยะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 78.13) ส่วนความต้องการของชุมชน พบว่าต้องการถังขยะแยกประเภทและจุดคัดแยกขยะในครัวเรือนมากที่สุด (ร้อยละ 46.88) รองลงมาคือ การสร้างแรงจูงใจผ่านธนาคารขยะ (ร้อยละ 34.38) และการส่งเสริมความรู้และการฝึกอบรม (ร้อยละ 18.75) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัญหา อุปสรรคและความต้องการในการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนบ้านหินตั้ง (n=32)

ปัญหา อุปสรรคและความต้องการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ปัญหา อุปสรรค</b>		
ขาดความรู้ความเข้าใจในการคัดแยกขยะ	30	93.75
ไม่เคยมีส่วนร่วมในการติดตาม/ประเมินผล	27	84.38
ปริมาณขยะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง	25	78.13
ขาดความเข้าใจความหมายของขยะมูลฝอย	10	31.25
<b>ความต้องการ</b>		
ถังขยะแยกประเภท/จุดคัดแยกขยะในครัวเรือน	15	46.88
สร้างแรงจูงใจ/ธนาคารขยะ/รับซื้อขยะประจำ	11	34.38
ส่งเสริมความรู้และการฝึกอบรม	6	18.75

หมายเหตุ: ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

## ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหินตั้ง

### 1. กระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหินตั้ง

1.1 ขั้นการวางแผน (Plan) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์และทบทวนสถานการณ์ปัญหาขยะมูลฝอยในบ้านหินตั้ง จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อร่วมกันระบุปัญหา และจัดการสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้เสียจำนวน 18 คน เพื่อร่วมกันออกแบบกิจกรรมและจัดทำแผนปฏิบัติการ (ดังตารางที่ 2)

#### ตารางที่ 2 สรุปประเด็นปัญหาที่กำหนดไว้และกิจกรรมที่ออกแบบเพื่อแก้ไขปัญหา

ประเด็นปัญหาที่ระบุไว้	กิจกรรมที่ออกแบบไว้
การขาดความรู้ความเข้าใจในการจัดการขยะมูลฝอย	- อบรมเชิงปฏิบัติการและประชาสัมพันธ์ให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง
ไม่แยกขยะตั้งแต่ในครัวเรือน	- จัดทำถังขยะเปียกในครัวเรือน - จัดทำถุงมุ้งแยกขยะรีไซเคิล
ขาดการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนและความตระหนักในการจัดการขยะมูลฝอย	- จัดตั้งธนาคารขยะเพื่อฅาปนกิจสงเคราะห์

1.2 ขั้นปฏิบัติ (Action) เน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนตามแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้ 1) อบรมเชิงปฏิบัติการและประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอย 2) กิจกรรมการจัดทำถังขยะเปียกในครัวเรือน 3) กิจกรรมถุงมุ้งแยกขยะรีไซเคิลในครัวเรือน 4) กิจกรรมการจัดตั้งธนาคารขยะเพื่อฅาปนกิจสงเคราะห์

1.3 ขั้นการสังเกตการณ์ (Observe) ผู้วิจัยได้ลงพื้นที่เพื่อสังเกตการณ์และติดตามเยี่ยมการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการและความก้าวหน้า โดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมลงพื้นที่เดือนละ 2 ครั้ง ผู้วิจัยทำการสังเกตจากการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้นำหมู่บ้านและประชาชนในพื้นที่ ด้วยการใช้แบบบันทึกการสังเกต

1.4 ขั้นสะท้อนผล (Reflect) ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาโดยการถอดบทเรียนจากการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 4 กิจกรรม และสรุปปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรค

### 2. รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยที่พัฒนาขึ้น

การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหินตั้ง ที่สอดคล้องกับบริบท สภาพปัญหา และความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีชื่อว่า “รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมบ้านหินตั้ง” เป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นบนฐานของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมี “ธนาคารขยะเพื่อฅาปนกิจ” เป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักได้แก่ ส่งเสริมการคัดแยกขยะครัวเรือน เสริมสร้างความรู้และแรงจูงใจ และสร้างเครือข่ายความร่วมมือ โดยขับเคลื่อนด้วยกระบวนการ “วางแผน ปฏิบัติ สังเกต สะท้อนผล” อย่างต่อเนื่อง ตามวงจร P-A-O-R ของ Kemmis & McTaggart ดังภาพที่ 2

### รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมบ้านหินตั้ง



### ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอย

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 141 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 59.57) อายุเฉลี่ย 48.40 ปี (S.D.=8.88) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 58.16) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 76.60) รายได้ครัวเรือน 1,000-10,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 66.67)

#### 2. ผลการเปรียบเทียบปริมาณขยะก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ปริมาณขยะมูลฝอยทุกประเภทลดลงหลังการใช้รูปแบบ โดยขยะอันตรายลดลงมากที่สุด (ร้อยละ 100) รองลงมาคือขยะทั่วไป (ร้อยละ 76.36) ขยะรีไซเคิล (ร้อยละ 57.14-75.00) และขยะอินทรีย์ (ร้อยละ 30.00-56.52) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 3 )

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบปริมาณขยะมูลฝอยที่เก็บขนได้ต่อวันก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ประเภทขยะ	รายการ	ก่อน	หลัง	ผลต่าง	ร้อยละที่ลดลง
ขยะอินทรีย์	เศษผัก ผลไม้ ใบไม้ (กก.)	5.0	3.5	1.5	30.00
	เศษอาหาร (กก.)	2.3	1.0	1.3	56.52
ขยะรีไซเคิล	ขวดน้ำพลาสติกใส PET (กก.)	7.3	2.5	4.8	65.75
	ขวดพลาสติกอื่นๆ (กก.)	12.5	3.5	9.0	72.00
	กระป๋องอะลูมิเนียม (กก.)	2.0	0.5	1.5	75.00
	ขวดแก้ว (กก.)	1.5	0.5	1.0	66.67
	กล่องเครื่องดื่มยูเอชที (กก.)	3.5	1.5	2.0	57.14
ขยะอันตราย	หลอดไฟฟ้า (กก.)	0.5	0.0	0.5	100.00
	ถ่านไฟฉาย (กก.)	1.0	0.0	1.0	100.00
ขยะทั่วไป	กล่องโฟมใส่อาหาร (กล่อง)	55	13	42	76.36

หมายเหตุ: ร้อยละที่ลดลง = [(ก่อน - หลัง) / ก่อน] × 100

### 3. ผลการประเมินพฤติกรรม การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจหลังการใช้รูปแบบ

พบว่า หลังการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับดีถึงดีมาก (ร้อยละ 100) มีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยในระดับสูง (ร้อยละ 99.29) และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับสูง (ร้อยละ 97.16) (ดังตารางที่ 4)

**ตารางที่ 4** สรุปผลการประเมินพฤติกรรม การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจ หลังการใช้รูปแบบ (n=141)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
<b>พฤติกรรมจัดการขยะ</b>		
ดีมาก	85	60.28
ดี	56	39.72
<b>การมีส่วนร่วม</b>		
สูง	140	99.29
ปานกลาง	1	0.71
<b>ความพึงพอใจ</b>		
สูง	137	97.16
ปานกลาง	4	2.84

### 4. ผลการประเมินเชิงคุณภาพ

จากการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย จำนวน 8 คน พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ มีขั้นตอนไม่ซับซ้อน ประชาชนสามารถปฏิบัติได้เอง เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกทั้งด้านพฤติกรรมและทัศนคติ อย่างไรก็ตาม ยังมีอุปสรรคสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความเข้าใจและความร่วมมือของบางครัวเรือน 2) การจัดการขยะอันตรายและขยะติดเชื้อ และ 3) ขยะจากภายนอกชุมชน

#### การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนารูปแบบ และประเมินผลการจัดการขยะมูลฝอย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหินตั้ง ซึ่งสามารถอภิปรายผลตามประเด็นสำคัญได้ดังนี้

#### 1. สภาพปัญหาและความต้องการในการจัดการขยะมูลฝอย

ผลการศึกษาพบว่า ชุมชนบ้านหินตั้งประสบปัญหาหลัก 3 ประการ ได้แก่ การขาดความรู้ความเข้าใจในการคัดแยกขยะ (ร้อยละ 93.75) การไม่เคยมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล (ร้อยละ 84.38) และปริมาณขยะที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 78.13) ปัญหาดังกล่าวอาจอธิบายได้จากบริบทของชุมชนที่ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 76.60) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 58.16) และระบบการจัดการแบบเดิมที่พึ่งพาเทศบาลเป็นหลัก ทำให้ชุมชนขาดความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหา สอดคล้องกับแนวคิดการพึ่งพา (Frank, 1967) และงานวิจัยของ Janmaimool & Denpaiboon (2016) ที่พบว่าพฤติกรรมจัดการขยะขึ้นอยู่กับความรู้และความเชื่อมั่นในตนเอง

สำหรับความต้องการของชุมชน พบว่าต้องการถังขยะแยกประเภทมากที่สุด (ร้อยละ 46.88) รองลงมาคือ ธนาкарขยะ (ร้อยละ 34.38) และการส่งเสริมความรู้ (ร้อยละ 18.75) สะท้อนให้เห็นว่าชุมชน

ต้องการระบบที่เป็นรูปธรรมและสร้างประโยชน์ที่จับต้องได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Kollmuss & Agyeman (2002) ที่ระบุว่าแรงจูงใจทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมด้านสิ่งแวดล้อม

## 2. การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

### 2.1 ประสิทธิภาพของกระบวนการ PAR

การใช้กระบวนการ PAR ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (2005) แสดงให้เห็นถึง ประสิทธิภาพของการให้ชุมชนเป็นเจ้าของกระบวนการตั้งแต่เริ่มต้น การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการกับประชาชน 68 คน เพื่อร่วมกันระบุปัญหาและออกแบบกิจกรรม แสดงถึงการมีส่วนร่วมแบบ Interactive Participation ตามแนวคิดของ Pretty (1995) และช่วยให้ชุมชนมีความตระหนักรู้ในปัญหาของตนเอง สอดคล้องกับหลักการ Critical Consciousness ของ Freire (1970)

### 2.2 นวัตกรรมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีธนาคารขยะเพื่อฌาปนกิจสงเคราะห์เป็นศูนย์กลาง ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่ ผสมผสานแรงจูงใจทางเศรษฐกิจและแรงจูงใจทางสังคมเข้าด้วยกัน สอดคล้องกับทฤษฎี Behavioral Economics ของ Thaler & Sunstein (2008) การใช้วัสดุเหลือใช้ในท้องถิ่นสะท้อนหลักการ Appropriate Technology (Schumacher, 1973) และการเชื่อมโยงกับระบบฌาปนกิจสงเคราะห์เป็นการใช้ Social Capital ตามแนวคิดของ Coleman (1988) รูปแบบนี้มีการบูรณาการ 3 องค์ประกอบอย่างเป็นระบบตาม แนวคิด Systems Thinking ของ Senge (1990) สอดคล้องกับงานวิจัยของนิตยา มูลปิ่นใจ (2565) และเอนก ฝ้ายจำปา (2563)

### 2.3 ปัจจัยความสำเร็จ

ความสำเร็จของรูปแบบเกิดจากปัจจัยสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) การใช้กระบวนการมีส่วนร่วม อย่างแท้จริงในทุกขั้นตอน สอดคล้องกับหลักการ Ownership ของ Arnstein (1969) 2) การเชื่อมโยง กิจกรรมเข้ากับวัฒนธรรมชุมชน ตามแนวคิด Cultural Sensitivity และ 3) การใช้ทรัพยากรและภูมิปัญญา ท้องถิ่น ทำให้รูปแบบมีความยั่งยืน

### 2.4 การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง

เมื่อเปรียบเทียบรูปแบบเดิมและรูปแบบใหม่ พบการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างที่สำคัญ ได้แก่ การเปลี่ยนจากระบบรวมศูนย์สู่ระบบมีส่วนร่วม (Ostrom, 1990) การเปลี่ยนบทบาทชุมชนจากผู้รับบริการ เป็นผู้ขับเคลื่อนหลัก (Osborne, 2010) และการเปลี่ยนมุมมองจากขยะเป็นภาระสู่ขยะเป็นทรัพยากรตาม แนวคิด Circular Economy (Ellen MacArthur Foundation, 2013)

## 3. การประเมินผลการใช้รูปแบบ

ผลการประเมินพบว่าปริมาณขยะทุกประเภทลดลง โดยขยะอันตรายลดลงมากที่สุด (ร้อยละ 100) รองลงมาคือขยะทั่วไป (ร้อยละ 76.36) ขยะรีไซเคิล (ร้อยละ 57.14-75.00) และขยะอินทรีย์ (ร้อยละ 30.00-56.52) ผลลัพธ์นี้สูงกว่าโครงการธนาคารขยะทั่วไปที่ลดได้เพียงร้อยละ 20-30 เนื่องจากรูปแบบที่ พัฒนาขึ้นมีการบูรณาการหลายกิจกรรมเข้าด้วยกัน ทำให้เกิดการเสริมแรงซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับ Reinforcement Theory ของ Skinner (1953)

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดีถึงดีมาก (ร้อยละ 100) มีส่วนร่วมในระดับสูง (ร้อยละ 99.29) และมีความพึงพอใจในระดับสูง (ร้อยละ 97.16) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Singhirunnusorn et al. (2012) ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของ Cohen & Uphoff (1980) รวมถึงงานวิจัยของรุ่งทิพย์ นवलศรี (2567) และ ทับทิม แสงงาม (2562)

อย่างไรก็ตาม ยังมีอุปสรรคสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ ความร่วมมือของบางครัวเรือน การจัดการขยะอันตรายและขยะติดเชื้อ และขยะจากภายนอกชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Guerrero et al. (2013) ที่พบว่าการจัดการขยะในชุมชนมักประสบปัญหาจากปัจจัยภายนอกที่อยู่นอกเหนือการควบคุม

### การนำผลการวิจัยไปใช้

**1. การขยายผลสู่ชุมชนอื่น** ควรนำรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมบ้านหินตั้งไปประยุกต์ใช้ในชุมชนอื่น โดยปรับแต่งให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น เริ่มต้นจากชุมชนที่มีความพร้อมด้านผู้นำและความสามัคคี พร้อมทั้งสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างชุมชน ทั้งนี้ควรคงหลักการสำคัญ 3 ประการ คือ การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง การเชื่อมโยงกับวัฒนธรรมและค่านิยมของชุมชน และการใช้ทรัพยากรท้องถิ่น

**2. การพัฒนาระบบสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง** ควรบูรณาการนโยบายระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุข และหน่วยงานสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการจัดระบบรองรับขยะอันตรายและขยะติดเชื้อที่ชุมชนไม่สามารถจัดการได้เอง จัดสรรงบประมาณเริ่มแรกสำหรับอุปกรณ์พื้นฐานและพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการให้คำปรึกษา โดยมุ่งเน้นให้ภาครัฐเปลี่ยนบทบาทจากผู้ดำเนินการหลักเป็นผู้สนับสนุน

**3. การแก้ไขปัญหาขยะจากภายนอกชุมชน** ควรประสานความร่วมมือกับชุมชนข้างเคียงและหน่วยงานท้องถิ่นในการจัดการปัญหาขยะจากภายนอกชุมชน โดยอาจขยายเครือข่ายธนาคารขยะให้ครอบคลุมหลายหมู่บ้าน หรือจัดทำข้อตกลงร่วมกันในการจัดการขยะระดับตำบล

**4. การสร้างความยั่งยืนระยะยาว** ควรพัฒนาระบบการตลาดขยะรีไซเคิลให้มีความมั่นคง สร้างกลไกการเงินชุมชนที่เข้มแข็ง จัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน และพัฒนาเป็นต้นแบบสำหรับการจัดการขยะชุมชนอย่างยั่งยืน รวมถึงสร้างระบบการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อรักษาความต่อเนื่องของการดำเนินงาน

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนางานวิจัยเชิงประเมินผล เพื่อประเมินความสำเร็จ ความยั่งยืน และประสิทธิภาพของการดำเนินการจัดการขยะในระยะยาว รวมถึงควรศึกษาการพัฒนานวัตกรรมใหม่ๆ เช่น ระบบธนาคารขยะอัจฉริยะ, แอปพลิเคชันสำหรับการจัดการขยะในชุมชน หรือแนวทางการนำขยะอินทรีย์มาแปรรูปเป็นพลังงานชีวมวล เพื่อเพิ่มมูลค่าและลดภาระของระบบการกำจัดขยะ

### References

- กรมควบคุมมลพิษ. (2555). *คู่มือแนวทางการระงับเหตุไฟไหม้ในสถานที่กำจัดขยะมูลฝอย* (พิมพ์ครั้งที่ 1). บริษัทรุ่งเรืองสูง พรินติ้ง จำกัด.
- กรมควบคุมมลพิษ. (2566). *รายงานสถานการณ์สถานที่กำจัดขยะมูลฝอยของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566*. สืบค้นจาก <https://www.pcd.go.th/publication/31985/>
- กรมควบคุมโรค. (2566). *รายงานเฝ้าระวังโรคที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม ประจำปี 2566*. กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/รายงานประจำปี%202566%20กรมควบคุมโรค.pdf>

- ทับทิม แสงงาม. (2562). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยขององค์การบริหารส่วนตำบล หินเหล็กไฟ อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. *วารสารลวะศรี มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี*, 3(2), 1-12.
- นิตยา มูลปิ่นใจ. (2565). การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน: กรณีศึกษาเทศบาล ตำบลไหล่หิน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรธานี*, 10(1), 118-133.
- รุ่งทิพย์ นวลศรี. (2567). การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะต้นทางของชุมชนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนตำบล คีตก อำเภอดงทับฟ้า จังหวัดพังงา. *วารสารวิชาการสถาบันพัฒนาพระวิทยากร*, 7(1), 15-33.
- สำนักงานสิ่งแวดล้อมและควบคุมมลพิษที่ 10 (ขอนแก่น). (2568). รายงานสถานการณ์คุณภาพสิ่งแวดล้อม ประจำปี 2567. สืบค้นจาก <https://epo10.pcd.go.th/th/information/list/940>
- สุพาร์ตน์ ชูดอก, และเขมิกา สงวนพวง. (2564). การบริหารจัดการขยะโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ศึกษา กรณีองค์การบริหารส่วนตำบลโคงธนู อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี. *วารสารมนุษยศาสตร์และ สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 12(2), 28-48.
- สุภาวดี เสนาฤทธิ์. (2566). การจัดการขยะมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมของประชาชน: กรณีศึกษาชุมชนเขาตาดโล 2 ในเขตเทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา. สืบค้นจาก [https://digital\\_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/60920302.pdf](https://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/60920302.pdf)
- เอนก ฝ่ายจำปา. (2563). การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบล จอมศรี อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 6(2), 124-136.
- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216-224. <https://doi.org/10.1080/01944366908977225>
- Best, J. W. (1986). *Research in education* (5th ed.). Prentice-Hall.
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. *World Development*, 8(3), 213-235. [https://doi.org/10.1016/0305-750X\(80\)90011-X](https://doi.org/10.1016/0305-750X(80)90011-X)
- Coleman, J. S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*, 94, S95-S120. <https://doi.org/10.1086/228943>
- Ellen MacArthur Foundation. (2013). *Towards the circular economy: Economic and business rationale for an accelerated transition*. Author.
- Frank, A. G. (1967). *Capitalism and underdevelopment in Latin America: Historical studies of Chile and Brazil*. Monthly Review Press.
- Freire, P. (1970). *Pedagogy of the oppressed*. Herder and Herder.
- Guerrero, L. A., Maas, G., & Hogland, W. (2013). Solid waste management challenges for cities in developing countries. *Waste Management*, 33(1), 220-232. <https://doi.org/10.1016/j.wasman.2012.09.008>
- Janmaimool, P., & Denpaiboon, C. (2016). Evaluating determinants of rural villagers' engagement in conservation and waste management behaviors based on integrated

- conceptual framework of pro-environmental behavior. *Life Sciences, Society and Policy*, 12, 12. <https://doi.org/10.1186/s40504-016-0045-3>
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (2005). Participatory action research: Communicative action and the public sphere. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research* (3rd ed., pp. 559-603). Sage Publications.
- Kollmuss, A., & Agyeman, J. (2002). Mind the gap: Why do people act environmentally and what are the barriers to pro-environmental behavior? *Environmental Education Research*, 8(3), 239-260. <https://doi.org/10.1080/13504620220145401>
- Osborne, S. P. (2010). *The new public governance?: Emerging perspectives on the theory and practice of public governance*. Routledge.
- Ostrom, E. (1990). *Governing the commons: The evolution of institutions for collective action*. Cambridge University Press.
- Pretty, J. N. (1995). Participatory learning for sustainable agriculture. *World Development*, 23(8), 1247-1263. [https://doi.org/10.1016/0305-750X\(95\)00046-F](https://doi.org/10.1016/0305-750X(95)00046-F)
- Schumacher, E. F. (1973). *Small is beautiful: Economics as if people mattered*. Blond & Briggs.
- Senge, P. M. (1990). *The fifth discipline: The art and practice of the learning organization*. Doubleday.
- Singhirunnusorn, W., Donlakorn, K., & Kaewhanin, W. (2012). Contextual factors influencing household recycling behaviours: A case of waste bank project in Mahasarakham municipality. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 36, 688-697. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.03.075>
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Macmillan.
- Thaler, R. H., & Sunstein, C. R. (2008). *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness*. Yale University Press.
- UN Environment Programme. (2024). *World must move beyond waste era and turn rubbish into resource: UN report*. Retrieved from <https://www.unep.org/news-and-stories/press-release/world-must-move-beyond-waste-era-and-turn-rubbish-resource-un-report>.

ผลของโปรแกรมตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพ  
ช่องปากต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มวัยทำงาน อำเภอศรีสงคราม

จังหวัดนครพนม

Effect of a Self-Efficacy-Based Oral Health Literacy Program on Oral Health  
Care Behaviors among Working-Age Adults in Si Songkhram District Nakhon  
Phanom Province

นันทวรรณ จันทะเสน<sup>1</sup>, ศศิวรรณ ทศนเี่ยม<sup>2\*</sup>

Nantawan Chanthasen<sup>1</sup>, Sasiwan Tatsana-iam<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาสถาปัตยกรรมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

<sup>2</sup>สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

(Received: September 25, 2025; Revised: December 10, 2025; Accepted: December 21, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มวัยทำงาน อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนวัยทำงาน 98 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 49 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 49 คน คัดเลือกโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพช่องปากเป็นเวลา 4 สัปดาห์ เครื่องมือเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามและการตรวจดัชนีคราบจุลินทรีย์ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าความเที่ยงตรงอยู่ระหว่าง 0.67–1.00 และความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาร์คของแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก แบบประเมินความรอบรู้สุขภาพช่องปาก แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง ได้เท่ากับ 0.91, 0.89, และ 0.81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด การเปรียบเทียบข้อมูลภายในกลุ่มทดลองใช้สถิติ paired t-test และการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการทดลองใช้สถิติ independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง ความรอบรู้สุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์เฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง ความรอบรู้สุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีดัชนีคราบจุลินทรีย์ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้ส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพช่องปาก ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง และลดคราบจุลินทรีย์ในกลุ่มวัยทำงาน อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนมได้

**คำสำคัญ:** การรับรู้ความสามารถของตนเอง, ความรอบรู้สุขภาพช่องปาก, วัยทำงาน

\* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: Sasiwan Tatsana-iam, Email: sasiwan@snru.ac.th)

## ABSTRACT

This study employed a quasi-experimental two-group pretest–posttest design to examine the effects of a self-efficacy theory–based program combined with oral health literacy promotion on oral health care behaviors among working-age adults in Si Songkhram District, Nakhon Phanom Province. The sample consisted of 98 working-age adults selected through multistage random sampling and divided into an experimental group (n = 49) and a comparison group (n = 49). The experimental group participated in the program integrating self-efficacy theory with oral health literacy promotion for a duration of four weeks. Data were collected using structured questionnaires and a plaque index assessment. Content validity was established with coefficients ranging from 0.67 to 1.00. The reliability analysis showed Cronbach’s alpha coefficients of 0.91 for the self-efficacy in oral health care scale, 0.89 for the oral health literacy scale, and 0.81 for the self-care oral health behavior questionnaire, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, and maximum values. Paired t-tests were used for within-group comparisons, and independent t-tests were used for between-group comparisons after the intervention.

The results showed that, after the intervention, the experimental group had significantly higher scores for self-efficacy, oral health literacy, and self-care oral health behaviors, as well as a significantly lower mean plaque index compared with pre-intervention levels ( $p < 0.001$ ). Furthermore, post-intervention comparisons revealed that the experimental group demonstrated significantly higher self-efficacy, oral health literacy, and self-care oral health behavior scores, and a significantly lower plaque index than the comparison group ( $p < 0.001$ ). These findings indicate that the developed program effectively enhances oral health literacy, promotes self-care oral health behaviors, and reduces dental plaque among working-age adults in Si Songkhram District, Nakhon Phanom Province.

**Keywords:** self-efficacy, oral health literacy, working-age adults

## บทนำ

สุขภาพช่องปากเป็นองค์ประกอบสำคัญของสุขภาพโดยรวม เพราะเป็นจุดเริ่มต้นของระบบทางเดินอาหารและมีบทบาทในกระบวนการสื่อสาร องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2022) ให้นิยามสุขภาพช่องปากว่าเป็นสภาวะของสุขภาพในช่องปาก ฟัน และโครงสร้างที่เกี่ยวข้องบริเวณใบหน้า ซึ่งเอื้อต่อการปฏิบัติหน้าที่พื้นฐาน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหายใจ และการพูดอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังครอบคลุมมิติด้านจิตสังคม เช่น ความมั่นใจในตนเอง ความ เป็นอยู่ที่ดี และความสามารถในการเข้าถึงโดยปราศจากความเจ็บปวด ความไม่สบาย หรือความอับ

อายุ (Federation Dental International [FDI], 2020) สุขภาพช่องปากที่ดีช่วยให้บุคคลสามารถแสดงออกทางสีหน้าได้อย่างเป็นธรรมชาติ ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้โดยไม่กังวลต่อปัญหาสุขภาพ ซึ่งมีส่วนส่งเสริมความมั่นใจในตนเอง ความสามารถในการทำงาน และการเข้าสังคม อีกทั้งยังเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มคุณภาพชีวิตและสนับสนุนการพัฒนาอย่างยั่งยืน

ปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นประเด็นสำคัญระดับโลกที่ส่งผลทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม การดูแลสุขภาพช่องปากอย่างเหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อลดภาระโรคและการสูญเสียทรัพยากรทางเศรษฐกิจ (WHO, 2022) ในประเทศไทย รายงานสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 (พ.ศ. 2566) พบว่ากลุ่มวัยทำงานยังคงมีอัตราปัญหาสุขภาพช่องปากสูง โดยการสูญเสียฟันจากโรคฟันผุและเหงือกอักเสบเพิ่มจากร้อยละ 50.8 ในปี 2555 เป็นร้อยละ 83.9 ในปี 2566 และภาวะเหงือกอักเสบเพิ่มจากร้อยละ 39.3 ในปี 2555 เป็นร้อยละ 81.0 ในปี 2566 สาเหตุสำคัญได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลสูง การสูบบุหรี่ ความเครียดจากการทำงาน การดูแลช่องปากที่ไม่ถูกวิธี การขาดความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และการเข้าถึงบริการทันตกรรมที่ไม่เพียงพอ (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2566)

การดำเนินมาตรการเสริมสร้างและป้องกันสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่อง โดยมีการจัดทำแนวทางและคู่มือสำหรับกลุ่มประชากรต่าง ๆ เช่น คู่มือสร้างเสริมสุขภาพช่องปากสำหรับวัยทำงานในสถานประกอบการและแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยทั้งคู่มือและแนวทาง มุ่งเน้นให้ประชาชนในกลุ่มวัยทำงานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากได้ด้วยตนเองและต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยที่ทำให้ประชาชนดูแลสุขภาพช่องปากได้ด้วยตนเองได้นั้น คือ ความรอบรู้สุขภาพ มีเป้าหมายให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก มีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ อยู่ในสิ่งแวดล้อมและสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนากรอบกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ โดยแบ่งมิติความรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 6 มิติ ได้แก่ เข้าถึง เข้าใจ โต้ตอบ ชักถาม ตัดสินใจ เปลี่ยนพฤติกรรม และบอกต่อ เชื่อมโยงกับ 4 ระบบที่มีผลต่อสุขภาพ ได้แก่ การจัดการสุขภาพ การคัดกรองและเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ (รายงานโครงการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย, 2561) ดังนั้นการส่งเสริมให้ประชาชนวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น เพื่อให้ประชาชนวัยทำงาน มีทักษะและความรอบรู้ในการดูแลช่องปากได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นและลดความเสี่ยงในการเกิดโรคทางทันตกรรมในอนาคต

นอกจากความรู้แล้ว การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) เป็นอีกปัจจัยสำคัญ Bandura (1977) อธิบายว่าการรับรู้ความสามารถของบุคคลเป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม แม้บุคคลจะมีทักษะหรือศักยภาพเท่ากัน แต่ระดับการรับรู้ความสามารถที่แตกต่างย่อมส่งผลต่อการปฏิบัติ การเสริมสร้าง self-efficacy ผ่านการให้ความรู้และการฝึกฝนสามารถปรับปรุงพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและลดความเสี่ยงโรคในช่องปากได้ (ศิริภา คงศรี และ สดใส ศรีสอาด, 2563)

บริบทของอำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม พบว่าประชาชนวัยทำงานยังมีปัญหาสุขภาพช่องปากในระดับสูง โดยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่เหมาะสม เช่น การแปรงฟันไม่ถูกวิธี การไม่ใช้ไหมขัดฟันอย่างสม่ำเสมอ และการเข้ารับบริการทันตกรรมเฉพาะเมื่อมีอาการรุนแรง ปัจจัยสำคัญได้แก่ ข้อจำกัดด้านเวลา ภาระงาน และการขาดความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ส่งผลให้เกิดปัญหาฟันผุ

เหงื่ออึกเสบ และการสูญเสียฟันในวัยทำงาน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมทั้ง การรับรู้ความสามารถของตนเองและความรอบรู้สุขภาพช่องปาก เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแล สุขภาพช่องปากให้เหมาะสมและยั่งยืนในบริบทพื้นที่วิจัย

จากสถานการณ์ข้างต้นจะเห็นได้ว่า ประชาชนวัยทำงานประสบปัญหาสุขภาพช่องปากใน ระดับสูง ได้เห็นผลกระทบและความสำคัญในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก และปัจจัยที่จะทำให้กลุ่มวัย ทำงานดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองได้นั้น จำเป็นต้องสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพราะการ เสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในตนเองช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ที่นำไปสู่การพัฒนาทักษะในการจัดการ ตนเอง และส่งเสริมการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างเหมาะสมและถูกต้อง (ศิริภา คงศรี และ สดใส ศรีสอาด, 2563) และจะต้องส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพช่องปาก มีองค์ประกอบคือ การเข้าถึง ข้อมูล การทำความเข้าใจ โต้ตอบ ซักถาม การเปลี่ยนพฤติกรรมและปฏิบัติ (สำนักทันตสาธารณสุข กรม ออนามัย, 2561) ซึ่งหากนำแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองมาใช้ ในวัยทำงานที่มีความสามารถในการ เรียนรู้ด้วยตนเอง จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากให้มีพฤติกรรมที่ เหมาะสม การปฏิบัติอย่างต่อเนื่องยังสามารถส่งเสริมให้บุคคลถ่ายทอดความรู้และพฤติกรรมที่ถูกต้องไป ยังครอบครัวหรือคนใกล้ชิดได้อีกด้วย ดังนั้นการวิจัยนี้จึงได้ทำการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถ ของตนเองร่วมกับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากด้วย ตนเองของประชาชนวัยทำงาน

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับการส่งเสริมความ รอบรู้สุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มวัยทำงาน

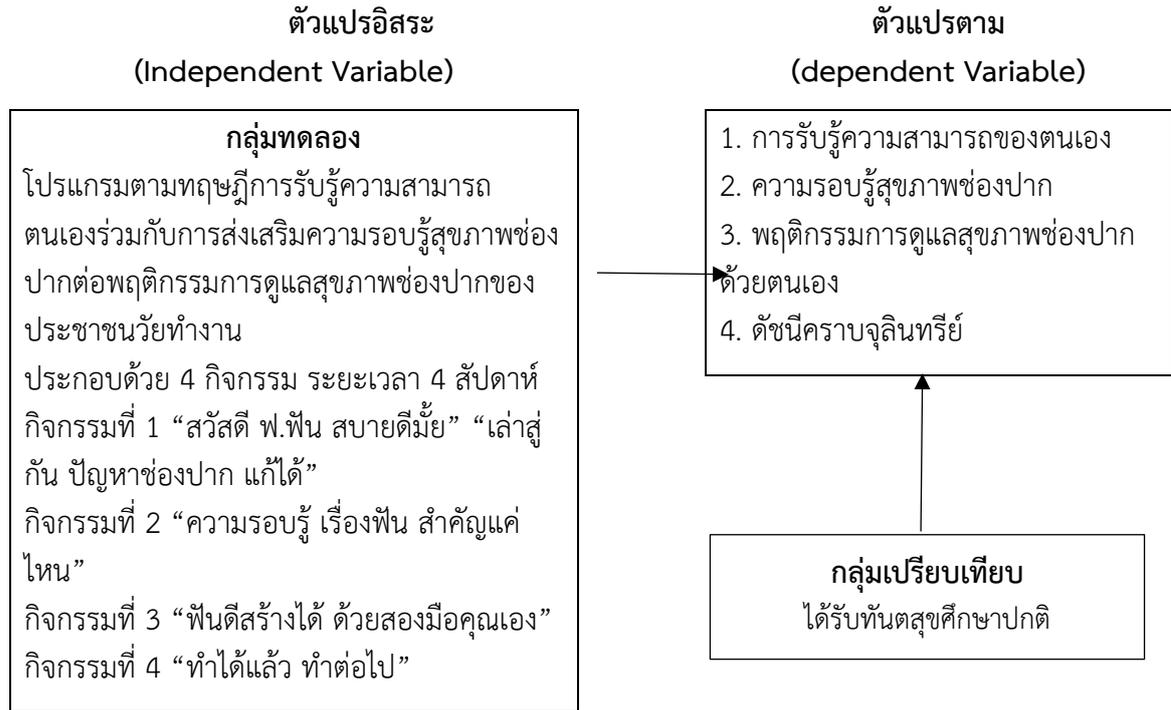
### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง คะแนนความรอบรู้สุขภาพช่องปาก พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก และค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรม
2. เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง คะแนนความรอบรู้สุขภาพช่องปาก พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก และค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ หลังใช้โปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม

## สมมติฐานของการวิจัย

1. หลังใช้โปรแกรมคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง คะแนนความรอบรู้สุขภาพช่องปาก พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น และค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ลดลง
2. หลังใช้โปรแกรมคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง คะแนนความรอบรู้สุขภาพช่องปาก พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก และค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ ของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

**กรอบแนวคิดของการวิจัย**



**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) ตามแนวคิดของ Bandura (1977) ซึ่งอธิบายว่าการรับรู้ความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพ บุคคลที่มีระดับการรับรู้ความสามารถตนเองสูงจะมีความเชื่อมั่นในการจัดการตนเอง สามารถเผชิญอุปสรรค และคงพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ดีกว่า นอกจากนี้การวิจัยยังบูรณาการแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก (Oral Health Literacy) ซึ่งครอบคลุมความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลด้านสุขภาพช่องปากไปใช้ในการตัดสินใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างเหมาะสม (Nutbeam, 2000; กรมอนามัย, 2561) การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากจะช่วยเสริมสร้างทักษะ ความรู้ และความเข้าใจที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง (ดังภาพที่ 1)

**วิธีการศึกษา**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (Two-group pretest-posttest design) ประกอบด้วยกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดำเนินการในอำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ประชาชนวัยทำงานอายุระหว่าง 25-59 ปี อ้างอิงช่วงอายุวัยทำงานตามแนวทางการจัดบริการสุขภาพช่องปากสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2567 ที่อาศัยอยู่ในอำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม จำนวน 37,617 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนวัยทำงาน กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Polit, D. F., & Beck, C. T., 2004)

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

ได้กลุ่มตัวอย่างรวม 98 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 49 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 49 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยใช้เกณฑ์ในการเลือกพื้นที่ ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคฟันผุ จากข้อมูลสถิติสาธารณสุข พบว่ามี 2 ตำบล คือ ตำบลบ้านเช่า และตำบลสามผง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม มีอัตราการเกิดโรคฟันผุสูงที่สุดในพื้นที่จังหวัดนครพนม และสุ่มเลือกโดยวิธีการจับฉลาก จากนั้นจับฉลากครั้งที่ 1 ให้เป็นกลุ่มทดลอง จับฉลากครั้งที่ 2 ให้เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีคุณสมบัติส่วนบุคคลและลักษณะด้านสุขภาพช่องที่คล้ายคลึงกัน โดยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ (Inclusion Criteria) จากทะเบียนราษฎร์ของหมู่บ้านที่คัดเลือกไว้ จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชนวัยทำงาน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองตามแนวคิดของ Bandura (1977) ร่วมกับการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพช่องปากโดยใช้แนวคิดของ กรมอนามัย (2560) กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งมีการจัดกิจกรรมที่ออกแบบมาเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนวัยทำงาน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากได้ด้วยตนเอง โปรแกรมนี้มีระยะเวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่ออกแบบตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับทันตสุขภาพตามโปรแกรมปกติของสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ประกอบด้วยการบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคในช่องปากและสาธิตการแปรงฟันโดยบุคลากรทางทันตสาธารณสุข จำนวน 1 ครั้ง โดยใช้สื่อแผ่นพับและโมเดลฟัน และไม่ได้รับการกระตุ้นเตือนหรือการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพผ่านกระบวนการที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในกลุ่มทดลอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนนี้จะรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทางประชากรศาสตร์และสุขภาพช่องปาก โดยข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิสวัสดิการรักษายาบาล โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปัญหาสุขภาพช่องปากที่เคยมีประสบการณ์ การเข้ารับบริการทันตกรรมใน 1 ปีที่ผ่านมา มีฟันปลอมในช่องปากหรือไม่ คำถามส่วนนี้ไม่มีการคิดคะแนน จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 10 ข้อ มี 5 ตัวเลือก ให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความเชื่อมั่นในการปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพช่องปาก ความสามารถในการจัดการปัญหาในช่องปากด้วยตัวเอง การสังเกตและรับรู้การเปลี่ยนแปลงของสุขภาพช่องปาก การปฏิบัติตนตามคำแนะนำของทันตแพทย์ การควบคุมอาหาร การใช้ผลิตภัณฑ์ส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง โดยกำหนดเกณฑ์ การให้คะแนน ไม่มั่นใจเลย = 1 ไม่ค่อยมั่นใจ = 2 มั่นใจปานกลาง = 3 มั่นใจ = 4 และ มั่นใจมากที่สุด = 5 โดยกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Best (1981) (ช่วงคะแนน 10–50 คะแนน) ดังนี้

คะแนน 10.00–23.33 หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองระดับต่ำ

คะแนน 23.34–36.63 หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองระดับปานกลาง

คะแนน 36.64–50.00 หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองระดับสูง

ส่วนที่ 3 การประเมินความรอบรู้สุขภาพช่องปากสำหรับประชาชนวัยทำงาน ด้วยข้อคำถาม จำนวน 24 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหา การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพช่องปาก การตัดสินใจใช้ข้อมูลด้านสุขภาพช่องปาก การใช้ข้อมูลด้านสุขภาพช่องปาก และทักษะด้านการทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพช่องปาก กำหนดเกณฑ์ระดับความรอบรู้สุขภาพช่องปากเป็น 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์ประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Best (1981) (ช่วงคะแนน 10–69 คะแนน) ดังนี้

คะแนน 15 – 32 หมายถึง ความรอบรู้สุขภาพช่องปากระดับต่ำ

คะแนน 33 – 50 หมายถึง ความรอบรู้สุขภาพช่องปากระดับปานกลาง

คะแนน 51 – 69 หมายถึง ความรอบรู้สุขภาพช่องปากระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 12 ข้อ กำหนดเกณฑ์ระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเป็น 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์ประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Best (1981) (ช่วงคะแนน 0–36 คะแนน) ดังนี้

คะแนน 0 – 12 หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติระดับปรับปรุง

คะแนน 13 – 24 หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติระดับพอใช้

คะแนน 25 – 36 หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติระดับดี

ส่วนที่ 5 การประเมินคราบจุลินทรีย์ด้วยดัชนี DI-S (Debris Index - Simplified) เป็นการประเมินคราบจุลินทรีย์หรือเศษอาหารที่ติดอยู่บนผิวฟันของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยใช้ ดัชนี DI-S (Debris Index - Simplified) ซึ่งเป็นดัชนีที่พัฒนาโดย Greene & Vermillion (1964) เพื่อใช้วัดปริมาณคราบจุลินทรีย์ที่สะสมบนผิวฟัน การให้คะแนนจะดำเนินการเฉพาะบนพื้นผิวเฉพาะด้านของฟัน ได้แก่ ผิวด้านติดกระพุ้งแก้ม (buccal) หรือด้านลิ้น (lingual) โดยได้กำหนดซี่ฟันที่ใช้ประเมินคราบจุลินทรีย์ ดังนี้ ฟันหน้าบนขาซี่ที่1 (11La) ฟันกรามใหญ่บนขวาซี่ที่1 (16B) ฟันกรามใหญ่บนซ้ายซี่ที่1 (26B) ฟันกรามใหญ่ล่างซ้ายซี่ที่1 (36B) ฟันหน้าล่างขวา (31La) และฟันกรามใหญ่ล่างขวาซี่ที่1 (46B)

โดยใช้สูตรการคำนวณ ดังนี้

$$DI-S = \frac{\text{ผลรวมของคะแนนคราบที่ติดสี้อมบนผิวฟัน}}{\text{ด้านที่ตรวจจำนวนของฟันที่ตรวจ}}$$

เกณฑ์การให้คะแนนและแปลผล

คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีคราบติดสีบนผิวฟัน

คะแนน 1 หมายถึง มีคราบติดสีบนผิวฟัน ปกคลุมไม่เกิน 1 ใน 3 ของผิวฟันนับจากขอบเหงือก

คะแนน 2 หมายถึง มีคราบติดสีบนผิวฟัน ปกคลุมมากกว่า 1 ใน 3 แต่ไม่เกิน 2 ใน 3 ของผิวฟัน  
นับจากขอบเหงือก

คะแนน 3 หมายถึง มีคราบติดสีบนผิวฟัน ปกคลุมมากกว่า 2 ใน 3 ของผิวฟันนับจากขอบ  
เหงือก

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหา (Item objective congruence index: IOC) ซึ่งได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 แสดงว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับเนื้อหาเป็นข้อคำถามที่มีความเหมาะสม

การตรวจสอบความเที่ยงหรือความเชื่อถือได้ของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นและได้รับการตรวจสอบด้านความตรงซึ่งได้รับการแก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาร์ค (Cronbach's alpha coefficient) แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก แบบประเมินความรอบรู้สุขภาพช่องปาก แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง ได้เท่ากับ 0.91, 0.89, และ 0.81 ตามลำดับ

### การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

#### 1. ขั้นตอนการทดลอง

1.1 ติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชี้แจง วัตถุประสงค์ ระยะเวลาของการทำวิจัย

1.2 ประชุมชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนการทดลองและเก็บข้อมูลต่าง ๆ แก่กลุ่มตัวอย่าง ประชาชนวัยทำงาน พร้อมลงชื่อในแบบแสดงความยินยอมให้ทำการวิจัยจากอาสาสมัคร

#### 2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 กลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับบริการดูแลสุขภาพช่องปากจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามปกติ และตอบแบบสอบถาม (Post-test) หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4

2.2 กลุ่มทดลอง โปรแกรมตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชนวัยทำงาน ประกอบด้วย 4 กิจกรรม เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

2.2.1 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง โดยการตอบแบบสอบถาม และผู้วิจัยอธิบายชุดแบบสอบถามเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pre-test)

2.2.2 ผู้วิจัยดำเนินการทดลองด้วยโปรแกรมตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชนวัยทำงาน ระยะเวลา 4 สัปดาห์ กิจกรรม 4 ครั้ง ดังนี้

**กิจกรรมครั้งที่ 1** กิจกรรม“สวัสดี ฟ.ฟัน สบายดีมัย” แก่ได้” ระยะเวลา 5 ชั่วโมง วัตถุประสงค์ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานก่อนเริ่มโปรแกรมและสร้างบรรยากาศที่เปิดกว้างและให้ความร่วมมือแก่ผู้เข้าร่วม กิจกรรมในสัปดาห์แรกนี้จะเน้นการสร้างความรู้และแรงจูงใจเบื้องต้นให้กับผู้เข้าร่วมก่อนที่จะเข้าสู่ขั้นตอนการเรียนรู้และการปฏิบัติในสัปดาห์ถัดไป ให้ผู้เข้าร่วมจับคู่ "บัดดี้ (Buddy)" เพื่อดูแลกันตลอดโปรแกรม สถานที่ ห้องประชุมและห้องทันตกรรม รพ.สต.บ้านชำ ดำเนินการโดยให้ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรม (Pre-test) และตรวจสุขภาพช่องปากเบื้องต้นโดยผู้วิจัย

**กิจกรรมครั้งที่ 2** “ความรอบรู้ เรื่องฟัน สำคัญแค่ไหน” (สัปดาห์ที่ 2) ระยะเวลา 3 ชั่วโมง วัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากให้แก่ผู้เข้าร่วม ทั้งในด้านการเข้าถึงข้อมูล การทำความเข้าใจ การวิเคราะห์ และการตัดสินใจเลือกวิธีดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม มีกิจกรรมดังนี้ สอนวิธีเลือกซื้อแปรงและยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ โดยการอ่านฉลาก สาธิตการแปรงฟันที่ถูกวิธี (Modified Bass Technique) ด้วยโมเดลฟัน ทดลองใช้สีย้อมคราบจุลินทรีย์เพื่อให้เห็นคราบแบคทีเรียในปากตนเอง จำลองสถานการณ์ เช่น เมื่อปวดฟันควรทำอย่างไร หรือการเลือกทานอาหารที่ไม่ฟันผุ ให้ผู้เข้าร่วมแปรงฟันหน้ากระจกโดยมีผู้วิจัยคอยให้คำแนะนำรายบุคคล กิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 นี้จะเน้นการลงมือปฏิบัติจริงและการฝึกทักษะการตัดสินใจ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมมีความรอบรู้และสามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้ด้วยตนเอง สถานที่ห้องประชุมและห้องทันตกรรมรพ.สต.บ้านชำ

**กิจกรรมครั้งที่ 3** “ฟันดีสร้างได้ ด้วยสองมือคุณเอง ฟันดีสร้างได้ ด้วยสองมือคุณเอง” ระยะเวลา 1 สัปดาห์ วันละ 1 ชั่วโมง กิจกรรมนี้จะให้ทำที่บ้านของผู้เข้าร่วม วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมลงมือปฏิบัติและบันทึกพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอ กิจกรรมสัปดาห์ที่ 3 นี้ เน้นการยกย่องชมเชยและมอบรางวัล เช่น ยาสีฟันหรือแปรงสีฟัน หากพบว่ามีปฏิบัติที่ดี หากยังปฏิบัติไม่ได้ ผู้วิจัยและคู่บัดดี้จะให้คำแนะนำและฝึกปฏิบัติร่วมกันต่อเนื่องอีก 1 สัปดาห์

**กิจกรรมครั้งที่ 4** “ทำได้แล้ว ทำต่อไป” ระยะเวลา 3 ชั่วโมง วัตถุประสงค์ เพื่อสรุปผลลัพธ์ของโปรแกรม สร้างแรงบันดาลใจอย่างยั่งยืน และประเมินผลหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 4 เน้นกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมสะท้อนความรู้สึกและประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยใช้สถานที่ ห้องประชุม รพ.สต.บ้านชำ

### 3. ชั้นหลังการทดลอง

- 3.1 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถามและตรวจคราบจุลินทรีย์ (Post-test) ดำเนินการโดยผู้วิจัย
- 3.2 ผู้วิจัยนำข้อมูลไปทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และจัดทำรายงานวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรอบรู้สุขภาพช่องปาก พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองและดัชนีคราบจุลินทรีย์ของประชาชนวัยทำงาน ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

กำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 ทดสอบ Shapiro-Wilk การแจกแจงของข้อมูล พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ จึงใช้การทดสอบ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ 0.05

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง คะแนนการรับรู้ ความสามารถของตนเอง ความรอบรู้สุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง และดัชนีคราบจุลินทรีย์ของประชาชนวัยทำงาน ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 ทดสอบ Shapiro-Wilk การแจกแจงของข้อมูล พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ จึงใช้การทดสอบ

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร เลขที่ 033/2568 ลงวันที่ 23 เดือน เมษายน พ.ศ. 2568 โดยดำเนินการตามหลักจริยธรรมอย่างเคร่งครัด ผู้วิจัยเคารพการตัดสินใจของผู้เข้าร่วม โดยให้ข้อมูลอย่างครบถ้วน โปร่งใส และปราศจากอคติ ข้อมูลที่เก็บรวบรวมถูกเก็บเป็นความลับ ไม่สามารถระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมได้ และจะถูกทำลายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

### ผลการวิจัย

**ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง** พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี 98 รายแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 49 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ 49 ราย ไม่มีกลุ่มตัวอย่างถูกคัดออกจากการวิจัย กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 87.46 และ 79.59 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุระหว่าง 45-59 ปี ร้อยละ 67.35 และ 69.39 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 51.01 และ 40.81 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 79.60 และ 83.67 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 53.06 และ 46. ด้านข้อมูลสุขภาพ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง 30 บาท) ร้อยละ 85.71 และ 81.63 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 67.35 และ 73.47 สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 97.96 และ 93.88 และกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นครั้งคราว ร้อยละ 58.14 และ 63.27 ประวัติด้านสุขภาพช่องปาก พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เคยมีปัญหาในช่องปาก โดยปัญหาที่พบบ่อยที่สุดคือโรคฟันผุ ร้อยละ 63.27 และ 53.06 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใน 1 ปีที่ผ่านมาได้เข้ารับบริการทันตกรรม ร้อยละ 59.28 และ โดยบริการที่เข้ารับมากที่สุดคือ การอุดฟัน ร้อยละ 40.82 และ 36.73 และกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่มีฟันปลอมในช่องปาก

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรอบรู้สุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองและดัชนีคราบจุลินทรีย์ ของกลุ่มวัยทำงาน กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n=49)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	t	p-value (1-tailed)
การรับรู้ความสามารถของตนเอง					
ก่อนการทดลอง	31.06	4.63	ปานกลาง	-16.65	<0.001*
หลังการทดลอง	45.00	4.10	สูง		
ความรอบรู้สุขภาพช่องปาก					
ก่อนการทดลอง	50.00	6.59	ปานกลาง	-9.91	<0.001*
หลังการทดลอง	63.61	6.50	สูง		
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง					
ก่อนการทดลอง	23.10	2.64	พอใช้	-16.77	<0.001*
หลังการทดลอง	32.69	2.94	ดี		
ปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์					
ก่อนการทดลอง	1.91	0.36	ปรับปรุง	21.81	<0.001*
หลังการทดลอง	0.49	0.24	ดี		

\*ค่านัยสำคัญทางสถิติ 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ( $t=16.65$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) ความรอบรู้สุขภาพช่องปาก ( $t=9.91$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง ( $t=16.77$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์เฉลี่ยมีค่าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=21.81$ ,  $p<0.001$ )

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรอบรู้สุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองและดัชนีคราบจุลินทรีย์ของกลุ่มวัยทำงานหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง (n=49) และกลุ่มเปรียบเทียบ (n=49)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	t	p-value (1-tailed)
<b>การรับรู้ความสามารถของตนเอง</b>					
กลุ่มทดลอง	45.00	4.10	สูง	21.58	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	29.33	3.01	ปานกลาง		
<b>ความรอบรู้สุขภาพช่องปาก</b>					
กลุ่มทดลอง	63.61	6.51	สูง	16.24	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	46.10	3.83	ปานกลาง		
<b>พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง</b>					
กลุ่มทดลอง	32.69	2.94	ดี	21.21	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	21.69	2.13	ปรับปรุง		
<b>ดัชนีคราบจุลินทรีย์</b>					
กลุ่มทดลอง	0.49	0.24	ดี	-19.06	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.93	0.48	ปรับปรุง		

\*ค่านัยสำคัญทางสถิติ 0.05

จากตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (t=21.08 , p-value <0.001) ความรอบรู้สุขภาพช่องปาก (t = 16.24, p-value < 0.001) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง (t=21.21 , p-value < 0.001) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และดัชนีคราบจุลินทรีย์ (t=19.06, p-value < 0.001) ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

### การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพช่องปาก กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ความรอบรู้สุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากสูงขึ้น รวมทั้งมีค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบทั้งก่อน-หลังภายในกลุ่มทดลองและระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ สะท้อนให้เห็นว่า การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง (self-efficacy) ช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นและทักษะในการจัดการตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Bandura, 1977) การจัดกิจกรรมที่ให้ผู้เข้าร่วมได้ฝึกปฏิบัติจริง และการสังเกตแบบอย่าง ช่วยยกระดับความเชื่อมั่นจนเกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐดนัย วรศรีธีรวิทย์ และคณะ (2565) และ รุ่งเพ็ชร บุญทศ และคณะ (2563) ที่พบว่าการเสริมสร้าง self-efficacy ช่วยเพิ่มพฤติกรรมป้องกันโรคปริทันต์และการดูแลสุขภาพช่องปากได้จริง

ด้านความรู้สุขภาพช่องปาก (oral health literacy) พบว่า ภายหลังจากทดลอง ค่าเฉลี่ย ความรอบรู้สุขภาพช่องปากของกลุ่มวัยทำงาน มีค่าเฉลี่ยและคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่า กลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งสะท้อนว่าคะแนนที่เพิ่มขึ้นแสดงถึงการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลด้าน สุขภาพช่องปากได้ดีขึ้น ความสำเร็จนี้เกิดจากการปรับเปลี่ยนรูปแบบจากการสอนปกติ (Passive Learning) มาเป็นการสร้าง ประสบการณ์แห่งความสำเร็จ ผ่านการฝึกปฏิบัติจริงในสถานการณ์จำลองที่ สอดคล้องกับวิถีชีวิตวัยทำงาน โดยมีผู้วิจัยให้ ข้อมูลป้อนกลับทันที เพื่อแก้ไขทักษะให้ถูกต้อง กระบวนการนี้ช่วยเปลี่ยนความรู้เชิงทฤษฎีให้เป็นทักษะการตัดสินใจและความเชื่อมั่นในการจัดการตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษาสอดคล้องกับ ทรงวิทย์ จโรภาสรัตน์ (2562) และ อรรณพร ผาเจริญ (2565) ที่ ยืนยันว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม เช่น การ แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง และการใช้ไหมขัดฟันได้อย่างสม่ำเสมอ

ด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ภายหลังจากทดลอง ค่าเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มวัยทำงาน มีค่าเฉลี่ยและคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบ โดยพบว่ากลุ่มวัยทำงานมีการใช้ไหมขัดฟันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมอย่างเป็นรูปธรรมนี้ มีสาเหตุสำคัญจากการออกแบบกิจกรรมที่เน้น "การสร้างประสบการณ์ตรง เชิงประจักษ์" ผู้วิจัยได้นำกระบวนการย้อมสีคราบจุลินทรีย์มาใช้เพื่อให้ผู้เข้าร่วมมองเห็นปัญหาในช่องปาก ของตนเองได้ชัดเจนด้วยตาเปล่า ซึ่งเป็นการกระตุ้น แรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) และสร้างความตระหนักถึงความจำเป็นในการใช้ไหมขัดฟันในบริเวณที่การแปรงฟันปกติเข้าไม่ถึง

นอกจากนี้ การลดลงของดัชนีคราบจุลินทรีย์ ยังสะท้อนถึง คุณภาพของการปฏิบัติที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการได้รับ ข้อมูลป้อนกลับทันที ในขณะที่ฝึกปฏิบัติทักษะ ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปรับปรุง วิธีการทำความสะอาดซอกฟันได้ถูกต้องแม่นยำยิ่งขึ้น การที่ค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ลดลงสู่ระดับที่ดีขึ้น อย่างต่อเนื่องพิสูจน์ว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองและความรอบรู้สุขภาพที่เพียงพอ จะ ส่งผลให้เกิดการตัดสินใจเปลี่ยนพฤติกรรมที่นำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพ ที่ดีขึ้นอย่างแท้จริง ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับ กิตติยา ศรีมาฤทธิ์ (2564) ที่พบว่าโปรแกรมที่เน้นการสาธิตและกิจกรรมกลุ่มช่วยเพิ่ม ทักษะและพฤติกรรมได้จริง และสนับสนุนผลการศึกษาของ อติศักดิ์ หีบแก้ว และคณะ (2565), เปรมฤดี ศรีสังข์ และคณะ (2564), นวลนิตย์ บุตรดีสุวรรณ (2566) และ รพีภรณ์ พิพัฒน์ศาสตร์ และคณะ (2563) ที่สรุปตรงกันว่าโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมที่มีกระบวนการฝึกทักษะอย่างเป็นระบบสามารถลดปริมาณ คราบจุลินทรีย์ได้อย่างมีนัยสำคัญ

ดังนั้นจากการศึกษา พบว่า การประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับการส่งเสริม ความรอบรู้สุขภาพช่องปากเป็นแนวทางที่มีประสิทธิผลในการพัฒนาความเชื่อมั่น ทักษะ และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก ตลอดจนลดคราบจุลินทรีย์ในกลุ่มวัยทำงานได้อย่างเป็นรูปธรรม

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยยืนยันว่าโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับการ ส่งเสริมความรู้สุขภาพช่องปากช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชนวัย ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรนำโปรแกรมนี้ไปขยายผลผ่าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ กองทุนสุขภาพท้องถิ่น โดยมุ่งเน้นไปที่กลุ่มวัยทำงานใน สถานประกอบการ โรงงานอุตสาหกรรม หรือกลุ่ม

วิสาหกิจชุมชน โดยจัดโปรแกรมในรูปแบบ "สัญจร" เข้าไปสู่พื้นที่ทำงานจริง เพื่อลดอุปสรรคเรื่องการเดินทางและเวลาปฏิบัติงานของกลุ่มวัยทำงาน ปรับเปลี่ยนสื่อการสอนให้มีความทันสมัย เช่น การใช้คลิปวิดีโอสั้น หรืออินโฟกราฟิกผ่านกลุ่มไลน์ ของหน่วยงาน เพื่อให้สอดคล้องกับพฤติกรรมการรับข้อมูลของวัยทำงานในปัจจุบัน

2. กระบวนการจัดการเรียนรู้ของโปรแกรมที่เน้นให้ประชาชนวัยทำงานมีส่วนร่วม ลงมือปฏิบัติ และโต้ตอบกับเพื่อนร่วมกลุ่มและผู้สอน ช่วยให้เกิดการเรียนรู้เชิงปฏิบัติและพัฒนาทักษะได้จริง ควรนำรูปแบบกิจกรรมลักษณะนี้ไปปรับใช้กับการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโครงการอื่น ๆ ของชุมชนหรือสถานประกอบการ

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ที่มีบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน เช่น พื้นที่เขตเมืองหรือสังคมกึ่งเมือง เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมกับกลุ่มวัยทำงานที่มีข้อจำกัดด้านเวลาและความเร่งรีบในการใช้ชีวิตที่สูงกว่าพื้นที่ชนบท

2. ควรนำแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเองและความรอบรู้สุขภาพไปทดสอบกับกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีความซับซ้อนของปัญหา เช่นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อดูว่าโปรแกรมสามารถช่วยยกระดับพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ที่มีภาวะทางสุขภาพสูงได้เพียงใด กลุ่มวัยทำงานที่มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพช่องปาก

3. ควรมีการติดตามผลหลังการทดลองในระยะเวลาที่นานขึ้น เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินความคงทนของพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงของสภาวะสุขภาพช่องปากที่นอกเหนือจากการวัดเพียงดัชนีคราบจุลินทรีย์ เช่น อัตราการเกิดฟันผุใหม่ หรือระดับความรุนแรงของโรคเหงือกอักเสบ

### References

- กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *คู่มือแนวทางการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับคนวัยทำงานในที่ทำงาน*. นนทบุรี: กรมอนามัย.
- กองสุศึกษา. (2561). *โครงการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย*. นนทบุรี: กรมอนามัย.
- กองส่งเสริมความรู้และการสื่อสารสุขภาพ. (2564). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กิตติยา ศรีมาฤทธิ, อลิษา มุลวงศ์, ธิตานันท์ ดาลาด, เพ็ญศิริ นาโสภ, แก้วใจ มาลีลัย, ภคิน ไชยช่วย, และพรพรรณ มั่นตะสูตร. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมทันตสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา*, 4(2), 45–59.
- ทรงวิทย์ จโรภาสรัตน์. (2562). การพัฒนาแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากสำหรับผู้มารับบริการทันตกรรมวัยผู้ใหญ่ในบริบทของสังคมไทย. *วารสารทันตสาธารณสุขแห่งชาติ*, 24(1), 1–16.
- ดวงพร กตัญญูตานนท์, ณัฐพร วิภาตกุล, และณภััสสร อริยวัฒน์. (2563). พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุและความสัมพันธ์กับแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 34(3), 85–99.

- ณัฐดนัย วรศรีหิรัญ, สุพัฒนา คำสอน, และวุฒิชัย จริยา. (2565). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคปริทันต์ของผู้ป่วยเบาหวานในเขตอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 31(2), 45–56.
- นवलนิตย์ บุตรดีสุวรรณ. (2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 40(1), 20–32.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2565). *รายงานสถานการณ์ประชากรไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- ปางพุดพิงษ์ เหมมณี, ทศพร ชูศักดิ์, และรัฐพล ศิลประศรี. (2566). ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของนักศึกษาในระดับปริญญาตรีในเครือข่ายมหาวิทยาลัยราชภัฏ. *วารสารทันตภิบาล*, 27(2), 33–44.
- เปรมฤดี ศรีสังข์, เพชรลดา ปรกาศเพชร, แพรพรรณ สิมมานี, และนุชชวรา ดอนเกิด. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบึงคล้า อำเภอบึงคล้า จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารทันตภิบาล*, 25(1), 55–68.
- พลอยกาญจนา สร้อยสน, เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์, ยุวดี รอดจากภัย, และเสาวนีย์ ทองนพคุณ. (2566). ผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 18(2), 55–68.
- ศิริภา คงศรี, และสดี ไส ศรีสอาด. (2563). การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข*, 12(3), 45–56.
- ศุภศิลป์ ดิรัक्षा, วิภาดา จิตรปรีดา, สุพัตรา บุญเยี่ยม, และอนวัช ภูทองนาค. (2564). ผลของโปรแกรมความรู้ด้านทันตสุขภาพขั้นพื้นฐานต่อสุขภาพช่องปากของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 16(4), 1–12.
- สุปรีชา โกษาภิรักษ์, และจุฬารัตน์ โสตะ. (2560). ผลของโปรแกรมทันตสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคปริทันต์ของอาสาสมัครสาธารณสุขในอำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย. *วารสารทันตภิบาล*, 28(2), 1–12.
- โรงพยาบาลศรีสงคราม. (2567). *สรุปผลการดำเนินงานทันตสาธารณสุขกลุ่มวัยทำงาน อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม*. นครพนม: โรงพยาบาลศรีสงคราม.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). *รายงานการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *คู่มือสร้างเสริมสุขภาพช่องปากสำหรับวัยทำงานในสถานประกอบการ*. นนทบุรี: กรมอนามัย.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *รายงานผลการสำรวจภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9*. นนทบุรี: กรมอนามัย.
- อดิศักดิ์ ทิบบแก้ว, นาฏนภา ทิบบแก้ว, และปัดชา สุวรรณ. (2565). ผลของโปรแกรมความรู้ด้านทันตสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 17(1), 121–135.

- อรณพร ผาเจริญ. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสูงวัย (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2554). *ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44(9), 1175–1184. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.9.1175>
- FDI World Dental Federation. (2020). *Global oral health strategy*. Retrieved from <https://www.fdiworlddental.org>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- World Health Organization. (2022). *Oral health*. Retrieved from <https://www.who.int>

ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากในนักศึกษาทันตสาธารณสุข  
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี  
HEALTH LITERACY ABOUT E-CIGARETTES RELATED TO ORAL HEALTH IN DENTAL  
PUBLIC HEALTH STUDENTS AT SIRINDHORN COLLEGE OF PUBLIC HEALTH  
SUPHANBURI

ภัททิยาภรณ์ กาดิวงค์ , ณฤทัย จันทะรังษี , สุภัชชา ล้าเลิศวาที\*, โชตินุช วงษ์พรไพโรจน์ , กิตติศักดิ์ หลวงพันทา  
Patthiyaphon Kadeewong, Naruthai Jantarangsi, Supatcha Lamlertwathee,  
Chotinut Wongpornpirot, Kittisak Luangpantao  
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี  
Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi  
(Received: August 18, 2025, Revised: November 15, 2025, Accepted: December 25, 2025)

### บทคัดย่อ

วิจัยนี้เป็นวิจัยแบบสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ 6 องค์ประกอบ เรื่องผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้าที่มีต่อสุขภาพช่องปากในนักศึกษาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มประชากร คือ นักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ปีการศึกษา 2567 สาขาวิชาทันตสาธารณสุข เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ (Google Form) วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

พบว่า กลุ่มประชากรจำนวน 173 คน โดยเก็บจากประชากรทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 20.2 ปี ผลวิจัยมีคะแนน ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 83.8) ด้านการเข้าถึงสุขภาพและบริการสุขภาพในการรับข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 53.8) ด้านทักษะการสื่อสารเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.6) ด้านทักษะการจัดการตนเองจากบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 85.5) ด้านทักษะการตัดสินใจเลือกใช้บุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 76.9) และด้านการรู้เท่าทันสื่อบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 76.9) ในภาพรวมมีความรู้ด้านสุขภาพเรื่องผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้าที่มีต่อสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 63.0)

จากผลการวิจัย นักศึกษาทันตสาธารณสุขควรได้รับการส่งเสริมให้มีความรู้ด้านสุขภาพเรื่องผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้าที่มีต่อสุขภาพช่องปากครบทั้ง 6 องค์ประกอบ เพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากและสนับสนุนให้บรรจุเนื้อหาความรู้ด้านสุขภาพเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าที่มีต่อสุขภาพช่องปากในการเรียนการสอน

**คำสำคัญ:** ความรู้ด้านสุขภาพ, บุหรี่ไฟฟ้า, สุขภาพช่องปาก

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: Supatcha Lamlertwathee, E-mail: supatchadent@gmail.com)

## Abstract

This survey research was conducted to examine six components of health literacy regarding the effects of e-cigarettes on oral health among dental public health students at Sirindhorn College of Public Health, Suphan Buri Province. The study population consisted of students in the Dental Public Health Program during the 2024 academic year. Data were collected via an online questionnaire (Google Forms) and analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The results revealed that among the 173 participants, the average age was 20.2 years. Health literacy scores were found to be high in several categories: knowledge and understanding of e-cigarettes (83.8%), access to health information and services (53.8%), self-management skills related to e-cigarette use (85.5%), decision-making skills (76.9%), and media literacy (76.9%). However, communication skills were at a moderate level (48.6%). Overall health literacy was rated at a high level (63.0%).

Based on these findings, it is recommended that dental public health students be encouraged to develop all six components of health literacy to further promote oral health. Furthermore, the curriculum should incorporate health literacy content specifically addressing e-cigarettes and their impact on oral health.

**Keywords:** health literacy, electronic cigarettes, oral health

## บทนำ

ปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นปัญหาสำคัญที่ไม่ควรมองข้าม เนื่องจากการละเลยการดูแลสุขภาพช่องปากอาจทำให้เกิดโรคฟันผุ โรคเหงือกอักเสบ และโรคปริทันต์ ซึ่งบางรายอาจสูญเสียฟันก่อนวัยอันควร ปัญหาสุขภาพช่องปากเหล่านี้สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกช่วงวัย โดยเฉพาะในวัยรุ่นที่มักมีพฤติกรรมการกินอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ นอกจากนี้ยังพบปัญหาเรื่องการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพช่องปาก อาจนำไปสู่การสูญเสียฟัน รวมถึงเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งช่องปาก จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 9 พบว่าในกลุ่มวัยรุ่นหรือกลุ่มอายุ 15 ปี ร้อยละ 6.1 สูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน โดยสูบบุหรี่ 4.4 มวน/วัน และสูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 7.2

บุหรี่เป็นปัญหาสุขภาพและสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้สูบและผู้ที่ได้รับควันบุหรี่ โดยองค์การอนามัยโลกระบุว่า ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดจากการสูบบุหรี่ทั่วโลกถึง 3 ล้านคน และอีก 890,000 คนเสียชีวิตจากควันบุหรี่มือสอง ในประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากโรคเหล่านี้ถึง 314,340 ราย ในปี 2552 โดยโรคหลัก ได้แก่ โรคหัวใจ, มะเร็ง, เบาหวาน, และโรคปอดเรื้อรัง ซึ่งการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่เกี่ยวข้อง (โอภาส การย์กวินพงศ์, 2564) ผลการสำรวจพบ กลุ่มวัยรุ่นที่เริ่มสูบบุหรี่เป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิง และการเริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุน้อยเสี่ยงสะสมสารพิษในร่างกายมากมาย รวมถึงสารก่อมะเร็งกว่า 70

ชนิด (จดหมายข่าวชุมชนคนรักสุขภาพ ฉบับสร้างสุข ปีที่ 19 ฉบับที่ 259 สสส., 2566) แนวโน้มการสูบบุหรี่ของคนไทยในช่วงปี 2554 - 2568 ของกลุ่มวัยรุ่นลดลงน้อยกว่าเป้าหมายที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติตั้งไว้ที่ร้อยละ 30 ภายในปี 2568 (ศรัณญา เบญจกุล, 2557) ขณะเดียวกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้ากลับเพิ่มขึ้นในกลุ่มวัยรุ่น ทำให้ผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าสูงขึ้นแทนการสูบบุหรี่มวน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564)

บุหรี่ไฟฟ้ากำลังได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นในประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน จากข้อมูลปี 2564 พบว่า มีผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าจำนวน 78,742 คน ซึ่งอยู่ในกลุ่มอายุ 15-24 ปี การใช้บุหรี่ไฟฟ้าส่งผลเสียต่อร่างกาย เช่น โรคทางเดินหายใจ หัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท และโรคอื่นๆ นอกจากนี้บุหรี่ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพช่องปาก เนื่องจากนิโคตินที่เข้มข้นกว่าบุหรี่ทั่วไป ซึ่งสามารถทำลายสุขภาพช่องปากและทำให้เกิดมะเร็งในช่องปากได้ นอกจากนี้บุหรี่ยังไม่ได้รับการอนุมัติจาก FDA เพราะมีผลกระทบต่อสุขภาพช่องปาก (กรมควบคุมโรค, 2566; สมาน พุทธระกูล, 2566; R. Holliday, B.W. Chaffee, 2021).

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะที่สำคัญในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองรวมถึงการตัดสินใจและเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง การขาดความรู้ด้านสุขภาพจะลดความสามารถในการดูแลสุขภาพและอาจส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพช่องปาก ซึ่งเป็นปัญหาที่ส่งผลทั้งในระยะสั้นและระยะยาวทำให้เกิดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สูงขึ้นและผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจของประเทศ (กองสุขศึกษา, 2565).

ความรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ไฟฟ้า ตามแนวคิดของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 6 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า หมายถึง การมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า เช่น ส่วนประกอบ ผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากและร่างกาย รวมถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
2. การเข้าถึงสุขภาพและบริการสุขภาพในการรับข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า หมายถึง ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่ง จนได้ข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าที่น่าเชื่อถือ
3. ทักษะการสื่อสารเรื่องบุหรี่ไฟฟ้า หมายถึง ความสามารถในการพูด อ่าน เขียน สื่อสาร และโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า
4. ทักษะการจัดการตนเองจากบุหรี่ไฟฟ้า หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนพร้อมทั้งทบทวนวิธีการปฏิบัติ เพื่อปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ห่างจากบุหรี่ไฟฟ้า
5. ทักษะการตัดสินใจเลือกใช้บุหรี่ไฟฟ้า หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยง หรือเลือกวิธีปฏิบัติ โดยวิเคราะห์ผลดีผลเสียเพื่อปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงการใช้บุหรี่ไฟฟ้า
6. ทักษะการรู้เท่าทันสื่อบุหรี่ไฟฟ้า หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของบุหรี่ไฟฟ้าที่นำเสนอ เลือกรับข้อมูลบุหรี่ไฟฟ้าเพื่อเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพตนเองและผู้อื่น รวมทั้งประเมินข้อความเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าเพื่อชี้แนะแนวทางแก้สังคม

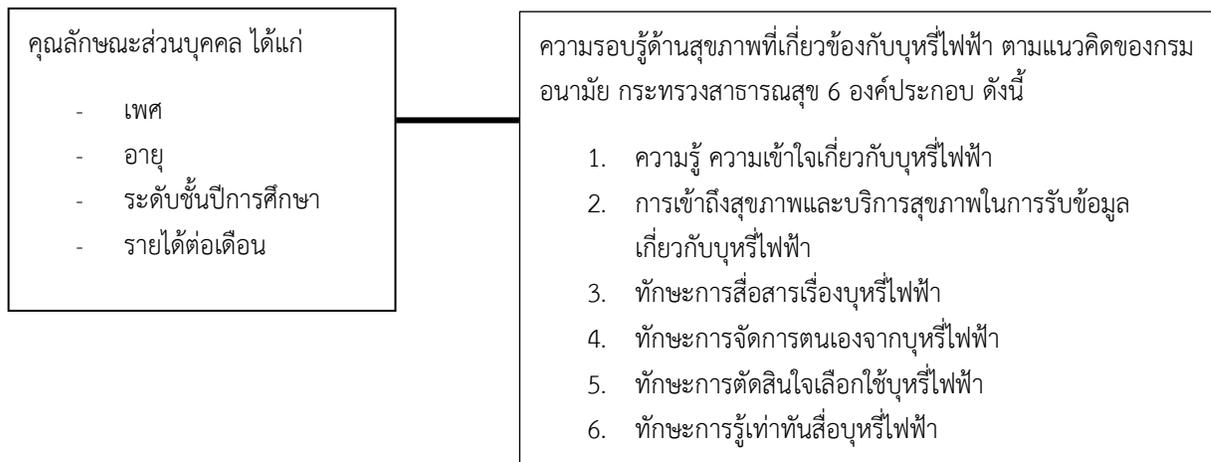
ผู้วิจัยศึกษาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้าต่อสุขภาพช่องปากในนักศึกษาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เนื่องจากบุหรี่ไฟฟ้ากำลังได้รับความนิยมในกลุ่มวัยรุ่น และยังไม่มีการสอนเรื่องบุหรี่ไฟฟ้ากับผลเสียต่อสุขภาพร่างกายและช่องปาก การศึกษาครั้งนี้จะสามารถนำมาปรับใช้ในการสอน เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาทันตสาธารณสุขมีความรู้ในเรื่องสุขภาพช่องปาก

และสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้าต่อสุขภาพช่องปากแก่ประชาชน และผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้ารายใหม่ได้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพเรื่องผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้าที่มีต่อสุขภาพช่องปากในนักศึกษาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

### กรอบแนวคิดการวิจัย



### ภาพแสดง กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสำรวจ (Survey Research) สุพรรณบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพเรื่องผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้าที่มีต่อสุขภาพช่องปากในนักศึกษาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ระยะเวลาการเก็บข้อมูลระหว่าง 20 กันยายน 2567 ถึง 30 กันยายน 2567 โดยแบบสอบถาม google form โดยให้ตอบแบบสอบถามผ่านลิงค์ มีการตั้งการให้สามารถตอบได้ เพียง 1 ครั้งต่อ 1 email

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ปีการศึกษา 2567 หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ 1 - 4 จำนวน 192 คน โดยเก็บทั้งประชากร

### เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. นักศึกษาที่อยู่ในทะเบียนวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ปีการศึกษา 2567
2. เป็นผู้ยินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. นักศึกษาที่ย้ายออก ลาออก ในช่วงกำลังศึกษา
2. นักศึกษาที่ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้เนื่องจาก ป่วย หรือสาเหตุอื่นๆ
3. นักศึกษาที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบตามจำนวนข้อที่กำหนด

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ แบบสอบถามผ่านช่องทาง Google Form ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นปีการศึกษา และรายได้ต่อเดือน

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องบุหรี่ไฟฟ้า ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า การเข้าถึงสุขภาพและบริการสุขภาพในการรับข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ทักษะการสื่อสารเรื่องบุหรี่ไฟฟ้า ทักษะการจัดการตนเองจากบุหรี่ไฟฟ้า ทักษะการตัดสินใจเลือกใช้บุหรี่ไฟฟ้า และทักษะการรู้เท่าทันสื่อบุหรี่ไฟฟ้า รวม 35 ข้อ ประกอบด้วย

1) ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า มีทั้งข้อความเชิงบวกและข้อความเชิงลบ จำนวน 10 ข้อ รวม 10 คะแนน ซึ่งมีลักษณะคำตอบให้ตอบใช่/ไม่ใช่ แบ่งระดับคะแนน รวมออกเป็น 3 ระดับ มาก ปานกลาง น้อย โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1971)

2) การเข้าถึงสุขภาพและบริการสุขภาพในการรับข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 5 ข้อ รวม 25 คะแนน ซึ่งมีลักษณะคำตอบเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

3) ทักษะการสื่อสารเรื่องบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 5 ข้อ รวม 25 คะแนน ซึ่งมีลักษณะคำตอบเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

4) ทักษะการจัดการตนเองจากบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 5 ข้อ รวม 25 คะแนน ซึ่งมีลักษณะคำตอบเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

5) ทักษะการตัดสินใจเลือกใช้บุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 5 ข้อ รวม 25 คะแนน ซึ่งมีลักษณะคำตอบเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน นำผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง ระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหา หรือ วัตถุประสงค์ (IOC : Index of Item Objective Congruence) ของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อ ข้อความแต่ละข้อ เกณฑ์การตัดสินดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหา หรือจุดประสงค์ (IOC) มี ดังนี้ ถ้า IOC มากกว่า 0.50 แสดงว่าข้อคำถามนั้นเหมาะสม ถ้า IOC น้อยกว่า หรือเท่ากับ 0.50 แสดงว่าข้อ คำถามนั้นไม่เหมาะสม ซึ่งค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหา หรือจุดประสงค์ ของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อความแต่ละข้อได้คะแนนระหว่าง 0.67 – 1.00

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขข้อความให้ถูกต้อง และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องในเนื้อหา นำแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุง แล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มนักศึกษาจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก หลักสูตร สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.82

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คณะผู้วิจัยจัดทำเอกสารขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ณ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อรักษาสีห์ด้านจริยธรรมของอาสาสมัครวิจัย
2. คณะผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตและทำหนังสือถึงผู้อำนวยการและคณะอาจารย์ฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลและรายละเอียดต่าง ๆ รวมถึงสิทธิในการปฏิเสธและถอนตัวออกจากการร่วมการวิจัย
3. ขอความร่วมมืออาจารย์ที่เกี่ยวข้องและกลุ่มนักศึกษา ซึ่งผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเป็น แบบ Google form โดยมีการกตการยินยอมใช้ข้อมูลเพื่อวิจัยก่อนทำ แบบสอบถาม แบบสอบถามเก็บใน นักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ปีการศึกษา 2567 หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร บัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ 1 - 4 จำนวน 192 คน ตามจำนวนที่กำหนดไว้
4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามจำนวนที่กำหนดไว้และนำมาตรวจสอบเพื่อข้อมูลที่ ครบถ้วน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ค่าสถิติของตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล ใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) นำเสนอเป็นร้อยละ (Percentage)
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) นำเสนอเป็นร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

### จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เอกสารรับรองเลขที่ PHCSP 2567 - 050 เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิด้านจริยธรรมของผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัย โดยผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยจะได้รับการแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลและประโยชน์ของการทำวิจัย โดยการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มประชากรและคำตอบข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมในระหว่างการวิจัย หากผู้เข้าร่วมวิจัยต้องการหยุดการเข้าร่วมการวิจัย สามารถยกเลิกได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และให้ตอบแบบสอบถามอย่างเป็นส่วนตัว โดยไม่มีการลงชื่อ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาความลับและป้องกันสิทธิของกลุ่มประชากร

### ผลการวิจัย

จากการเก็บข้อมูลออนไลน์ผ่าน google form มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 173 คน จาก 192 คน

#### ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นปีการศึกษา และรายได้ต่อเดือน ตามลำดับ ปรากฏผลตามรายละเอียดดังนี้

#### ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของเพศ อายุ ระดับชั้นปีการศึกษา และรายได้ต่อเดือน

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน) (N=173)	ร้อยละ
<b>1.1 เพศ</b>		
ชาย	22	12.7
หญิง	151	87.3
<b>1.2 อายุ</b>		
อายุ 18 – 20 ปี	114	65.9
อายุ 21 – 23 ปี	55	31.8
อายุ 24 – 26 ปี	2	1.2
อายุ 27 – 29 ปี	1	0.6
อายุ 30 ปีขึ้นไป	1	0.6
$\bar{X} = 20.2$		
<b>1.3 ระดับชั้นปีการศึกษา</b>		
ชั้นปีที่ 1	57	32.9
ชั้นปีที่ 2	39	22.5
ชั้นปีที่ 3	44	25.4
ชั้นปีที่ 4	33	19.1

**ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของเพศ อายุ ระดับชั้นปีการศึกษา และรายได้ต่อเดือน (ต่อ)**

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน) (N=173)	ร้อยละ
<b>1.4 รายได้ต่อเดือน</b>		
น้อยกว่า 3,000 บาท	26	15.0
3,001 – 7,000 บาท	124	71.7
7,001 – 11,000 บาท	17	9.8
มากกว่า 11,001 บาท	6	3.5
$\bar{X} = 5438.15$		

จากตารางที่ 1 พบว่า มีกลุ่มประชากร จำนวน 173 คน เป็นเพศหญิง 151 คน คิดเป็นร้อยละ 87.3 และเพศชาย 22 คน คิดเป็นร้อยละ 12.7

อายุของกลุ่มประชากร ส่วนใหญ่ อายุ 18 – 20 ปี จำนวน 114 คน รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 21 – 23 ปี จำนวน 55 คน ตามด้วยช่วงอายุ 24 – 26 ปี จำนวน 2 คน ช่วงอายุ 27 – 29 ปี จำนวน 1 คน และอายุ 30 ปีขึ้นไป จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 65.9, 31.8, 1.2, 0.6 และ 0.6 ตามลำดับ

ระดับชั้นปีการศึกษาของกลุ่มประชากร ส่วนใหญ่อยู่ในชั้นปีที่ 1 จำนวน 57 คน รองลงมาอยู่ในชั้นปีที่ 3 จำนวน 44 ตามด้วยชั้นปีที่ 2 จำนวน 39 คน และชั้นปีที่ 4 จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 32.9, 25.4, 22.5 และ 19.1 ตามลำดับ

รายได้ต่อเดือนของกลุ่มประชากร ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 3,001 – 7,000 บาท จำนวน 124 คน รองลงมาอยู่ในช่วงน้อยกว่า 3,000 บาท จำนวน 26 คน ตามด้วยช่วง 7,001 – 11,000 บาท จำนวน 17 คน และมากกว่า 11,001 บาท จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 71.7, 15.0, 9.8 และ 3.5 ตามลำดับ

**ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องบุหรี่ไฟฟ้า**

ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าทั้ง 6 ด้าน ปรากฏผลตามรายละเอียดดังนี้

**1. ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า**
**ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า**

ระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า	จำนวน (คน) (N=173)	ร้อยละ
ระดับมาก (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	145	83.8
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79)	10	5.8
ระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60)	18	10.4
รวม	173	100.0

$\bar{X} = 8.7$  เต็ม 10, S.D. = 1.6, Max = 10, Min = 5

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มประชากรมีระดับความรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 145 คน รองลงมาอยู่ในระดับน้อย จำนวน 18 คน และอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 83.8, 10.4 และ 5.8 ตามลำดับ

## 2. การเข้าถึงสุขภาพและบริการสุขภาพในการรับข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับการเข้าถึงสุขภาพและบริการสุขภาพในการรับข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า

ระดับการเข้าถึงสุขภาพและบริการสุขภาพในการรับข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า	จำนวน (คน) (N=173)	ร้อยละ
ระดับมาก (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	93	53.8
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79)	74	42.8
ระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60)	6	3.5
รวม	173	100.0

$\bar{X}$  = 19.8 เต็ม 25, S.D. = 3.1, Max = 25, Min = 13

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มประชากรมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงสุขภาพและบริการสุขภาพในการรับข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 93 คน รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 74 คน และน้อยที่สุดอยู่ในระดับน้อย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 53.8, 42.8 และ 3.5 ตามลำดับ

## 3. ทักษะการสื่อสารเรื่องบุหรี่ไฟฟ้า

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับทักษะการสื่อสารเรื่องบุหรี่ไฟฟ้า

ระดับทักษะการสื่อสารเรื่องบุหรี่ไฟฟ้า	จำนวน (คน) (N=173)	ร้อยละ
ระดับมาก (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	55	31.8
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79)	84	48.6
ระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60)	34	19.7
รวม	173	100

$\bar{X}$  = 17.3 เต็ม 25, S.D. = 3.8, Max = 25, Min = 5

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มประชากรมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการสื่อสารเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 84 คน รองลงมาอยู่ในระดับมาก จำนวน 55 คนและน้อยที่สุดอยู่ในระดับน้อย จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 48.6, 31.8 และ 19.7 ตามลำดับ

#### 4. ทักษะการจัดการตนเองจากบุหรี่ไฟฟ้า

##### ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับทักษะการจัดการตนเองจากบุหรี่ไฟฟ้า

ระดับทักษะการจัดการตนเองจากบุหรี่ไฟฟ้า	จำนวน (คน) (N=173)	ร้อยละ
ระดับมาก (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	148	85.5
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79)	24	13.9
ระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60)	1	0.6
รวม	173	100.0

$\bar{X}$  = 22.3 เต็ม 25, S.D. = 3.0, Max = 25, Min = 11

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มประชากรมีระดับความรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการจัดการตนเองจากบุหรี่ไฟฟ้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 148 คน รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 24 คน และน้อยที่สุดอยู่ในระดับน้อย จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 85.5, 13.9 และ 0.6 ตามลำดับ

#### 5. ทักษะการตัดสินใจเลือกใช้บุหรี่ไฟฟ้า

##### ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับทักษะการตัดสินใจเลือกใช้บุหรี่ไฟฟ้า

ระดับทักษะการตัดสินใจเลือกใช้บุหรี่ไฟฟ้า	จำนวน (คน) (N=173)	ร้อยละ
ระดับมาก (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	133	76.9
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79)	37	21.4
ระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60)	3	1.7
รวม	173	100.0

$\bar{X}$  = 21.4 เต็ม 25, S.D. = 3.0, Max = 25, Min = 10

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มประชากรมีระดับความรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการตัดสินใจเลือกใช้บุหรี่ไฟฟ้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 133 คน รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 37 และน้อยที่สุดในระดับน้อย จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 76.9, 21.4 และ 1.7 ตามลำดับ

#### 6. ทักษะการรู้เท่าทันสื่อบุหรี่ไฟฟ้า

##### ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับทักษะการรู้เท่าทันสื่อบุหรี่ไฟฟ้า

ระดับทักษะการรู้เท่าทันสื่อบุหรี่ไฟฟ้า	จำนวน (คน) (N=173)	ร้อยละ
ระดับมาก (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	133	76.9
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79)	40	23.1
ระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60)	0	0.0
รวม	173	100.0

$\bar{X}$  = 21.4 เต็ม 25, S.D. = 3.0, Max = 25, Min = 15

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มประชากรมีระดับทักษะการรู้เท่าทันสื่อหรือไฟฟ้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 133 คน รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 40 คน และน้อยที่สุดอยู่ในระดับน้อย จำนวน 0 คน คิดเป็นร้อยละ 76.9, 23.1 และ 0.0 ตามลำดับ

**ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับคะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้าที่มีต่อสุขภาพช่องปาก**

ระดับคะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องผลกระทบของ ที่มีต่อสุขภาพช่องปาก	บุหรี่ไฟฟ้า	จำนวน (คน) (N=173)	ร้อยละ
ระดับมาก (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)		109	63.0
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79)		62	35.8
ระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60)		2	1.2
รวม		173	100.0

$\bar{X}$  = 110.8 เต็ม 135, S.D. = 11.7, Max = 135, Min = 78

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มประชากรมีระดับคะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้าที่มีต่อสุขภาพช่องปากส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 109 คน รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 62 คน และน้อยที่สุดอยู่ในระดับน้อย จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 63.0, 35.8 และ 1.2 ตามลำดับ

**อภิปรายผล**

จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าภาพรวมอยู่ในระดับมาก นักศึกษาร้อยละ 83.8 มีความรู้ความเข้าใจในโทษและอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้าแต่นักศึกษาส่วนน้อยยังมีความรู้ความเข้าใจที่ผิด เช่น บุหรี่ไฟฟ้าช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ทั่วไป ซึ่งเป็นความเชื่อที่ผิดและทำให้ผู้คนหันมาสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากขึ้น

ด้านการเข้าถึงข้อมูลภาพรวมอยู่ในระดับมากและปานกลางใกล้เคียงกัน นักศึกษาเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่มีความสามารถเข้าถึงการสืบค้นความรู้ผ่านอินเทอร์เน็ตได้ง่าย แต่ได้รับข้อมูลจากบุคคลที่รู้จักน้อย นอกจากนี้การเข้าถึงข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ยังน้อย ซึ่งการได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นข้อมูลที่เข้าถึงได้โดยตรง หากนักศึกษาเห็นความสำคัญของการได้รับข้อมูลทางบุคลากรก็จะทำให้นักศึกษาเล็งเห็นถึงความสำคัญและถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพสู่ประชาชนในอนาคตได้

ด้านทักษะการสื่อสารเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยส่วนใหญ่สามารถบอกวิธีป้องกันตนเองจากพิษของบุหรี่ไฟฟ้าแก่ผู้อื่นได้ แต่ยังขาดทักษะในการโน้มน้าวให้คนอื่นเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าแม้ว่าจะสามารถจัดการตนเองได้ดีแล้ว จึงควรพัฒนาทักษะเรื่องการสื่อสารข้อมูลสู่ผู้อื่น

ด้านทักษะการจัดการตนเองจากบุหรี่ไฟฟ้าภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยนักศึกษาไม่คิดที่จะลองสูบบุหรี่ไฟฟ้าหลังเห็นผู้อื่นสูบบุหรี่ไฟฟ้า เพราะทราบถึงผลเสียของบุหรี่ไฟฟ้า แต่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงบริเวณที่มีผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าได้ เนื่องจากยังมีคนสูบบุหรี่ไฟฟ้าในที่สาธารณะทั่วทุกที่

ด้านทักษะการตัดสินใจเลือกใช้บุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับมาก นักศึกษาส่วนใหญ่ไม่ใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพื่อเข้าสังคมหรือเข้ากลุ่มเพื่อน เพราะคำนึงถึงสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ และมีส่วนน้อยที่เชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีความเสี่ยงน้อยกว่าบุหรี่มวน ซึ่งเป็นความเชื่อที่ผิด

ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อบุหรี่ไฟฟ้าภาพรวมอยู่ในระดับมาก นักศึกษาส่วนใหญ่ไม่ส่งต่อข้อมูลที่เป็นเท็จเรื่องการใช้บุหรี่ไฟฟ้า สามารถจำแนกแยกแยะสื่อที่ถูกต้องและเท็จได้ดี เนื่องจากนักศึกษาทันตสาธารณสุขถือเป็นบุคลากรทางการแพทย์ หากส่งต่อข้อมูลที่ผิดจะทำให้ผู้รับข้อมูลมีความเชื่อที่ผิดและละเลยการดูแลตนเอง

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาทันตสาธารณสุขมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้าต่อสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับผลวิจัยของ ธนะวัฒน์ รวมสุข (2565) พบว่า นักศึกษาสถาบันอุดมศึกษากรุงเทพมหานครมีระดับความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่และการป้องกันการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับดี และจิราภรณ์ จำปาจันทร์ (2566) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนครอยู่ในระดับมาก

ข้อจำกัดการวิจัย เนื่องจากกลุ่มประชากรมากจากแหล่งสถาบันเดียวกัน ทำให้มีข้อจำกัดให้การอ้างอิงทั่วไป การเก็บข้อมูลแบบออนไลน์มีข้อจำกัดในแง่ผู้ที่สนใจปัญหาสุขภาพจะมีโอกาสให้ความร่วมมือในการตอบมากกว่า

โดยสรุปพบว่า นักศึกษาสาขาวิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี มีความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าที่ดี รู้เท่าทันสื่อ สามารถสืบค้นความรู้จากแหล่งต่าง ๆ และจัดการตนเองได้ดี แต่ยังคงต้องส่งเสริมทักษะการสื่อสารให้มากขึ้น เพื่อพัฒนาความสามารถในการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนได้อย่างมั่นใจ และสามารถโน้มน้าวให้ผู้ที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ ทราบข้อมูลที่ถูกต้อง เพื่อปกป้องและจัดการตนเองให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นได้

### การนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางทันตสุขภาพควรได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้าที่มีต่อสุขภาพช่องปาก ครอบคลุมประกอบทั้ง 6 ด้าน
2. สนับสนุนให้บรรจุเนื้อหาความรู้ด้านสุขภาพเรื่องผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้าที่มีต่อสุขภาพช่องปากในการเรียนการสอน
3. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ควรเพิ่มการสอนทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพมากขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า
2. ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่น เพื่อนำผลการวิเคราะห์มาเปรียบเทียบต่อไป

## References

- กองสุขศึกษา. (2565). สุขศึกษาและสื่อสารสุขภาพ. *วารสารสุขศึกษาและสื่อสารสุขภาพ*, 8(1), 2–6.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *การพัฒนาองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ*. สืบค้นจาก <https://mwi.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/mwi/n449>
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2561). *เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2562). *ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ ขั้นพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ วิจัยรณญาณ* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.
- คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. (2561). *วัยรุ่นส่วนใหญ่มีความเชื่อที่ผิดว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าไม่เป็นอันตราย*. สืบค้นจาก [https://www.rama.mahidol.ac.th/th/knowledge\\_awareness\\_health/04032019-1528](https://www.rama.mahidol.ac.th/th/knowledge_awareness_health/04032019-1528)
- จารุวรรณ เกษมทรัพย์. (2561). บุหรี่ไฟฟ้าในมิติของสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย กฎหมายและเศรษฐกิจในประเทศไทย. *วารสารเกษมบัณฑิต*, 19(2), 92–107.
- จิราพร ชิดดี. (2561). *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- จิราภรณ์ จำปาจันทร์ และ สิริวิมล ทวงศ์นา. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 17(2), 631–644.
- ฉัตรสุนน พดุมิถิญาญ, และ วศิณ พิพัฒน์ฉัตร. (2562). *ภัยร้าย ซ่อนเร้น บุหรี่ไฟฟ้า (Hidden dangers of E-cigarette)* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- ชนะวัฒน์ รวมสุข และ สุรินทร์ กลัมพากร. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษา กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 23(2), 357–363.
- ชนะวัฒน์ รวมสุข และ อารยา ทิพย์วงศ์. (2562). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรม การช่วยเลิกบุหรี่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)* (รายงานวิจัย). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- นพรัตน์ รัตนวราภรณ์. (2561). *การตรวจสอบสารนิโคตินในของกลางบุหรี่ไฟฟ้า*. สืบค้นจาก <https://innovation.dmsc.moph.go.th/InnovationV1.6>
- มารุต ภูพะเนียด. (2566). *ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับงานวิจัยและการวิจัยทางทันตสาธารณสุข* (พิมพ์ครั้งที่ 1). สุพรรณบุรี: โรงพิมพ์เอ็นทีที เพรส.
- วรางคณา เวชวิจิ. (2556). *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ. 2555* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- วิชัย เอกพลากร. (2564). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562–2563* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วินัย วนานุกุล. (2562). *ปอดอักเสบที่มีโอกาสสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า*. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2022/11/26364>

- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. (2562). รายงานสถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศ  
ไทย พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2565). บุหรี่ไฟฟ้า ตัวเล็กหรือตัวร้ายของสายควัน. สืบค้น  
จาก <https://resourcecenter.thaihealth.or.th/article>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2566). จดหมายข่าวชุมชนคนรักสุขภาพ ฉบับสร้างสุข,  
19(259), 4–10.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพ  
แห่งชาติครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวง  
สาธารณสุข.
- FDI World Dental Federation. (2021). *The effects of e-cigarettes on oral health*. Retrieved  
from <https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/2021-07/.pdf>
- Holliday, R., Chaffee, B. W., Jakubovics, N. S., Kist, R., & Preshaw, P. M. (2021). Electronic  
Cigarettes and Oral Health. *Journal of dental research*, 100(9), 906–913.
- Thai Health Resource Center. (2565). บุหรี่ไฟฟ้า. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุม  
ยาสูบ. Retrieved from <https://resourcecenter.thaihealth.or.th/article/>
- World Health Organization. (2013). *Health literacy*. France: World Health Organization.
- Yang, I., Sandeep, S., & Rodriguez, J. (2020). The oral health impact of electronic cigarette  
use: a systematic review. *Critical reviews in toxicology*, 50(2), 97–127.

การพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้  
การตลาดเชิงสังคมผ่านเทคโนโลยี เพื่อลดพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล  
ของวัยรุ่นตอนปลาย: กรณีศึกษานำร่อง

Development of a Health Belief Model-Based Perception Promotion Program  
through a Technology-Assisted Social Marketing to Reduce Sugar-Sweetened  
Beverage Consumption among Late Adolescents: A Pilot Study

เบญจวรรณ พุทธิชัย<sup>1</sup>, สมภพ ปานมณี<sup>2</sup>, นภayu เฮียงเฮีย<sup>3</sup>, พิษณุ อภิสมาจารย์โยธิน<sup>4</sup>, ปัญจรัตน์ ไล่สุวรรณชาติ<sup>5\*</sup>

Benchawan Puttimai<sup>1</sup>, Sompob Panmanee<sup>2</sup>, Napayu Heanghea<sup>3</sup>,

Phitsanu Aphisamacharayothin<sup>4</sup>, Panjarut Laisuwannachart<sup>5\*</sup>

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลดอนเจดีย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี<sup>1</sup>

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลผักไห่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา<sup>2</sup>

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนมะเกลือ<sup>3</sup>, ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร<sup>4</sup>

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก<sup>5</sup>

Primary and Holistic Care Division, Don Chedi Hospital, Suphan Buri Provincial Public Health Office<sup>1</sup>

Primary and Holistic Care Division, Phak Hai Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya Provincial Public Health Office<sup>2</sup>

Don Maklua Subdistrict Health Promoting Hospital<sup>3</sup>, Department of Sociology and Anthropology, Faculty of Social

Sciences, Naresuan University<sup>4</sup>, Sirindhorn College of Public Health Suphan Buri, Faculty of Public Health and Allied

Health Sciences, Praboromarajchanok Institute<sup>5</sup>

(Received: October 31, 2025; Revised: December 14, 2025; Accepted: December 25, 2025)

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการรับรู้และลดพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการตลาดเชิงสังคมผ่านเทคโนโลยี กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นตอนปลายอายุ 18-25 ปี ที่มีพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล เป็นประจำจำนวน 4 คน การดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 10 วัน ประกอบด้วย การอบรมออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชัน Line การใช้แคมเปญ "ทำเลิกการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล" โดยใช้เครื่องมือเก็บข้อมูลเป็นแบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล แบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพก่อนและหลังการอบรม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า หลังจากการเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในทุกมิติของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพก่อนและหลังการอบรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $z = -2.814$ ,  $p = 0.005$ ) การบันทึกพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล พบว่า ทุกคนสามารถลดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล เฉลี่ยบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล 0-5.8 กรัมต่อวัน การประเมินผลลัพธ์ของโครงการพบว่า ผู้เข้าร่วมมีความตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพและมีพฤติกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น โดยมีความพึงพอใจในโครงการ ( $\bar{X} = 5.00$   $SD = 0$ ) ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด และสามารถถ่ายทอดความรู้ที่ได้รับไปยังผู้อื่นได้ แสดงให้เห็นว่าการใช้ทฤษฎีสุขภาพร่วมกับเทคโนโลยีสามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, การตลาดเชิงสังคมผ่านเทคโนโลยี, การบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเติม, วัยรุ่นตอนปลาย

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: Panjarut Laisuwannachart, E-mail: panjarut@phcsuphan.ac.th)

## Abstract

This study aimed to develop a model for promoting awareness and reducing the consumption of Sugar-Sweetened Beverages (SSBs) among late adolescents, by applying the Health Belief Model (HBM) alongside Technology-Assisted Social Marketing (TASM). The sample consisted of late adolescents aged 18-25 years who regularly consumed SSBs, with a total of 4 participants. The activities took place over 10 days and included online training via the Line application and the "No Sugar Challenge" campaign. Data collection tools included a behavior diary to record SSB consumption and a pre- and post-training HBM awareness questionnaire. Quantitative data were analyzed using the Wilcoxon Signed-Rank Test, while qualitative data were analyzed through content analysis.

The results revealed that after participating in the activities, the participants showed significant improvement in all dimensions of HBM, with statistically significant differences before and after the intervention ( $z = -2.814, p = 0.005$ ). The records of SSB consumption revealed that participants reduced their intake, with an average daily consumption ranging from 0 to 5.8 grams. The evaluation of the project's outcomes indicated that participants became more aware of the health impacts and exhibited positive changes in their consumption behavior. The overall satisfaction with the project was the highest possible score ( $\bar{X} = 5.00$  SD = 0), with participants also demonstrating the ability to share the knowledge gained with others. This demonstrates the effectiveness of integrating health theories with technology in promoting healthier behaviors among late adolescents.

**Keywords:** Health Belief Model, Technology-Assisted Social Marketing, Sugar-Sweetened Beverage Consumption, Late Adolescents

## บทนำ

เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเติม (Sugar-Sweetened Beverages: SSBs) หมายถึงเครื่องดื่มที่มีการเติมน้ำตาลหรือสารให้ความหวานที่ให้พลังงาน เช่น ซูโครส ฟรุกโตส หรือสารให้ความหวานที่มีแคลอรีอื่น ๆ ในการผลิต เช่น น้ำอัดลม น้ำผลไม้ผสมน้ำตาล ชา กาแฟ และเครื่องดื่มอัดลม เป็นต้น (Philipsborn et al., 2019) เครื่องดื่มเหล่านี้ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น (Singh et al., 2015) ซึ่งกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2561) แนะนำให้บริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลผสมน้อยที่สุด โดยหากจำเป็นต้องบริโภคควรมีปริมาณน้ำตาลไม่เกิน 6 กรัมต่อ 100 มิลลิลิตร ซึ่งการบริโภค SSBs ทำให้ร่างกายได้รับน้ำตาลอย่างรวดเร็วโดยไม่ทำให้รู้สึกอิ่ม (Pan & Hu, 2011; WHO, 2018) การบริโภคอย่าง

ต่อเนื่องมีผลกระทบต่อสุขภาพหลายประการ เช่น เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคอ้วน เบาหวาน โรคหัวใจ และ ปัญหาผิวหนังหมองคล้ำและสิว (Huang et al., 2018) งานวิจัยหลายฉบับชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิง บวกระหว่างการบริโภค SSBs กับโรคอ้วนทั้งในเด็กและวัยรุ่น (Luger et al., 2018; Huang et al., 2018) นอกจากนี้ การบริโภค SSBs ยังสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของดัชนีมวลกาย (BMI) อย่างมีนัยสำคัญ และมีผลกระทบในระยะยาวต่อการพัฒนาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ด้วย (Bleich & Vercaemmen, 2018) ผลการศึกษาในต่างประเทศ โดยเฉพาะในสหรัฐอเมริกา พบว่าวัยรุ่นมีการบริโภค SSBs สูง โดย บริโภคน้ำตาลจาก SSBs คิดเป็นร้อยละ 42 ของน้ำตาลที่บริโภคทั้งหมด (O’Neil et al., 2018) สำหรับ ประเทศไทย ข้อมูลจากการสำรวจในปี 2556 และ 2560 พบว่าเยาวชนมีอัตราการบริโภค SSBs เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ โดยในปี 2556 กลุ่มอายุ 6–14 ปี และ 15–24 ปีมีอัตราการบริโภคร้อยละ 41.4 และ 61.3 ตามลำดับ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 71.3 และ 83.7 ในปี 2560 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557; 2560) นอกจากนี้ วัยรุ่นไทยมีการดื่ม SSBs ทุกวันถึงร้อยละ 14.1 (สำนักทันตสาธารณสุข, 2561) โดยมี อัตราการบริโภค SSBs เกินเกณฑ์แนะนำถึงร้อยละ 68 และมีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินและโรค อ้วน (พัชรีย์ เจริญสุข, 2560) และมีแนวโน้มบริโภค SSBs เพิ่มขึ้นจากการเข้าถึงที่ง่ายและการโฆษณาผ่าน สื่อดิจิทัล (สุธีรา ภู่มงคลศิริ และคณะ, 2562) นอกจากนี้ วัยรุ่นที่บริโภค SSBs มากกว่า 5 วันต่อสัปดาห์มี ความเสี่ยงต่อการมีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์ถึง 2.8 เท่า (ณัฐวดี ทองประเสริฐ, 2563) และการ บริโภค SSBs มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพช่องปากด้วย (นฤมล เกียรติพรพิพัฒน์, 2564) ข้อมูล เหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มวัยรุ่นในประเทศไทยมีพฤติกรรมการบริโภค SSBs ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจ เพิ่มความเสี่ยงต่อสุขภาพ หากไม่ได้รับการส่งเสริมให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สำหรับนโยบายและการดำเนินการทั้งในต่างประเทศและประเทศไทยมีความหลากหลาย โดย ในต่างประเทศมีการใช้เทคโนโลยีสมาร์ทโฟนและโปรแกรมออนไลน์เป็นเครื่องมือสำคัญ (Nollen et al., 2014; Brito Beck da Silva et al., 2019) โดยพบว่าการใช้เทคโนโลยีสมาร์ทโฟนช่วยลดการบริโภค SSBs ในกลุ่มวัยรุ่น (Nollen et al., 2014) และการเข้าร่วมโปรแกรมออนไลน์ช่วยให้วัยรุ่นลดการบริโภค SSBs และเพิ่มการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ (Brito Beck da Silva et al., 2019) สำหรับประเทศไทย ได้ดำเนินนโยบายส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผ่านยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2560–2564) โดยเน้นการบริโภคผักผลไม้ การมีกิจกรรมทางกาย และการลดการบริโภคน้ำตาล ผ่านโครงการต่าง ๆ เช่น โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และการสื่อสารสุขภาพผ่านสื่อดิจิทัล (กระทรวงสาธารณสุข, 2560; สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2563) แต่เนื่องจากประเทศไทยยังเผชิญปัญหาการ บริโภคน้ำตาลเกินเกณฑ์ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2566) จึงมีมาตรการสำคัญ เช่น การเก็บภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูงและการรณรงค์ลดหวาน ซึ่งมีผลเชิงบวกโดยพบว่าการบริโภค SSBs ของคนไทยลดลงถึงร้อยละ 15.3 และ 14.0 ในช่วงปี 2561–2562 (สำนักงานคณะกรรมการอ้อย และน้ำตาลทราย, 2565) อย่างไรก็ตาม ความท้าทายยังคงอยู่ในกลุ่มรุ่นที่มีแนวโน้มบริโภคน้ำตาลสูง ดังนั้นการดำเนินนโยบายต้องบูรณาการเทคโนโลยี เพื่อเสริมสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่าง ยั่งยืน เพราะวัยรุ่นไทยเข้าถึงสื่อแบบดั้งเดิมได้น้อย เนื่องจากไม่ตรงกับพฤติกรรมการสื่อสารในยุคดิจิทัล (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2564; สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2566)

การศึกษาจากกรณีตัวอย่างต่างประเทศ เช่น การใช้แอปพลิเคชันมือถือในสหรัฐอเมริกา (Nollen et al., 2014) และ การใช้เทคโนโลยีออนไลน์ในบราซิล (Brito Beck da Silva et al., 2019) แสดงให้เห็นว่า การใช้เทคโนโลยีในการส่งเสริมสุขภาพช่วยให้วัยรุ่นสามารถลดการบริโภค SSBs และเพิ่ม

การบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ได้ นอกจากนี้ ยังสามารถส่งเสริมให้วัยรุ่นมีความรู้และทักษะในการเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และจากการศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์ (Smit et al., 2021) โดยใช้วิธีการแทรกแซงผ่านเครือข่ายสังคม (Social Network Intervention: SNI) พบว่าสามารถส่งเสริมให้มีการบริโภค SSBs ลดลงอย่างชัดเจน นอกจากนี้ การศึกษาในประเทศออสเตรเลีย (Smith et al., 2014) โดยใช้แอปพลิเคชันส่งเสริมการลดการบริโภค SSBs พบว่า การใช้แอปพลิเคชันช่วยลดการบริโภค SSBs อย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาในสหรัฐอเมริกา (Gustafson et al., 2019) โดยใช้การส่งข้อความผ่านมือถือเพื่อส่งเสริมการบริโภคเครื่องดื่มแคลอรีต่ำ พบว่าสามารถช่วยลดการบริโภคเครื่องดื่มหวานได้

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับการบริโภค SSBs โดยใช้ Health Belief Model (HBM) เป็นแนวทางหลักนั้นเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการกระตุ้นให้วัยรุ่นตระหนักถึงความเสี่ยงและผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล การใช้ HBM ช่วยให้วัยรุ่นรับรู้ถึงความสำคัญของการลดการบริโภค SSBs โดยการให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น โรคเบาหวาน โรคอ้วน และปัญหาผิวหนังที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มความเข้าใจในความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และทำให้พวกเขามีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคได้ (Calcaterra et al., 2023) ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีในกระบวนการตลาดเชิงสังคม เช่น Technology-Assisted Social Marketing (TASM) ผ่านสื่อออนไลน์เป็นอีกหนึ่งเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่น โดยการใช้สื่อออนไลน์อย่าง TikTok, YouTube, และ Facebook ซึ่งเป็นแพลตฟอร์มที่วัยรุ่นในปัจจุบันใช้งานอย่างแพร่หลายสามารถช่วยให้การส่งเสริมการลดการบริโภค SSBs เข้าถึงได้ง่ายและมีส่วนร่วมสูง นอกจากนี้การใช้ Influencers หรือผู้มีชื่อเสียงในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพยังช่วยกระตุ้นและสร้างแรงบันดาลใจให้กับวัยรุ่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่ดีต่อสุขภาพ (Dono et al., 2021)

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการส่งเสริมการรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) โดยการประยุกต์ใช้การตลาดเชิงสังคมผ่านเทคโนโลยี (TASM) เพื่อช่วยลดการบริโภค SSBs ในกลุ่มวัยรุ่น โดยมีการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้เกี่ยวกับการบริโภค SSBs ก่อนและหลังการดำเนินโครงการ รวมถึงการสำรวจแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภค SSBs ในกลุ่มวัยรุ่นหลังจากเข้าร่วมโครงการ การศึกษาในครั้งนี้ถือเป็นแนวทางใหม่ที่เหมาะสมในการลดพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเติมในวัยรุ่นตอนปลาย และสามารถนำไปใช้ขยายต่อยอดไปสู่ระดับชุมชนเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

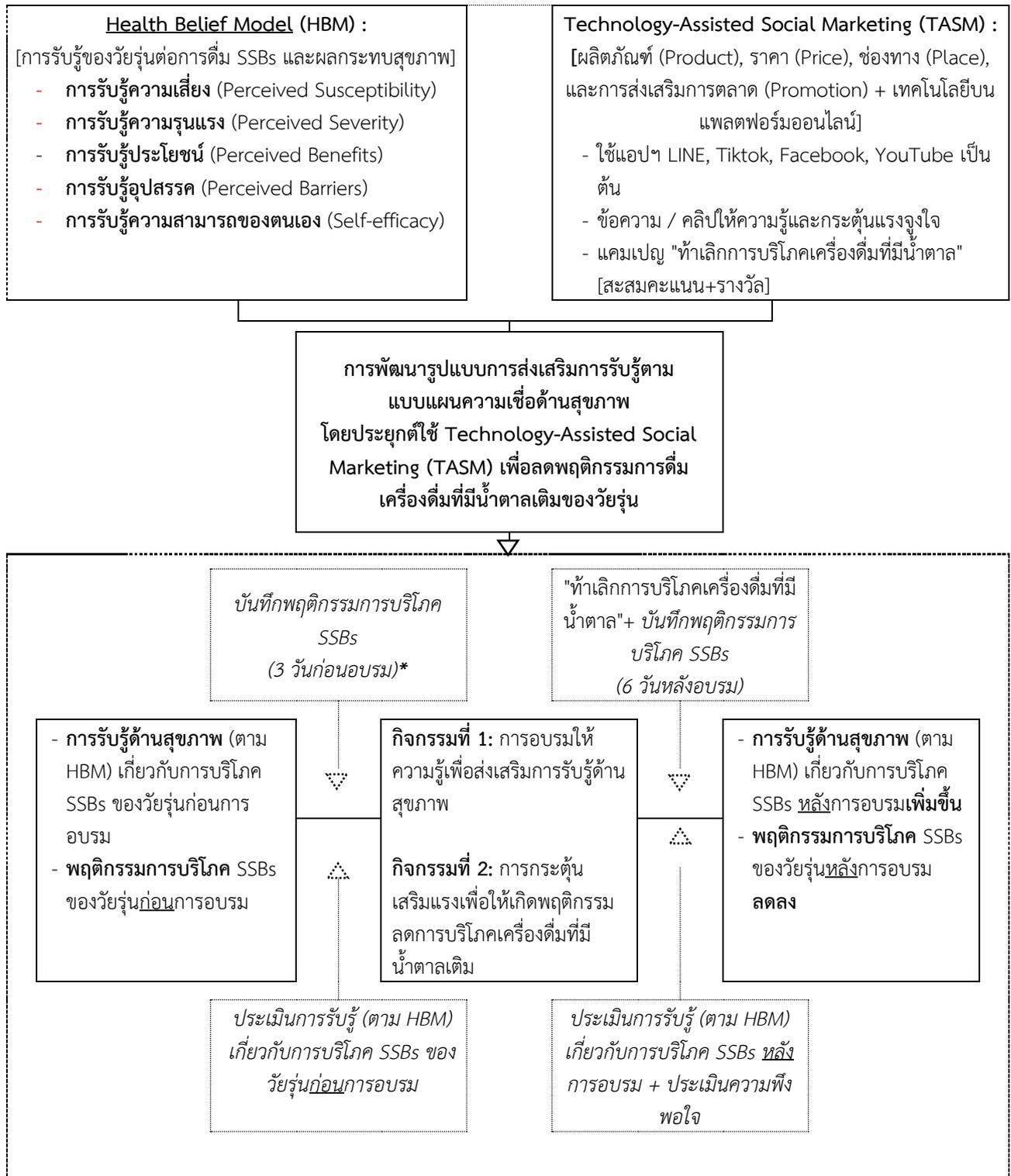
1. เพื่อพัฒนาแบบการส่งเสริมการรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภค SSBs ของวัยรุ่นโดยประยุกต์ใช้การตลาดเชิงสังคมผ่านเทคโนโลยี (TASM)

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้เกี่ยวกับการบริโภค SSBs ของกลุ่มวัยรุ่นก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการวิจัย
2. เพื่อสำรวจแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภค SSBs ในกลุ่มวัยรุ่นภายหลังเข้าร่วมโครงการวิจัย

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ครั้งนี้พัฒนาขึ้นโดยบูรณาการแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เข้ากับแนวทางการตลาดเชิงสังคมที่สนับสนุนด้วยเทคโนโลยี (Technology-Assisted Social Marketing) โดยมีรายละเอียดดังกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



## ระเบียบวิธีวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงประยุกต์ (Applied Research) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบ กึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ในลักษณะ การศึกษานำร่อง (Pilot Study) ที่มีการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (One Group Pretest-Posttest Design)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในงานวิจัยคือวัยรุ่นไทยตอนปลายที่มีอายุระหว่าง 18-25 (โดยอิงเกณฑ์การขยายช่วงอายุของวัยรุ่นของ WHO, 2017; Patton et al., 2016; UNICEF, 2011; APA, 2007) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยในการคัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นวัยรุ่นตอนปลาย จำนวน 4 คน

### เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยให้ทำการวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. เป็นวัยรุ่นตอนปลาย อายุระหว่าง 18-25 ปี
2. มีอุปกรณ์สมาร์ทโฟนที่สามารถใช้แอปพลิเคชัน LINE, Google Forms, Tiktok, Facebook, YouTube และใช้อินเทอร์เน็ตได้
3. บริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเติม
4. ยินดีเข้าร่วมโครงการ และพร้อมที่จะปฏิบัติตามข้อกำหนดกิจกรรมต่าง ๆ ของโครงการโดยสมัครใจ หลังได้รับฟังการชี้แจงรายละเอียดของโครงการ
5. ไม่เคยเข้าร่วมโครงการส่งเสริมการลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเติมมาก่อน

### เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยให้ทำการวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาของโครงการตามที่กำหนด
2. เกิดภาวะเจ็บป่วยขณะเข้าร่วมโครงการ

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้เครื่องมือทั้งในรูปแบบของแบบสอบถามออนไลน์ และเครื่องมือดิจิทัลบนแพลตฟอร์มออนไลน์ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลด้านการรับรู้และพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเติม (SSBs) ของกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย โดยแบ่งออกเป็นเครื่องมือหลัก 2 แบบดังนี้

### 1. แบบสอบถามเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

1.1 แบบประเมินการรับรู้ด้านสุขภาพ (Health Belief Model – HBM) ลักษณะเป็นแบบสอบถามออนไลน์ก่อนและหลังการอบรม (Pre-test และ Post-test) เนื้อหาประกอบด้วย 5 ด้านตามกรอบแนวคิด HBM ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรง (Perceived Severity) การรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits) การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) โดยเป็นแบบสอบถาม Likert Scales 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ ซึ่งทำการประเมินผ่าน Google Forms โดยกำหนดกำหนดคะแนนระดับ 1-5 รวมคะแนนเต็ม 50 คะแนน

1.2 แบบบันทึกพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเติม (SSBs Diary) ลักษณะเป็นแบบฟอร์มออนไลน์สำหรับบันทึกปริมาณและชนิดของเครื่องดื่มที่บริโภค โดยแบ่งเป็นช่วงเวลา 3 วันก่อนอบรม (Pre-intervention) และ 6 วันหลังอบรม (Post-intervention) โดยทำการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับวัน

เวลา ชนิดเครื่องดื่ม ปริมาณ (ml) และความหวาน (%) ของเครื่องดื่มที่บริโภคในแต่ละวัน ผ่าน Google Forms เพื่อนำไปประมวลผลโดยการแปลงข้อมูลเป็นปริมาณน้ำตาล (g/day) เพื่อเปรียบเทียบก่อน-หลัง

1.3 แบบสอบถามความพึงพอใจ ลักษณะเป็นแบบสอบถามออนไลน์หลังอบรม โดยทำการสอบถามความพึงพอใจต่อประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการ และความสามารถนำความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมโครงการไปบอกต่อหรือแนะนำผู้อื่น โดยเป็นแบบสอบถาม Likert Scales 5 ระดับ จำนวน 2 ข้อ โดยกำหนดกำหนดคะแนนระดับ 1-5 รวมคะแนนเต็ม 10 คะแนน ซึ่งทำการประเมินผ่าน Google Forms

## 2. แบบสอบถามเชิงคุณภาพ

2.1 แบบสอบถามประเมินผลลัพธ์ของโครงการ ลักษณะเป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านแบบสอบถามปลายเปิดออนไลน์ผ่านระบบ Google Forms เพื่อให้ผู้เข้าร่วมได้สะท้อนความคิดเห็นหลังจากผ่านการเข้าร่วมกิจกรรม โดยประกอบไปด้วยคำถามจำนวน 6 ข้อ ซึ่งสอบถามเกี่ยวกับความรู้ของคุณเกี่ยวกับผลกระทบหรือความเสี่ยงของการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเติม ทศนคติของที่มีต่อการดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเติม พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงในการลดปริมาณหรือความถี่ในการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเติม การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมออนไลน์ แนวโน้มที่จะเลือกเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพแทนเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเติมในชีวิตประจำวัน และข้อเสนอแนะสำหรับการปรับปรุงกิจกรรม

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการวิจัย และด้านวัยรุ่น มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษามุ่งเน้นการประเมินผลของรูปแบบการส่งเสริมการรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) โดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลภายใต้กรอบแนวคิด Technology-Assisted Social Marketing (TASM) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการลดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเติมในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายโดยใช้ Health Belief Model (HBM) เป็นกรอบแนวคิดในการประเมินและส่งเสริมระดับการรับรู้ใน 5 มิติ และ Technology-Assisted Social Marketing (TASM) เป็นแนวทางการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านเทคโนโลยี เช่น LINE, TikTok, YouTube, Facebook และแคมเปญ "ทำเลิกการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล"ออนไลน์ โดยมีระยะเวลาการศึกษารวมระยะเวลา 10 วัน ซึ่งเป็นระยะเวลาที่สั้นแต่มีติดตามเข้มข้นส่งผลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมได้ (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2567) แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ก่อนอบรมจำนวน 3 วัน 2) ระยะอบรมจำนวน 1 วัน และ 3) ระยะหลังอบรมจำนวน 6 วัน สามารถพิจารณาได้ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** รูปแบบการส่งเสริมการรับรู้ตาม HBM เกี่ยวกับ SSBs ของวัยรุ่นโดยประยุกต์ใช้ TASM

กลยุทธ์	กลวิธี	กิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา	การประเมินผล
Enable: Developing Personal Skills เสริมสร้าง ความสามารถ ของวัยรุ่นใน การควบคุม พฤติกรรม การบริโภค SSBs ผ่านการ ส่งเสริมการ รับรู้ตาม HBM	Technology- Assisted Social Marketing (TASM) การใช้ เทคโนโลยี และเครื่องมือ ดิจิทัลในการ สื่อสารและ เปลี่ยน พฤติกรรม สุขภาพ	ประเมิน พฤติกรรมฯ ก่อนอบรม	สำรวจพฤติกรรมบริโภค เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเติมใน กลุ่มวัยรุ่นก่อนการดำเนิน โครงการ	3 วัน (ก่อนอบรม)	บันทึกพฤติกรรม การบริโภคผ่าน Google Forms
		กิจกรรมที่ 1: อบรมให้ ความรู้เพื่อ ส่งเสริมการ รับรู้ด้าน สุขภาพ (ตาม HBM)	<b>Products:</b> - ความรู้เกี่ยวกับ SSBs - ความเสี่ยงและความรุนแรง ของ SSBs - ประโยชน์ของการลด SSBs - การส่งเสริม Self-efficacy - ข้อมูลทางเลือกในการ บริโภคเพื่อลดอุปสรรคในการ ลด SSBs <b>Place:</b> LINE (Video Call Group, Text Message) และ แพลตฟอร์มออนไลน์อื่นๆ <b>Price:</b> ฟรี <b>Promotion:</b> TikTok, Facebook, YouTube	1 วัน (วันอบรม)	- แบบประเมิน การรับรู้ด้าน สุขภาพ (HBM) ก่อนและหลัง อบรม - แบบสอบถาม ความพึงพอใจ (หลังอบรม)
		กิจกรรมที่ 2: กระตุ้น เสริมแรง เพื่อให้เกิด พฤติกรรมลด การบริโภค SSBs	<b>Products:</b> - สื่อออนไลน์กระตุ้นต่อเนื่อง - ข้อความแรงบันดาลใจ - แคมเปญ "ทำเล็กลง บริโภคเครื่องดื่มที่มี น้ำตาล" <b>Place:</b> LINE, Facebook, TikTok, Google Forms <b>Price:</b> ฟรี <b>Promotion:</b> การสะสม คะแนนแลกรางวัล	6 วัน (หลัง อบรม)	Interactions และการ ประเมินผลลัพธ์ ของโครงการโดย ใช้ข้อมูลเชิง คุณภาพ
		ประเมิน พฤติกรรมฯ หลังอบรม	สำรวจแนวโน้มการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล เติมในกลุ่มวัยรุ่นหลังการ ดำเนินโครงการ	6 วัน (หลัง อบรม)	บันทึกพฤติกรรม การบริโภคผ่าน Google Forms หลังอบรม

แนวทางการดำเนินกิจกรรมกำหนดขึ้นภายใต้กลยุทธ์ Enable: Developing Personal Skills โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างความสามารถของวัยรุ่นในการควบคุมพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเติม (SSBs) ผ่านการส่งเสริมการรับรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health

Belief Model: HBM) โดยประยุกต์ใช้กลวิธี Technology-Assisted Social Marketing (TASM) ซึ่งเป็นการใช้เทคโนโลยีและสื่อดิจิทัลเพื่อสื่อสารและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ กิจกรรมเริ่มจากการประเมินพฤติกรรมก่อนอบรมเป็นเวลา 3 วัน ผ่าน Google Forms จากนั้นจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้ผ่าน LINE และใช้สื่อเสริมบนแพลตฟอร์มออนไลน์ต่าง ๆ เพื่อเพิ่มการรับรู้ตาม HBM พร้อมทั้งประเมินผลด้วยแบบสอบถามก่อนและหลังอบรม และแบบสอบถามความพึงพอใจ ต่อเนื่องด้วยกิจกรรมที่ 2 คือการกระตุ้นและเสริมแรงผ่านสื่อออนไลน์ แคมเปญ "ทำเล็กรับริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล" และข้อความสร้างแรงบันดาลใจ พร้อมการสะสมคะแนนแลกรางวัลเพื่อสร้างแรงจูงใจ และมีการประเมินพฤติกรรมหลังอบรม เป็นเวลา 6 วัน โดยใช้ Google Forms เพื่อติดตามแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภค SSBs ของวัยรุ่น

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษานี้แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพ ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม และบันทึกพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเติม (SSBs) แบบรายวันก่อนและหลังอบรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบการรับรู้ก่อนและหลังการอบรมด้วยใช้ สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test ซึ่งเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก

( $n < 30$ ) และข้อมูลที่ไม่เป็นการแจกแจงแบบปกติ เพื่อตรวจสอบความแตกต่างของระดับการรับรู้ก่อนและหลังการดำเนินโครงการในแต่ละด้านของ HBM และการวิเคราะห์แนวโน้มพฤติกรรมการบริโภค SSBs ก่อนและหลังโดยคำนวณค่าเฉลี่ยของปริมาณน้ำตาลที่ได้รับจากเครื่องดื่มในแต่ละวัน (g/day) และเปรียบเทียบแนวโน้มก่อน-หลังการเข้าร่วมโครงการ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได้จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านแบบสอบถามปลายเปิดออนไลน์ ผ่านระบบ Google Forms ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสังเคราะห์ประเด็นสำคัญที่สะท้อนผลลัพธ์ของโครงการ

### จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น จังหวัดตาก เอกสารรับรองเลขที่ NREC 0072/2568 ลงวันที่ 4 สิงหาคม 2568

### ผลการวิจัย

1. กลุ่มวัยรุ่นตอนปลายอายุระหว่าง 21-24 ปีมีแนวโน้มบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลผสมในระดับความหวานสูงสุด (100%) ไม่ว่าจะเป็นโกโก้ปั่น น้ำส้มคั้น กาแฟลาเต้ หรือชาเขียวปั่น ซึ่งเป็นเมนูยอดนิยมในสังคมไทย พฤติกรรมนี้สะท้อนให้เห็นถึงความเคยชินต่อรสหวานที่อยู่ในวิถีชีวิต โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่นตอนปลายที่นิยมบริโภคเครื่องดื่มเป็นส่วนหนึ่งของไลฟ์สไตล์

2. การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ฯ ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม สามารถพิจารณาได้ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ฯ ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

รายการ	ก่อนอบรม		หลังอบรม	
	$\bar{X}$	ระดับ	$\bar{X}$	ระดับ
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยง (perceived susceptibility)</b>	<b>3.88</b>	<b>มาก</b>	<b>4.88</b>	<b>มากที่สุด</b>
1.คิดว่าการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเติมจะทำให้มีโอกาสเป็นโรคอ้วน	4.25	มาก	5.00	มากที่สุด
2.คิดว่าการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเติมจะทำให้มีโอกาสเป็นโรคเบาหวาน	3.50	มาก	4.75	มากที่สุด
<b>การรับรู้ความรุนแรง (perceived severity)</b>	<b>2.50</b>	<b>น้อย</b>	<b>4.38</b>	<b>มาก</b>
3.คิดว่าหากบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลปริมาณมากเกินไปจะทำให้เป็นโรคเมธิงในอวัยวะบางส่วน ซึ่งเป็นโรคร้ายแรง	2.50	น้อย	4.50	มาก
4.คิดว่าหากร่างกายได้รับน้ำตาลเกินขนาดจะส่งผลโดยตรงต่อการควบคุมระดับความเครียด และนำไปสู่ภาวะอารมณ์แปรปรวนขึ้นรุนแรงได้	2.50	น้อย	4.25	มาก
<b>การรับรู้ประโยชน์ (perceived benefits)</b>	<b>2.63</b>	<b>ปานกลาง</b>	<b>4.63</b>	<b>มากที่สุด</b>
5.คิดว่าหากใน 1 วันได้รับน้ำตาลในปริมาณที่เหมาะสม (ไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน) จะส่งผลต่อระบบภูมิคุ้มกันดีขึ้น	2.25	ปานกลาง	4.50	มาก
6.คิดว่าหากบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลน้อยๆ จะส่งผลให้ช่วยลดไขมันในร่างกายได้	3.00	ปานกลาง	4.75	มากที่สุด
<b>การรับรู้อุปสรรคที่ (perceived barriers)</b>	<b>2.50**</b>	<b>น้อย</b>	<b>4.00*</b>	<b>มาก</b>
7.หากมีเพื่อนชักชวนให้บริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลจะบริโภคทุกครั้งที่มีการชักชวน*	3.50	ปานกลาง	2.00	น้อย
8.คิดว่าในปัจจุบันเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลน้อยหรือไม่มีน้ำตาลสามารถหาซื้อได้ง่ายและสะดวกต่อความต้องการ	2.75	ปานกลาง	4.50	มาก
<b>การรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy)</b>	<b>3.63</b>	<b>มาก</b>	<b>5.00</b>	<b>มากที่สุด</b>
9.หากต้องการลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล จะมีความมั่นใจในตนเองและคิดว่าท่านสามารถทำได้	3.75	มาก	5.00	มากที่สุด
10.คิดว่ากรงดบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นการแสดงความรักต่อตนเองและเป็นความภาคภูมิใจที่ดี	3.51	มาก	5.00	มากที่สุด
<b>เปรียบเทียบการรับรู้ก่อน-หลัง โดยใช้ Wilcoxon Signed-Rank Test ได้ค่า <math>z = -2.814</math>; <math>p\text{-value} = 0.005</math></b>				

\* ข้อคำถามเชิงกลับด้าน \*\* แปลงค่าข้อคำถามเชิงกลับด้านแล้ว

การเปรียบเทียบระดับการรับรู้พบว่าระดับการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในทุกด้าน ทั้งด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบ การรับรู้ประโยชน์จากการลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การรับรู้อุปสรรคในการปรับพฤติกรรม รวมถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งทั้งหมดล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ผลักดันให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งผลการวิเคราะห์ทางสถิติด้วย Wilcoxon Signed-Rank Test พบว่า การรับรู้ก่อนและหลังการอบรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $z = -2.814$ ,  $p = 0.005$ ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากิจกรรมที่จัดขึ้นสามารถเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ของกลุ่มวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเติม ได้รับการสำรวจผ่านการบันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเติม (รายวัน) ผ่านระบบ Google Forms ทั้งก่อนเข้าร่วมโครงการ (Pre-intervention) เป็นระยะเวลา 3 วัน และหลังเข้าร่วมโครงการ (Post-intervention) รวมถึงการทำกิจกรรม "ทำเลิการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล" เป็นระยะเวลา 6 วัน เพื่อเปรียบเทียบแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมบริโภคในชีวิตประจำวัน [ปริมาณน้ำตาลจาก SSBs เฉลี่ยต่อวัน] ซึ่งสามารถพิจารณาได้ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเติมก่อนและหลังการอบรม

ราย [Cases]	ปริมาณน้ำตาล (g.) SSBs ที่บริโภค [Pre-intervention]				ปริมาณน้ำตาล (g.) SSBs ที่บริโภค [Post-intervention]						
	Day 1	Day 2	Day 3	เฉลี่ย/วัน	Day 1	Day 2	Day 3	Day 4	Day 5	Day 6	เฉลี่ย/วัน
A (21,ช)	60.0	8.9	35.0	34.6	0	0	0	0	0	0	0
B (22,ช)	93.5	101.1	71.8	88.8	0	0	0	0	0	0	0
C (22,ญ)	62.5	0	104.5	55.7	15.0	0	0	20.0	0	0	5.8
D (24,ช)	101.1	139.5	71.8	104.1	0	4.0	0	0	4.0	8.0	2.7

ก่อนเข้าร่วมโครงการ (Pre) ผู้เข้าร่วมแต่ละรายมีพฤติกรรมบริโภค SSBs ในระดับที่แตกต่างกัน โดยเฉลี่ยต่อวัน ราย A (ชาย อายุ 21 ปี) มีปริมาณการบริโภคน้ำตาลจาก SSBs อยู่ที่ 34.6 กรัมต่อวัน ราย B (ชาย อายุ 22 ปี) มีการบริโภคสูงถึง 88.8 กรัมต่อวัน ราย C (หญิง อายุ 22 ปี) มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 55.7 กรัมต่อวัน และราย D (ชาย อายุ 24 ปี) มีการบริโภคสูงสุดที่ 104.1 กรัมต่อวัน แสดงให้เห็นว่าทุกคนมีพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลในระดับที่สูงกว่าข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO) ซึ่งแนะนำให้บริโภคน้ำตาลไม่เกิน 24 กรัมต่อวันเพื่อสุขภาพที่ดี และหลังเข้าร่วมโครงการ (Post) จากการที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม "ทำเลิการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล" ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ลดหรือหลีกเลี่ยงการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเติมเป็นเวลา 6 วัน พบว่าทุกคนมีพฤติกรรมการบริโภค SSBs ลดลง โดยราย A และ B สามารถงดบริโภค SSBs ได้โดยสมบูรณ์ (เฉลี่ย 0.0 กรัมต่อวัน) ส่วนราย C ลดการบริโภคเหลือเพียง 5.8 กรัมต่อวัน และราย D เหลือเพียง 2.7 กรัมต่อวัน ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่ต่ำมากเมื่อเทียบกับพฤติกรรมก่อนหน้า และทุกคนมีพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลในระดับที่ต่ำกว่าข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO)

4. การประเมินผลลัพธ์ของโครงการผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่สะท้อนถึงการมีความรู้เพิ่มขึ้นทั้งในด้านการรับรู้ผลกระทบต่อสุขภาพจากการบริโภคน้ำตาลเกินความจำเป็นโดยเริ่มรับรู้ความเสี่ยง (Perceived Susceptibility) ที่ตัวเองอาจจะได้รับจากการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลมากเกินไป โดยแสดงความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของน้ำตาล เช่น กลุ่มตัวอย่างระบุว่า "หลังเข้าร่วมโครงการ B มีความรู้เพิ่มขึ้นมากเลยครับเกี่ยวกับผลกระทบของน้ำตาล เช่น โรคอ้วน เบาหวาน และฟันผุ รวมถึงได้รู้ปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มต่างๆ โดยเฉพาะน้ำหวาน ชานม และนมเปรี้ยว ที่มีน้ำตาลสูงเกินกว่าที่ควรได้รับต่อวันคือไม่เกิน 6 ช้อนชา หรือ 24 กรัม" ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการตระหนักถึงความเสี่ยงจากการบริโภคน้ำตาลเกินขนาด และรับรู้ความรุนแรง (Perceived Severity) หรือความร้ายแรงจากการเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นจากการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง เช่น โรคเบาหวานและโรคอ้วน ตัวอย่างเช่น กลุ่ม

ตัวอย่างระบุว่า "ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มที่มากเกินไปอันตรายยังไง ได้ปรับพฤติกรรมตัวเอง" ซึ่งสะท้อนถึงการรับรู้ถึงความรุนแรงของผลกระทบต่อสุขภาพจากพฤติกรรมดื่มที่ไม่เหมาะสม

นอกจากนี้ ทักษะคิดของผู้เข้าร่วมมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น โดยเฉพาะในด้านการรับรู้ผลกระทบของการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเติมที่เกินความจำเป็น รวมทั้งมีแนวโน้มในการควบคุมพฤติกรรมตนเองมากขึ้น ตัวอย่างเช่น กลุ่มตัวอย่างระบุว่า "เปลี่ยนแปลงไป เพราะถ้าดื่มเครื่องดื่มหวานมาก มันกระทบทั้งร่างกายและโรคเรื้อรังในอนาคตได้ด้วย เลยพยายามดื่มเครื่องดื่มน้ำตาลในมาตรฐานที่ควรรับต่อวัน" สะท้อนให้เห็นถึงการตระหนักรู้ถึงผลกระทบระยะยาวและความพยายามในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง และผู้เข้าร่วมบางรายยังแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในเชิงทัศนคติที่นำไปสู่การตัดสินใจที่มีเหตุผลมากขึ้น เช่น กลุ่มตัวอย่างระบุว่า "ทัศนคติเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น รู้สึกกระวังมากขึ้น ก่อนเลือกดื่ม พยายามหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง และหันไปเลือกดื่มน้ำเปล่าหรือเครื่องดื่มหวานน้อยแทน" ซึ่งแสดงถึงการเกิดความตระหนัก (awareness) และการเลือกอย่างมีสติ

สำหรับการลดปริมาณหรือความถี่ในการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเติม ผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่สามารถลดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเติมลงได้จริง เช่น ลดจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลในปริมาณมากลงเป็นการเลือกดื่มน้ำเปล่าและเครื่องดื่มที่ไม่มีน้ำตาลแทน เช่น กลุ่มตัวอย่างระบุว่า "ได้ลดลงไปมากเลยครับ หลังเข้าร่วมโครงการ B พยายามดื่มน้ำหวานให้น้อยลง เช่น จากที่เคยดื่มชานมวันละ 2-3 แก้ว ก็เปลี่ยนเป็นสัปดาห์ละครั้งครับ หรือเลือกสั่งแบบหวานน้อย 0% ไปเลย และหันมาดื่มน้ำเปล่าแทนในชีวิตประจำวันมากขึ้นครับ" ซึ่งสะท้อนถึงการลดความถี่ของการบริโภค และการหันมาเลือกเครื่องดื่มทางเลือกสุขภาพที่มีน้ำตาลน้อยหรือไม่มีเลย และผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมในเชิงบวก โดยกิจกรรมออนไลน์เหล่านี้มีส่วนสำคัญอย่างมากในการกระตุ้นความตั้งใจในการลดการบริโภคน้ำตาล เช่น กลุ่มตัวอย่างระบุว่า "ทำเลิการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล โครงการที่พี่จัดขึ้นช่วยกระตุ้นให้ B ได้ตระหนักถึงพฤติกรรมเครื่องดื่มของตัวเองมากขึ้น ทำให้มีแรงจูงใจและตั้งใจที่จะลดน้ำตาลจริงจังมากขึ้น เพราะได้ข้อมูล ความรู้ และกำลังใจจากกิจกรรมอย่างต่อเนื่องครับ พี่ๆ" แสดงให้เห็นว่าโครงการมีบทบาทในการสร้างแรงจูงใจและสนับสนุนทางอารมณ์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้เกิดความตั้งใจแน่วแน่ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อย่างไรก็ตาม ผู้เข้าร่วมทั้งหมดมีแนวโน้มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคไปในทางที่ดีขึ้น โดยมีเหตุผลที่หลากหลายซึ่งสามารถจำแนกเป็นประเด็นสำคัญได้ 3 ประการ ได้แก่ (1) ความตระหนักในผลกระทบต่อสุขภาพ (2) การได้รับความรู้ใหม่และแรงจูงใจจากโครงการ และ (3) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเชิงปฏิบัติ โดยผู้เข้าร่วมโครงการมีแนวโน้มที่ดีในการลดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเติม และหันมาเลือกเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพมากขึ้น ซึ่งสะท้อนผลกระทบเชิงบวกของโครงการในด้านการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

5. การประเมินความพึงพอใจ พบว่า ผู้เข้าร่วมมีระดับความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุดทั้งใน 2 ประเด็น ได้แก่ ความพึงพอใจต่อประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการ และความสามารถในการนำความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมโครงการไปบอกต่อหรือแนะนำผู้อื่น โดยทั้ง 2 รายการมีค่าเฉลี่ย  $\bar{X} = 5.00$  ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด โดยผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จของโครงการในการสร้างความตระหนักรู้ ความเข้าใจ และการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมโครงการอย่างแท้จริง โดยผู้เข้าร่วมไม่เพียงแต่ได้รับความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของตนเองเท่านั้น แต่ยังรู้สึกมั่นใจและพร้อมที่จะถ่ายทอดความรู้ที่ได้รับไปสู่ผู้อื่น ซึ่งถือเป็นจุดแข็งของโครงการ และแสดงให้เห็นว่าโครงการนี้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างชัดเจน

## อภิปรายผล

การศึกษารั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเติม (SSBs) โดยการใช้ Health Belief Model (HBM) ร่วมกับ Technology-Assisted Social Marketing (TASM) ซึ่งเป็นแนวทางที่เหมาะสมสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่น เนื่องจาก HBM เป็นทฤษฎีที่มุ่งเน้นการกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ถึงความเสี่ยงและผลกระทบจากพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการรับรู้ถึงความเสี่ยง (perceived susceptibility), ความรุนแรง (perceived severity), ผลประโยชน์ (perceived benefits) และการรับรู้ถึงอุปสรรค (perceived barriers) ซึ่งช่วยให้ผู้เข้าร่วมสามารถตระหนักถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากพฤติกรรมดังกล่าว และกระตุ้นให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่คาดหวัง (Rosenstock et al., 1988) ซึ่งการใช้ HBM ในการศึกษาครั้งนี้ช่วยสร้างความเข้าใจในกลุ่มวัยรุ่นถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการบริโภค SSBs โดยเน้นที่การเพิ่มการรับรู้ถึงผลกระทบของพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพ เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน และปัญหาผิวหนังหมองคล้ำ สิว ที่ส่งผลต่อภาพลักษณ์วัยรุ่น ทำให้วัยรุ่นมีแรงจูงใจในการลดการบริโภค SSBs นอกจากนี้ การใช้ HBM ยังช่วยเพิ่มความเข้าใจในความรุนแรงของปัญหาที่เกิดจากการบริโภค SSBs ซึ่งสามารถกระตุ้นให้วัยรุ่นเห็นถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพในอนาคต อีกทั้งการรับรู้ถึงผลประโยชน์จากการลดการบริโภค SSBs เช่น การมีสุขภาพดีขึ้น และลดความเสี่ยงจากโรคต่าง ๆ ก็เป็นแรงจูงใจที่สำคัญในการกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มวัยรุ่น ในส่วนของ TASM เป็นเครื่องมือที่ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมผ่านช่องทางออนไลน์ ซึ่งสามารถเข้าถึงกลุ่มวัยรุ่นได้ง่ายและมีประสิทธิภาพในการกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลใน TASM ช่วยส่งเสริมให้กลุ่มวัยรุ่นสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านการดำเนินกิจกรรมออนไลน์ สามารถกระตุ้นความรู้เกี่ยวกับ SSBs และเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเอง (self-efficacy) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดการบริโภค SSBs สำหรับวัยรุ่น (Wang & Chen, 2022)

ผลการศึกษาพบว่า หลังจากการอบรมกลุ่มวัยรุ่นมีการรับรู้ที่ดีขึ้นในทุกมิติของ HBM โดยการเปรียบเทียบการรับรู้ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการบริโภค SSBs มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $z = -2.814, p = 0.005$ ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโครงการที่ใช้ TASM ร่วมกับ HBM มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบจากการบริโภค SSBs ในกลุ่มวัยรุ่น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Orji et al. (2012) ที่พบว่า การใช้ HBM สามารถเพิ่มการรับรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ การใช้เทคโนโลยีในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายผ่านการตลาดเชิงสังคม (TASM) โดยการใช้แอปพลิเคชัน Line ซึ่งเป็นแพลตฟอร์มที่วัยรุ่นคุ้นเคย ช่วยให้กลุ่มวัยรุ่นเข้าถึงกิจกรรมได้ง่าย สนุกสนาน และมีแรงจูงใจสูงจากการมีแคมเปญสะสมคะแนนและของรางวัล ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่มีผลเชิงพฤติกรรมในยุคดิจิทัล ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Li et al. (2024) ที่ศึกษาแคมเปญการตลาดในการใช้สื่อข้อความออนไลน์สามารถส่งเสริมการลดพฤติกรรมบริโภค SSBs ในกลุ่มวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงการศึกษาของ Nollen et al. (2014) และ Brito Beck da Silva et al. (2019) ที่ระบุว่า การใช้แอปพลิเคชันมือถือและสื่อออนไลน์สามารถช่วยลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในกลุ่มวัยรุ่นได้

จากการสำรวจพฤติกรรมบริโภค SSBs หลังการเข้าร่วมโครงการ พบว่า วัยรุ่นทุกคนสามารถลดการบริโภค SSBs ได้ โดยเฉลี่ยบริโภค SSBs 0-5.8 กรัมต่อวัน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด การใช้ HBM และ TASM ส่งผลให้วัยรุ่นสามารถปรับพฤติกรรมได้ตามที่ตั้งใจไว้ ซึ่งตรงกับผลการศึกษาของ Ezike & Da Silva (2023) ที่แสดงว่าแคมเปญการตลาดเชิงสังคมที่ใช้เทคโนโลยีสามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและลดการบริโภค SSBs ในกลุ่มวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การลดการบริโภค SSBs ในกลุ่มวัยรุ่นยังส่งผลลดความเสี่ยงต่อโรคอ้วนและโรคเรื้อรังในวัยรุ่น (Lee et al., 2025) รวมถึงลดอาการเครียด ภาวะซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตาย และความเหงาตามมาด้วย (Lee et al., 2025) ดังนั้นผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการใช้ HBM และ TASM ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและการลดการบริโภค SSBs ในกลุ่มวัยรุ่น

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดของการศึกษาคือ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างเล็ก ซึ่งอาจไม่สามารถสะท้อนถึงพฤติกรรมของวัยรุ่นกลุ่มใหญ่ได้ ดังนั้น การศึกษาต่อเนื่องโดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นและหลากหลายจะช่วยยืนยันผลลัพธ์ของการใช้ HBM ร่วมกับ TASM ในการลดพฤติกรรมการบริโภค SSBs ในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย และสามารถประเมินผลกระทบที่ยั่งยืนจากการใช้แคมเปญออนไลน์ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นได้

### การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำรูปแบบกิจกรรมนี้ไปใช้ในกลุ่มวัยรุ่นทั้งในระดับโรงเรียนและมหาวิทยาลัย เช่น การจัดกิจกรรมในห้องเรียนหรือในกิจกรรมของชมรมสุขภาพ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากการบริโภค SSBs โดยการใช้สื่อออนไลน์
2. สามารถปรับใช้ในชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยเพิ่มช่วงอายุเป้าหมายเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีและมีพฤติกรรมคล้ายกัน
3. สามารถนำรูปแบบการใช้ LINE, TikTok, YouTube และ Facebook เป็นช่องทางหลักในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่น เป็นกลยุทธ์ที่ควรบูรณาการในนโยบายสาธารณสุขระดับท้องถิ่นและประเทศ

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- ควรศึกษาแนวทางการพัฒนาแอปพลิเคชันที่เน้นส่งเสริมและติดตามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง โดยออกแบบให้ใช้งานง่าย มีระบบแจ้งเตือนและให้ความรู้เชิงปฏิบัติ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและสนับสนุนการดูแลสุขภาพด้วยตนเองอย่างยั่งยืน
- ควรมีการติดตามผลระยะยาวเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและให้การสนับสนุนในระยะยาว เพื่อให้การดูแลสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายเกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืน

## References

- กรมอนามัย. (2561). *แนวทางการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ*. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *ยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2560–2564*. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2567). *ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ*. ม.ป.พ. ISBN 978-616-612-099-8 (e-book).
- ณัฐฉา ทองประเสริฐ. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลกับภาวะโภชนาการในนักเรียนระดับมัธยมศึกษา. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 18(3), 45–56.
- นฤมล เกียรติพิพัตน์. (2564). การบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลและปัญหาสุขภาพช่องปากในเด็กวัยเรียน. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 15(1), 25–36.
- พัชรีย์ เจริญสุข. (2560). พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลและภาวะโภชนาการของวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*, 47(1), 78–90.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2564). *รายงานสถานการณ์สุขภาพวัยรุ่นไทย ปี 2564*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2563). *รายงานสรุปผลการดำเนินงานยุทธศาสตร์การส่งเสริมกิจกรรมทางกายและพฤติกรรมสุขภาพ ปี 2562*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2566). *มาตรการหวานน้อย ทางเลือกเพื่อสุขภาพที่ดีขึ้น*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2566). *แนวทางการสื่อสารสุขภาพในยุคดิจิทัลสำหรับวัยรุ่น*. สืบค้นเมื่อ 28 เมษายน 2568 จาก <https://resourcecenter.thaihealth.or.th>
- สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย. (2565). *รายงานการบริโภคน้ำตาลของประชาชนไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *รายงานการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2556*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *รายงานการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักทันตสาธารณสุข. (2561). *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับชาติ ครั้งที่ 8 ปี พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สุธีรา ภู่มงคลศิริ และ นพดล ศรีนวล. (2562). การบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลในเด็กและเยาวชนไทย: แนวโน้มและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(2), 147–158.
- Bleich, S. N., & Vercammen, K. A. (2018). The negative impact of sugar-sweetened beverages on children's health: An update of the literature. *BMC Obesity*, 5(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s40608-018-0188-8>
- Brito Beck da Silva, K., Ortelan, N., Giardini Murta, S., Sartori, I., Couto, R. D., Leovigildo Fiaccone, R., Lima Barreto, M., Jones Bell, M., Barr Taylor, C., & Ribeiro-Silva, R. d. C. (2019). Evaluation of the computer-based intervention program Stayingfit Brazil to

- promote healthy eating habits: The results from a school cluster-randomized controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(1674). <https://doi.org/10.3390/ijerph16101674>
- Calcaterra, V., Cena, H., Magenes, V. C., Vincenti, A., Comola, G., Beretta, A., Di Napoli, I., & Zuccotti, G. (2023). Sugar-Sweetened Beverages and Metabolic Risk in Children and Adolescents with Obesity: A Narrative Review. *Nutrients*, *15*(3), 702. <https://doi.org/10.3390/nu15030702>
- Dono, J., Ettridge, K. A., Wakefield, M., Pettigrew, S., Coveney, J., Roder, D., Durkin, S., Wittert, G., Martin, J., & Miller, C. L. (2021). Intentions to reduce sugar-sweetened beverage consumption: the importance of perceived susceptibility to health risks. *Public health nutrition*, *24*(17), 5663–5672. <https://doi.org/10.1017/S1368980021000239>
- Ezike, C., & Da Silva, K. (2023). Technology-Based Interventions to Reduce Sugar-Sweetened Beverages among Adolescents: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(23), 7101. <https://doi.org/10.3390/ijerph20237101>
- Gustafson, A., Pitts, S.B.J., McQuerry, K., Babtunde, O., Mullins, J. (2019). A Mentor-Led Text-Messaging Intervention Increases Intake of Fruits and Vegetables and Goal Setting for Healthier Dietary Consumption among Rural Adolescents in Kentucky and North Carolina, 2017. *Nutrients*, *11*, 593.
- Huang, Y. C., Chang, Y. H., & Wang, Y. C. (2018). Consumption of sugar-sweetened beverages and risk of acne vulgaris in adolescents in Taiwan. *Nutrients*, *10*(11), 1761. <https://doi.org/10.3390/nu10111761>
- Lee, J., Lee, H., Shim, S. Y., Park, C. G., & Lee, H. (2025). Sugar intake trajectories in adolescents: Evaluating behavioral change with group-based trajectory modeling. *PloS One*, *20*(9), e0333389. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0333389>
- Lee, S. J., Na, Y., & Lee, K. W. (2025). Association Between the Consumption of Sugar-Sweetened Beverages and High-Caffeine Drinks and Self-Reported Mental Health Conditions Among Korean Adolescents. *Nutrients*, *17*(16), 2652. <https://doi.org/10.3390/nu17162652>
- Li, Y., Shen, L., Dillard, J. P., & Li, S. S. (2024). A Content Analysis of Online Messages about Sugar-Sweetened Beverages. *Nutrients*, *16*(7), 1005. <https://doi.org/10.3390/nu16071005>
- Luger, M., Lafontan, M., Bes-Rastrollo, M., Winzer, E., Yumuk, V., & Farpour-Lambert, N. J. (2018). Sugar-sweetened beverages and weight gain in children and adults: A systematic review from 2013 to 2015 and a comparison with previous studies. *Obesity Facts*, *10*(6), 674–693. <https://doi.org/10.1159/000484566>

- Nollen, N. L., Mayo, M. S., Carlson, S. E., Rapoff, M. A., Goggin, K. J., & Ellerbeck, E. F. (2014). Mobile technology for obesity prevention: A randomized pilot study in racial- and ethnic-minority girls. *American Journal of Preventive Medicine, 46*(4), 404–408. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.12.016>
- O’Neil, C. E., Nicklas, T. A., & Fulgoni, V. L. (2018). Food sources of added sugars in the diets of US children and adolescents: National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2009–2014. *Nutrients, 10*(8), 1026.
- Orji, R., Vassileva, J., & Mandryk, R. (2012). Towards an effective health interventions design: An extension of the health belief model. *Online Journal of Public Health Informatics, 4*(3).
- Pan, A., & Hu, F. B. (2011). Effects of carbohydrates on satiety: Differences between liquid and solid food. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care, 14*(4), 385–390. <https://doi.org/10.1097/MCO.0b013e328347910f>
- Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., ... & Viner, R. M. (2016). Our future: A Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet, 387*(10036), 2423–2478. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00579-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00579-1)
- Philipsborn, P., Stratil, J.M., Burns, J., Busert, L.K., Pfadenhauer, L.M., Polus, S., Holzapfel, C., Hauner, H., Rehfuss, E. (2019). Environmental interventions to reduce the consumption of sugar-sweetened beverages and their effects on health. *Cochrane Database Syst. Rev., 6*: CD012292. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012292.pub2>
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly, 15*(2), 175–183.
- Reid, A., You, W., Markwalter, T., Porter, K., Brock, D., Chow, P., et al. (2025). Maintenance of sugar-sweetened beverage behaviors among adolescents and their caregivers: A cluster randomized controlled trial. *Preventing Chronic Disease, 22*, 240520. <https://doi.org/10.5888/pcd22.240520>
- Singh, G. M., Micha, R., Khatibzadeh, S., Lim, S., Andrews, K. G., Engell, R. E., ... & Mozaffarian, D. (2015). Global, regional, and national consumption of sugar-sweetened beverages, fruit juices, and milk: A systematic assessment of beverage intake in 187 countries. *PLOS ONE, 10*(8), e0124845.
- Smith, J.J., Morgan, P.J., Plotnikoff, R.C., Dally, K.A., Salmon, J., Okely, A.D., Finn, T.L., Lubans, D.R. (2014). Smart-Phone Obesity Prevention Trial for Adolescent Boys in Low-Income Communities: The ATLAS RCT. *Pediatrics, 134*, e723–e731.
- Smit, C.R.; de Leeuw, R.N.; E Bevelander, K.; Burk, W.J.; Buijs, L.; van Woudenberg, T.J.; Buijzen, M. (2021). Promoting water consumption among children: A three-arm

cluster randomized controlled trial testing a social network intervention. *Public Health Nutr.*, 24, 2324–2336.

UNICEF. (2011). *The State of the World's Children 2011: Adolescence – An Age of Opportunity*. UNICEF.

Wang, C.-W., & Chen, D.-R. (2022). Associations of sugar-sweetened beverage knowledge, self-efficacy, and perceived benefits and barriers with sugar-sweetened beverage consumption in adolescents: A structural equation modeling approach. *Appetite*, 168, 105663. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105663>

World Health Organization. (2017). *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): Guidance to support country implementation*. WHO.

World Health Organization. (2018). *Healthy diet*. Retrieved on 28 August 2025 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยการติดอาวุธทางปัญญา  
ในการผลิตผลงานวิชาการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดขอนแก่น  
Develop The Potential of Village Health Volunteers (VHVs) by Armed with  
Intellectual Weapons to Produce Academic Work to Solve Health Problems  
in Urban Areas, Khon Kaen Province

ถาวร สีดาเหลือง<sup>1</sup>, เรียมวรินทร์ พุทธกัลญา<sup>1</sup>, รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง<sup>2\*</sup>, ปราณี แสดคง<sup>2\*</sup>  
Thaworn Seedalang<sup>1</sup>, Riamwarin Phutthakanlaya<sup>1</sup>, Ratdawan Klungklang<sup>2\*</sup>, Pranee Saedkong<sup>2\*</sup>

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น<sup>1</sup>, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น  
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก<sup>2\*</sup>

Social Medicine Group, Khon Kaen Hospital<sup>1</sup>, Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen,  
Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute<sup>2\*</sup>

(Received: October 17, 2025, Revised: November 15, 2025, Accepted: December 26, 2025)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ เพื่อศึกษาสถานการณ์การพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านการผลิตผลงานวิชาการ แก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ พัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพ อสม. และประเมินผลของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านการผลิตผลงานวิชาการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ดำเนินการวิจัยระหว่าง ธันวาคม 2567 – มิถุนายน 2568 กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด 10 คน เครื่องมือในการวิจัย เป็นแบบสอบถามสมรรถนะการผลิตผลงานวิชาการของ อสม. ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .84 และแนวทางการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค ความต้องการผลิตผลงานวิชาการ ได้ค่า IOC=.84 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสนทนากลุ่ม การสังเกต และการใช้แบบสอบถาม ดำเนินการวิจัย 3 วงรอบ คือ 1) ศึกษาสถานการณ์การพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านการผลิตผลงานวิชาการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ 2) นำรูปแบบการพัฒนาศักยภาพ อสม. ที่ปรับปรุงแล้วไปใช้ 3) ประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบฯ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า 1) สถานการณ์การพัฒนาศักยภาพ อสม. พบว่า ความสามารถในการผลิตผลงานวิชาการในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$ =2.58, SD=0.46) อสม. ขาดความเชี่ยวชาญหรือความมั่นใจในกระบวนการวิจัยเชิงลึก 2) รูปแบบการพัฒนาศักยภาพ อสม. ได้แก่ (1) กำหนดนโยบายจากผู้บังคับบัญชา (2) เตรียมความพร้อม (3) ลงมือปฏิบัติ (4) เผยแพร่ผลงาน (5) เสริมแรงทางบวก 3) ประสิทธิภาพของรูปแบบ พบว่า ก่อนพัฒนา อสม. มีค่าเฉลี่ยสมรรถนะระดับปานกลาง ( $\bar{X}$ =2.89, SD=0.51) หลังพัฒนา อสม. มีค่าเฉลี่ยสมรรถนะระดับมาก ( $\bar{X}$  = 3.77, SD = 0.53) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $Z$  = -2.701,  $p$  = .003) แสดงให้เห็นว่า การเข้าร่วมกิจกรรมสามารถส่งเสริมสมรรถนะการผลิตผลงานวิชาการของ อสม. ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** การพัฒนาศักยภาพ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), อาวุธทางปัญญา, ผลิตผลงานวิชาการ

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: Ratdawan Klungklang, Email:Ratdawan.k@bcnkk.ac.th)

## Abstract

This action research aimed to study the situation of VHV capacity development in producing academic works to address local health problems, develop a VHV capacity development model, and evaluate the effectiveness of the model. The research was conducted between December 2024 and June 2025. Ten VHVs were purposively selected based on the specified qualifications. The research instrument used was a VHV academic production competency questionnaire, which yielded a Cronbach's alpha coefficient of .84, and a focus group discussion on the problems, obstacles, and needs for producing academic works, which yielded an IOC of .84. Data was collected using focus group discussions, observation, and questionnaires. The research conducted three cycles: 1) study the situation of VHV capacity development in producing academic works to address local health problems; 2) implement the modified VHV capacity development model; and 3) evaluate the effectiveness of the model. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The research results found that 1) the situation of developing the potential of Village Health Volunteers (VHVs) showed that their ability to produce academic work was at a moderate level ( $\bar{x}$ =2.58, SD=0.46). VHVs lacked expertise or confidence in the in-depth research process. 2) The model for developing the potential of VHVs included (1) setting policies from superiors, (2) preparing, (3) putting into practice, (4) disseminating results, and (5) positive reinforcement. 3) The effectiveness of the model was found that before development, VHVs had a moderate level of competence ( $\bar{x}$ =2.89, SD=0.51). After development, VHVs had a high level of competence ( $\bar{x}$ =3.77, SD=0.53), which was statistically significant at the 0.05 level ( $Z$ =-2.701,  $p$ =.003). This shows that participation in the activity can effectively promote the competence of VHVs in producing academic work.

**Keywords:** potential development, village health volunteers (VHVs), intellectual tools, produce academic work

## บทนำ

การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรและความเจริญก้าวหน้าของโลก ส่งผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบต่อสุขภาพ ระบบสุขภาพของโลกจึงเกิดปัญหาโรคและภัยสุขภาพที่ส่งผลต่อประชาชนทั้งการระบาดของโรคติดต่อ การเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ โรคติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โรคไม่ติดต่อ ภาวะโภชนาการ อนามัยแม่และเด็ก อาชีวอนามัย และการประกันสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) รวมทั้งโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน อัตราโรคอ้วนที่เพิ่มขึ้น และการไม่ออกกำลังกาย ไปจนถึงผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ระบบการดูแลสุขภาพเบื้องต้นที่อ่อนแอ (World Health Organization, 2019) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการปัญหาสุขภาพในเขตเมือง มีความซับซ้อน อีกทั้งระบบบริการสุขภาพอาจไม่สามารถเข้าถึงชุมชนในระดับย่อยได้อย่างครอบคลุม

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560-2579 หนึ่งในนั้นคือ บุคลากรสาธารณสุขต้องมีความเป็นเลิศ (People Excellence) เน้นการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพให้ เป็นมืออาชีพ โดยการพัฒนาสร้างสรรคสิ่งใหม่ นวัตกรรมมาใช้ในการบริการสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มโครงการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2520 จนถึงปัจจุบัน ซึ่ง อสม. มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนและควบคุมป้องกันโรคให้กับประชาชนในพื้นที่ อสม. จึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการเข้าถึงพื้นที่ เนื่องจากเป็นบุคคลที่ประชาชนในชุมชนรู้จักคุ้นเคย เกิดความเชื่อถือและไว้วางใจ ในเรื่องสุขภาพขั้นพื้นฐาน อสม. เปรียบเสมือนสะพานเชื่อมต่อที่คอยส่งข่าวสารจากหน่วยงานสาธารณสุขลงสู่ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ การเพิ่มบทบาทของ อสม. ในการลดโรคและปัญหาสุขภาพ ส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ และสามารถลดความแออัดของโรงพยาบาล ลดการพึ่งพาโรงพยาบาลได้ และยังเป็นการลดรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลของประชาชนที่ไม่จำเป็น (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562) ปัจจุบันมี อสม. ทั้งสิ้น 1,040,000 คน ซึ่งมีความครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดย อสม. 1 คน มีหน้าที่ดูแลประชากร 15 หลังคาเรือน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562) และอสม. ทุกคนต้องผ่านการฝึกอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ก่อนทำหน้าที่ถ่ายทอดองค์ความรู้ กระตุ้นเตือน และส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่ ดังนั้น อสม. จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการเชื่อมต่อช่องว่างการเข้าถึงทางสาธารณสุข

จากที่สำรวจข้อมูลเบื้องต้นของ อสม. ในเขตรับผิดชอบของศูนย์แพทย์วัดหนองแวงพระอารามหลวง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่นเกี่ยวกับการผลิตผลงานวิชาการของ อสม. พบว่า อสม. มีศักยภาพในการร่วมดำเนินการแก้ไขหรือส่งเสริมสุขภาพคนในชุมชนของตนเองได้ แต่อยู่ภายใต้การควบคุมและชี้แนะของบุคลากรภาครัฐ ถึงแม้ว่า อสม. ในพื้นที่ศึกษาจะมีศักยภาพในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและควบคุมโรคในระดับชุมชนเป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามในด้านการผลิตผลงานวิชาการ เช่น การจัดทำรายงานเชิงวิชาการ การเขียนบทเรียนรู้จากการปฏิบัติงาน การถอดบทเรียนปัญหาสุขภาพ หรือการนำเสนอผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ พบว่า อสม. ส่วนใหญ่ยังมีศักยภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยใช้ความรู้และประสบการณ์จากการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ แต่ยังขาดทักษะในการเรียบเรียง วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลให้เป็นผลงานวิชาการที่มีรูปแบบและมาตรฐานทางวิชาการที่ชัดเจน

จากการทบทวนบริบทของพื้นที่และการดำเนินงานที่ผ่านมา พบปัญหาสำคัญเกี่ยวกับการผลิตผลงานวิชาการของ อสม. ได้แก่ (1) ความจำเป็นในการพัฒนาความรู้และทักษะการทำงานเชิงระบบและทักษะสำคัญเพื่อยกระดับคุณภาพการทำงาน เช่น ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ รวมถึงทักษะการสื่อสารและทักษะเฉพาะด้าน สะท้อนถึงช่องว่างด้านสมรรถนะที่ยังต้องออกแบบการพัฒนาอย่างจริงจัง (วิเชียร เทียนจารูวัฒนา, กิตติพร เนาวิสุวรรณ และสายสมร วชิระประพันธ์, 2564) (2) ข้อจำกัดด้านการ

สนับสนุนและระบบเอื้อต่อการปฏิบัติงาน เช่น งบประมาณและการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้การทำงานเชิงคุณภาพและต่อยอดองค์ความรู้ทำได้ไม่เต็มศักยภาพ (รัชนิ หนูนาม และปรานค์ มณี เดชคุ้ม, 2562) และ (3) ภาระงานมากและข้อจำกัดด้านเวลา ซึ่งเป็นประเด็นร่วมที่พบในกลุ่มอาสาสมัคร/บุคลากรสุขภาพชุมชนในหลายบริบท ทำให้การพัฒนางานเชิงวิชาการที่ต้องใช้เวลาเก็บข้อมูล วิเคราะห์ และเรียบเรียงเป็นระบบทำได้ยาก (Astale, Abebe & Mitike, 2023) อีกทั้ง อสม. ยังมีข้อจำกัดด้านการฝึกอบรมที่ส่งผลต่อการขยายบทบาทและพัฒนาศักยภาพให้ทำงานที่ซับซ้อนมากขึ้น ดังนั้น หากขาดรูปแบบหรือแนวทางที่ชัดเจนในการพัฒนา อสม. ให้สามารถสังเคราะห์ประสบการณ์จากการปฏิบัติงานจริงไปสู่ผลงานวิชาการได้อย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้ความรู้และประสบการณ์ที่มีคุณค่าในชุมชนไม่ถูกถ่ายทอดหรือนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มศักยภาพของ อสม. (วิเชียร เทียนจารูวัฒนา และคณะ, 2564)

ผู้วิจัยต้องการพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านการผลิตผลงานวิชาการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ สร้างและพัฒนารูปแบบเชิงกระบวนการที่สามารถเสริมสร้างความรู้ ทักษะ ทศนคติ และความเชื่อมั่นของ อสม. ให้สามารถผลิตผลงานวิชาการจากการปฏิบัติงานจริงในบริบทของชุมชนได้อย่างเป็นระบบและยั่งยืน โดยใช้แนวคิดเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) เป็นกรอบแนวคิดหลักในการกระบวนการพัฒนา โดยบูรณาการขั้นตอนการรู้จักตนเองและการค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดและการวิพากษ์อย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อเสริมสร้างศักยภาพ อสม. ให้สามารถควบคุม เรียนรู้ และพัฒนาการผลิตผลงานวิชาการจากการทำงานจริงในพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งรูปแบบการพัฒนายังส่งผลให้ อสม. สามารถคิดวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพในพื้นที่อย่างเป็นระบบ สามารถถอดบทเรียนจากการปฏิบัติงานจริง นำไปสู่การผลิตผลงานวิชาการที่สะท้อนปัญหาและแนวทางแก้ไขที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน อีกทั้งยังช่วยเสริมสร้างความภาคภูมิใจในบทบาทของ อสม. เพิ่มแรงจูงใจในการทำงาน และส่งผลต่อประชาชนในพื้นที่ที่ได้รับการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ตรงประเด็น มีคุณภาพ และยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

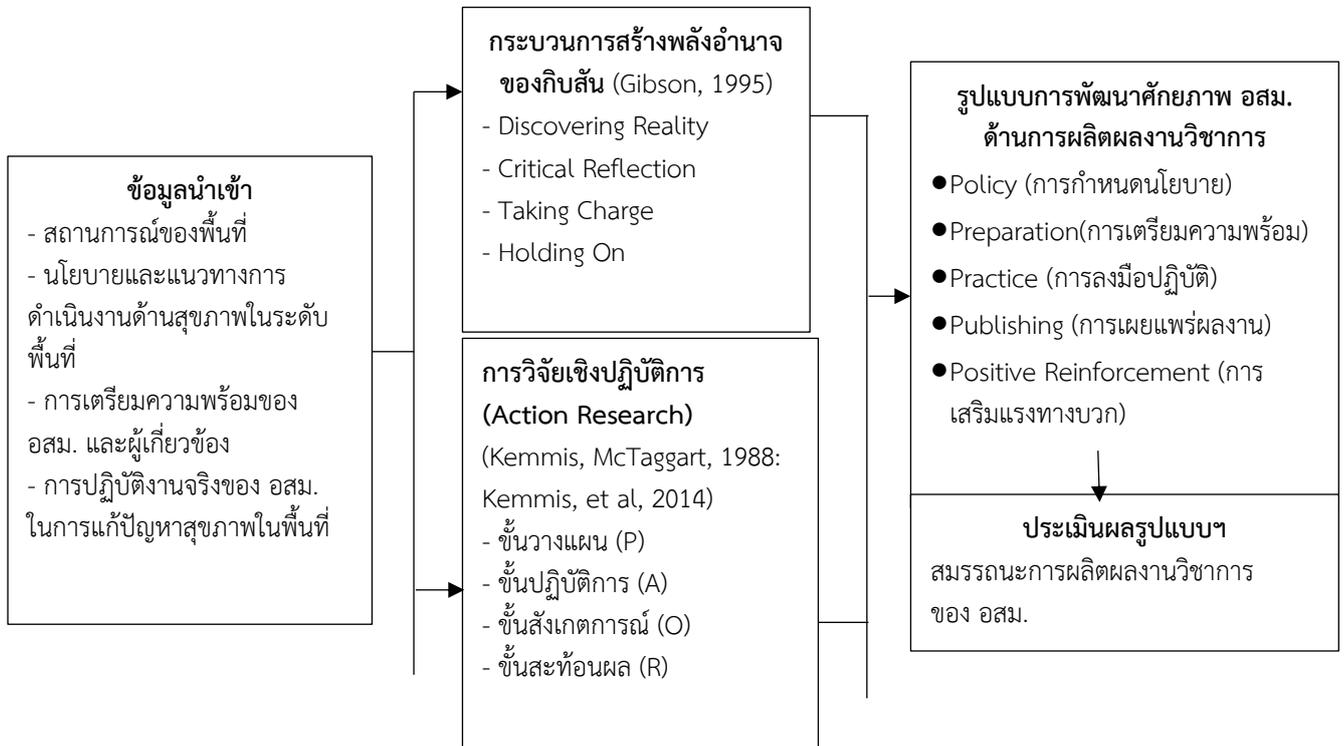
### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านการผลิตผลงานวิชาการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่
2. เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านการผลิตผลงานวิชาการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่
3. เพื่อประเมินผลของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านการผลิตผลงานวิชาการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดกระบวนการสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) เป็นกรอบแนวคิดหลักในการออกแบบรูปแบบการพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยเชื่อว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการทางสังคมที่ช่วยให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีความสามารถ และสามารถควบคุมการดำเนินชีวิตและการปฏิบัติงานของตนเองได้ ซึ่งแนวคิดดังกล่าวมีกระบวนการสำคัญ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การรู้จักตนเองและการค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering Reality) 2) การสะท้อนคิดและการวิจารณ์ (Critical Reflection) 3) การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติที่ถูกต้อง (Taking Charge) และ 4) การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม (Holding On) เป็นแนวคิดนี้ถูกนำมาใช้เป็นหลักในการออกแบบกิจกรรม กระบวนการ และวิธีการพัฒนา

อสม. ในรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของ Kemmis, McTaggart (1988) และ Kemmis, McTaggart, Nixon (2014) เป็นกรอบในการดำเนินกระบวนการวิจัยมี 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นวางแผน (Planning: P) 2) ขั้นปฏิบัติการ (Action: A) 3) ขั้นสังเกตการณ์ (Observation: O) และ 4) ขั้นสะท้อนผล (Reflection: R) กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการทำหน้าที่เป็น กลไกในการพัฒนา ทดลอง ปรับปรุง และยืนยันความเหมาะสมของรูปแบบอย่างต่อเนื่อง ดังรูปภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

**ระเบียบวิธีวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) และ Kemmis et al. (2014) โดยมุ่งพัฒนาและประเมินรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้านการผลิตผลงานวิชาการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ การพัฒนารูปแบบดังกล่าวใช้แนวคิดกระบวนการสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) เป็นกรอบแนวคิดหลักในการออกแบบเนื้อหา กิจกรรม และกระบวนการเรียนรู้ภายในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ 1) ขั้นวางแผน (Planning: P) 2) ขั้นปฏิบัติการ (Action: A) 3) ขั้นสังเกตการณ์ (Observation: O) และ 4) ขั้นสะท้อนผล (Reflection: R)

พื้นที่ทำการวิจัย คือ เขตรับผิดชอบของศูนย์แพทย์วัดหนองแขวงพระอารามหลวง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร ได้แก่ อสม. ที่ปฏิบัติงานในเขตรับผิดชอบของศูนย์แพทย์วัดหนองแขวงพระอารามหลวง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม สังกัดโรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 50 คน (ข้อมูล ณ ปี พ.ศ. 2566)

กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. 10 คน ที่ปฏิบัติงานในเขตรับผิดชอบของศูนย์แพทย์วัดหนองแขวงพระอารามหลวง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งมุ่งเน้นการมีส่วนร่วม การเรียนรู้เชิงกระบวนการ และการพัฒนารูปแบบจากการปฏิบัติจริง เกณฑ์การคัดเลือกเข้าดังนี้ 1) สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 ขึ้นไป 2) มีทักษะด้านคอมพิวเตอร์พื้นฐานและสามารถใช้โปรแกรมที่จำเป็นต่อการผลิตผลงานวิชาการได้ 3) มีความมุ่งมั่นและตั้งใจที่จะพัฒนาตนเองและผลิตผลงานวิชาการให้สำเร็จ 4) มีความสามารถในการสื่อสารและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับผู้อื่น 5) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยและประชุมเชิงปฏิบัติการได้ครบทุกครั้ง สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตลอดกระบวนการ

กลุ่มตัวอย่าง 10 คน ถือว่าเพียงพอและมีความเหมาะสมสำหรับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งเน้นความลึกของกระบวนการเรียนรู้ การมีส่วนร่วม และการเปลี่ยนแปลงเชิงคุณภาพมากกว่าการเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมด ผู้ร่วมวิจัยมีบทบาทสำคัญในการสะท้อนคิด ทดลอง ปรับปรุง และพัฒนาการปฏิบัติงานจริงอย่างต่อเนื่อง การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้มุ่งอ้างอิงผลไปแทนประชากรทั้งหมด แต่มุ่งพัฒนากระบวนการและรูปแบบจากการเรียนรู้เชิงลึกของผู้ร่วมวิจัยในบริบทจริง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือสำหรับรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้านการผลิตผลงานวิชาการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ได้แก่ 1) แบบสอบถามสมรรถนะการผลิตผลงานวิชาการของ อสม. ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามจากงานวิจัยการวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย ของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานีของวิโรจน์ เชมรัมย์ (2559) คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของ อสม. ส่วนที่ 2 สมรรถนะการผลิตผลงานวิชาการของ อสม. 6 ด้าน ได้แก่ ความสามารถในการผลิตผลงานวิชาการ 9 ข้อ ลักษณะนิสัยที่เอื้อต่อการผลิตผลงานวิชาการ 7 ข้อ เจตคติต่อการผลิตผลงานวิชาการ 4 ข้อ แรงจูงใจต่อการผลิตผลงานวิชาการ 5 ข้อ การเห็นคุณค่าต่อการผลิตผลงานวิชาการ 6 ข้อ ความสามารถในการนำผลงานวิชาการไปใช้ 9 ข้อ รวมทั้งสิ้น 40 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง มีสมรรถนะอยู่ในระดับน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง มีสมรรถนะอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง มีสมรรถนะอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง มีสมรรถนะอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง มีสมรรถนะอยู่ในระดับมากที่สุด 3) แนวคำถามการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค ความต้องการผลิตผลงานวิชาการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ และความสำเร็จของ ด้านการผลิตผลงานวิชาการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ 4) แบบบันทึกผลงานวิชาการที่สำเร็จ (จำนวนผลงาน คุณภาพ และการนำเสนอ/เผยแพร่) 5) แบบบันทึกการสังเกต

2. เครื่องมือสำหรับประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ คือ แบบสอบถามสมรรถนะการผลิตผลงานวิชาการของ อสม.

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์ด้านสาธารณสุข 2 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 คน ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัยและตัวแปรที่ต้องการศึกษา (1) แนวคำถามการสนทนากลุ่มและแบบบันทึกผลงานวิชาการที่สำเร็จ ได้

ค่า IOC = 0.84 และได้นำไปทดลองใช้ พบว่า อสม. มีความเข้าใจในข้อคำถาม สามารถตอบคำถามได้ตรงประเด็นและครบถ้วน (2) แบบสอบถามสมรรถนะการผลิตผลงานวิชาการของ อสม. ได้ค่า IOC 0.67–1.00 ซึ่งถือว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2. การทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามสมรรถนะการผลิตผลงานวิชาการของ อสม. ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้กับ อสม. ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 คน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยดำเนินการ 3 วงรอบ วงรอบที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านการผลิตผลงานวิชาการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ วงรอบที่ 2 นำรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) โดยการติดต่อทางปัญญาในการผลิตผลงานวิชาการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดขอนแก่นที่ปรับปรุงแล้วไปใช้ และวงรอบที่ 3 ประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบโดยการใช้สอบถามและสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพ อสม. ที่ปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง การเก็บข้อมูลใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis, McTaggart (1988), Nixon (2014) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ดำเนินการ 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ขั้นวางแผน (Planning: P) 2) ขั้นปฏิบัติการ (Action: A) 3) ขั้นสังเกตการณ์ (Observation: O) และ 4) ขั้นสะท้อนผล (Reflection: R) ดังนี้

**ขั้นวางแผน (Planning: P)** ผู้วิจัยประชุมวางแผนการทำงานร่วมกับทีมศูนย์แพทย์วัดหนองแวง พระอารามหลวง ดังนี้ 1) สถานการณ์การพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านการผลิตผลงานวิชาการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ก่อนเข้าร่วมการพัฒนา 1) การศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามสมรรถนะการผลิตผลงานวิชาการของ อสม. 2) การศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม โดยไขแนวคำถามการสนทนากลุ่ม ปัญหาอุปสรรค ความต้องการผลิตผลงานวิชาการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ แล้วนำผลการศึกษาไปเชื่อมโยงกับรูปแบบพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยการติดต่อทางปัญญาในการผลิตผลงานวิชาการที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อนำไปเสนอผู้ร่วมวิจัยในการวางแผนดำเนินกิจกรรมร่วมกัน

**ขั้นปฏิบัติการ (Action: A)** โดยผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยการติดต่อทางปัญญาในการผลิตผลงานวิชาการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จำนวน 5 ครั้ง ณ ศูนย์แพทย์วัดหนองแวงพระอารามหลวง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น รายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 มีกิจกรรมสนทนากลุ่มความปัญหาและความต้องการในการผลิตผลงานวิชาการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การผลิตผลงานวิชาการ บรรยายการกำหนดหัวข้องานวิจัย และการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลที่นำเชื่อถือ เข้ากลุ่มฝึกเขียนผลงานโดยมีนักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพและอาจารย์พยาบาลเป็นที่เลี้ยง เข้ากลุ่มสรุปผลการเรียนรู้ครั้งที่ 1

ครั้งที่ 2 มีกิจกรรมสนทนากลุ่ม นำเสนอหัวข้องานวิจัยและข้อมูลสนับสนุน บรรยาย ระเบียบวิธีการวิจัย การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง การสร้างเครื่องมือ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ขั้นตอนการทำ CQI เข้ากลุ่มฝึกเขียนผลงาน นำเสนอความก้าวหน้าของผลงาน เข้ากลุ่มสรุปผลการเรียนรู้ครั้งที่ 2

ครั้งที่ 3 มีกิจกรรมสนทนากลุ่ม นำเสนอความก้าวหน้าของผลงาน บรรยาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การบันทึกข้อมูล ขั้นตอนการดำเนินงานตามกระบวนการ PDCA ในวงรอบที่ 1 เข้ากลุ่มฝึกเขียนผลงาน นำเสนอความก้าวหน้าของผลงาน และเข้ากลุ่มสรุปผลการเรียนรู้ครั้งที่ 3

ครั้งที่ 4 มีกิจกรรมสนทนากลุ่ม นำเสนอความก้าวหน้าของผลงาน บรรยาย การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูล ขั้นตอนการดำเนินงานตามกระบวนการ PDCA ในวงรอบที่ 2 เข้ากลุ่มฝึกเขียนผลงาน นำเสนอความก้าวหน้าของผลงาน และเข้ากลุ่มสรุปผลการเรียนรู้ครั้งที่ 4

ครั้งที่ 5 มีกิจกรรมสนทนากลุ่ม นำเสนอความก้าวหน้าของผลงาน บรรยาย การอภิปรายผล และการนำเสนอผลงาน ขั้นตอนการดำเนินงานตามกระบวนการ PDCA ในวงรอบที่ 3 เข้ากลุ่มฝึกเขียนผลงาน นำเสนอผลงานด้วยวาจา (Oral Presentation) เข้ากลุ่มสรุปผลการเรียนรู้ครั้งที่ 5 สนทนากลุ่ม ถอดบทเรียน ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการผลิตผลงานวิชาการ

**ขั้นสังเกตการณ์ (Observation: O)** ระหว่างการประชุมเชิงปฏิบัติการทั้ง 5 ครั้ง ผู้วิจัยได้สังเกตการณ์กระบวนการที่ดำเนินการของ อสม. ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม

**ขั้นสะท้อนผล (Reflection: R)** เป็นการสนทนากลุ่มกับผู้ร่วมวิจัยเพื่อทบทวนวิธีการปฏิบัติในแต่ละกิจกรรม และร่วมกันแสดงความคิดเห็นปัญหาอุปสรรค ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงกิจกรรม โดยผู้วิจัยสรุปการปรับปรุงแก้ไขกิจกรรมเพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยเห็นชอบร่วมกัน ผู้วิจัยวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคการพัฒนา รวมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่อีกครั้ง ก่อนสะท้อนกลับข้อมูล โดยอาศัยกระบวนการกลุ่มและประเมินผลโดยใช้แบบสอบถาม การนำเสนอข้อมูล และผลงานที่เกิดขึ้น เพื่อนำมาสรุปเป็นรูปแบบ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

### จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีขอนแก่น เลขที่ PPHOREC/2568 ลงวันที่ 11 พฤศจิกายน 2567

### ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านการผลิตผลงานวิชาการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.58$ ,  $SD = 0.46$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า 1) ความสามารถในการผลิตผลงานวิชาการ อสม. มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.58$ ,  $SD = 0.46$ ) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ มีความสามารถวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดปัญหาสุขภาพ ( $\bar{X} = 2.90$ ,  $SD = 0.79$ ) มีความสามารถสร้างหรือนำเครื่องมือมาใช้ในการแก้ปัญหาได้ ( $\bar{X} = 2.90$ ,  $SD = 0.63$ ) ทั้งสองข้ออยู่ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตาม ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ มีความสามารถในการกำหนดปัญหาสุขภาพโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ( $\bar{X} = 2.40$ ,  $SD = 0.48$ ) มีความสามารถในการสืบค้นเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ( $\bar{X} = 2.50$ ,  $SD = 0.52$ ) มีความสามารถในการออกแบบงานวิจัย ( $\bar{X} = 2.50$ ,  $SD = 0.52$ ) ซึ่งอยู่ในระดับน้อย 2) ลักษณะนิสัยที่เอื้อต่อการผลิตผลงานวิชาการ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.14$ ,  $SD = 0.43$ ) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ มีความรับผิดชอบ ( $\bar{X} = 3.50$ ,  $SD = 0.98$ ) อยู่ในระดับมาก ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ มีกระบวนการคิดและทำงานอย่างเป็นระบบ ( $\bar{X} = 2.80$ ,  $SD = 0.56$ ) มีความมั่นใจทางวิชาการมากขึ้น ( $\bar{X} = 2.80$ ,  $SD = 0.58$ ) อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ 3) เจตคติต่อการผลิตผลงาน

วิชาการ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.10, SD = 0.79$ ) โดยเฉพาะข้อเชื่อว่าผลงานวิชาการสามารถแก้ปัญหาสุขภาพคนในชุมชนได้” ( $\bar{x} = 3.20, SD = 0.85$ ) เชื่อว่าผลงานวิชาการสามารถพัฒนาทักษะทางวิชาการได้” ( $\bar{X} = 3.20, SD = 0.84$ ) อย่างไรก็ตาม เจตคติในข้อเชื่อว่าผลงานวิชาการช่วยให้ท่านมีความก้าวหน้าในงานได้ และเชื่อว่าผลงานวิชาการสามารถพัฒนางานสาธารณสุขได้ มีค่าเฉลี่ย 2.80 ซึ่งแสดงถึงความเข้าใจที่ยังจำกัดในบทบาทของผลงานวิชาการต่อความก้าวหน้าในสายอาชีพ 4) แรงจูงใจต่อการผลิตผลงานวิชาการ มีค่าเฉลี่ยรวมในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.84, SD = 0.81$ ) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการมีผลงานวิชาการทำให้ท่านได้รับการยอมรับมากขึ้น ( $\bar{X} = 3.20, SD = 0.98$ ) รู้สึกภาคภูมิใจเมื่อผลงานวิชาการได้เผยแพร่ ( $\bar{X} = 3.10, SD = 0.95$ ) ข้อการมีผลงานวิชาการทำให้ท่านเปิดโลกทัศน์ทางวิชาการ ( $\bar{X} = 2.70$ ) มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 5) การเห็นคุณค่าต่อการผลิตผลงานวิชาการ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.88, SD = 0.71$ ) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ผลงานวิชาการจะนำไปสู่การแก้ปัญหาหน้างานได้ ( $\bar{X} = 3.10, SD = 0.84$ ) ข้อผลงานวิชาการที่ผลิตขึ้นทำให้มีความเชี่ยวชาญในสาขาเฉพาะได้มากขึ้น มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ( $\bar{X} = 2.80$ ) 6) ความสามารถในการนำผลงานวิชาการไปใช้อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.83, SD = 0.90$ ) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ สามารถนำผลงานวิชาการไปส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรค/ฟื้นฟูเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพคนในชุมชน ( $\bar{X} = 3.10, SD = 0.95$ ) ข้อสามารถนำผลงานวิชาการไปจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพในชุมชนได้ และสามารถวางแผนดำเนินงานพัฒนาสุขภาพปีต่อไปได้ ( $\bar{X} = 2.80$ ) ยังอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ 7) ด้านความสามารถในการนำเสนอผลงานวิชาการ มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.78, SD = 0.59$ ) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือสามารถใช้เทคโนโลยีเพื่อนำเสนอผลงานวิชาการได้อย่างมั่นใจ ( $\bar{x} = 2.80, SD = 0.68$ ) และสามารถพูดนำเสนอได้อย่างกระชับ ตรงประเด็น ( $\bar{X} = 2.80, SD = 0.48$ ) แต่ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพสถานการณ์การผลิตผลงานวิชาการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนเกี่ยวกับสถานการณ์การผลิตผลงานวิชาการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) 6 ลักษณะ ดังนี้

1) ปัญหาในการผลิตผลงานวิชาการ ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนปัญหาในการผลิตผลงานวิชาการ โดยปัญหาในการผลิตผลงานวิชาการมาจากการทำงานส่วนใหญ่เป็นการทำงานที่เป็นเชิงปฏิบัติ ใช้ความรู้ทางวิชาการค่อนข้างน้อย รวมทั้งมีความไม่กล้าในการนำเสนอผลงาน ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา “อสม. จะเป็นในเชิงปฏิบัติ ถ้างานในเชิงวิชาการ ก็คือ ในส่วน 100% เราจะมีแค่ 5 %” (ผู้ให้ข้อมูล 1) “อสม. จะมีความชำนาญในเชิงปฏิบัติมากกว่า งานวิชาการงานนำเสนอเราจะมีน้อย นอกจากมีความรู้่น้อยคือความไม่กล้าด้วย...ให้เรารอกทำงานเกิน 100 (ผู้ให้ข้อมูล 2) “การทำงานจะเป็นภาคปฏิบัติมากกว่า ถ้าเป็นวิชาการจะมีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่มากกว่า...” (ผู้ให้ข้อมูล 3)

2) ความจำเป็นในการมีความรู้ทางวิชาการ ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนว่า การมีทักษะทางวิชาการ และความรู้ทางวิชาการเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) เนื่องจากการที่มีการอบรมให้ความรู้ จะทำให้มีความรู้ที่ถูกต้องในการสื่อสารข้อมูลกับประชาชน ดังคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา “ความรู้ทางวิชาการจำเป็นมาก คือ เราสามารถสื่อสารอะไรกับประชาชนด้วยความรู้ที่ถูกต้องได้” (ผู้ให้ข้อมูล 4) “ควรจะมีความรู้ทางวิชาการ เพราะ อสม. จะเอาความรู้หรือว่าข้อมูลต่างๆ มาเผยแพร่ให้กับคนในชุมชน ข้อมูลบางอย่าง ถ้าเรารู้มาแบบผิดๆเอาไปเสนอ มันก็ผิด มันก็จะเป็นการสื่อสารที่มีความผิดพลาด เพราะมันเป็นเรื่องสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพของคน ก็จะได้มาเผยแพร่ความรู้ให้ถูกต้อง” (ผู้ให้ข้อมูล 5) “บทบาท

ทางวิชาการ การอบรมก็จะมีอยู่บ้าง อาจจะเป็นวิชาการที่ความรู้ไม่ค่อยเต็มค่ะ ยังต้องเพิ่มเติมความรู้เรื่อยๆ...” (ผู้ให้ข้อมูล 6)

3) ศักยภาพทางวิชาการ ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพและบทบาททางวิชาการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) โดยสะท้อนให้เห็นว่ามีศักยภาพและบทบาททางวิชาการน้อย มีความรู้ทางวิชาการน้อย ข้อมูลและความรู้ส่วนใหญ่ได้มาจากการสืบค้นทางอินเทอร์เน็ต มีการจัดอบรมให้จากบุคคลากรสาธารณสุขศูนย์แพทย์วัดหนองแขวงพระอารามหลวงโรงพยาบาลขอนแก่น “ความรู้ทางวิชาการมีน้อย บางครั้งหอบไม่ได้ให้ความรู้วิชาการ เราก็ต้องศึกษาไปเอง...หาใน Google เพื่อเอาความรู้ไปใช้ดูแลผู้ป่วย” (ผู้ให้ข้อมูล 7) “ถ้าเราออกพื้นที่ คนไข้ถาม ตอบได้บ้างไม่ได้บ้าง อันไหนที่ตอบไม่ได้ เราก็โทรหาหมอ อันไหนที่เราพอจะตอบได้ ก็ตอบ แต่ว่ารู้มีความรู้มากไหม ก็ไม่มาก ต้องปรึกษาหมอก่อน” (ผู้ให้ข้อมูล 8) “งานวิชาการ...ความรู้วิชาการจะมีน้อยมาก ส่วนใหญ่จะเป็นงานปฏิบัติมากกว่า ถ้าจะแนะนำผู้ป่วยต้องปรึกษาหมอก่อน บอกเองไม่ได้ เพราะเราไม่มีความรู้ หรือทำตามคุณหมอ” (ผู้ให้ข้อมูล 9) “ที่คิดว่า...ความรู้ในงานวิชาการน้อยมาก...” (ผู้ให้ข้อมูล 10)

4) อุปสรรคในการผลิตผลงานวิชาการ ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงอุปสรรคในการผลิตผลงานวิชาการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเป็นการขาดการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ ขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตรงตามความสามารถ นอกจากนี้ยังมีอุปสรรคในด้านความร่วมมือของประชาชนในพื้นที่ การไม่สามารถใช้ภาษาที่ถูกต้องในการทำผลงาน และความไม่กล้าแสดงออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม)

5) ความต้องการในการผลิตผลงานวิชาการ ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงความต้องการในการผลิตผลงานวิชาการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยต้องการให้มีการส่งเสริมความรู้ ทักษะการพูด ทักษะการใช้คอมพิวเตอร์ และให้แนวคิดเกี่ยวกับการเขียนผลงานวิชาการ ซึ่งควรมีผู้ที่คอยแนะนำแนวทางที่ถูกต้องในการเขียน

6) สมรรถนะที่จำเป็นในการผลิตผลงานวิชาการ ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนเกี่ยวกับสมรรถนะที่จำเป็นในการผลิตผลงานวิชาการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยสมรรถนะที่จำเป็นที่ควรมี คือ ความรู้ ความมุ่งมั่นที่จะทำงานให้สำเร็จ ความเสียสละเพื่อส่วนรวม ความชำนาญในเรื่องที่ต้องการทำ ความกล้าแสดงออกในการนำเสนอผลงาน ความสามารถด้านเทคโนโลยี และความอดทน

**2. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านการผลิตผลงานวิชาการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่** ประกอบด้วย 5P ได้แก่ 1) Policy หมายถึง การกำหนดนโยบายจากผู้บังคับบัญชาในระดับโรงพยาบาล มีการติดตาม เสริมแรง ให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง 2) Preparation หมายถึง การเตรียมความพร้อมโดยการจัดกิจกรรมเพื่อลดความกังวลในขณะเดียวกันก็จัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการผลิตผลงานวิชาการโดยการพูดเพื่อเสริมพลังว่า เราทำได้ เราทำได้ เราทุกคนมีศักยภาพ เราต้องไปถึงจุดหมายให้ได้ เพื่อสร้างความมั่นใจ 3) Practice หมายถึง การลงมือปฏิบัติ ประกอบด้วย กำหนดหัวข้อ การแนะนำแหล่งข้อมูลเพื่อการสืบค้น การให้ตัวอย่างให้เรียนรู้ การลงมือปฏิบัติ การเป็นพี่เลี้ยง และการเพิ่มช่องทางสื่อสาร 4) Publishing หมายถึง การเผยแพร่ผลงานโดยการเขียนรายงาน การฝึกซ้อมนำเสนอ และการนำเสนอหรือการตีพิมพ์เผยแพร่ 5) Positive Reinforcement หมายถึง การเสริมแรงทางบวกทั้งการชมเชย การให้ของรางวัลตามโอกาส การสร้างความมั่นใจ การแนะนำอย่างเป็นกัลยาณมิตร และการกระตุ้นเพื่อให้เกิดผลงานที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

### 3. ประเมินผลรูปแบบการพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านการผลิตผลงานวิชาการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่

สมรรถนะการผลิตผลงานวิชาการของอสม. พบว่า หลังการพัฒนาศักยภาพ อสม. มีค่าเฉลี่ยสมรรถนะในทุกด้านสูงขึ้นจากระดับปานกลางเป็น ระดับมาก จำแนกรายด้านและรายข้อดังนี้

- 1) ความสามารถในการผลิตผลงานวิชาการ ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.58$ ,  $SD = 0.46$ ) หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็น 3.77 ( $SD = 0.52$ ) อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ทุกข้อมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้น โดยเฉพาะข้อที่ 5 มีความสามารถสร้างหรือนำเครื่องมือมาใช้ในการแก้ปัญหาได้ มีค่าเฉลี่ยหลังการพัฒนาสูงสุด ( $\bar{X} = 4.00$ ,  $SD = 0.67$ ) ข้อที่ 4 มีความสามารถในการออกแบบงานวิจัยได้ และข้อที่ 3 มีความสามารถในการสืบค้นเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้ มีการเพิ่มขึ้นเด่นชัดจากระดับน้อย ( $\bar{X} = 2.40$ ) เป็นระดับมาก ( $\bar{X} = 3.90$ )
- 2) ลักษณะนิสัยที่เอื้อต่อการผลิตผลงานวิชาการ ก่อนการพัฒนา ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.24 ( $SD = 0.43$ ) ระดับปานกลาง และหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็น 3.69 ( $SD = 0.53$ ) ระดับ มาก รายข้อพบว่า ข้อที่ 16 มีความรับผิดชอบ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดหลังพัฒนา ( $\bar{X} = 3.90$ ,  $SD = 0.32$ ) ข้อที่ 14 มีกระบวนการคิดและทำงานอย่างเป็นระบบ และข้อที่ 15 มีความมั่นใจทางวิชาการมากขึ้นเพิ่มจาก 2.90 เป็น 3.70
- 3) เจตคติต่อการผลิตผลงานวิชาการ ก่อนการพัฒนา ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.00 ( $SD = 0.73$ ) หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็น 3.73 ( $SD = 0.57$ ) ข้อที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือ ข้อที่ 17 เชื่อว่าผลงานวิชาการสามารถแก้ปัญหาสุขภาพคนในชุมชนได้ จาก 3.10 เพิ่มเป็น 3.90
- 4) แรงจูงใจต่อการผลิตผลงานวิชาการ ก่อนการพัฒนา ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 2.94 ( $SD = 0.81$ ) หลังการพัฒนาเพิ่มเป็น 3.68 ( $SD = 0.74$ ) โดยเฉพาะข้อที่ 24 รู้สึกภาคภูมิใจเมื่อผลงานวิชาการได้เผยแพร่ มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นชัดเจนจาก 3.00 เป็น 3.90
- 5) การเห็นคุณค่าต่อการผลิตผลงานวิชาการ ก่อนการพัฒนา ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 2.98 ( $SD = 0.81$ ) หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็น 3.95 ( $SD = 0.52$ ) ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นมากที่สุดในทุกด้าน ข้อที่ 26 ผลงานวิชาการจะนำไปสู่การแก้ปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน มีค่าเฉลี่ยสูงสุดหลังพัฒนา ( $\bar{X} = 4.20$ ,  $SD = 0.63$ )
- 6) ความสามารถในการนำผลงานวิชาการไปใช้ ก่อนการพัฒนา ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 2.93 ( $SD = 0.90$ ) หลังพัฒนาเพิ่มเป็น 3.98 ( $SD = 0.65$ ) ข้อที่ 32 สามารถนำผลงานวิชาการไปปรับปรุงกระบวนการทำงานในชุมชน มีค่าเฉลี่ยสูงสุดหลังพัฒนา ( $\bar{X} = 4.00$ ,  $SD = 0.67$ )
- 7) ความสามารถในการนำเสนอผลงานวิชาการ ก่อนการพัฒนา ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 2.68 ( $SD = 0.49$ ) หลังการพัฒนาเพิ่มเป็น 3.64 ( $SD = 0.67$ ) โดยข้อที่ 36 สามารถสรุปงานวิจัยเป็น PowerPoint/Poster/เอกสารอื่นได้ตรงตามวัตถุประสงค์ มีการพัฒนาเพิ่มขึ้นเด่นชัดจาก 2.70 เป็น 3.70

ผลการเปรียบเทียบสมรรถนะการผลิตผลงานวิชาการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพ โดยใช้สถิติ **Wilcoxon Signed Rank Test** พบว่า หลังการพัฒนา ศักยภาพ อสม. มีสมรรถนะในทุกด้านสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ก่อนการพัฒนา ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 2.89 ( $SD = 0.51$ ) หลังการพัฒนาเพิ่มเป็น 3.77 ( $SD = 0.53$ ) ผลการทดสอบได้ค่า  $Z = -2.701$ ,  $p = .003$  ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสมรรถนะการผลิตผลงานวิชาการของ อสม. จำแนกรายด้านและภาพรวม

สมรรถนะ	ก่อน		หลัง		Z	p-value (1-tailed)
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ความสามารถในการผลิตผลงานวิชาการ	2.58	0.46	3.77	0.52	-2.810	.002
ลักษณะนิสัยที่เอื้อต่อการผลิตผลงานวิชาการ	3.24	0.43	3.69	0.53	-1.664	.046
เจตคติต่อการผลิตผลงานวิชาการ	3.00	0.73	3.73	0.57	-2.149	.016
แรงจูงใจต่อการผลิตผลงานวิชาการ	2.94	0.81	3.68	0.74	-2.255	.012
การเห็นคุณค่าต่อการผลิตผลงานวิชาการ	2.98	0.81	3.95	0.52	-2.603	.004
ความสามารถในการนำผลงานวิชาการไปใช้	2.93	0.90	3.98	0.65	-2.558	.005
ความสามารถในการนำเสนอผลงานวิชาการ	2.68	0.49	3.64	0.67	-2.536	.005
ภาพรวม	2.89	0.51	3.77	0.53	-2.701	.003

### การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นว่า ก่อนการพัฒนาศักยภาพ อสม. มีสมรรถนะการผลิตผลงานวิชาการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนาแบบฯ พบว่า สมรรถนะเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการพัฒนาศักยภาพ อสม. ที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมศักยภาพด้านการผลิตผลงานวิชาการได้อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้แนวทางการพัฒนาที่เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ลงมือทำจริง สะท้อนผล ปรับปรุงต่อเนื่อง สอดคล้องกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์จริงและการพัฒนาศักยภาพของผู้ร่วมวิจัยโดยตรง (Kemmis et al., 2014) ผลการวิจัยยังสะท้อนว่า อสม. มีทุนเดิมจากประสบการณ์ทำงานและความใกล้ชิดปัญหาสุขภาพในชุมชน แต่ยังคงขาดความรู้เชิงกระบวนการและความมั่นใจในการยกระดับประสบการณ์ให้เป็นผลงานวิชาการอย่างเป็นระบบ ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยกรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ที่มองว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเกิดผ่านกระบวนการทางสังคม และมีองค์ประกอบสำคัญเป็นลำดับ ได้แก่ รู้จักตนเองและค้นพบสภาพการณ์จริง สะท้อนคิดและวิจารณ์ ตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม (Gibson, 1995)

1. สถานการณ์ก่อนการพัฒนาศักยภาพด้านการผลิตผลงานวิชาการ พบว่า ก่อนการพัฒนา อสม. มีสมรรถนะด้านการผลิตผลงานวิชาการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่า อสม. ทำได้บางขั้นตอนแต่ยังไม่มั่นใจและไม่เชี่ยวชาญงานวิชาการเชิงระบบ โดยเฉพาะส่วนที่ต้องใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และการออกแบบวิธีการอย่างเป็นระบบ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า 1) ความสามารถในการผลิตผลงานวิชาการ อสม. มีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นว่า อสม. มีความสามารถในการรับรู้และเข้าใจปัญหาสุขภาพของชุมชนจากประสบการณ์การทำงานจริง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ความสามารถในการกำหนดปัญหาสุขภาพโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดด้านความรู้และทักษะเชิงวิจัยที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม สอดคล้องกับงานวิจัยของพิลาวัลย์ ทองสมคิด (2564) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า งานประจำของบุคลากรสุขภาพมีองค์ความรู้แฝงอยู่ในตัวผู้ปฏิบัติงาน แต่ยังคงขาดกระบวนการในการสังเคราะห์ความรู้อย่างเป็นระบบให้กลายเป็นงานวิชาการ 2) ลักษณะนิสัยที่เอื้อต่อการผลิตผลงานวิชาการ อยู่ระดับปานกลาง โดยความรับผิดชอบเป็นจุดแข็ง สอดคล้องกับลักษณะงานอาสาสมัคร แต่การคิดและทำงานอย่างเป็นระบบยังมีน้อย แสดงว่า มีความพร้อมทำ แต่ยังคงขาดเครื่องมือการทำงานวิชาการที่ชัดเจน ซึ่งในการเสริมพลังอำนาจสามารถ อสม. คือ รู้ปัญหาและเห็นความจำเป็น แต่ยังไม่สามารถควบคุมกระบวนการทำงานวิชาการได้ด้วยตนเองอย่าง

มั่นใจ (Gibson, 1995) 3) เจตคติ แรงจูงใจ และการเห็นคุณค่าต่อการผลิตผลงานวิชาการ อสม. อยู่ระดับปานกลาง โดยการยอมรับทางสังคม เป็นสิ่งสำคัญสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมพลังอำนาจที่การได้รับการยอมรับ การเสริมแรงเชิงบวกช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นและการก้าวสู่การลงมือทำได้ เมื่อมีการสนับสนุนเชิงกระบวนการจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนผ่านในแต่ละขั้นของการเสริมพลังอำนาจได้ดีขึ้น (Suntayakorn, 2013) 4) ความสามารถในการนำผลงานวิชาการไปใช้ อสม. สามารถนำผลงานวิชาการไปใช้ในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ดีในระดับหนึ่ง แต่ยังมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ในเชิงแผนงานหรือเชิงนโยบาย ซึ่งสอดคล้องกับวิเชียร เทียนจารูวัฒนา และคณะ (2564) ที่ชี้ว่า การขาดทักษะเชิงระบบและการสนับสนุนเชิงนโยบายเป็นอุปสรรคต่อการใช้ประโยชน์จากงานวิชาการในระดับพื้นที่ 5) ความสามารถในการนำเสนอผลงานวิชาการอยู่ในระดับปานกลาง โดยการใช้เทคโนโลยีเป็นจุดแข็ง ขณะที่การสื่อสารเชิงวิชาการยังต้องได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม

2. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพ อสม. ซึ่งประกอบด้วย 5P ได้แก่ Policy, Preparation, Practice, Publishing และ Positive Reinforcement เป็นรูปแบบที่มีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) อย่างเป็นระบบ และสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงสมรรถนะของ อสม. ได้ อย่างชัดเจน 1) Policy ซึ่งเป็นการกำหนดนโยบายจากผู้บังคับบัญชาในระดับโรงพยาบาล การติดตามสนับสนุนและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวคิดของ Gibson (1995) ที่ระบุว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจไม่สามารถเกิดขึ้นได้เฉพาะในระดับปัจเจก หากขาดการสนับสนุนจากบริบททางสังคมและองค์กร และสอดคล้องกับงานของวิเชียร เทียนจารูวัฒนา และคณะ (2564) ที่ชี้ว่าการพัฒนา อสม. คุณภาพจำเป็นต้องมีนโยบายและการหนุนเสริมจากหน่วยบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบ 2) Preparation เน้นการเตรียมความพร้อมทางจิตใจ การลดความกังวล และการสร้างความมั่นใจผ่านกิจกรรมเสริมพลัง สอดคล้องกับขั้น Discovering Reality ของ Gibson (1995) กล่าวคือ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ อสม. ตระหนักรู้ศักยภาพ ข้อจำกัด และสถานการณ์จริงของตนเองในการผลิตผลงานวิชาการ 3) Practice ซึ่งเน้นการลงมือปฏิบัติจริง ได้แก่ การกำหนดหัวข้อ การสืบค้นข้อมูล การฝึกเขียน การมีพี่เลี้ยง และการเพิ่มช่องทางการสื่อสาร สอดคล้องกับขั้น Critical Reflection และ Taking Charge ของ Gibson (1995) อย่างชัดเจน กระบวนการฝึกปฏิบัติร่วมกับการสะท้อนคิดช่วยให้ อสม. ไม่เพียงเรียนรู้เชิงทฤษฎี แต่สามารถควบคุมกระบวนการเรียนรู้ และการผลิตผลงานวิชาการด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) ที่เน้นการใช้ปัญหาหน้างานเป็น ฐานของการสร้างองค์ความรู้ (วิเชียร เทียนจารูวัฒนา และคณะ, 2564) 4) Publishing ได้แก่ การเขียนรายงาน การฝึกข้อมนำเสนอ และการเผยแพร่ผลงาน ทำหน้าที่สนับสนุนขั้น Holding on ของ Gibson (1995) ซึ่งเป็นขั้นตอนของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมและบทบาทใหม่ 5) Positive Reinforcement กับแก่นของ Empowerment ได้แก่ การชมเชย การให้รางวัล การให้คำแนะนำอย่างเป็นกัลยาณมิตร และการเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง เป็นหัวใจของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson (1995) ซึ่งเน้นการยอมรับและการเสริมสร้างความสามารถของบุคคล รูปแบบการพัฒนาศักยภาพ อสม. ตามแนวคิด Empowerment ที่เน้นการมีส่วนร่วม การเสริมแรง และการลงมือปฏิบัติจริง จึงเป็นกลไกสำคัญในการผลักดันให้ผลงานวิชาการถูกนำไปใช้แก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม (WHO, 2020; วิเชียร เทียนจารูวัฒนา และคณะ, 2564) ดังนั้นรูปแบบการพัฒนาศักยภาพ อสม. ตามกรอบ 5P ที่เชื่อมโยงกับการเสริมพลังอำนาจจึงมีความสำคัญต่อการสร้างผลงานวิชาการ และยังเป็นกลไกในการผลักดันให้ผลงานดังกล่าวถูกนำไปใช้แก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่อย่างตรงประเด็นและยั่งยืน

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพการผลิตผลงานวิชาการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ อสม. พบว่า หลังการพัฒนา รูปแบบ อสม. มีสมรรถนะการผลิตผลงานวิชาการสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งผลให้ความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการผลิตผลงานวิชาการของ อสม. เพิ่มสูงขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับการพัฒนาสมรรถนะด้านการวิจัยด้วย การฝึกอบรม การสอนงาน การฝึกปฏิบัติงานและทำงานร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ การมอบหมายงานที่สำคัญและติดตามผล การนำเสนอผลงาน (ชุดิมา วัฒนชัยสิทธิ์, สุนทร ทวีบัว และวารุณี ลัภนโชคดี (2561) นอกจากนี้การพัฒนาสมรรถนะด้านวิชาการและการวิจัยจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการเรียนรู้แบบผสมผสาน ได้แก่ การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ การสอนงาน การทำงานร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ การมอบหมายงานจริง และการสะท้อนผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้เชิงลึกและสามารถนำไปใช้ในบริบทจริงได้ (WHO, 2020; Olaniran, Madaj, Bar-Zev, van den Broek, & Smith, 2021) การที่รูปแบบการพัฒนาฯ เปิดโอกาสให้อสม. ได้ลงมือปฏิบัติจริง มีพี่เลี้ยงคอยสนับสนุน และได้รับการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ยังสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งมองว่าการพัฒนาศักยภาพบุคคลเป็นกระบวนการทางสังคมที่ประกอบด้วย การยอมรับ การชื่นชม การส่งเสริม และการเสริมสร้างความสามารถของบุคคล เพื่อให้สามารถจัดการปัญหาด้วยตนเองภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ และเกิดความรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมการดำเนินงาน และการตัดสินใจได้ (Gibson, 1995; WHO, 2020)

อย่างไรก็ตามข้อจำกัดของงานวิจัยครั้งนี้ คือ การใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ซึ่งอาจจำกัดการอ้างอิงเชิง ตัวแทนประชากร อย่างไรก็ตามการวิจัยนี้ระบุจุดเน้นสำคัญคือการมีส่วนร่วม การเรียนรู้ร่วมกัน และการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์จริงมากกว่าการอนุมานเชิงสถิติไปยังประชากรทั้งหมด ดังนั้น ประสิทธิภาพของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพการผลิตผลงานวิชาการของ อสม. ในการศึกษาครั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่าเป็นผลจากการออกแบบรูปแบบที่สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยเน้นการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง การมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง และการสนับสนุนทั้งในระดับบุคคลและระดับระบบ ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสมรรถนะด้านการผลิตผลงานวิชาการอย่างมีนัยสำคัญ

### ข้อเสนอแนะ

1. ศูนย์แพทย์วัดหนองแขวงพระอารามหลวง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพให้กับ อสม. โดยการจัดทำแผนกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการ การจัดประชุมเชิงปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการผลิตผลงานวิชาการด้วยเทคนิคการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตลอดจนการกิจกรรมประกวดผลงานวิชาการ เพื่อยกระดับทางวิชาการให้ อสม. สามารถนำกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ไปใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้ถูกต้องตามหลักการทางวิชาการ ส่งผลต่อประชาชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ ตลอดจนลดความแออัดในการเข้ารับบริการในสถานบริการโดยไม่จำเป็น

2. ควรมีการศึกษาการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) และการวิเคราะห์องค์ประกอบยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) ของสมรรถนะการผลิตผลงานวิชาการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ของ อสม.

3. ควรศึกษาผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์และความคุ้มค่าของการนำรูปแบบไปใช้ในสถานบริการ

## References

- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560–2579*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2562). *บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค*. กรุงเทพฯ: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *รายงานประจำปี 2564 กระทรวงสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2562). *รายงานสถานการณ์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย ปี 2562*. กรุงเทพฯ: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- ชุติมา วัฒนชัยสิทธิ์, สุนทรา โตบัว, & วารุณี ลัภนโชคดี. (2561). *การพัฒนาสมรรถนะด้านการวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ*. กรุงเทพฯ: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- พิลาวัลย์ ทองสมคิด. (2564). *การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการผลิตผลงานวิชาการเพื่อพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย*. วารสารวิจัยทางการแพทย์พยาบาลและสาธารณสุข, 37(2), 45–60.
- รัชณี หนูนาม, และปรางค์มณี เดชคุ้ม. (2562). *ความสำเร็จในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น*. วารสารมหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 16(2), 104–111.
- วิเชียร เทียนจรรย์วัฒนา, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, และสายสมร วชิระประพันธ์. (2564). *รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการผลิตผลงานวิชาการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่*. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30(4), 512–525.
- วิโรจน์ เขมรัมย์. (2559). *การวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุบลราชธานี*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- Astale, T., Abebe, T., & Mitike, G. (2023). Workload and emerging challenges of community health workers in low- and middle-income countries: A mixed-methods systematic review. *PLoS One*, 18(3), e0282717. doi: 10.1371/journal.pone.0282717.
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21(6), 1201–1210. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.21061201.x>
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner*. 3<sup>rd</sup> ed. Geelong: Deakin University.
- Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. (2014). *The action research planner: Doing critical participatory action research* (Rev. ed.). Singapore: Springer.
- Olaniran, A., Madaj, B., Bar-Zev, S., van den Broek, N., & Smith, H. (2021). Community health workers' motivation and empowerment: A systematic review. *Human Resources for Health*, 19(1), 1–15.
- Suntayakorn, C., & Rojjanasrirat, W. (2013). Effects of an empowerment program on health behaviors and stroke risk reduction of at-risk group in Thai rural community. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 96(9), 1229–38.



- World Health Organization. (2019). *Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 global monitoring report*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2020). *WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes*. Geneva: WHO.

ความแตกต่างระหว่างเพศต่อความรุนแรงของความปวดและผลกระทบของความปวด  
ในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง  
Sex Differences in Pain Severity and Pain Interference Among Elderly Cancer Patients

สุกัญญา ชันวิเศษ<sup>1</sup>, จันจิรา หินขาว<sup>2\*</sup>, ยศพล เหลืองโสมนภา<sup>3</sup>, นุสรุ ประเสริฐศรี<sup>4</sup>  
Sukanya Khanwiset<sup>1</sup>, Chanjira Hinkhaw<sup>2\*</sup>, Yosapon Leungsomnapa<sup>3</sup>, Nusara Prasertsri<sup>4</sup>

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก<sup>1-3</sup>  
Phrapokkiao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute<sup>1-3</sup>

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก<sup>4</sup>  
Boromarajonani College of Nursing, Sunpasitthiprasong Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute<sup>4</sup>

(Received: November 08, 2025, Revised: December 15, 2025, Accepted: December 25, 2025)

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและเพศชายต่อระดับความรุนแรงของการปวดและผลกระทบของความปวดในผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี โดยใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองการประเมินอาการ (Symptom Appraisal Models) การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบวิเคราะห์หัตถ์เขียน ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ประกอบด้วย ข้อมูลเพศ ความรุนแรงและผลกระทบของความปวด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถาม 2) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Case record form) และ 3) แบบประเมินการเจ็บปวดโดยย่อ (Brief Pain Inventory: BPI) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่ามัธยฐาน พิสัยควอไทล์ เปรียบเทียบความรุนแรงของความปวดและผลกระทบจากความปวดระหว่างกลุ่มตัวอย่างเพศชายและหญิงด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษาเปรียบเทียบความรุนแรงและผลกระทบของความปวดในผู้สูงอายุโรคมะเร็งจำนวน 220 ราย ระหว่างเพศหญิงจำนวน 139 ราย กับเพศชายจำนวน 81 ราย พบว่าเพศชายมีความปวดระดับน้อยมากที่สุดร้อยละ 53.1 ขณะที่เพศหญิงมีความปวดระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 43.2 โดยกิจกรรมที่ได้รับผลกระทบสูงสุดจากความปวดในทั้งสองเพศคือความสุขในชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศ พบว่าคะแนนความรุนแรงของความปวดและผลกระทบจากความปวด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .222$  และ  $p = .106$  ตามลำดับ) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า แม้จะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างเพศในเรื่องความรุนแรงของความปวดและผลกระทบจากความปวด การพิจารณาความแตกต่างระหว่างเพศทางคลินิกและรูปแบบของผลกระทบในแต่ละด้านยังคงมีความสำคัญต่อการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล รวมถึงการให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาผลกระทบต่อความสุขในชีวิตประจำวันในทั้งสองเพศ เพื่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคมะเร็งให้ดียิ่งขึ้นไป

**คำสำคัญ:** ความรุนแรงของความปวด, ผลกระทบของความปวด, ผู้สูงอายุ, เพศ, โรคมะเร็ง

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: Chanjira Hinkhaw, E-mail: chanjira1@pnc.ac.th)

## Abstract

This study aims to compare differences between females and males regarding pain severity and pain interference in elderly cancer patients receiving outpatient treatment at Phrapokkiao Hospital, Chanthaburi Province, using the Symptom Appraisal Models as the theoretical framework. This is a secondary analysis of existing data. The analyzed data includes demographic information (sex), pain severity and pain interference measures record from: 1) demographic questionnaires, 2) patient case record forms, and 3) the Brief Pain Inventory (BPI) Thai version. Data were analyzed using descriptive statistics, including numbers, percentages, medians, and interquartile ranges (IQRs). Pain severity and pain interference between male and female elderly cancer patients were compared using Mann-Whitney U test.

The study compared pain severity and pain interference among 220 elderly cancer patients (139 females and 81 males). The highest proportion of males (53.1%) experienced the lowest pain severity, while the highest proportion of females (43.2%) experienced moderate pain. For both genders, the daily activity most affected by pain interference was enjoyment of life. However, the statistical comparison between genders revealed no significant difference in either pain severity or pain interference scores ( $p = .222$  and  $p = .106$ , respectively). The findings suggest that while there was no statistically significant gender difference in overall pain severity and interference, it remains crucial to consider clinical gender differences and specific patterns of interference in order to develop individualized and appropriate care plans. Furthermore, addressing the severe impact on enjoyment of life is essential for both genders to enhance the overall quality of life for elderly cancer patients.

**Keywords:** pain severity, pain interference, elderly, sex, cancer

## บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของโลกและของประเทศไทย โดย พ.ศ. 2565 พบการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งทั่วโลกทั้งหมดจำนวนกว่า 9 ล้านคน และพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจำนวนราว 20 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2593 จะมีผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มขึ้นเป็น 35.2 ล้านคนต่อปี (WHO, 2024) สำหรับข้อมูลในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2562-2564 พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งสะสมรวมทั้งสิ้น 140,799 คน โดยแยกเป็นเพศชาย 67,677 คน และเพศหญิง 73,122 คน (National Cancer institute, 2025) สถิติเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความรุนแรงและแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของปัญหาโรคมะเร็งในระดับโลก รวมถึงในประเทศไทย ซึ่งผู้สูงอายุ (อายุ 65 ปีขึ้นไป) เป็นกลุ่มที่มีอุบัติการณ์การเป็นโรคมะเร็งสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น โดยเป็นโรคมะเร็งมากกว่าร้อยละ 50 และเสียชีวิตจากโรคมะเร็งมากกว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด (Sung et al., 2021) ทำให้ประชากรกลุ่มนี้มีความเสี่ยงและต้องการการดูแลเป็นพิเศษ

ปัญหาความปวดในผู้ป่วยมะเร็งเป็นหนึ่งในอาการที่พบบ่อยและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การทำกิจกรรมประจำวัน และสภาพจิตใจของผู้ป่วย โดยความชุกของความปวดในผู้ป่วยมะเร็งโดยรวมอยู่ที่ร้อยละ 44.5 และผู้ป่วยร้อยละ 30.6 มีประสบการณ์ความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง (Snijders et al., 2023) ซึ่งความปวดนี้ส่งผลกระทบต่อการทำงานที่และคุณภาพชีวิต (Alodhayani et al., 2021) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่เป็นโรคมะเร็งมักมีความซับซ้อนมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า โดยพบว่าประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุรายงานความปวด และพบว่าเพศหญิง ระยะของโรคที่รุนแรง สมรรถภาพที่แย่ง และจำนวนโรคร่วมที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับการรายงานความปวด (Kim et al., 2020; Manson, 2010) เนื่องจากมีโรคร่วมอื่นๆ และมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาตามอายุ ทำให้การจัดการความปวดมีความท้าทายมากขึ้น นอกจากนี้ความปวดเรื้อรังยังเป็นหนึ่งในผลข้างเคียงระยะยาวที่พบบ่อยที่สุดจากการรักษามะเร็ง และมีความเชื่อมโยงกับคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง การปฏิบัติตามการรักษาที่ลดลง และค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพที่สูงขึ้น (Manson, 2010; Barry et al., 2012) ในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าคะแนนความเมื่อยล้าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุน้อยกว่า (Sorge & Strath, 2018) การเข้าใจถึงผลกระทบของความปวดในกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวางแผนการดูแลรักษาที่เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างเพศที่สำคัญในการตอบสนองต่อความเจ็บปวดทั้งในระดับชีววิทยาและจิตสังคม โดยเริ่มจากความแตกต่างพื้นฐานในการปวดทั่วไป ผู้หญิงมีความไวต่อความเจ็บปวดสูงกว่าและทนต่อความเจ็บปวดได้น้อยกว่าผู้ชาย โดยใช้กลไก T cells ในการควบคุมความเจ็บปวดเรื้อรัง ขณะที่ผู้ชายใช้ microglia เป็นหลัก และมีการเชื่อมโยงหน้าที่ของสมองแบบไดนามิกมากกว่าผู้หญิง (Sorge & Strath, 2018; Kim et al., 2020) ผู้หญิงยังมีอัตราความชุกของโรคที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวดเรื้อรังสูงกว่า และมีปัญหาการรบกวนจากอาการปวดมากกว่าผู้ชาย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับโรคทางจิตเวชที่แตกต่างกันตามเพศ (Manson, 2010; Barry et al., 2012) เมื่อมาถึงการปวดเฉพาะจากมะเร็ง ความแตกต่างระหว่างเพศยิ่งชัดเจนขึ้น โดยผู้หญิงมีอุปสรรคด้านทัศนคติในการใช้ยาแก้ปวดสูงกว่าผู้ชาย มีความลังเลใจในการใช้ยาแก้ปวดมากกว่า และแม้จะรายงานความเจ็บปวดระดับรุนแรงมากกว่าผู้ชาย แต่กลับได้รับการจัดการความเจ็บปวดที่ไม่เพียงพอ (Alodhayani et al., 2021; Chou et al., 2018) ในทางตรงข้าม ผู้ชายมีแนวโน้มใช้ยา opioid มากกว่าและในบางการศึกษารายงานความเจ็บปวดในบางด้านสูงกว่าผู้หญิง (Liang et al., 2013) การค้นพบเหล่านี้เน้นย้ำความจำเป็นในการพัฒนาการรักษาความเจ็บปวดที่เฉพาะเจาะจงตามเพศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องการการจัดการความเจ็บปวดที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับความแตกต่างทางเพศ

ปัจจุบันงานวิจัยในด้านความปวดของผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุยังมีข้อจำกัดหลายประการ การศึกษาส่วนใหญ่รวมผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุโดยไม่แยกวิเคราะห์เฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ และในบริบทของประเทศไทย ยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับความแตกต่างทางเพศในผลกระทบของความปวด นอกจากนี้ การใช้ Brief Pain Inventory (BPI) ในการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างเพศยังมีความจำกัด รวมทั้งการประยุกต์ใช้ข้อมูลทฤษฎีเพื่อตอบข้อคำถามวิจัยเช่นนี้ในประเทศไทยยังไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุใช้แนวทางการรักษามาตรฐานเดียวกัน ซึ่งมีโอกาสที่จะปรับปรุงให้มีความเหมาะสมมากขึ้นโดยคำนึงถึงความแตกต่างทางเพศในการประเมินและการจัดการความปวด การพัฒนาแนวทางการดูแลที่เฉพาะเจาะจงจะสามารถตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละเพศได้ดี

ขึ้น ดังนั้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อมูลที่จำเป็นในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุที่คำนึงถึงความแตกต่างทางเพศ ผลการศึกษาจะช่วยให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพ ลดความทุกข์ทรมาน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและเพศชายต่อระดับความรุนแรงของการปวด (Pain Severity) และผลกระทบของความปวด (Pain interference) ในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง

### สมมติฐานของการวิจัย

ผู้สูงอายุโรคมะเร็งเพศหญิงและเพศชายมีระดับความรุนแรงของการปวด (Pain Severity) และผลกระทบของความปวด (Pain Interference) แตกต่างกัน

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการประเมินอาการ (Symptom Appraisal Model) (Whitaker et al., 2015) ซึ่งเป็นที่ยอมรับในการทำความเข้าใจความแตกต่างทางชีวภาพและสังคม โดยมีองค์ประกอบหลักสามขั้นตอน ได้แก่ การตรวจจับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (Symptom Detection) การตีความการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (Symptom Interpretation) และการตอบสนองต่อการตีความ (Response to Interpretation) ซึ่งกล่าวว่าบุคคลเริ่มต้นจากการรับรู้ความรู้สึกทางร่างกายที่ผิดปกติ ก่อนจะเข้าสู่กระบวนการให้ความหมายและประเมินความร้ายแรงของอาการ ซึ่งได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายในและภายนอก และท้ายที่สุดจะนำไปสู่การแสดงออกทางพฤติกรรมและการตัดสินใจในการจัดการกับอาการนั้น ในการศึกษาี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดดังกล่าวมาดัดแปลงใช้เพื่อทำความเข้าใจความแตกต่างระหว่างเพศต่ออาการปวดในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง ที่อาจส่งผลให้เกิดความแตกต่างต่อระดับความรุนแรงของการปวด (Pain Severity) ที่รายงาน และผลกระทบของความปวด (Pain Interference) ที่ไม่เท่ากันระหว่างเพศ

### ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวางนี้เป็นการวิจัยแบบวิเคราะห์ทุติยภูมิ (Secondary Analysis of Existing Data) โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยปฐมภูมิ (Primary research) เรื่อง "ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง" (นุสรุ ประเสริฐศรี และคณะ, 2566) ผู้วิจัยได้คัดเลือกเฉพาะข้อมูลที่เก็บจากโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จำนวน 220 ชุด เพื่อนำมาวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาปัจจุบัน

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่เข้าถึงได้ (Accessible population) ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุที่มีประสบการณ์ความปวดที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเรื่อง "ความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง" ในส่วนของการรวบรวมข้อมูลจากพื้นที่โรงพยาบาลพระปกเกล้าได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุที่มีประสบการณ์ความปวดที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระปกเกล้า ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ 2565 – มีนาคม พ.ศ 2566 เลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติดังนี้ เกณฑ์การคัดเลือกประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีความปวด 3) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 4) มีประสบการณ์ในการดูแลตนเองและได้รับการรักษาในการจัดการความปวดจากมะเร็ง 5) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และ 6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยสำหรับการวิจัยแบบวิเคราะห์หัตถุติยมานครั้งนี้ การกำหนดขนาดตัวอย่างจากสูตรการประมาณค่าเฉลี่ย (Suresh & Chandrashekar, 2012) คือ  $n = (Z^2 \alpha/2 S^2) / e^2$  กำหนดค่า  $Z_{\alpha/2} = 1.96$  ;  $e = .05$  ;  $S$  เป็นค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากการศึกษาสำรวจรวบรวมข้อมูลความรุนแรงของความปวดที่มากที่สุด ใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาของผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรีในระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 30 ราย มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.36 ได้จำนวนตัวอย่าง 199 ราย แต่จำนวนข้อมูลในงานวิจัย "ความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง" ในส่วนในพื้นที่โรงพยาบาลพระปกเกล้ามีจำนวน 220 ราย จึงใช้ข้อมูลทั้งหมดในการวิเคราะห์ข้อมูล

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในวิจัยปฐมภูมิเรื่อง "ความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง" (นุสรา ประเสริฐศรี และคณะ, 2566) ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยได้คัดเลือกเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งมีรายละเอียดเครื่องมือดังนี้

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อความ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ศาสนา โรคประจำตัว
- 2) แบบเก็บข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา หรือข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยมะเร็ง (Cancer profile) ประกอบด้วยข้อความ การวินิจฉัยของมะเร็ง Staging และการรักษา
- 3) แบบประเมินความปวด Brief Pain Inventory (BPI) ฉบับภาษาไทย (Chaudakshetrin, 2009) และได้รับ อนุญาตจาก รศ.พญ.พงศ์ภารดีเจาตะเกษตรินผู้แปลในฉบับภาษาไทยจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ (Cleeland, 1990) ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ประเมินระดับความรุนแรงความปวดและการรับรู้ความปวด ได้แก่ ความรุนแรงมากที่สุดใน 24 ชั่วโมง (Worst pain) ความรุนแรงน้อยที่สุดใน 24 ชั่วโมง (Less pain) ความปวดในปัจจุบัน (Pain now) และความปวดที่ยอมรับได้ (Pain acceptance) โดยมีคะแนนคือ 0 ไม่ปวดและ 10 ปวดมากที่สุด ส่วนที่ 2 ผลกระทบของความปวด (Pain interface) ต่อกิจกรรมโดยทั่วไป อารมณ์ความสามารถในการเดิน งานประจำวัน ความสัมพันธ์กับผู้อื่น การนอนหลับ ความสุขใน

ชีวิตประจำวัน โดยมีคะแนนคือ 0 ไม่กระทบ 10 กระทบมากที่สุด ส่วนที่ 3 การจัดการความปวดและผลของการจัดการความปวด

แบบสอบถามทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.91-1.00 ในส่วนของค่าความเชื่อมั่นใช้ค่าความเชื่อมั่นจากแบบประเมินความปวด BPI ฉบับภาษาไทยมีการรายงานค่า Cronbach' alpha ในส่วนของความรุนแรงความปวด 0.89 และผลกระทบความปวด 0.88 (Chaudakshetrin, 2009)

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการวิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ โดยผู้วิจัยได้รับอนุญาตการใช้ข้อมูลจากการศึกษาปฐมภูมิเรื่อง "ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง" (นุสรา ประเสริฐศรี และคณะ, 2566) ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ เลขที่โครงการวิจัย 20/ 2565 และคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เลขที่โครงการวิจัย CTIREC 075/ 65 ลงวันที่ 22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 โดยข้อมูลทั้งหมดได้รับการเก็บรักษาตามมาตรฐานความเป็นความลับ โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ในรูปแบบที่ไม่สามารถระบุตัวตนของบุคคล เพื่อใช้ประโยชน์ในด้านการศึกษา การพัฒนาวิชาการ และการปรับปรุงการให้บริการสุขภาพ สำหรับการนำข้อมูลมาใช้วิเคราะห์ทุติยภูมิ (Secondary Analysis) ผู้วิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เลขที่โครงการวิจัย CTIREC 097/68 ลงวันที่ 8 ตุลาคม พ.ศ. 2568 ตามมาตรฐานจริยธรรมและการปกป้องสิทธิของแหล่งข้อมูล

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุญาตใช้ข้อมูลผู้วิจัยหลักในงานวิจัยปฐมภูมิ เรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง (นุสรา ประเสริฐศรี และคณะ, 2566) เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศ โดยเลือกใช้ข้อมูลเฉพาะในโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จำนวน 220 ชุด หลังจากนั้นทำการขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ และศึกษารายละเอียดของการศึกษาต้นฉบับเพื่อทำความเข้าใจเครื่องมือการประเมินความปวดและลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

2. ตรวจสอบไฟล์ข้อมูลผู้วิจัยปฐมภูมิในข้อ 1 โดยเลือกตรวจสอบเฉพาะข้อมูลตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางคลินิกผู้ป่วยมะเร็ง (Cancer profile) และข้อมูลความปวด Brief Pain Inventory โดยตรวจสอบรายละเอียดของ Codebook ของตัวแปรทั้งหมด ตรวจสอบความครบถ้วนของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 220 คน ความครบถ้วนของข้อมูลตัวอย่างแต่ละรายและความถูกต้องของข้อมูลตาม Codebook

3. จัดเตรียมไฟล์ข้อมูลใหม่โดยการคัดเลือกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยมะเร็ง (Cancer profile) ประกอบด้วยการวินิจฉัยของมะเร็งและ Staging และข้อมูลความปวด Brief Pain

Inventory ซึ่งคัดเลือกมาเฉพาะความปวดรุนแรงมากที่สุดใน 24 ชั่วโมง (Worst pain) ผลกระทบของความปวด(Pain interface) และการบำบัดความปวด

4. ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลความถูกต้องของข้อมูลตาม Codebook อีกครั้ง เพื่อทดสอบการกระจายตัวของตัวแปรความรุนแรงความปวด ผลกระทบความปวด และเตรียมข้อมูลให้พร้อมกับการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์การวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมลิขสิทธิ์ SPSS version 24 (IBM Singapore Pte Ltd) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สถิติที่ใช้ประกอบด้วย

1) สถิติพรรณนาได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่ามัธยฐาน พิสัยควอไทล์ ในการบรรยายข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางคลินิกเกี่ยวกับมะเร็ง ความรุนแรงของความปวด การบำบัดรักษาอาการปวด และผลกระทบจากความปวด จัดกลุ่มระดับความรุนแรงของความปวดแบ่งตาม Cleeland et al (1994) ได้แก่ ปวดรุนแรง 8 - 10 คะแนน ปวดปานกลาง 4 - 7 คะแนน ปวดเล็กน้อย 1 -3 คะแนน ไม่ปวด 0 คะแนน ในส่วนของผลกระทบจากความปวดนั้นจัดกลุ่มตาม Tegegn & Gebreyohannes (2017) โดยนำค่าคะแนนผลกระทบความปวดในกิจกรรมทั้ง 7 ซ้ำรวมกันและหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด และนำคะแนนที่ได้มาแบ่งกลุ่มดังนี้ ได้รับผลกระทบรุนแรง 8 -10 คะแนน ได้รับผลกระทบปานกลาง 4 -7 คะแนน ผลกระทบน้อย 1-3 คะแนน ไม่ได้รับผลกระทบ 0 คะแนน

2) สถิติ อนุमानได้แก่ Mann-Whitney U test ในการเปรียบเทียบความรุนแรงของความปวดและผลกระทบจากความปวดระหว่างกลุ่มตัวอย่างเพศชายและหญิงด้วย เนื่องจากข้อมูลความรุนแรงของความปวดและผลกระทบจากความปวดมีการแจกแจงไม่ปกติ

### ผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคมะเร็งและมารับบริการที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี มีจำนวนทั้งสิ้น 220 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 139 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.18 ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงมีค่ามัธยฐานอายุใกล้เคียงกัน คือ 67 และ 68 ปี ตามลำดับ เมื่อพิจารณา ด้านสถานภาพสมรส พบว่าผู้สูงอายุทั้งสองเพศมีคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 72.8 ในเพศชาย และร้อยละ 47.5 ในเพศหญิง ด้านระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 70.4 และ 77.0 ตามลำดับ ในด้านอาชีพ พบว่าผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงประกอบอาชีพแม่บ้านหรือทำงานบ้าน คิดเป็นร้อยละ 45.7 และ 61.2 ตามลำดับ สำหรับรายได้ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท โดยคิดเป็นร้อยละ 86.4 ในเพศชาย และร้อยละ 81.3 ในเพศหญิง ทั้งนี้ ค่ามัธยฐานของรายได้ต่อเดือนในผู้สูงอายุทั้งสองเพศเท่ากัน คือ 700 บาทต่อเดือน ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 220)**

ข้อมูลส่วนบุคคล	ชาย(n = 81) จำนวน(ร้อยละ)	หญิง(n=139) จำนวน(ร้อยละ)
อายุ (ปี)		
อายุในชาย	min= 60, max= 88 median= 68, IQR=64.5-71.5	
อายุในหญิง	min= 60, max= 87 median=67, IQR=63-73	
สถานภาพสมรส		
โสด	2(2.5)	18(12.9)
คู่	63(72.8)	66(47.5)
หย่า	13(16.0)	39(28.1)
หม้าย	3(3.7)	16(11.5)
ระดับการศึกษา		
ประถม	57(70.4)	107(77.0)
มัธยม	11(13.6)	12(8.6)
ปริญญาตรี	7(8.6)	15(10.8)
ปริญญาโท	6(7.4)	5(3.6)
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	1(1.2)	3(2.2)
แม่บ้าน / งานบ้าน	37(45.7)	85(61.2)
เกษียณอายุราชการ	9(11.1)	16(11.5)
ธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย	4(4.9)	6(4.3)
รับจ้าง	9(11.1)	3(2.2)
เกษตรกร	19(23.5)	24(17.3)
พนักงานบริษัท / เอกชน	2(2.5)	2(1.4)
รายได้(บาท)		
≤10,000	70(86.4)	113(81.3)
10,001-20,000	7(8.6)	7(5.0)
>20,000	4(4.9)	19(13.7)
รายได้ในชาย	min=600, max=50,000 median=700, IQR=600-2,150	
รายได้ในหญิง	min= 600, max=100,000 median= 700, IQR=600-5,000	

ผลการศึกษาข้อมูลทางคลินิกเกี่ยวกับมะเร็งพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งที่หลากหลายตำแหน่ง ในผู้สูงอายุชายพบว่าเป็นมะเร็งลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงมากที่สุด ร้อยละ 32.2 รองลงมาเป็นมะเร็งปอดร้อยละ 17.4 โดยกว่าครึ่งหนึ่งเป็นมะเร็งระยะ 3 – 4 ร้อยละ 58.0 ส่วนผู้สูงอายุเพศหญิงเป็นมะเร็งเต้านมมากที่สุดร้อยละ 38.8 รองลงมาเป็นมะเร็งปากมดลูก/ รังไข่/ เยื่อบุมดลูก ร้อยละ 27.4 ตามลำดับ โดยกว่าครึ่งหนึ่งเป็นมะเร็งระยะ 3 -4 ร้อยละ 56.1 ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2 ข้อมูลทางคลินิกเกี่ยวกับมะเร็ง (n = 220)**

ข้อมูลทางคลินิกเกี่ยวกับมะเร็ง	ชาย(n=81) จำนวน(ร้อยละ)	หญิง(n=139) จำนวน(ร้อยละ)
<b>การวินิจฉัย</b>		
มะเร็งต่อมไทรอยด์ / กล่องเสียง	4(4.9)	1(0.7)
มะเร็งเต้านม	0(0)	54(38.8)
มะเร็งหลอดอาหาร / กระเพาะอาหาร	5(5.2)	4(2.9)
มะเร็งตับ/ท่อและถุงทางเดินน้ำดี	8(9.9)	3(2.1)
มะเร็งลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง	26(32.2)	15(10.8)
มะเร็งปากมดลูก/ รังไข่ / เยื่อบุมดลูก	0(0)	38(27.4)
มะเร็งปอด	14(17.4)	8(5.8)
มะเร็งปาก/ ลิ้น/ ทอนซิล/ คอหอย/ สายเสียง/จมูก	7(8.6)	3(2.2)
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง/เม็ดเลือดขาว/ไขกระดูกมัยอิโลมา	7(8.6)	8(5.8)
มะเร็งตับอ่อน /ม้าม	2(2.54)	2(1.4)
มะเร็งองคชาติ/ อัณฑะ/ต่อมลูกหมาก	5(6.2)	0(0)
มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ/ท่อทางเดินปัสสาวะ	2(2.4)	2(1.4)
มะเร็งผิวหนัง	1(1.2)	1(0.7)
<b>ระยะของมะเร็ง</b>		
1	7(8.6)	10(7.2)
2	27(33.3)	51(36.7)
3	35(43.2)	48(34.5)
4	12(14.8)	30(21.6)

ผลการศึกษาค่าความรุนแรงของความปวดที่มากที่สุดใน 24 ชม (Worst pain) พบว่า กว่าครึ่งหนึ่งในกลุ่มตัวอย่างสูงอายุเพศชายมีคะแนนความรุนแรงของความปวดในระดับน้อย(Mild pain) ร้อยละ 53.1 และมี 1 ใน 5 มีคะแนนในระดับรุนแรง (Severe pain) ร้อยละ 21.0 โดยมีค่ามัธยฐานคะแนนความรุนแรงของความปวดเท่ากับ 3 ส่วนกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงพบว่ามีคะแนนความรุนแรงของความปวดระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 43.2 และมี 1 ใน 5 มีคะแนนในระดับรุนแรง ร้อยละ 20.1 โดยมีมัธยฐานคะแนนความรุนแรงของความปวดเท่ากับ 5 ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของความปวดที่มากที่สุดใน 24 ชม (Worst pain)(n = 880)**

ระดับความรุนแรงของความปวด ใน 24 ชม	ช่วงคะแนน (เต็ม 10)	ชาย(n=81) จำนวน(ร้อยละ)	หญิง(n=139) จำนวน(ร้อยละ)
รุนแรง (Severe pain)	8-10	17(21.0)	28(20.1)
ปานกลาง (Moderate pain)	4-7	21(25.9)	60(43.2)
น้อย (Mild pain)	1-3	43(53.1)	51(36.7)
คะแนนความรุนแรงในชาย Min= 1 , Max= 10 , Median= 3 , Q1= 2, Q3=7			
คะแนนความรุนแรงในหญิง Min= 1 , Max= 10 , Median= 5, Q1= 2, Q3= 6			

ผลการศึกษาการบำบัดความปวดพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและหญิงบำบัดความปวดด้วยยา มากกว่าไม่ใช้ยา โดยใช้ยา Tamol ระบุความปวดมากที่สุด ร้อยละ 46.9 และ 41.7 ตามลำดับ รองลงมา ได้แก่ Paracetamol ร้อยละ 27.2 และ 41.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4 การบำบัดรักษาอาการปวด (n = 220) (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)**

วิธีบำบัดอาการปวด	ชาย(n=81)	หญิง(n=139)
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน()
Paracetamol	22(27.2)	57(41.0)
Ibuprofen /Cerebrex /Acoxia	2(2.5)	5(3.6)
Mydoclam / Myonol	1(1.2)	2(1.4)
Amitriptyline / Lorazepam / Ativan	6(7.4)	7(5.0)
Gabapentin / Pregabalin	2(2.5)	3(2.2)
Tramol	38(46.9)	58(41.7)
Morphine	5(6.2)	3(2.2)
MST / Kapanol	3(3.7)	1(0.7)
ประคบ / นวด	5(7.1)	13(9.3)
สมุนไพร	3(3.7)	3(2.2)
สมาธิ / สวดมนต์	0(0)	6(4.3)

ผลการศึกษาผลกระทบจากความปวด (Pain interface) พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็งทั้งชายและหญิงมีค่ามัธยฐานของผลกระทบจากความปวดในแต่ละกิจกรรมอยู่ระหว่าง 1–5 คะแนนจากคะแนนเต็ม 10 คะแนน โดยกิจกรรมที่ได้รับผลกระทบที่มีค่ามัธยฐานสูงที่สุดของเพศชายและหญิงคือ ความสุขในชีวิตประจำวัน (มัธยฐาน 5 คะแนน) และกิจกรรมที่ได้รับผลกระทบที่มีค่ามัธยฐานต่ำที่สุดในเพศชายคือ ความสามารถในการเดิน (มัธยฐาน 1 คะแนน) ในขณะที่เพศหญิงคืออารมณ์ (มัธยฐาน 2 คะแนน) ดังตารางที่ 5 เมื่อพิจารณาผลกระทบจากความปวดโดยรวม พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชายส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบระดับน้อยร้อยละ 64.2 ขณะที่เพศหญิงได้รับผลกระทบระดับน้อยเป็นจำนวนมากที่สุดร้อยละ 48.9 (มัธยฐานเท่ากับ 3 คะแนน) ซึ่งใกล้เคียงกับระดับปานกลางร้อยละ 46.8 (มัธยฐานเท่ากับ 4.14 คะแนน) ดังตารางที่ 6

**ตารางที่ 5 ข้อมูลผลกระทบจากความปวดร่ายกิจกรรม (Pain interface) (n = 220)**

ผลกระทบจากอาการปวด	ชาย (n=81)				หญิง(n=139)			
	Min	Max	Median	IQR (Q1,Q3)	Min	Max	Median	IQR (Q1,Q3)
กิจกรรมโดยทั่วไป	0	10	3	1,5	0	10	3	2,5
อารมณ์	0	10	2	1,3.5	0	10	2	1,3
ความสามารถในการเดิน	0	10	1	1,5	0	10	3	1,7
งานประจำวัน	0	10	2	1,4.5	0	10	3	2,6
ความสัมพันธ์กับผู้อื่น	0	10	2	1,7.5	0	10	3	1,8
การนอนหลับ	0	10	4	2,8	0	10	4	2,8
ความสุขในชีวิตประจำวัน	0	10	5	2,7	0	10	5	2,8

**ตารางที่ 6 ข้อมูลระดับของผลกระทบจากความปวดโดยรวม (Pain interface) (n = 220)**

ระดับผลกระทบจากความปวดโดยรวม	ช่วงคะแนน(เต็ม 10)	ชาย (n=81) จำนวน(ร้อยละ)	หญิง(n=139) จำนวน(ร้อยละ)
รุนแรง (Severe pain interface)	8-10	3(3.7)	6(4.3)
ปานกลาง (Moderate pain interface)	4-7	25(30.9)	65(46.8)
น้อย (Mild pain interface)	1-3	52(64.2)	68(48.9)
ไม่ได้รับผลกระทบ (No pain interface)	0	1(1.2)	0(0)
คะแนนผลกระทบในชาย	Min= 3.43 , Max= 9.86, Median= 3 Q1=1.64, Q3=5.36		
คะแนนผลกระทบในหญิง	Min= 0.14 , Max= 9.14, Median= 4.14, Q1= 2.14, Q3=5.71		

ผลการเปรียบเทียบความรุนแรงของความปวดและผลกระทบจากความปวดระหว่างกลุ่มตัวอย่างเพศชายและหญิงพบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองเพศมีคะแนนความรุนแรงของความปวดและผลกระทบจากความปวดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $z= 1.221, p=.222; z=1.617, p=.106$  ตามลำดับ) ดังตารางที่ 7

**ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความรุนแรงของความปวดและผลกระทบจากความปวดระหว่างกลุ่มตัวอย่างเพศชายและหญิง (n=220)**

ตัวแปร	ชาย(n=81)		หญิง(139)		z	p
	Median	IQR	Median	IQR		
	Q1, Q3		Q1, Q3			
ความรุนแรงของความปวด	3	2,7	5	2,6	1.221	.222
ผลกระทบจากความปวด	3	1.64,5.36	4.14	2.14,5.71	1.617	.106

## อภิปรายผล

### 1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุโรคมะเร็งเพศหญิงร้อยละ 63.18 สอดคล้องกับสถิติระดับโลกที่พบว่าผู้หญิงมีอัตราการเกิดมะเร็งบางชนิดสูงกว่าผู้ชาย (WHO, 2024) เช่นเดียวกับข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (2567) รายงานว่า ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 1.08 เท่า (หรือมากกว่า ประมาณร้อยละ 7.6) โดยการศึกษาพบว่าค่ามัธยฐานอายุอยู่ที่ 67-68 ปี สะท้อนความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เพิ่มขึ้นกับความเสี่ยงต่อมะเร็ง (Sung et al., 2021) สำหรับเพศชายพบมะเร็งลำไส้และปอดมากที่สุด ส่วนเพศหญิงพบมะเร็งเต้านมและมะเร็งระบบสืบพันธุ์ ซึ่งสอดคล้องกับสถิติโรคมะเร็งของประเทศไทย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2567) ที่รายงานว่ามะเร็งที่พบบ่อยในแต่ละเพศแตกต่างกันตามลักษณะทางกายวิภาคและปัจจัยเสี่ยง โรคมะเร็งที่พบบ่อยในเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก ส่วนในเพศชาย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด และมะเร็งต่อมลูกหมาก

การศึกษานี้เผยให้เห็นปัจจัยสำคัญหลายประการที่อาจเกี่ยวข้องกับผลกระทบของความปวดในผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุในประเทศไทย โดยเฉพาะความแตกต่างทางเพศที่สะท้อนผ่านสถานภาพสมรส ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเพศชายมีคู่สมรสถึงร้อยละ 72.8 ในขณะที่เพศหญิงมีเพียงร้อยละ 47.5 เท่านั้น ความแตกต่างนี้มีความสำคัญต่อระบบการดูแลเกี่ยวกับความปวดและสภาพจิตใจ เนื่องจากคู่สมรสมักเป็นผู้ดูแลหลักที่สำคัญที่สุด ดังนั้นผู้สูงอายุหญิงที่ไม่มีคู่สมรสจึงต้องพึ่งพาระบบสุขภาพมากกว่า (พิสมัย ศุระเกษกาญจน์ และดร.ณิศจงอุดมการ, 2562) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล การจัดการความปวดและผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะยาว นอกจากนี้ปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจยังเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงการดูแลที่เหมาะสม โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาเพียงประถมศึกษา ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความเข้าใจข้อมูลสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติตามคำแนะนำการรักษา ประกอบกับรายได้ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะทางการเงินที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น สะท้อนจากการที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ได้รับการวินิจฉัยระยะของโรคมะเร็งในระยะที่ 3-4 ซึ่งเป็นระยะที่โรคได้ลุกลามไปแล้ว ปัจจัยเหล่านี้เชื่อมโยงโดยตรงกับระดับการศึกษา รายได้ (กัลยา ยิบประดิษฐ์ และคณะ, 2567) รวมถึงอิทธิพลของแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพที่อาจทำให้ผู้ป่วยมาตรวจสุขภาพล่าช้า หรือรอจนกว่าจะมีอาการรุนแรง (เกษศรินทร์ วัชรพิมลมิตร และอมรศักดิ์ โพธิ์อำ, 2566; ชลากร พรหมนิล, 2567; อลงกรณ์ ศรีเลิศ และคณะ, 2568)

### 2. ความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและเพศชายต่อระดับความรุนแรงของการปวด (Pain Severity) ในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง

ผลการศึกษาค่าความรุนแรงของความปวดที่มากที่สุดใน 24 ชั่วโมงพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีคะแนนความปวดสูงกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงส่วนใหญ่มีความปวดระดับปานกลาง ขณะที่เพศชายส่วนใหญ่มีความปวดระดับน้อย อย่างไรก็ตาม เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติพบว่าความรุนแรงของความปวดระหว่างสองเพศไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $z=1.221, p=.222$ ) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Ahmed et al., 2017) ที่ศึกษาความแตกต่างระหว่างเพศในการรับรู้ความรุนแรงของความปวดในผู้ป่วยมะเร็งทุกช่วงวัย โดยทบทวนวรรณกรรม 1,911 รายการและวิเคราะห์ข้อมูลจาก 13 การศึกษา ผลการศึกษาพบว่าความรุนแรงของความปวดในผู้ป่วยมะเร็งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง

เพศชายและเพศหญิง ( $p=0.09$  สำหรับกลุ่มทั่วไป,  $p=0.58$  สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับหลายการศึกษา (Alodhayani et al., 2021; Kim et al., 2020; Sorge & Strath, 2018) ที่พบว่าผู้หญิงมีแนวโน้มรายงานความปวดที่รุนแรงกว่าผู้ชาย ความไม่สอดคล้องนี้อาจเกิดจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่มีมะเร็งโดยเฉพาะ ซึ่งอาจมีปัจจัยอื่นๆ เช่น ชนิดและระยะของมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ และภาวะโรคร่วมที่มีผลต่อความปวดมากกว่าปัจจัยทางเพศ สำหรับการบำบัดความปวดพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและหญิงบำบัดความปวดโดยใช้ยา Tamol ระบุความปวดมากที่สุด ร้อยละ 46.9 และ 41.7 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเพศหญิงรายงานความเจ็บปวดระดับรุนแรง แต่กลับอาจได้รับการจัดการความเจ็บปวดโดยยาที่ไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับผู้ชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่กล่าวว่าผู้หญิงมีความลังเลใจในการใช้ยาแก้ปวดมากกว่า (Alodhayani et al., 2021; Chou et al., 2018) จากการศึกษาครั้งนี้ แม้การรายงานระดับความปวดจะไม่แตกต่างกันทางสถิติ แต่ค่ามัธยฐานที่สูงกว่าในเพศหญิงยังคงมีความหมายทางคลินิกซึ่งสนับสนุนโดยแนวคิดการประเมินอาการ (Symptom Appraisal Model) (Whitaker et al., 2015) ที่กล่าวว่าความแตกต่างทางชีวภาพและสังคมมีผลต่อการรายงานการปวดในผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรได้รับการพิจารณาเกี่ยวกับความแตกต่างของความปวดในทั้ง 2 เพศ เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลต่อไป

### 3. ความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและเพศชายต่อระดับผลกระทบของความปวด (Pain interference) ในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง

ผลกระทบจากความปวดต่อกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันระหว่างสองเพศก็ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $z=1.617$ ,  $p=.106$ ) แม้ว่าเพศหญิงจะมีสัดส่วนของผลกระทบระดับปานกลางสูงกว่า เมื่อเทียบกับเพศชายที่ส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบระดับน้อย ผลการศึกษานี้บ่งชี้ว่าแม้จะมีแนวโน้มของความแตกต่าง แต่ความหลากหลายภายในกลุ่มเพศเดียวกันอาจส่งผลให้ไม่พบความแตกต่างที่ชัดเจนทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Expósito-Vizcaino และคณะ (2020) ที่พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลกระทบจากความปวดในผู้ป่วยมะเร็งมีความซับซ้อนและไม่ได้ขึ้นอยู่กับเพศเพียงอย่างเดียว แต่รวมถึงความรุนแรงของความเจ็บปวด ความเหนื่อยล้าและการตีความความเจ็บปวดเกินจริง สำหรับกิจกรรมที่ได้รับผลกระทบสูงที่สุดจากการปวดในทั้งสองเพศ คือ ความสุขในชีวิตประจำวัน แสดงให้เห็นว่าความปวดเรื้อรังหรือความปวดจากมะเร็งไม่ได้จำกัดอยู่แค่เพียงการทำงานของร่างกายเท่านั้น แต่ยังมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจ โดยเฉพาะการมีความสุขของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่รายงานว่าความปวดส่งผลกระทบต่อการทำงาน หน้าที่และคุณภาพชีวิต (Alodhayani et al., 2021) เช่นเดียวกับงานวิจัยของปฐมภรณ์ อาษา และคณะ (2565) ที่กล่าวถึงความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนจากการปวด ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลาม ผลการวิจัยในครั้งนี้ จึงมีสำคัญอย่างยิ่ง ในการดูแลแบบประคับประคองที่ไม่เพียงแต่มุ่งเน้นไปทางกาย แต่ยังต้องให้ความสำคัญกับมิติทางจิตสังคมในผู้ป่วยสูงอายุเป็นพิเศษ

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า แม้จะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างเพศในเรื่องความรุนแรงของความปวดและผลกระทบจากความปวด แต่การพิจารณาความแตกต่างทางคลินิกและรูปแบบของผลกระทบในแต่ละด้านยังคงมีความสำคัญต่อการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล การให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับความสุขในชีวิตประจำวันในทั้งสองเพศ และการส่งเสริมการจัดการ

ความปวดแบบผสมผสานที่ครอบคลุมทั้งการใช้ยาและวิธีการที่ไม่ใช่ยา จะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุที่มีมะเร็งในระยะยาว

### การนำผลการวิจัยไปใช้

**ด้านการศึกษา (Education)** ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งเผชิญความปวดในระดับต่างๆ ควรนำความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงและผลกระทบของความปวด มารวมอยู่ในหลักสูตรการศึกษาด้านสุขภาพโดยเฉพาะการพยาบาล เพื่อให้บุคลากรมีความเข้าใจและทักษะในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่มีความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**ด้านการพยาบาล (Nursing Practice)** ผลการวิจัยสนับสนุนการพัฒนากิจกรรมการพยาบาล เช่น การประเมินและติดตามความปวดอย่างสม่ำเสมอ การทำแผนการจัดการความปวดแบบบูรณาการ รวมถึงการสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลเรื่องการจัดการความปวดด้วยวิธีต่างๆ เพื่อลดผลกระทบต่อความสุขในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็ง

**ด้านการวิจัย (Research)** ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อสำรวจปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความแตกต่างของความปวดและผลกระทบในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง เช่น ระยะของมะเร็ง ประเภทของการรักษา สภาพจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการทดลองใช้วิธีการจัดการความปวดที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่างนี้

**ด้านนโยบาย (Policy)** ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นฐานข้อมูลสำหรับการจัดทำนโยบายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคมะเร็งให้มีความเหมาะสมระหว่างเพศ โดยมุ่งเน้นการจัดบริการจัดการความปวดให้เพียงพอต่อการลดผลกระทบของความปวดเป็นรายบุคคล การฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ และการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมแก่สถานบริการสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่มีความปวดได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยโดยออกแบบเป็นการศึกษาตามยาว (Longitudinal Study) เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของความปวดและผลกระทบของปวดในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น รวมถึงออกแบบการศึกษาแบบทดลอง (Experimental Design) โดยใช้แนวทางการจัดการความปวดที่เฉพาะเจาะจงในผู้สูงอายุ เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม นอกจากนี้ การศึกษาควรใช้วิธีการผสมผสาน (Mixed-method Study) ที่รวมทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ความเข้าใจที่ครบถ้วนมากขึ้นเกี่ยวกับกลไกการเปลี่ยนแปลงของความปวดและการตอบสนองต่อของผู้ป่วย และควรรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั่วประเทศ โดยเลือกจากหลายจังหวัดและหลายโรงพยาบาล เพื่อสามารถสรุปผลไปยังประชากรทั่วไปได้อย่างเหมาะสม

## References

- กัลยา ยิบประดิษฐ์, น้ำฝน วชิรัตน์พงษ์เมธี, และจินตนา ทองเพชร. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรเขตเทศบาลเมืองชะอำ จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, 4(2), 61-72.
- เกษศรีนทร์ วัชรระพิมลมิตร, และอมรศักดิ์ โพธิ์อำ. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของผู้หญิงในตำบลหนองปากโลง อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์เทิร์น*, 4(3), 31-43.
- ชลากร พรหมนิล. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข*, 2(1), 79-96. สืบค้น จาก <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/AJHSD/article/view/2547>
- นุสรุ ประเสริฐศรี, ยศพล เหลืองโสมนภา, ชลียา วามะลุน, โสภิต ทับทิมหิน, ศรีสุดา งามขำ, พิริยลักษณ์ ศิริคุภลักษณ์, วิไลลักษณ์ ตียาพันธ์, อภริตี เจริญนุกูล. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*. 33(3):82-97.
- ปฐมภรณ์ อาษานอก, วิจารณ์ธรณ วิโรจน์รัตน์ และนารีรัตน์ จิตรมนตรี. (2565). อิทธิพล ของความทุกข์ทรมานจากอาการภาวะ ซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมต่อ ความผาสุกทางจิตวิญญาณใน ผู้สูงอายุ โรคมะเร็งระยะลุกลามระหว่างได้รับการ รักษา. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและ ทรวงอก*, 33(1) : 84-98.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง แห่งชาติ พ.ศ. 2567-2575*. [https://nci.go.th/th/New\\_web2024/officer/Download/nccp/NCCP\\_67\\_75.pdf](https://nci.go.th/th/New_web2024/officer/Download/nccp/NCCP_67_75.pdf)
- พิสมัย ศุระเกษกาญจน์ และดร.ณิ จงอุดมการ. (2562). บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: การสังเคราะห์วิทยานิพนธ์ แบบการวิจัยเชิงคุณภาพ. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7, 26(2), 83-95.
- Alodhayani, A., Abotalib, Z., Alkhalidi, H., Alqarni, H., Arishi, W., Almutairi, S., Belyamani, L., & Almudaiheem, H. (2021). Attitudes barriers among adult cancer patients with pain: A comparative analysis between the sexes. *Journal of Pain Research*, 14, 45-58.
- Alodhayani A, Almutairi KM, Vinluan JM, Alsadhan N, Almigbal TH, Alonazi WB and Batais MA. (2021) Gender Difference in Pain Management Among Adult Cancer Patients in Saudi Arabia: A Cross-Sectional Assessment. *Front. Psychol.* 12:628223. doi: 10.3389/fpsyg.2021.628223
- Barry, D. T., Pilver, C., Potenza, M. N., & Desai, R. A. (2012). Prevalence and psychiatric correlates of pain interference among men and women in the general population. *The Journal of Psychiatric Research*, 46(1), 118-127.

- Chou, P. L., Fang, S. Y., Sun, J. L., Rau, K. M., & Lee, B. O. (2018). Gender differences in cancer patients' adherence to analgesics and related outcomes of pain management. *Cancer Nursing, 41*(4), E1-E9.
- Cleeland, C.S. (1990). Assessment of pain in cancer. In: Foley, K.M, Bonica, J.J, Ventafridda, V, Callaway, M.V, editor. *Advances in pain research and therapy*. Vol 10. New York: Raven Press, 47-55.
- Cleeland, C. S., Gonin, R., Hatfield, A. K., Edmonson, J. H., Blum, R. H., Stewart, J. A., & Pandya, K. J. (1994). Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *The New England journal of medicine, 330*(9), 592–596. <https://doi.org/10.1056/NEJM199403033300902>
- Expósito-Vizcaíno, S., Sánchez-Rodríguez, E., & Miró, J. (2020). The role of physical, cognitive and social factors in pain interference with activities of daily living among individuals with chronic cancer pain. *European journal of cancer care, 29*(2), e13203. <https://doi.org/10.1111/ecc.13203>
- Kim, J., Loggia, M. L., Cahalan, C. M., Harris, R. E., Beissner, F., Garcia, R. G., Kim, H., Barbieri, R., Wasan, A. D., Edwards, R. R., & Napadow, V. (2020). Sex differences in network connectivity and pain sensitivity in the healthy brain. *NeuroImage, 211*, 116622.
- Liang, S. Y., Yates, P., Edwards, H., & Tsay, S. L. (2013). Gender differences in opioid prescribing patterns and outcomes in Taiwanese cancer outpatients. *Cancer Nursing, 36*(1), 48-58.
- Manson, J. E. (2010). Pain: Sex differences and implications for treatment. *Metabolism, 59* (Suppl.1), S16-S20.
- National Cancer Institute. (2025). *Cancer in Thailand Vol.XI 2019-2021*. [https://www.nci.go.th/th/File\\_download/Nci%20Cancer%20Registry/Cancer%20in%20Thailand%20Vol.XI.pdf](https://www.nci.go.th/th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/Cancer%20in%20Thailand%20Vol.XI.pdf)
- Tegegn, H. G., & Gebreyohannes, E. A. (2017). Cancer Pain Management and Pain Interference with Daily Functioning among Cancer Patients in Gondar University Hospital. *Pain research & management, 2017*, 5698640. <https://doi.org/10.1155/2017/5698640>
- Snijders, R. A. H., Brom, L., Theunissen, M., & van den Beuken-van Everdingen, M. H. J. (2023). Update on prevalence of pain in patients with cancer 2022: A systematic literature review and meta-analysis. *Cancers, 15*(3), 591. <https://doi.org/10.3390/cancers15030591>
- Sorge, R. E., & Strath, L. J. (2018). Sex differences in pain responses. *Current Opinion in Physiology, 6*, 75-81.

- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 71(3), 209-249.
- Suresh, K.P. & Chandrashekara, P. (2012). Sample size estimation and power analysis for clinical research studies. *Journal of Human Reproductive Sciences*. 5(1), 7-14. <https://doi.org/10.4103/0974-1208.97779>
- Whitaker, K. L., Scott, S. E., & Wardle, J. (2015). Applying symptom appraisal models to understand sociodemographic differences in responses to possible cancer symptoms: a research agenda. *British journal of cancer*, 112 Suppl 1(Suppl 1), S27-S34. <https://doi.org/10.1038/bjc.2015.39>
- WHO. (2024). Global Cancer Observatory. <https://gco.irarc.who.net>